

IMPRESSUM

Herausgeber und Verleger

Amt der Steiermärkischen Landesregierung
FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Friedrichgasse 9, 8010 Graz

Redaktion und für den Inhalt verantwortlich

DSA Klaus Peter Ederer – Suchtkoordinator Steiermark
Amt der Steiermärkischen Landesregierung
FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
T: +43 316 877-4693 | F: +43 316 877-4698
mail: klaus.ederer@stmk.gv.at

Berichtverfasser

Mag. Thomas Hutsteiner
Christoph Pammer, DSA, MPH

unter Mitarbeit von

Michael Bedek

Grafische Gestaltung

GeoPlan
office@geo-plan.at

Bilder und Grafiken

Alle im vorliegenden Band verwendeten Grafiken wurden von den vorgestellten Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Bildnachweis Seite 6 (OAR DSA Ederer): Fotostudio Furgler

Druck

Medienfabrik Graz

Erscheinungsjahr

2008

INHALTSVERZEICHNIS

1. Vorworte	4	6. Suchtgiftbezogene Todesfälle	45
1.1 Vorwort von LR Mag. Helmut Hirt	4		
1.2 Vorwort von HR Dr. Odo Feenstra	5		
2. Einleitung	6	7. Suchtmittelbezogene Kriminalität und Repression	49
		7.1 Anzeigen	49
		7.2 Sicherstellungen	53
3. Suchtprävention	7	8. Suchtbezogene Sozialforschung in der Steiermark	55
3.1 Überblick über Präventionsmaßnahmen	8		
3.1.1 Prävention im Setting Gemeinde	8		
3.1.2 Prävention in Kindergarten/Volksschule	9		
3.1.3 Prävention im Setting Schule	10		
3.1.4 Prävention in der Zielgruppe Jugendliche	11		
3.1.5 Primärprävention im Setting Betrieb	12		
3.2 Ausgewählte Präventionsmaßnahmen im Detail	12		
3.2.1 Tabakpräventionsstrategie Steiermark	13		
3.2.2 Encare – European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family	14		
3.2.3 Next Step	15		
3.2.4 Lebensgenuss an der Mur	16		
4. Behandlungssysteme	17	9. Emerging Disease – Kleines Glücksspiel	59
4.1 Vorwiegend schadensminimierende ambulante Angebote und Substitutionstherapie	19	9.1 Die Rahmenbedingungen des kleinen Glücksspiels in der Steiermark	59
4.2 Vorwiegend abstinenzorientierte ambulante Angebote	19	9.2 Glücksspielsucht	61
4.3 Stationäre Angebote	20	9.3 Ursache- und Risikofaktoren der Glücksspielsucht	61
4.4 Klientinnenstatistik	20	9.4 Prävalenz und soziodemographische Charakteristika der Betroffenen	63
4.5 LKF-Statistik	22	9.4.1 Die Anzahl an Betroffenen in der Steiermark	63
4.6 Gesundheitsbezogene Maßnahmen	30	9.4.2 Der Anteil an Betroffenen verschiedener Formen des Glücksspiels	64
		9.4.3 Soziodemographische Charakteristika von Glücksspielsüchtigen	65
		9.5 Psychosoziale Begleit- und Folgeerscheinungen der Glücksspielsucht	66
		9.6 Behandlung und Prävention von Glücksspielsucht	67
		9.6.1 Das aktuelle Beratungs- und Behandlungsangebot in der Steiermark	67
		9.6.2 Modell eines vernetzten, ambulanten Therapieangebotes in der Steiermark	67
		9.6.3 Prävention der Glücksspielsucht	68
		9.6.4 Spielerschutz am Beispiel Niederösterreich: Die Novocard	68
5. Substitution	32	10. Ausblick	69
5.1 Die Entwicklung der Substitutionstherapie in der Steiermark	32		
5.2 Qualitätskriterien der Substitutionstherapie	36		
5.2.1 Zugang	36		
5.2.2 Effektivität	37		
5.3 Strukturqualität der Substitutionstherapie in der Steiermark	43		

1. VORWORTE

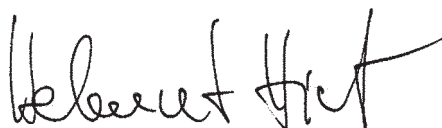
1.1 Vorwort von LR Mag. Helmut Hirt

Auch wenn die Erkenntnis nicht neu ist, muss man sie doch immer wieder voranstellen, wenn es um das Thema Sucht geht: Die Veranlagung zur Sucht liegt in der menschlichen Natur, und es ist noch keiner Gesellschaft gelungen, dieser völlig zu widerstehen. Umso höher schätze ich die Anstrengungen, der Entstehung von Sucht an der Wurzel zu begegnen, sprich unsere Kinder und Jugendlichen schon frühzeitig in ihrer Persönlichkeit so zu stärken, dass sie jenen Versuchungen, die zur Sucht werden können, von vorneherein widerstehen.

Ebenso muss das Augenmerk einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik aber natürlich auch jenen Menschen gelten, die – wie etwa RaucherInnen, die gewillt sind aufzuhören – Unterstützung brauchen. Wobei wir gerade mit unserer steirischen Anti-Tabak-Strategie hier sicher Fortschritte erzielen können. Sie ist ein hervorragendes Beispiel für ein gezieltes und strukturiertes Vorgehen auf Basis konkreter Erkenntnisse und Pläne und damit Vorbild für die Vorgehensweise auch in anderen Bereichen der Suchtprävention. Nach einer sinnvollen Frist werden wir erneut einen umfassenden Survey zum Rauchverhalten in der Steiermark durchführen und so die Ergebnisse unserer diesbezüglichen Arbeit konkret überprüfen können und sehen, ob es gelungen ist, dass weniger Jugendliche zu rauchen beginnen und mehr RaucherInnen ihrer Sucht den Laufpass gegeben haben.

Ein weiterer neuer Schwerpunkt der Suchtarbeit in der Steiermark beginnt sich im Bereich der Spielsucht abzuzeichnen; konkret wollen wir auf Rat der Experten erstmals eine eigene stationäre Einrichtung für von dieser Sucht betroffene PatientInnen schaffen, die entsprechenden Festlegungen wurden bereits im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit für die Steiermark getroffen.

Realität ist aber, dass auch der Kampf gegen Alkoholmissbrauch und illegale Suchtmittel nicht an Bedeutung verliert, sowohl in der Jugendarbeit wie auch jener zur Unterstützung von Menschen, die der Sucht nach diesen Substanzen bereits anheim gefallen sind. Ebenso wie in den zuvor genannten Bereichen brauchen auch diese Menschen und ihre Angehörigen Unterstützung und Hilfe. Aber auch hier ist der politische Wille vorhanden, die Steiermark ambitioniert in eine Vorreiterrolle zu bringen, wenn es über die tägliche harte Arbeit hinaus darum geht, evidenzbasierte und fundierte Strategien im Kampf gegen Sucht umzusetzen. Ich bin zuversichtlich, dass unsere hervorragenden ExpertInnen wie auch die Frauen und Männer „an der Front“ hier konstruktive Vorschläge erarbeiten können und danke im Namen des Landes Steiermark und vieler Tausender Menschen im Land für die tagtäglich geleistete gute Arbeit.



Mag. Helmut Hirt

Landesrat für Gesundheit, Spitäler und Personal



1. VORWORTE

1.2 Vorwort von HR Dr. Odo Feenstra

Der vorliegende Suchtbericht des Landes Steiermark 2007 umfasst Darstellungen und Entwicklungen der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungssituation von suchtkranken Menschen in der Steiermark.

In 17 Bezirken und der Stadt Graz arbeiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Drogenhilfe in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie der Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe (Streetwork), um mit zielgerichteten Angeboten informativ, beratend, begleitend und behandelnd bei Sucht und Abhängigkeit wirksam zu werden. Rund 40.000 Menschen werden durch die Sucht- und Drogenhilfe in der Steiermark im Jahr erreicht. Die Tendenz ist steigend. Den Suchtbehandlungen in den steirischen Krankenhäusern ist im Bericht ein eigenes Kapitel gewidmet.

Es ist eine der wichtigsten Aufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen, Prävention, Früherkennung und Frühintervention zu fördern und die notwendige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Spezialistinnen und Spezialisten auf institutioneller und überregionaler Ebene zu koordinieren.

Wichtig für die Planung und Koordination ist die Tatsache, wie viele Menschen mit Behandlungsbedarf derzeit erreicht werden und wie viele zusätzlich durch eine Optimierung der Angebote und einen Ausbau des Systems erreicht werden könnten.

Der Bericht wird in 2-Jahresintervallen aufgelegt und wurde auf Basis wissenschaftlich gestützter Methoden erstellt. An ihm sind Entwicklungen und Trends in der Sucht- und Drogenbehandlung abzulesen, und er stellt ein wichtiges Leitinstrument für bedarfsorientierte Planung in einem überschaubaren Zeitrahmen dar.



HR Dr. Odo Feenstra
Leiter der Fachabteilung 8B

2. EINLEITUNG

Gesundheitsberichterstattung ist eine wichtige Schnittstelle zwischen Politik, Wissenschaft und Gesellschaft. Alle Entscheidungen, die Gesundheit beeinflussen, sollten auf einer angemessenen Wissensbasis getroffen werden („Daten für Taten“). Ziel des Suchtberichts ist, das vorhandene Wissen zu verständlichen Informationen aufzubereiten, anhand derer die AdressatInnen wissenschaftsbasiert entscheiden und handeln können.

In der klassischen Betrachtung wird die Politik oft als einzige Adressatin von Suchtberichterstattung angeführt, der verschiedene Funktionen zugeordnet werden:¹

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

Neben dem Ziel, eine Datenbasis für suchtpolitische Entscheidungen zu schaffen, werden auch andere, nicht unwichtigere Ziele verfolgt. Der vorliegende Bericht dient ebenso der Aufklärung der Öffentlichkeit und der Unter-

stützung von Diskussionen auf gesellschaftspolitischer Ebene. Gesundheitsberichterstattung bedient sich medizinischen Wissens und epidemiologischer, statistischer und sozialwissenschaftlicher Methoden und stellt einen Prozess dar, in dem Risikofaktoren, Versorgungssituation, Gesundheitszustände und ihre Konsequenzen auf gesellschaftlicher Ebene beschrieben werden.



DSA Klaus Peter Ederer

Eine besondere Herausforderung der Suchtberichterstattung in der Steiermark ist der Aufbau eines adäquaten daten- bzw. indikatorengestützten Informationssystems, das bei der Entwicklung des Berichts und der Institutionalisierung von Suchtberichterstattung gemäß des Beschlusses des Landtages Steiermark von zentraler Bedeutung ist. Dabei wurde teils auf bestehende Datenquellen zurückgegriffen, teils wurden neu entstehende Datenquellen auf ihre Anwendbarkeit hin überprüft und bewertet, teils aber auch bestehende Datenquellen erstmals elektronisch erschlossen.

Die größte Herausforderung jedoch wird darin bestehen, die Verzahnung von Suchtberichterstattung und politischen Entscheidungsprozessen zu unterstützen.

¹ Reintjes R., Klein S. (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln. 31; Huber, 2007.

3. SUCHTPRÄVENTION

Suchtprozesse in der Gesellschaft sowie der gefährliche Substanzgebrauch Einzelner entstehen aufgrund individueller Dispositionen sowie ungleicher Chancenverteilung bezüglich der strukturell, kulturell, ökonomisch und sozial bedingten Lebenslagen der Menschen. Wirksame Suchtprävention hängt deshalb sowohl von einer Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenzen (Verhaltensprävention) als auch in entscheidendem Maße von der Einbeziehung und Veränderung der Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) ab. Die in den letzten Jahren in der Steiermark durchgeführten Präventionsprogramme und -projekte tragen diesen fachlichen Erfordernissen in hohem Maße Rechnung. Wie im Folgenden ersichtlich, wird einerseits versucht, durch Fokussierung auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen Suchtentstehungsprozesse zu beeinflussen. Ein zweiter Schwerpunkt steirischer Suchtpräventionspolitik wird andererseits durch Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung in Gemeinden und Betrieben verwirklicht.

Ein wichtiges Vernetzungsgremium der steirischen Suchtpräventions-Initiativen ist die Arbeitsgruppe Suchtprävention Als Gemeinschaftsaufgabe, kurz SAG. Seit der Konstituierung 2002 finden jährlich drei bis vier Vernetzungstreffen statt. Zu den Kernaufgaben der SAG zählt die Entwicklung und Umsetzung von Suchtpräventionsangeboten auf der Basis von gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen durch interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit. Die Arbeitsgruppe setzt sich aus folgenden Institutionen zusammen:

- Suchtkoordination des Landes Steiermark
- Suchtkoordination der Stadt Graz
- Sicherheitsdirektion Steiermark
- Fachstelle für Suchtprävention, VIVID
- Steirische Suchthilfeeinrichtungen
- Steirischer Landesverband der Elternvereine
- Landeskriminalamt Steiermark
- Regierungsbüros der Steiermärkischen Landesregierung

- Landesjugendreferat Steiermark
- Bundespolizeidirektion
- Kinder- und Jugendanwaltschaft Steiermark
- Landesschulrat Steiermark

Viele suchtpreventive Initiativen finden Eingang in die Diskussion dieser Arbeitsgruppe. Nähere Informationen zu dieser Arbeitsgruppe, die neben dem Suchtbeirat und dem Drogenfachgremium zu den drei zentralen suchthilferlevanten Vernetzungsgruppen in der Steiermark zählt, ist unter anderem im Suchtbericht 2002/2003 nachzulesen.

Eines der ersten Projekte der SAG war die Entwicklung von Qualitätsstandards zur Bewertung von Präventionsprojekten an Schulen mit insgesamt 15 Kriterien. Mithilfe dieser Qualitätsstandards² sollen sowohl den AntragstellerInnen suchtpreventiver Initiativen als auch den förderentscheidenden Personen Orientierungshilfen und Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stehen.

Eine zentrale Rolle in der Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen haben in sämtlichen österreichischen Bundesländern die entsprechenden Fachstellen. In der Steiermark ist dies die Fachstelle für Suchtprävention, VIVID, die seit 1997 besteht und im Wesentlichen vom Land Steiermark finanziert wird (abgesehen von Zuwendungen vom Bund, vom Kindergartenreferat und weiteren Drittmitteln). Neben der Fachstelle für Suchtprävention gehen präventive Initiativen vom Steirischen Dachverband der offenen Jugendarbeit – Projektbüro Suchtprävention, vom ISGS Kapfenberg, vom Verein für schulbegleitende Suchtvorbeugung, von Horizonte Initiativen, von Styria Vitalis sowie vom Verein Impulse Bad Aussee aus. Zudem sind Einzelpersonen, wie etwa ein Richter am Landesgericht Graz, und die unter anderem in der kommunalen Suchtprävention agierenden Unternehmen blue|monday Gesundheitsmanagement und Delphin aus Graz aktiv.

2 SAG (2006): Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule. Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1 Überblick über Präventionsmaßnahmen

Für die Recherche über die Präventionsmaßnahmen der letzten Jahre wurden die Jahresberichte³ der Fachstelle für Suchtprävention sowie die Liste der Förderanträge der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark, die Protokolle sämtlicher SAG-Sitzungen, eine Überblicksarbeit⁴ zur kommunalen Suchtprävention sowie Gedächtnisprotokolle von sachkundigen Personen ausgewertet.

Im Folgenden sind wesentliche Präventionsmaßnahmen der letzten zehn Jahre nach unterschiedlichen Settings aufgelistet:

3.1.1 Prävention im Setting Gemeinde

Tabelle 1: Präventionsmaßnahmen im Setting Gemeinde

BEZIRK	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bruck/Mur	Check An Angel																	
Bruck/Mur, Hartberg, Judenburg, Murau	Jeder Schluck zu seiner Zeit																	
Bruck/Mur	Jugend-Sucht-Genuss ARGE Mürztal																	
Bruck/Mur	Lebensgenuss an der Mur																	
Bruck/Mur	Responsible Driving																	
Deutschlandsberg	Suchtvorbeugung in den Gemeinden Pöfing-Brunn & Wies																	
Feldbach	e.l.o.s. Suchtvorbeugung Feldbach																	
Fürstenfeld	Gelebte Suchtprävention in der Gemeinde																	
Graz Umgebung	Festplatte gelöscht																	
Graz-Umgebung	Sehnsucht																	
Hartberg	PAOS – Pinggau aktiv ohne Sucht																	
Hartberg	Sehn-Sucht																	
Judenburg	Judenburg sucht und findet – gemeinsam Sucht vorbeugen																	
Judenburg	Zeltweg Sucht Frei Heit																	
Liezen/Bad Aussee	Präventionsprojekte mit Jugendlichen vom Verein iMPULS Aussee																	
Leoben	Leben Sucht Sinn																	
Leoben	L.I.S.A. Kids United Gem. Jugendarbeit GmbH																	
Leoben	Netzwerk – Modell Trofaiach																	
Liezen	GEKO Generationsübergreifende Kooperation																	
Radkersburg	Jugend zwischen Genuss und Sucht																	
Radkersburg	Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!																	
Radkersburg	RA will be free																	
Voitsberg	A.L.K. Alkohol lähmt ...																	
Weiz	weiz.rausch.ade																	

■ abgeschlossen ■ abgeschlossen, Fortsetzung in Planung ■ nicht abgeschlossen

3 Fachstelle für Suchtprävention – VIVID. Jahresberichte 2000–2006.

4 Zisler M. (2007): Kommunale Suchtprävention in der Steiermark. Im Auftrag der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.2 Prävention in Kindergarten/Volksschule

Tabelle 2: Präventionsmaßnahmen in Kindergarten/Volksschule

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Eltern	Starke Eltern – Gestärkte Kinder. Elternabende zum Thema Suchtprävention im Kindesalter																		
Eltern von Kindern von 3 bis 10 Jahren	Elterncafe und Elternworkshop zum Thema „Suchtvorbeugung im Kindesalter“																		
Eltern von Kindergartenkindern	Elternrunden SB-Tankstelle																		
Hebammen, Geburtsvorbereiter	Alkohol in der Schwangerschaft																		
Hortlerzieher	Begleiter in der Übergangszeit																		
Kinder aus suchtbelasteten Familien	ENCARE																		
Kinder, Eltern	Märchen																		
Kinder, Eltern, Kindergartenpädagoen	Spielzeugfreier Kindergarten																		
Kinder, Eltern, VS-Lehrer	Eigenständig werden																		
Kinder, Eltern, VS-Lehrer	Kinder theatern																		
Kindergartengruppe	Kleine Künstler ganz groß																		
Kindergartengruppe	Mit Kindern Stille erleben																		
Kindergartengruppe und Eltern	Ein Irrgarten voller Überraschungen																		
Kindergartenpädagogin	Fortbildungslehrgang für Kindergartenpädagogin zur Suchtvorbeugung im Kindesalter																		
Kindergartenpädagogin	Handbuch „Die Reise zum ICH“																		
Kindergartenpädagogin, Kinderbetreuer, Eltern	Waldpädagogik im Kindergarten – Projektberatung und -begleitung																		
Tagesmütter/-väter	Seminarreihe für Tagesmütter/-väter																		

■ abgeschlossen □ nicht abgeschlossen

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.3 Prävention im Setting Schule | ab 5. Schulstufe

Tabelle 3: Präventionsmaßnahmen im Setting Schule | ab 5. Schulstufe

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
12 bis 13-jährige Hauptschüler	Euro-Peers – Wege zur Lebenskompetenz		■															
<i>direkt:</i> Schulleiter und Lehrer aus HS, AHS und BMHS, dem Polytechnischen Lehrgang <i>indirekt:</i> Schüler ab der 6. Schulstufe	Schwerpunktwoche(n) Alkohol							■										
Hauptschüler der 3. und 4. Klasse	Schulprojekt Frohnleiten							■										
Lehrer ab der 5. Schulstufe aus Fürstenfeld und Feldbach	Lehrerfortbildung in Kooperation mit der Gendarmerie						■											
Lehrer aus AHS/BHS	SAS 2000							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lehrer und Schulleiter von HS, BS, dem Polytechnischen Lehrgang, AHS, BMHS	Step by Step						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lehrer, Schüler ab der 9. Schulstufe	Projekttage BORG Eisenerz						■											
Personen in pädagogischen Tätigkeitsfeldern	PÄDAK-Lehrgang Eggenberg							■	■	■								
Schüler ab der 8. Schulstufe	Zu dick, zu dünn ...							■										
Schüler der 8. Schulstufe	Verzichtprojekt BG Gleisdorf							■										
Schüler der 3. Jahrgänge und Lehrer der LBS Bad Radkersburg (Einzelhandel)	„Suchtcompetenter Umgang mit Alkohol im Lebensmittelhandel“ LBS Bad Radkersburg											■						
Schüler zwischen 13 und 18 Jahren, Lehrer, Eltern	SAS – Schüler auf der Suche nach alternativen Lösungsstrategien	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Schüler, Lehrer, Eltern	Suchtprävention an Grazer Hauptschulen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Steirische Schülerinnen ab der 7. Schulstufe	SchülerInnenworkshop zum Thema bewusstes Konsumverhalten												■	■	■	■	■	■
Suchtgefährdete und konsumierende Jugendliche	Next Step												■	■	■	■	■	■

■ abgeschlossen □ nicht abgeschlossen

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.4 Prävention in der Zielgruppe Jugendliche

Tabelle 4: Präventionsmaßnahmen in der Zielgruppe Jugendliche

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Buschauffeure, Jugendarbeiter, Exekutive, Gemeinderäte, Eltervereinsobleute, Schulsprecher, Lehrer, Eltern, Sozialarbeiter, Wirte	Arbeitskreis saturday nightline							■	■									
Feuerwehr-Jugendbeauftragte	Brennpunkt Suchtprävention													■	■			
Fußball-Trainer in Ausbildung	Suchtprävention im steirischen Fußballverband										■	■	■	■	■			
In der außerschulischen Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit tätige Personen	Fort- und Weiterbildungsangebot in der außerschulischen Jugendarbeit							■	■	■	■	■	■	■	■			
In der außerschulischen Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit tätige Personen	Immer gut drauf?! Fortbildungsreihe zur Suchtprävention in der Jugendarbeit							■	■									
In der außerschulischen und schulischen Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit tätige Personen	High Genug? Der Methodenkoffer zur Suchtprävention				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jugendarbeiter	MOVIN – Motivierende Gesprächsführung bei riskant konsumierenden Jugendlichen													■	■			
Jugendliche	„Gib's dir! Aktion Verzicht – 40 Tage ohne Alkohol“													■	■			
Jugendliche	Jugend und Alkohol								■									
Jugendliche	Mehr Spaß mit Maß													■	■			
Jugendliche ab 13 Jahren	It's up 2 U – Informationsflyer für Jugendliche						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jugendliche Bewohner der Jugendhäuser	Suchtprävention in steirischen Jugend(sport)häusern							■	■									
Jugendliche und Mitarbeiter des Ausbildungszentrums Andritz	Gordischer Knoten. Ein suchtpäventives Modellprojekt im ABZ Graz-Andritz										■	■	■	■				
Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren	Live in Life – Wissen mit Sprengkraft				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jugendliche, Politiker	Arbeitskreis Jugend Murau							■	■	■								

■ abgeschlossen □ nicht abgeschlossen

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.5 Primärprävention im Setting Betrieb

Tabelle 5: Präventionsmaßnahmen im Setting Betrieb

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Vorgesetzte diverser Betriebe	blauPAUSE																		
Werkmeister, Lehrlingsbetreuer, Mitarbeiter der Personalabteilung	Suchtprävention im Betrieb																		

unbekannt nicht abgeschlossen

Insgesamt sind in den verschiedenen Settings seit 1995 73 Maßnahmen mit unterschiedlichen Strategien, Zielgruppen, Laufzeiten und unterschiedlicher Qualität durchgeführt worden bzw. noch nicht abgeschlossen. Ähnlich der Prävention anderer Gesundheitsprobleme steigt auf Maßnahmen der Suchtprävention angesichts immer knapper werdender öffentlicher Mittel der Druck, ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit nachzuweisen und dadurch ihr Handeln inkl. der Wahl der Interventionsmethoden und Strategien zu legitimieren. Die Qualitätsdebatte in der Gesundheitsförderung und Prävention wird zunehmend als Evidenzdebatte geführt. Dadurch geraten wissenschaftliche und systematische Untersuchungen über kritische Erfolgsfaktoren ins Zentrum des evaluationswissenschaftlichen Interesses.

Knapp ein Drittel der in der Steiermark durchgeführten Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen (21 von 73 Einzelprojekten) wurde bzw. wird evaluiert, neun Maßnahmen wurden bzw. werden teilweise evaluiert. Von weiteren acht Maßnahmen liegen zu Redaktionsschluss keine Information bzgl. der Evaluation vor.

Außer dem Einsatz von ergebnisorientierter Programmevaluation und/oder prozessorientierter Evaluation zeichnen sich die in der Steiermark durchgeführten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte durch eine Reihe weiterer Qualitätskriterien aus. Diese betreffen das durch die Fördernehmer eingesetzte Arbeitskräftepotenzial (Kompetenz und Umfang), die eingesetzten finanziellen Mittel und deren Verteilung auf einzelne Projekt- und Programmkomponenten, die Klarheit in der Formulierung der verfolgten Präventionsziele und deren Messbarkeit, den Zielerreichungsgrad sowie ihre Potenziale zu einer nachhaltigen Veränderung der Suchtdeterminanten.

Die Fachstelle für Suchtprävention hat innerhalb der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit / Wissensmanagement in den letzten Jahren zunehmend Ressourcen optimiert. Sie ist

daher in der Lage sowohl Prozess als auch Ergebnis-Evaluationen in der Suchtprävention in einem entsprechenden Ausmaß durchzuführen. Derzeit wird an weiterführenden Evaluationskonzepten und Parametern gearbeitet, um in Zukunft u.a. auch systematische inhaltliche Recherchen über die aktuelle Situation der Suchtprävention in der Steiermark zu planen. Erst dann können systematisch gesicherte Aussagen zu Maßnahmen getroffen werden.

Im Folgenden werden vier Beispiele für Präventionsprojekte exemplarisch vorgestellt. Im persönlichen Gespräch beschreibt die Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention des Landes Steiermark VIVID, Claudia Kahr, Trends hin zum Einsatz komplexer Präventionsstrategien mit individuellen, organisations- und politikentwicklungsbezogenen Programmkomponenten, einen Trend zu substanzspezifisch orientierter Prävention (Bsp. Tabakkontrolle) sowie die Bedeutung von stark inzidenten, neuen Suchterkrankungen (Bsp. Glücksspielsucht), für deren Prävention erst neues Wissen und neue Evidenz durch die Durchführung und Evaluation von Präventionsprojekten und -programmen gesammelt werden muss.

3.2 Ausgewählte Präventionsmaßnahmen im Detail

Die folgenden vier näher beschriebenen Projekte wurden nach dem Kriterium ausgewählt, möglichst breit angelegte, auf mehreren Ebenen der Prävention angesiedelte Projekte darzustellen, in denen unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden. Vom eingangs erwähnten Präventionsdreiklang (universell, selektiv, indiziert) wird daher im Folgenden je ein Projekt vorgestellt. Zusätzlich wird eine Maßnahme aus der kommunalen Suchtprävention skizziert.

3. SUCHTPRÄVENTION

Das erste der vorgestellten Projekte ist vermutlich eines der breitesten universellen Suchtpräventionsprojekte, die in der Steiermark jemals durchgeführt wurden. Im Rahmen der Tabakprävention wird versucht, sowohl personenorientierte, verhaltenspräventive Maßnahmen anzubieten als auch strukturelle, verhältnispräventive Aspekte der Suchtentstehung zu beeinflussen. Das zweite Projekt ENCARE stellt ein gutes Beispiel für selektive Prävention in der Zielgruppe Kinder aus suchtbelasteten Familien dar. Das dritte Projekt Next Step ist ein mittlerweile langjähriges Beispiel für indizierte Prävention mit und für die Zielgruppe konsumierender und bereits suchtgefährdender Jugendlicher. Zuletzt soll das Projekt Lebensgenuss an der Mur als Beispiel für kommunale Suchtprävention dienen.

3.2.1 Tabakpräventionsstrategie Steiermark

Maßnahmentitel:

Tabakpräventionsstrategie Steiermark

Auftraggeber:

Gesundheitsressort des Landes Steiermark
STGKK

Zielgruppen:

- RaucherInnen aller Altersstufen
- NichtraucherInnen aller Altersstufen

Spezifische Zielgruppen:

- Jugendliche RaucherInnen zwischen 16 und 25 Jahren
- Schwangere RaucherInnen
- Angehörige der Gesundheitsberufe (ÄrztInnen, Gesundheits-/KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen usw.)
- MultiplikatorInnen (PädagogInnen, JugendarbeiterInnen usw.)

Ziele:

Die Tabakpräventionsstrategie Steiermark will langfristig durch Umsetzung von Maßnahmen in den Bereichen „Beratung und Entwöhnung“, „Aus- und Weiterbildung“, „Information und öffentliche Bewusstseinsbildung“, „universelle Prävention“ und „Förderung des Ausstiegs bei Jugendlichen“ einen Beitrag zur Erreichung folgender langfristiger Zielsetzungen leisten:

Globalziele der Tabakpräventionsstrategie Steiermark sind:

- Weniger Menschen, die zu rauchen beginnen
- Mehr Menschen, die zu rauchen aufhören

- Schutz der Menschen vor den Folgen des Passivrauchens
- Nichtrauchen als gesellschaftliche Norm (Vision)
- Verbessertes Informationsstand der Bevölkerung zu Folgen des Rauchens und Passivrauchens

Zusatzziele für besondere Zielgruppen:

- Vermittlung von sozialen Kompetenzen an Kinder und Jugendliche, die es ihnen gestatten, auf Tabakerzeugnisse zu verzichten
- Schaffung eines Umfeldes für Kinder und Jugendliche, das zum Nichtrauchen motiviert
- Verringerung der Anzahl von Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen

Projektpartner:

Die Tabakpräventionsstrategie Steiermark arbeitet in den verschiedenen Maßnahmenbereichen mit folgenden Schlüsselakteuren / Interessensvertretungen zusammen: Im Bereich „Beratung und Entwöhnung“ ist die Steiermärkische Gebietskrankenkasse als wichtigste Kooperationspartnerin anzusehen, daneben besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem österreichweiten Rauchertelefon. Mit Styria Vitalis besteht auf Ebene der Gesunden Gemeinde eine Kooperation. Zu den 2008 hinzukommenden Projektpartnern im Bereich Beratung und Entwöhnung sind das ISGS Kapfenberg, das b.a.s., der Verein für psychische und soziale Lebensberatung, die Drogenberatung des Landes und die Suchtkoordination Magistrat Graz – Gesundheitsamt, SMZ Liebenau zu nennen. Mit dem oberösterreichischen Institut Suchtprävention besteht eine Zusammenarbeit durch die Übernahme des Weniger-Rauchen-Projektes „take control“ für jugendliche Zielgruppen. Im Bereich „Aus- und Weiterbildung“ von Gesundheitsexpert/innen sind dies derzeit der Landesschulrat Steiermark und die Fachabteilung 8A – Referat Schulen und Akademien für Gesundheitsberufe. Des weiteren bestehen Vernetzungskontakte zu einer Reihe von weiteren maßgeblichen Institutionen in der Steiermark.

Setting:

Steirische RaucherInnen sollen im jeweiligen Setting (Gemeinde, Betrieb, Schule, im außerschulischen Bereich Jugendzentren etc.) dabei unterstützt werden, das Rauchen aufgeben zu können. Die Maßnahmen im Bereich „Information und öffentliche Bewusstseinsbildung“ sind als Maßnahmen auf dem Gebiet der universellen Prävention zu sehen – in Hinblick auf die Verbesserung des Nichtraucherschutzes sind in diesem Maßnahmenbereich die Gastronomie, der Arbeitsplatz und der Haushalt als Settings zu nennen.

3. SUCHTPRÄVENTION

Laufzeit:

2006 bis 2010 (geplant)

Finanzierung:

Jährliche Projektförderung durch das Gesundheitsressort des Landes Steiermark.

Ablauf:

- Dezember 2005: Vorlage der „Empfehlungen für eine Tabakpräventionsstrategie für die Steiermark“ auf Basis von Diplomarbeiten an der FH Joanneum Gesundheitsmanagement im Tourismus
- Frühsommer 2006:
 - Beauftragung der Umsetzung in Kooperation mit der STGKK
 - Einrichtung der Koordinationsstelle in der Fachabteilung 8B des Landes
 - Vorarbeiten für die Projektumsetzung 2007
 - Durchführung der Baseline-Erhebung „Rauchen in der Steiermark“ in Kooperation mit IFES und SORA
- Ab Februar 2007: Integration der Koordinationsstelle bei VIVID, Fachstelle f. Suchtprävention:
 - Erstellung eines 4-Jahres-Bedarfsplans im Bereich Tabakentwöhnung für die Steiermark
 - Erstellung einer Qualitätskriterienliste, die für das Angebot der STGKK einerseits und für die Auswahl von Entwöhnungs- und Beratungsangeboten, die grundsätzlich über die TPS gefördert werden können, andererseits maßgeblich ist
 - Ausbildung von TabakentwöhnungsexpertInnen (nach dem vom Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung WAT e.V. zertifizierten Ausbildungsprogramm)
 - Beginn des Ausbaus des Beratungs- und Entwöhnungsangebotes (STGKK) durch Umsetzung der Gruppen-seminare „Rauchfrei in 6 Wochen“, der Einzelberatung für Schwangere und der motivierenden Ansprache in den STGKK-Ambulatorien
 - Durchführung einer zweiteiligen Medienkampagne zu den Themen „Nichtraucherschutz“ und „Tabakentwöhnung“ inkl. begleitender ÖA
 - Erstellung einer Broschüre zum Rauchstopp
 - Bewerbung des österreichweiten Rauchertelefons und der Helpline der STGKK
 - Inhaltliche Konzeption und Veröffentlichung der projektbegleitenden Website www.rauchfrei-dabei.at
 - Übernahme und Detailplanung des Weniger-Rauchen-Projektes „take control“ für jugendliche Zielgruppen
 - Analyse der Baseline-Erhebung zur Veröffentlichung der Ergebnisse in Form von themenzentrierten Factsheets

- Veröffentlichung der Detailergebnisse sowie des Projektfortschrittes in Form des Jahresberichtes der Tabakpräventionsstrategie Steiermark 2007
- Informationstätigkeit zum Schwerpunkt „Tabak“ im Rahmen der Veranstaltungen/Angebote der Fachstelle für Suchtprävention
- Dokumentation und Projektcontrolling
- Evaluation
- Erstellung eines Vernetzungskonzeptes für die Tabakpräventionsstrategie und Beginn der Umsetzung
- Planung bzw. Vorarbeiten für die Maßnahmen 2008 (weiterer Ausbau der Entwöhnungs- und Beratungsangebote für die erwachsene Bevölkerung, Umsetzung des Projektes „take control“ für die jugendliche Zielgruppe, Schulung von MultiplikatorInnen und Implementierung der Inhalte der Tabakprävention in Ausbildungscurricula der GH-Berufe, Veranstaltung von zwei Fachtagungen, Durchführung der Folgeerhebungen zur Baseline 2006 usw.)

Evaluation:

Die Maßnahmen in den Bereichen „Beratung und Entwöhnung“, „Aus- und Weiterbildung“ und „Information und öffentliche Bewusstseinsbildung“ werden durch die Tabakkoordinationsstelle, c/o VIVID, im Sinne einer Selbstevaluation evaluiert. Die Maßnahmen im Bereich „Beratung und Entwöhnung“, die durch die STGKK umgesetzt werden, werden durch die STGKK selbst evaluiert.

3.2.2 ENCARE – European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family

Maßnahmentitel:

ENCARE – European Network for Children Affected By Risky Environments Within The Family

Zielgruppe:

Kinder, deren Wohl durch problembelastete familiäre Verhältnisse gefährdet ist.

Ziele:

Hauptziel des Netzwerkes ist es, vorhandene Ressourcen zu bündeln und daraus folgend gemeinsame Grundlagen und Strategien für eine verbesserte Prävention und Frühintervention für Kinder in suchtblasteten Familien zu legen. Erste konkrete Schritte sind verstärkte Öffentlichkeitsarbeit (Tagung) und die Schulung von MultiplikatorInnen. Der Ausbau von speziellen Gruppenangeboten für betroffene Kinder ist ein weiteres zentrales Vorhaben.

3. SUCHTPRÄVENTION

Projektpartner:

Auf internationaler Ebene sind derzeit VertreterInnen aus 20 europäischen Ländern am Projekt beteiligt. Österreich ist durch Christoph Lagemann, Leiter des Instituts Suchtprävention in Linz, vertreten.

Auf regionaler Ebene stellt VIVID den Netzwerkknotenpunkt für die Steiermark dar. ProjektpartnerInnen im Netzwerk sind VertreterInnen aller relevanten Einrichtungen, die direkt oder indirekt mit Kindern aus suchtbelasteten Familien befasst sind. Das sind derzeit die Drogenberatung des Landes Stmk., b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, kija Kinder + Jugendanwaltschaft, Suchtkoordinationsstelle des Landes Stmk., Suchtkoordination Magistrat Graz – Gesundheitsamt, Landesschulrat für Stmk. – Schulpsychologie, FA 6B Kinderbetreuungsreferat, Referat für Sozialarbeit Stadt Graz, Amt der Stmk. Landesregierung – Referat Sozialwesen, SHFI Sozial- und Heilpädagogisches Förderungsinstitut, Psychologisch-therapeutischer Dienst des Landes, Caritas Familienhilfe, Kinderschutz-Zentrum.

Hinsichtlich der österreichweiten Vernetzung sind die Suchtpräventionsfachstellen der Bundesländer als Projektpartner zu nennen.

Setting:

Kinderbetreuungseinrichtung, Schule usw.

Laufzeit:

unbegrenzt

Finanzierung:

Auf internationaler Ebene über EU-Programme. Auf Landesebene gibt es derzeit noch keine Gelder, sämtliche Aktivitäten werden von VIVID bzw. den NetzwerkpartnerInnen finanziert.

Aktivitäten:

Das steirische Netzwerk besteht seit November 2006 und trifft sich seither vierteljährlich. Im Oktober 2007 hat eine steiermarkweite Tagung stattgefunden. Die Schulungen für MultiplikatorInnen laufen seit Jänner 2008. In den MultiplikatorInnenschulungen werden jene Zielgruppen, die direkten Kontakt mit betroffenen Kindern haben, hinsichtlich Sensibilisierung und Erweiterung der Handlungskompetenz weitergebildet. Diese Angebote werden in Arbeitsgruppen, die sich aus dem Netzwerk ergeben, geplant und in Kooperation mit den Beratungsstellen und dem Jugendamt durchgeführt.

Evaluation:

Die MultiplikatorInnenschulungen werden von VIVID evaluiert.

3.2.3 Next Step

Maßnahmentitel:

Sekundärprävention – Beratung/Betreuung von suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Zielgruppe:

Jugendliche und junge Erwachsene

Ziele:

- Veränderung bzw. Reflexion des Konsumverhaltens
- Entwicklung von positiven Lebensperspektiven
- Vorbeugung von psychischen, physischen und sozialen Folgeschäden

Projektpartner:

- Schulen
- soziale Einrichtungen
- Jugendwohlfahrt
- stationäre Einrichtungen

Setting:

Schule und Drogenberatung des Landes Steiermark

Laufzeit:

unbefristet

Finanzierung:

Land Steiermark

Aktivitäten:

- Einzel- und Gruppenberatung von Jugendlichen
- Lebensweltorientierte Begleitung und Freizeitangebote
- Begleitung für professionelle HelferInnen in sozialen Einrichtungen
- Vorträge, Seminare, Schulungen, Workshops usw.
- Krisenintervention für Schulklassen und Wohngemeinschaften

Evaluation:

Interne Prozessevaluation im Rahmen von Supervision und Intervention

3. SUCHTPRÄVENTION

3.2.4 Lebensgenuss an der Mur

Maßnahmentitel:

Lebensgenuss an der Mur – Wohlfühlstadt und Wohlfühlregion Bruck

Zielgruppe:

Bevölkerung der Stadt Bruck und der Umlandgemeinden mit dem Schwerpunkt Jugend.

Ziele:

Die Vision der Stadt und Region Bruck an der Mur ist es, sich bis zum Jahr 2015 als eine Wohlfühlregion zu positionieren, die sich durch einen maßvollen, kultivierten und verantwortungsvollen Umgang mit legalen Genussmitteln auszeichnet, die ein lebendiges Angebot im Bereich Gesundheitsförderung und Lebensgenuss aufweist und in der zufriedene und gesunde Menschen leben. Die Stadt Bruck an der Mur wird innerhalb der Region zum „Gesundheits-Motor“. Als Ziele wurden definiert: (1) Aktivierung und Partizipation der Bevölkerung, (2) regionale Verbundenheit stärken, (3) über das Thema Gesundheit sowohl soziale als auch wirtschaftliche Aktivitäten in Gang bringen und (4) von vielen Einzelaktivitäten hin zu einer ganzheitlichen, regionalen Strategie zu gelangen.

Projektpartner:

Projektträger sind die Stadt Bruck an der Mur, Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark (seit 2005), LE – Landentwicklung Steiermark (ehemals ÖLE von 2005–2006). Projektpartner sind die umliegenden Gemeinden der Stadt Bruck. Fachliche und organisatorische Projektbegleitung durch blue|monday gesundheitsmanagement.

Setting:

Gemeinde, Region

Laufzeit:

Phase 1: Jänner 2005 bis Dezember 2006

Phase 2: Jänner 2007 bis Dezember 2008

Finanzierung:

- Stadt Bruck an der Mur
- Land Steiermark – Gesundheitsressort (Suchtkoordinationsstelle)
- Landentwicklung Steiermark (2005, 2006)

Aktivitäten:

Im Rahmen von „Lebensgenuss an der Mur“ werden verschiedene Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Suchtprävention gesetzt, um der Vision einer „Wohlfühlstadt und Wohlfühlregion“ einen Schritt näher zu kommen.

Die Steuergruppe setzt sich aus den Projektträgern und relevanten AkteurInnen der Region (u.a. VertreterInnen der Schulen, Jugendeinrichtungen, VertreterInnen der Stadt und Gemeinden) zusammen und ist für die inhaltliche, organisatorische und finanzielle Leitung des Gesamtprojektes „Lebensgenuss an der Mur“ verantwortlich. Die Steuergruppe trifft sich in regelmäßigen Abständen. Die verschiedenen Teilprojekte bzw. Maßnahmen werden gemeinsam mit der Brucker Bevölkerung erarbeitet (2-tägige Ideenwerkstatt) und umgesetzt. Alle Teilprojekte werden fachlich begleitet. Im Rahmen von Lebensgenuss an der Mur wurden bisher folgende Teilprojekte umgesetzt: Das Brucker Modell (Suchtprävention in Volks-, Haupt- und polytechnischen Schulen des Bezirks), Zeit- und Hilfsbörse (erweiterte Nachbarschaftshilfe in Bruck, Pernegg und Oberaich), Jugendschutzstammtisch (fachlicher Austausch zu verschiedenen Jugendthemen) Check an Angel – Alkohol im Straßenverkehr (dieses Projekt gewann Anfang des Jahres den Sonderpreis der Jury im Rahmen des niederösterreichischen Vorsorgepreises 2008), Speakers Corner, Wohlfühlplätze, Schulhofgestaltung Gymnasium Bruck, Responsible Driving (Projekt für jugendliche AutofahrerInnen), AHA – Alternative Happy Hour (in Kooperation mit den Brucker Gastwirten).

Evaluation:

Zurzeit läuft eine Gesundheitsbefragung, in deren Rahmen das Projekt evaluiert wird. Lebensgenuss an der Mur wurde 2007 mit dem steirischen Jugendschutzpreis Constantin ausgezeichnet.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Wie viele andere Bereiche medizinischer und psychosozialer Krankenbehandlung hat auch die Suchttherapie eine spezifische Geschichte durchlaufen und sich zu einem differenzierten Behandlungssystem entwickelt. Während bis in die 1970er Jahre stationäre Therapieangebote nur für Alkoholranke existierten, wurden seither kontinuierlich auch Angebote im Bereich der illegalen Substanzen auf- und ausgebaut. In jüngerer Vergangenheit entwickelten sich unter dem Druck der steigenden HIV- und Drogenproblematik Konzepte der ambulanten Behandlung mit Ersatzstoffen (Substitution) und schadensminimierenden Angeboten für die Abhängigkeit von anderen Substanzen. Die anfänglich reine Abstinenzorientierung der Hilfsangebote ist allmählich einer differenzierten Betrachtungsweise gewichen: Nicht nur die ambulanten, sondern auch stationäre Einrichtungen der Drogenhilfe sind heute nicht mehr ausschließlich abstinenzorientiert. Sie haben auch die Erfahrungen aus der Schadensminimierung in ihre Konzepte integriert.

Das Vier-Säulen-Modell geht auf die Krisen rund um die offenen Drogenszenen in europäischen Großstädten zurück.⁵ Seine Aufgabe war es, gesundheits-, sozial- und sicherheitspolitische Fragestellungen zusammenzuführen, um den Herausforderungen einer steigenden Drogenproblematik zu begegnen. Das Modell hat seine Aufgabe für den Auf- und Ausbau des Behandlungssystems auch in der Steiermark gut erfüllt.

Nicht zuletzt mit den Bereichen Therapie und Schadensminimierung hat das 4-Säulen-Modell der Drogenpolitik einen wesentlichen Beitrag zum allgemeinen Verständnis der Abhängigkeitsproblematik geleistet. Gleiches gilt für Entwicklung, Differenzierung und Professionalisierung der einzelnen Säulen und der daraus abzuleitenden Maßnahmen. Selbstverständlich sollte man bei der Entscheidung für Maßnahmen immer auch die Art der Substanz (Alkohol, unterschiedliche illegale Drogen bzw. psychoaktive Medikamente) und die Art des Konsums (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum, abhängiger Konsum) beachten. Um diesen Umstand zu betonen, hat z.B. die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF, 2005) in der Schweiz den Ausdruck „Suchtwürfel“ geprägt, der die Dimensionen „Art der Droge“, „Art des Konsums“ und „Art der Strategie“ (4-Säulenmodell) harmonisch zu einem dreidimensionalen Konzept zusammenfasst, eine Idee, die zu diskutieren es sich jedenfalls lohnt. Für die Zukunft wird es darum gehen, einen neuen fachlichen und politischen Konsens über die Ziele der Suchtpolitik und der Suchthilfe

zu entwickeln. Diese müssen in erster Linie pragmatisch sein, um sie zu Entscheidungs- und Steuerungszwecken der Präventions- und Behandlungsangebote einsetzen zu können.

Das Behandlungssystem lässt sich nach seiner inhaltlichen Konzeption grob in niederschwellige und höherschwellige sowie ebenso grob in akzeptanzorientierte („Schadensminimierung“) und abstinenzorientierte („Therapie“) Angebote differenzieren. Hinsichtlich seiner Organisationsform werden die Angebote entweder im ambulanten oder im stationären Sektor, entweder von auf die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten spezialisierte Einrichtungen oder von Einrichtungen der allgemeinen Krankenversorgung („Regelversorgung“), die ihre Leistungen komplementär auch für Abhängigkeitserkrankte anbieten, erbracht. Die Vernetzung der Angebote erfolgt über zahlreiche Netzwerke mit unterschiedlichen Aufgabengebieten. Ziel dieser Netzwerke ist die fachliche Kooperation sowie die inhaltliche Verzahnung und Koordination der Angebote, um den Kommunikationsaufwand zwischen den Sektoren effizient zu gestalten. Viele der bestehenden Einrichtungen haben die notwendigen Kommunikationsprozesse an den Nahtstellen der Behandlung institutionalisiert.

Seit 1. Jänner 2006 werden österreichweit die Kontakte von KlientInnen mit Konsum von illegalen Drogen mit Suchthilfeeinrichtungen einheitlich dokumentiert (DOKLI – Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen). Dadurch werden nicht zuletzt auch die Berichtserfordernisse nach Maßgabe der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erfüllt. Die Mehrheit der steirischen Suchthilfeeinrichtungen beteiligt sich an DOKLI und stellt somit eine verwertbare Datenbasis zur Verfügung. Zur Zeit liegt für die Steiermark der erste DOKLI-Bericht für das Berichtsjahr 2006 vor. In diesem Bericht wird darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse aufgrund der üblichen Probleme im Zusammenhang mit der Implementierung neuer Dokumentationssysteme vorsichtig zu interpretieren sind.

Laut DOKLI Steiermark wird von 56% der in steirischen Suchthilfeeinrichtungen beratenen, betreuten oder behandelten KlientInnen angegeben, dass sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Hilfeinrichtung aufgesucht haben. Dieser Anteil nimmt von kurzfristigen Kontakten (37%) über niederschwellige Betreuungen (31%) hin zu längerfristig ambulanten (47%) und stationären Angeboten (96%) zu und spiegelt damit wider, dass KlientInnen

⁵ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen: Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Reihe Gesundheitswissenschaften; Hans Huber, 2006.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

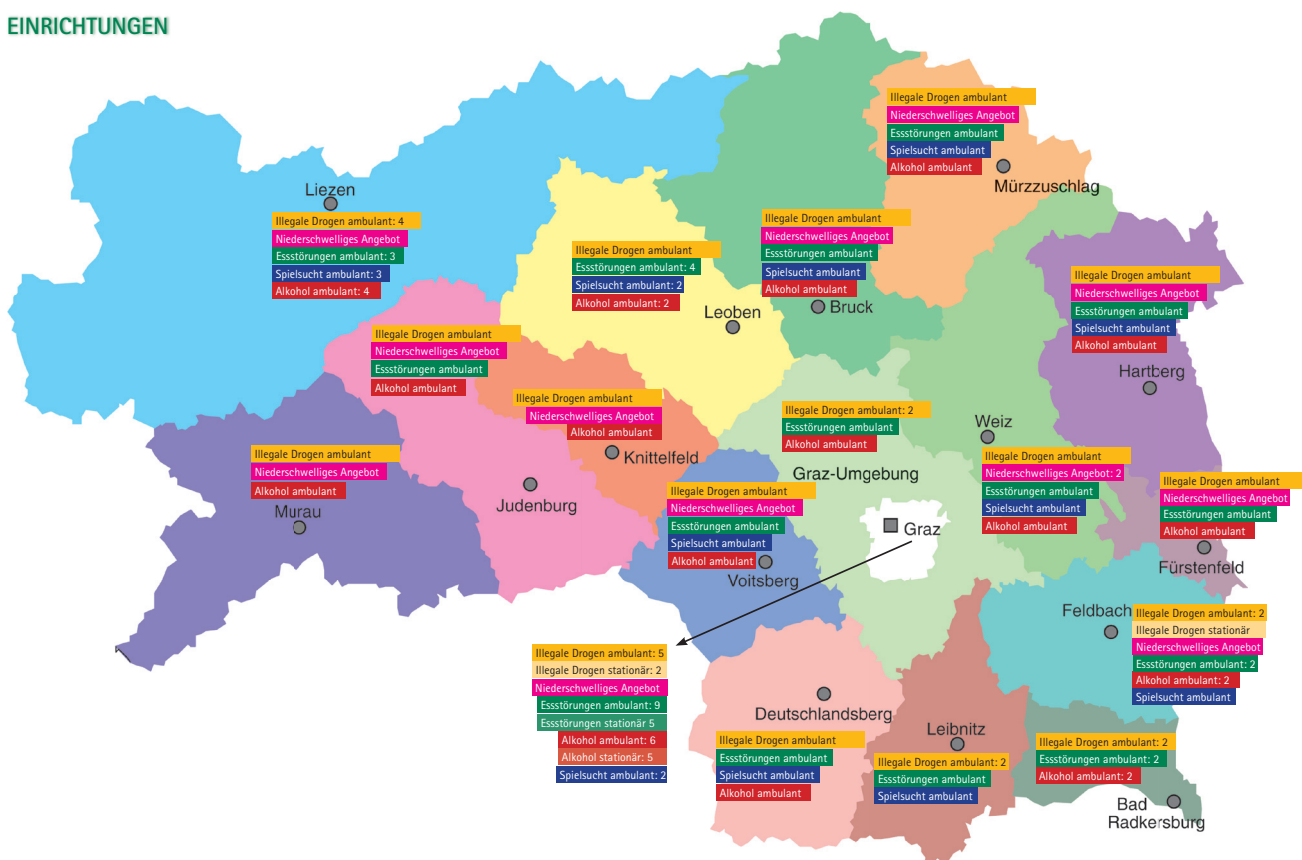
in höherschwelligen Maßnahmen bereits eine Betreuungskarriere durch eine oder mehrere Institutionen durchlaufen haben. KlientInnen ohne bisherige Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten sind vermehrt in dezentralen Bezirken vertreten, wo es offenbar gelingt, viele Erstkontakte herzustellen.

35% der Personen, die 2006 eine Betreuung in längerfristig ambulanten oder stationären Einrichtungen beendeten, schlossen diese nach Plan ab. Bei 12% kam es zu einem nichtplanmäßigen Betreuungsende wie Krankheit, Ortswechsel oder Weitervermittlung. 53% dieser KlientInnen brachen ihre Betreuung ab. Im stationären Bereich kommt es deutlich häufiger zu Abbrüchen (67%), im ambulanten Bereich ist hingegen eine nichtplangemäße Beendigung der Betreuung häufiger (22%). Möglicherweise gelingt es

in ambulanten Einrichtungen, drohende Abbrüche durch Vermittlung in eine andere Einrichtung abzuwenden, oder sie sind wegen eines weniger strikten und verbindlichen Settings weniger anfällig für Abbrüche. Im Folgenden werden ausgewählte Einrichtungen für drei unterschiedliche Bereiche der Suchthilfe exemplarisch und jeweils um die aus der steirischen KlientInnendokumentation verfügbaren statistischen Angaben ergänzt. Bei umfassendem Interesse an den Ergebnissen der klientInnenbezogenen steirischen Routedatensammlung wird auf den entsprechenden Bericht verwiesen.⁶ Eine umfassende Darstellung aller suchthilfe relevanten Einrichtungen und Angebote ist in einer eigenen Broschüre erschienen.⁷ Diese Broschüre ist über die Suchtkoordinationsstelle Steiermark erhältlich.

Eine Orientierungshilfe bietet folgende Abbildung:

EINRICHTUNGEN



6 x-sample (2007); DOKLI Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen in der Steiermark. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen.

7 Suchthilfe und Suchtprävention Steiermark (2006); Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

betreibt eine allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis in Graz-Liebenau (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau) einen Schwerpunkt in der biopsychosozialen Versorgung im Rahmen der Substitutionstherapie (60–75 PatientInnen). Das Angebot umfasst Sozialarbeit, verschiedene Formen der Psychotherapie und Familienberatung, soziale Dienste („Hauskrankenpflege“), Physiotherapie und Mediation.

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. Viele ProfessionistInnen im System legitimieren diesen beschränkten Zugang (Wartezeiten) über eine therapeutische Perspektive und argumentieren, dass eine Vorlaufzeit zur Überprüfung der Therapiemotivation der PatientInnen notwendig wäre. Das heißt, dass die Wartezeiten zur Vorbetreuung und Motivationsprüfung genutzt werden können, wo es keine speziellen Vorbetreuungsambulanzen in den spezifischen Einrichtungen gibt.

4.3 Stationäre Angebote

Laut DOKLI haben 2006 28% der erfassten KlientInnen eine längerfristige stationäre Betreuung begonnen.

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Landesnervenklinik Sigmund Freud stellt mit 102 MitarbeiterInnen das größte Therapieangebot der Steiermark dar, wobei das Einzugsgebiet auch das Südburgenland umfasst. Die Abteilung besteht aus 5 Stationen mit insgesamt 125 Betten, die jeweils besondere Schwerpunkte bilden (körperliche Entgiftung, Entwöhnungs- und Entzugsbehandlung von Alkohol und Drogen, Medikamentenabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel) sowie einer allgemeinen Ambulanz und einer Drogenambulanz mit diversen einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten für Paare und Familien und einer Angehörigengruppe.

„Das Angebot an Entzugs- bzw. Entwöhnungstherapien wird von ExpertInnen derzeit zwar als ausreichend erlebt, nur sind die Wartezeiten bis dahin viel zu lang und in

Krisen muss sofort gehandelt werden können. Für einen Großteil der rund 300 Krisennotfälle jährlich, die keine Entwöhnungs- oder Entzugstherapie machen wollen/können, kommen daher Mittel- und Langzeittherapiekonzepte nicht in Frage. Die Aufnahme in ambulante Betreuung bzw. in das Substitutionsprogramm wäre aber eine gute Möglichkeit, den Krankheitsprozess positiv zu beeinflussen. Umgekehrt ist es in der Drogenarbeit immer wieder erforderlich, bei lebensgefährdendem Beikonsum, psychotischen Exazerbationen, Suizidhandlungen etc. kurzfristig auch stationäre Behandlungsangebote zur Verfügung zu haben“ (Prim. Berthold, LSF, persönliche Mitteilung 2008).

In der 2004 gegründeten Therapiestation „Walkabout“ bieten 36 MitarbeiterInnen 30 Therapieplätze zum Entzug von illegalen Substanzen und/oder Benzodiazepinen sowie ambulante Nachbetreuung über ein Jahr.

Der Grüne Kreis Johnsdorf bietet 80 Kurz- und Langzeittherapieplätze mit Behandlungsschwerpunkt auf Alkoholabhängigkeit und beschäftigt 27 MitarbeiterInnen. Die Caritas betreibt in Form des Aloisianums mit 12 MitarbeiterInnen ein ähnliches Angebot in Graz.

4.4 KlientInnenstatistik

Der folgende Abschnitt liefert eine bestmögliche Schätzung der Gesamtzahl an suchtiindizierten Kontakten (persönliche und telefonische Information, Beratung, Begleitung ...) im vorwiegend schadensminimierenden ambulanten sowie im vorwiegend abstinenten ambulanten Bereich für die Jahre 2004, 2005 und 2006 auf Basis der Jahresberichte der Einrichtungen. Darin sind im Gegensatz zu den Angaben aus der DOKLI-Statistik nicht nur die KlientInnen enthalten, die den Kontakt zu den Einrichtungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen suchen, sondern auch jene, die aufgrund des Konsums legaler Substanzen (z.B. Alkohol, Tabak) und aufgrund substanzungebundener Süchte (z.B. Spielsucht) institutionalisierte Hilfe in Anspruch nehmen. Zahlen für das Jahr 2007 können zu diesem Zeitpunkt noch nicht geliefert werden, da manche Einrichtungen ihre KlientInnenstatistik noch nicht fertiggestellt haben.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Tabelle 6: Anzahl der suchtbefugten Kontakte im vorwiegend schadensminimierenden ambulanten Setting 2004 bis 2006

	2004	2005	2006
Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich	15.090	16.385	20.186
Streetwork Bruck-Kapfenberg (ISOP)	2.720	4.314	4.376
Caritas Schlupfhaus	333	259 ⁸	227
Streetwork Notschlafstelle Liezen	2.245	1.540	1.705
Streetwork Voitsberg	1.565	1.842	1.200 ⁹
[aus]zeit Jugendhaus Gleisdorf	9.231	9.706	9.986
Streetwork/ mobile Jugendarbeit Weiz	1.890	3.931	keine Angabe
Streetwork Hilfswerk	keine Angabe	keine Angabe	223
Gesamt	33.074	37.977	37.903

Tabelle 7: Anzahl der suchtbefugten Kontakte im vorwiegend abstinenten ambulanten Setting 2004 bis 2006

	2004	2005	2006
b.a.s.	1.431	1.312	1.420
BIZ-Obersteiermark	226	223	237
Drogenberatung des Landes Steiermark	1.120	1.470	1.192
PSD Hilfswerk	keine Angabe	keine Angabe	360
SMZ	76	93	120
Verein für psychische und soziale Lebensberatung	240	342	256
Gesamt	3.093	3.440	3.585

Ergänzend kann aufgrund einer Erhebung der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark über die Finanzierung stationärer Therapieangebote berichtet werden, dass 2006 insgesamt 69 alkoholbezogene Therapien (2007: 85) und 224 Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen wegen Abhängigkeit von illegalen Drogen (2007: 189) über das Behindertengesetz finanziert wurden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Interpretation der dargestellten Summen im Bewusstsein der Unvollständigkeit und Uneinheitlichkeit der dokumentierten Fallzahlen erfolgen sollte. Dies resultiert zum Einen daraus, dass nicht von allen ambulant tätigen Suchthilfeeinrichtungen

Zahlen verfügbar sind und auch aus der Tatsache, dass die Kontakte teilweise unterschiedlich dokumentiert werden.

An einem einheitlichen Dokumentationssystem (ein ständiges Einrichtungs- und Leistungsmonitoring), das im Sinne synergetischer Nutzung auch als Tätigkeitsbericht und Verwendungsnachweis für die Förderabwicklung des Landes Steiermark Gültigkeit besitzt, und das neben dem DOKLI (einheitliches Dokumentationssystem für Klientinnen und Klienten im Drogenbereich = nur Konsum illegaler Drogen) als evidenzbasiertes Planungsinstrument zum Einsatz kommen wird, wird derzeit gearbeitet.

⁸ Die Reduktion der dokumentierten Kontakte im Schlupfhaus im Jahr 2005 resultiert aus einer Ausgliederung des tag.werk.

⁹ Der Rücklauf resultiert laut Auskunft von Streetwork Voitsberg aus einer Reduktion des Personalstandes mit einer damit einhergehenden Reduktion der Aktivitäten.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

4.5 LKF-Statistik

Alle abgeschlossenen Behandlungen in Krankenhäusern werden in Österreich in einer gesetzlich vorgeschriebenen Vollerhebung erfasst. Neben grundlegenden soziodemografischen Angaben inkl. Wohnort der PatientInnen werden zu den Fällen Haupt- und Nebendiagnosen sowie Verweildauern erfasst. Im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) werden die so erfassten Behandlungsprävalenzen mit einem Punktwert versehen und für die Abrechnung der Leistungen herangezogen.

Aus Gründen der Transparenz der folgenden Darstellungen muss auf verschiedene Probleme mit LKF-Daten hingewiesen werden:

- Da nur Personen erfasst werden, die eine Spitalsbehandlung bekommen, ist die größere Häufigkeit der insgesamt im Gesundheitswesen behandelten Personen nicht ableitbar.
- Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Störung als Diagnose aufscheint, variiert und hängt sowohl von der diagnostizierenden Abteilung (z.B. wird auf einer psychiatrischen Abteilung eher eine Suchtdiagnose gestellt als auf einer internistischen) ab als auch von der Art der Störung und dem Schweregrad der Erkrankung.
- Da nur Behandlungsepisoden erfasst werden, aber keine Personen, sind keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Wiederaufnahmen von Personen in das Krankenhaus möglich. Eine Person, die im Laufe eines Jahres fünf Mal mit einer bestimmten Diagnose aufgenommen wird, erzielt dasselbe Ergebnis wie fünf Personen mit dieser Diagnose.

Die Bedeutung der LKF-Daten zu Zwecken der Suchtberichterstattung liegt überwiegend darin, dass es sich um die einzige systematische Aufzeichnung über die Frequentierung von Krankenanstalten zu einzelnen suchtspezifischen Störungen handelt. Aus der vorliegenden Auswertung resultiert ein grober Überblick über die Krankenhaushäufigkeit in den einzelnen politischen Bezirken der Steiermark. Die Krankenhaushäufigkeit drückt die Anzahl akutstationärer Behandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen eines Bezirkes innerhalb eines Jahres aus. Obwohl die Gesamtanzahl der Krankenhausbehandlungen bei einzelnen Suchtdiagnosen

steiermarkweit nur sehr gering schwankt, weisen die regionalen Krankenhaushäufigkeiten eine beträchtliche Varianz auf. Als wahrscheinliche Ursachen für die Varianz lassen sich Unterschiede in den Versorgungsstrukturen (niederschwellig, ambulant und stationär) sowie unterschiedliches Verhalten der PatientInnen, der Zuweiser und der Krankenhäuser anführen. Für eine deutliche Verursachung der Krankenhaushäufigkeit durch die Krankenhäuser selbst spricht vor allem, dass die Varianz in Leistungsbereichen mit deutlich abgegrenzter Indikationsstellung geringer ist als bei Suchtdiagnosen.¹⁰ Grundsätzlich sollte es im Sinne der Versorgungsqualität und Effizienz das Ziel sein, akutstationäre Leistungen, die fehlende extramurale Angebote kompensieren, nach außen zu verlagern und damit Fehlbelegungen, die sich bspw. in einer gesteigerten Krankenhaushäufigkeit ausdrücken (die Verweildauern wurden für den vorliegenden Bericht nicht analysiert), abzubauen. Die Aufnahmefrequenz ins Krankenhaus wird unter anderem durch die Verfügbarkeit und das Verhalten niedergelassener AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen und NeurologInnen, Psychosozialer Zentren und Suchtberatungsstellen beeinflusst. Je weniger Versorgung das extramurale Betreuungsnetz selbst abdeckt, desto mehr PatientInnen werden entweder auf dem direkten Weg ins Spital kommen oder von den extramuralen Behandlungseinrichtungen zugewiesen. Ein negativer Effekt kann vor allem dann kumulieren, wenn Spitalsabteilungen aufgrund niedriger Auslastungsziffern durchaus einen Anreiz haben, PatientInnen unkritisch aufzunehmen. Die Beurteilung einer Reihe von solchen indirekt wirksamen Einflussfaktoren auf die regionale Krankenhaushäufigkeit ist aufgrund der vorliegenden Informationen nicht möglich.

Die LKF-Daten wurden hinsichtlich des Wohnortes der PatientInnen (als Behandlungsfälle), der Krankenanstalt (Landesnervenklinik Sigmund Freud; alle anderen Krankenanstalten – im Folgenden als LKH bezeichnet) sowie der Kodierung eines Behandlungsfalles als Hauptdiagnose (in der Regel der Grund für die Hospitalisierung) oder als Nebendiagnose (eigentlich führte eine andere Diagnose zur Aufnahme in das Krankenhaus) erfasst. Für die Auswertungen wurden die Diagnosen in Cluster zusammengefasst. Die Krankenhaushäufigkeit wurde jeweils auf Basis der Behandlungsfälle pro Region als Anteil an der jährlichen Wohnbevölkerung laut Statistik Austria berechnet.

¹⁰ Köck, Ebner & Partner: Teilbericht Leistungs- und Strukturplanung und Identifikation von Kooperationspotentialen für definierte Versorgungsregionen in der Stmk. 2000.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Alkohol

Tabelle 8: Diagnosecluster Alkohol

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle		
		Jahr	LKH*	LSF
Alkoholabhängigkeit	F 10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom	2004	203	318
	F 10.3 Entzugssyndrom	2005	117	281
	F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir	2006	90	237
		2007	99	201
Alkoholinduzierte körperliche Störungen	G 62.1 Polyneuropathie durch Alkohol	2004	878	958
	I 42.6 Alkoholische Kardiomyopathie			
	K 29.2 Gastritis durch Alkoholismus			
	K 70.0 Alkoholische Fettleber			
	K 70.1 Akute alkoholische Hepatitis			
Alkoholintoxikation	K 70.2 Alkoholische Fibrose, Sklerose	2005	744	774
	K 70.3 Alkoholische Leberzirrhose	2006	573	614
	K70.4 Alkoholisches Leberversagen	2007	562	607
	K 70.9 Chronische alkoholische Lebererkrankung			
Gesamt	F 10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol	2004	1808	821
	F 10.1 Schädlicher Gebrauch	2005	1687	889
	T 51 Toxische Wirkung durch Alkohol	2006	1095	773
		2007	970	785
		2004	2889	2097
		2005	2548	1944
		2006	1758	1624
		2007	1631	1593

* alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle wegen Alkoholabhängigkeit hat sich zwischen 2004 und 2007 in Akutkrankenhäusern halbiert, auch in der Landesnervenklinik Sigmund Freud ist ein Rückgang um ein Drittel beobachtbar. Während jede zweite Aufnahme in der LSF wegen der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit getätigt wird, wird die Diagnose in allen anderen Krankenanstalten hauptsächlich (zu etwa zwei Drittel) als Nebendiagnose gestellt.

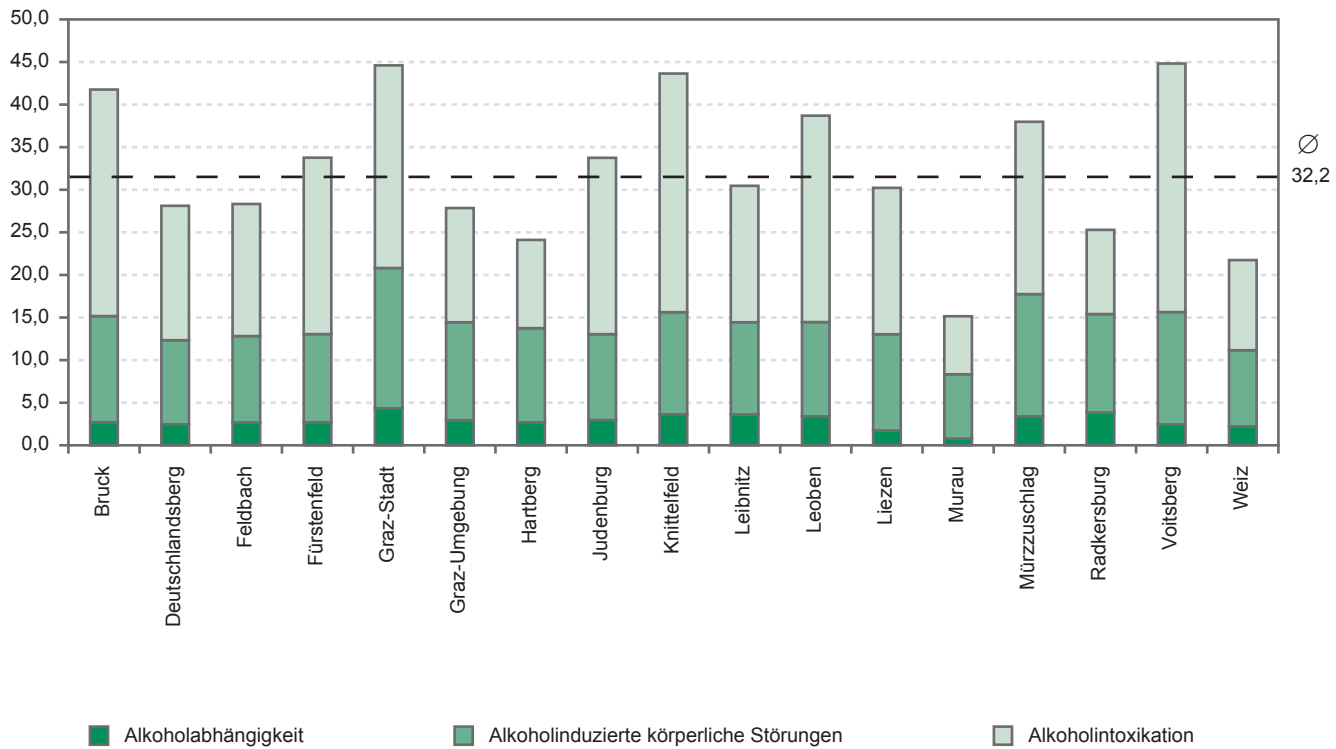
Auch hinsichtlich alkoholbedingter körperlicher Störungen ist im Allgemeinen ein Rückgang der Behandlungsfälle

beobachtbar. Während alkoholbedingte körperliche Störungen in der LSF fast zur Gänze als Nebendiagnosen geführt werden, überwiegen in allen anderen Krankenanstalten Behandlungsfälle aufgrund der genannten Hauptdiagnosen.

Auch Behandlungsfälle wegen der häufigsten alkoholbezogenen Diagnose (Alkoholintoxikation) sind rückläufig. Während in der LSF zwei Drittel der Fälle zur Hospitalisierung führen (Hauptdiagnosen), beträgt dieser Anteil in allen anderen Krankenanstalten in etwa 50%.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Abbildung 1: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) alkoholbezogener Diagnosen 2004–2007



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
Durchschnitt: 32,2 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Abb. 1 zeigt die Varianz alkoholbedingter Behandlungen in den verschiedenen politischen Bezirken der Steiermark. Dabei sind die hohe Krankenhaushäufigkeit in Bruck, Graz-Stadt, Knittelfeld und Voitsberg auffallend. Während Hartberg und

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Tabak

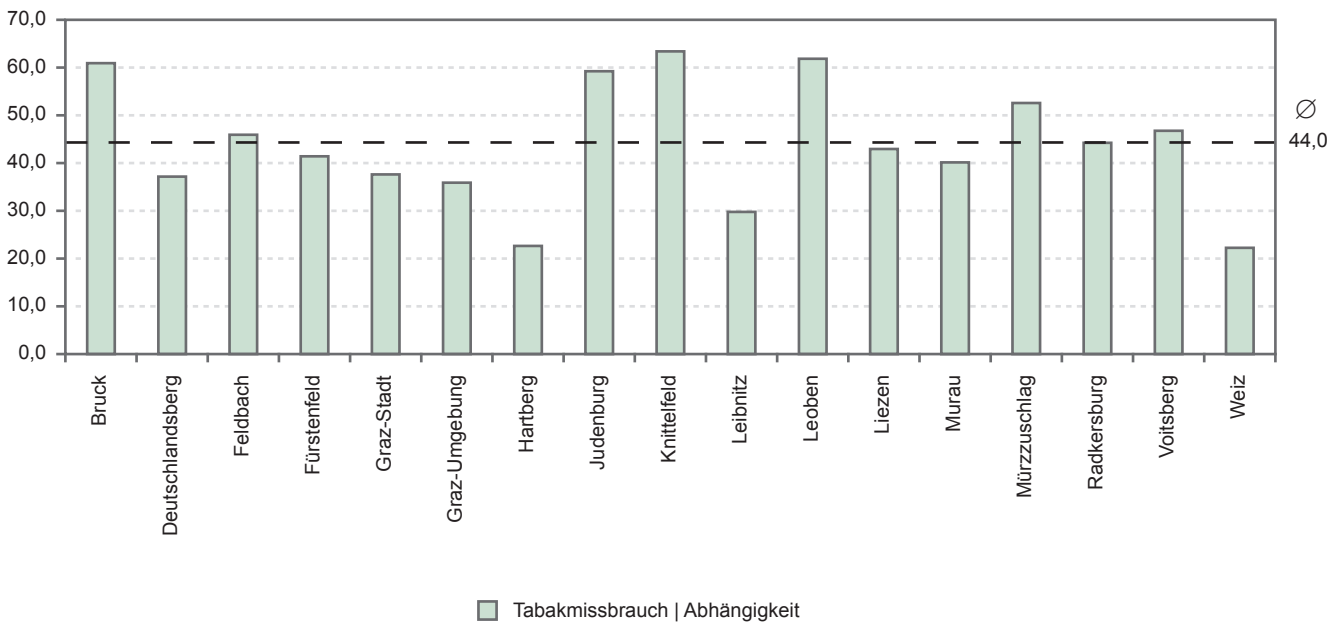
Tabelle 9: Diagnosecluster Tabak

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle		
		Jahr	LKH*	LSF
Tabakmissbrauch/Abhängigkeit	F 17.1 Schädlicher Gebrauch von Tabak F 17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak F 17.3 Entzugssyndrom bei Tabak	2004	3980	245
		2005	4410	241
		2006	5348	161
		2007	5206	169

* alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten

Weiz unterdurchschnittliche Werte aufweisen, ist die Krankenhaushäufigkeit in Murau auffallend niedrig. Behandlungsfälle wegen Missbrauch und Abhängigkeit von Tabak werden nahezu ausschließlich als Nebendiagnosen

Abbildung 2: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) tabakbezogener Diagnosen 2004–2007



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
Durchschnitt: 44 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Die Krankenhaushäufigkeit wegen tabakbezogener Diagnosen ist vor allem in der Obersteiermark stark erhöht und in der Südoststeiermark teilweise weit unterdurchschnittlich.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Esstörungen

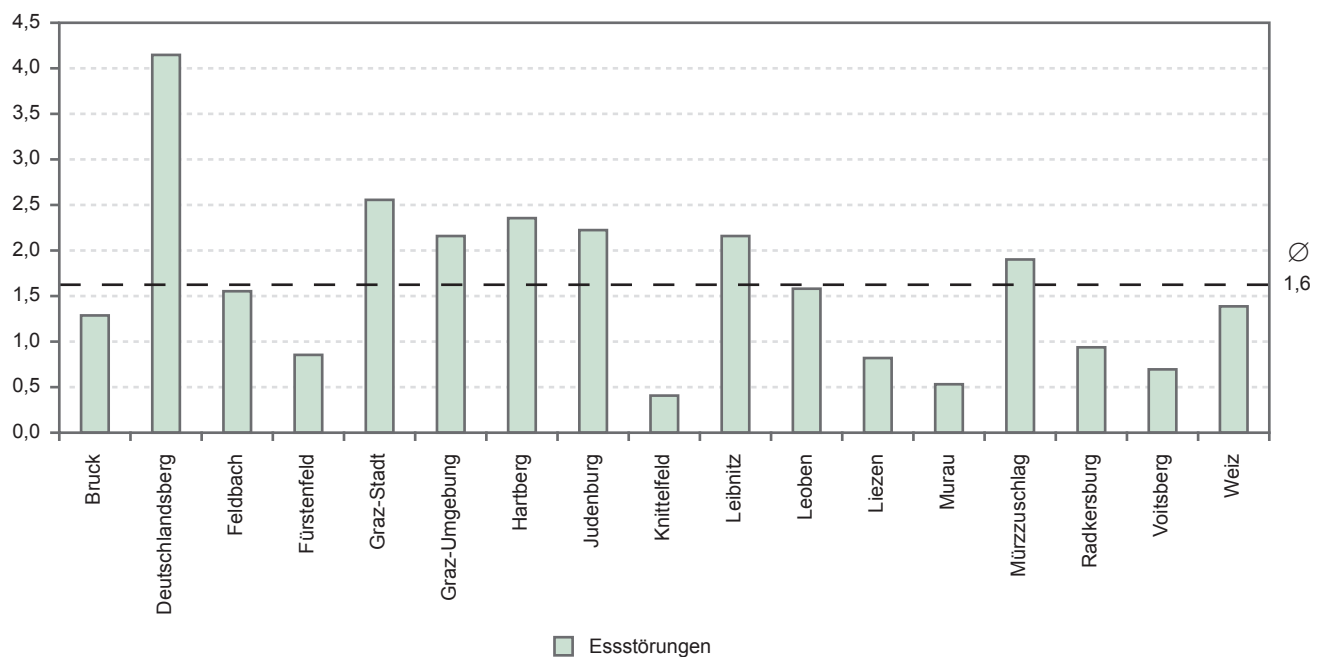
Tabelle 10: Diagnosecluster Esstörungen

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle		
		Jahr	LKH*	LSF
Esstörungen	F 50.0-1 Anorexia nervosa F 50.2-3 Bulimia nervosa	2004	161	44
		2005	173	15
		2006	169	46
		2007	224	80

* alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten

Krankenhausbehandlungen werden in Akutkrankenanstalten zu mehr als 80% und in der LSF zu mehr als 90% als Hauptdiagnosen kodiert und sind in den letzten Jahren stark angestiegen, in der LSF kam es zwischen 2004 und 2007 zu einer Verdoppelung der Fälle, auch in Akutkrankenanstalten ist die Aufnahme rate um ca. 40% gestiegen.

Abbildung 3: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) von Esstörungen 2004–2007



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
Durchschnitt: 1,6 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Es zeigt sich, dass die regionale Krankenhaushäufigkeit wegen Esstörungen außergewöhnlich stark variiert. Während Deutschlandsberg einsam an der Spitze liegt, kommt es in Fürstenfeld, Knittelfeld, Liezen, Murau, Radkersburg und Voitsberg zu auffallend wenigen Krankenhausaufnahmen.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Medikamente

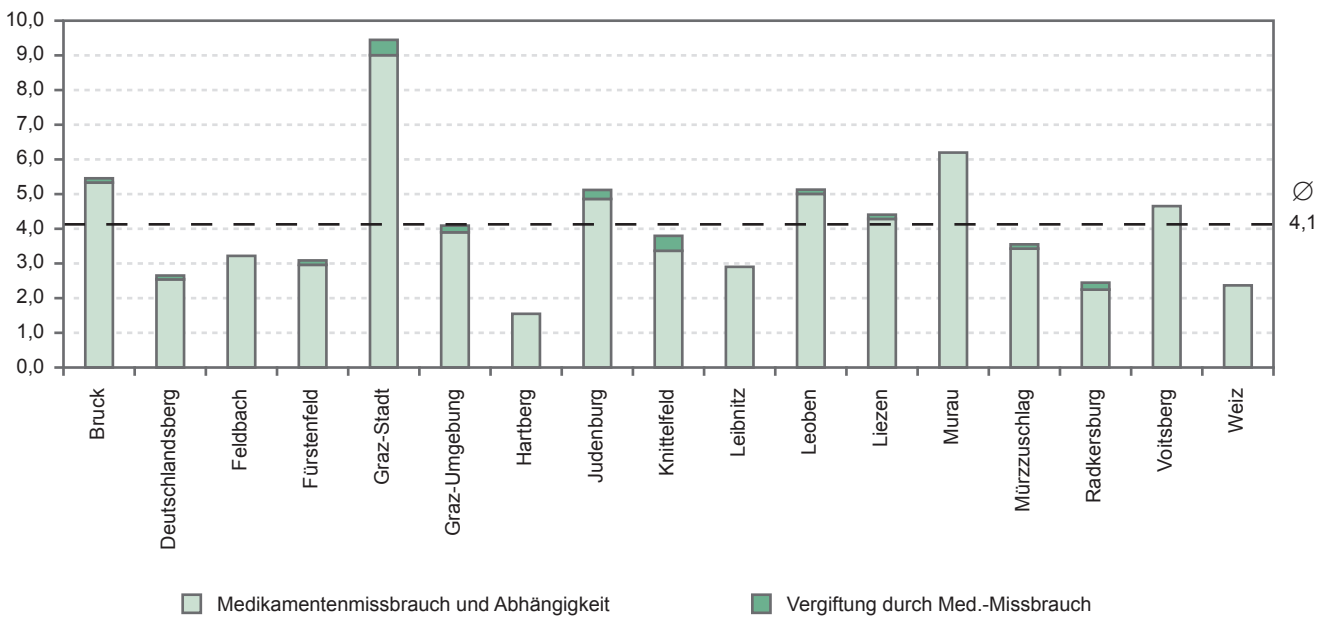
Tabelle 11: Diagnosecluster Medikamente

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle		
		Jahr	LKH*	LSF
Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit	F 13.1 Schädlicher Gebrauch von Sedativa und Hypnotika F 13.2 Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika F 13.3 Entzugssyndrom bei Sedativa und Hypnotika F 13.4 Entzugssyndrom mit Delir bei Sedativa und Hypnotika	2004	204	360
		2005	248	313
		2006	249	315
		2007	239	363
Vergiftungen durch Med.-Missbrauch	F13.0 Akute Intoxikation durch Sedativa und Hypnotika	2004	4	2
		2005	7	10
		2006	8	7
		2007	8	23
Gesamt Medikamente		2004	208	362
		2005	255	323
		2006	257	322
		2007	247	386

* alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten

Die Behandlungsfälle aufgrund von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit haben sich in den letzten Jahren sehr konstant entwickelt. In etwa jeder sechste Behandlungsfall führt zu einer Hospitalisierung (386 von 2291 Fällen). Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch sind Einzelfälle.

Abbildung 4: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund von Medikamentenabhängigkeit 2004–2007



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
 Durchschnitt: 4,1 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Es zeigt sich, dass die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Medikamentenabhängigkeit in Graz am höchsten ist. Im Bezirk Murau, welcher ansonsten niedrige Häufigkeiten vorweist, dürfte Medikamentenabhängigkeit jedoch auch ein veritables Problem darstellen, zumindest werden hier überdurchschnittlich häufig PatientInnen in eine Krankenanstalt aufgenommen. In der Obersteiermark ist die Krankenhaushäufigkeit insgesamt überdurchschnittlich.

Illegale Drogen

Tabelle 12: Diagnosecluster Illegale Drogen

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle		
		Jahr	LKH*	LSF
Drogenabhängigkeit	F11.2-4 Abhängigkeit von Opioiden	2004	87	130
	F14.2-4 Abhängigkeit von Kokain	2005	244	108
	F12.2-4 Abhängigkeit von Cannabinoiden	2006	229	155
	F15.2-4 Abhängigkeit von Stimulantien	2007	187	155
	F16.2-4 Abhängigkeit von Halluzinogenen			
Vergiftungen durch Drogenmissbrauch	F18.2-4 Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln			
	F19.2-4 Abhängigkeit durch multiplen Substanzgebrauch			
	F11.0 Vergiftung durch Opioide	2004	43	11
	F16.0 Vergiftung durch Halluzinogene	2005	42	10
	F15.0 Vergiftung durch Stimulantien	2006	34	7
	F12.0 Vergiftung durch Cannabinoide	2007	41	8
	F14.0 Vergiftung durch Kokain			
	F18.0 Vergiftung durch flüchtige Lösungsmittel			
Psychotische Störungen durch Drogenmissbrauch	F19. Vergiftung durch multiplen Substanzgebrauch			
	T39.1 Vergiftung durch 4-Aminophenol-Derivate			
	T40.1 Heroinintoxikation: Vergiftung durch Heroin			
	T42.4 Benzodiazepinintoxikation: Vergiftung durch Benzodiazepin			
Psychotische Störungen durch Drogenmissbrauch	F11.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Opioiden	2004	7	21
	F12.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Cannabinoiden	2005	11	14
	F16.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Halluzinogenen	2006	8	23
	F19.5 Drogeninduzierte Paranoia	2007	8	11
Gesamt Illegale Drogen		2004	137	162
		2005	297	132
		2006	271	185
		2007	236	174

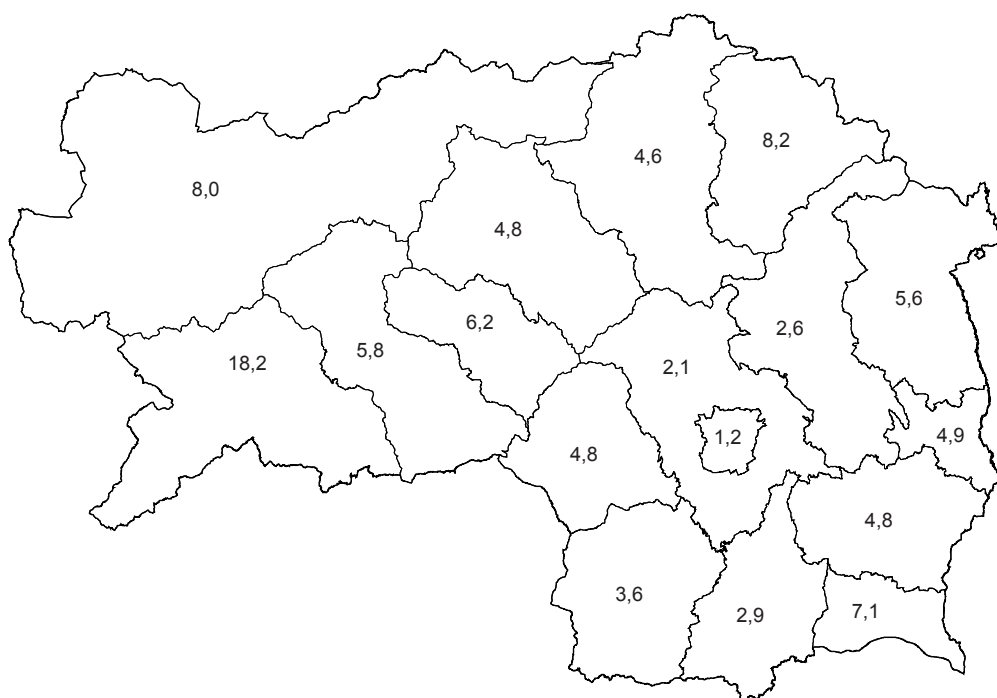
* alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten

Bezüglich Drogenabhängigkeit unterscheiden sich die Krankenanstalten stark. Während in der LSF jeder zweite Behandlungsfall als Hauptdiagnose registriert wird, überwiegen in allen anderen Krankenanstalten die Hauptdiagnosen mit etwa 70–80% aller Fälle. In Akutkrankenanstalten sind die Aufnahmen aufgrund von Drogenabhängigkeit stärker gestiegen als in der LSF; 2005 kam es gar zu einer Verdreifachung der Behandlungsfälle im Vergleich zu 2004, seither ist ein leichter Rückgang zu beobachten. In der LSF steigen die Behandlungsfälle seit 2005 moderat an.

Auch bei Vergiftungen durch Drogenmissbrauch überwiegen jene Fälle, in denen die Vergiftung zur Aufnahme ins Krankenhaus führte. Psychotischen Störungen durch Drogenmissbrauch werden hingegen überwiegend als Nebendiagnosen erfasst.

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Abbildung 6: Verhältnis von Behandlungen in der LSF zu Behandlungen in anderen Krankenanstalten nach Regionen



4.6 Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ stellt den suchtpolitischen Konsens aller politischen Parteien dar und stößt auf breite Zustimmung in der Bevölkerung.¹¹

Bei Bekanntwerden von strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (§11, Abs. 2, Z1-5) kann es zu einem Behandlungskontext kommen, in dem PatientInnen bzw. KlientInnen sich nicht freiwillig einer Therapie unterziehen („Therapie statt Strafe“). Der Staatsanwalt ist dazu verpflichtet, das Verfahren für eine Probezeit von zwei Jahren zurückzulegen, wenn die Person wegen illegalem Erwerb oder Besitz von Drogen in einer geringen Menge zum persönlichen Gebrauch angezeigt wurde. Dies ist abhängig von der Stellungnahme der Gesundheitsbehörde, die festlegt, ob der/die StraftäterIn einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf. Wenn

die Person jedoch während der Dauer des Aufschubs eine weitere Drogenstraftat begeht, oder sie aufgrund ihrer Abhängigkeit eine Straftat begeht, um sich die Suchtmittel zu verschaffen (Beschaffungsdelikte), oder wenn die Person sich beharrlich den erforderlichen gesundheitsbezogenen Maßnahmen entzieht, tritt die normale Strafverfolgung ein. Anderenfalls wird der Fall abgeschlossen, wenn der Angezeigte dem Staatsanwalt Nachweise darüber erbringt, dass er die gesundheitsbezogene(n) Maßnahme(n) mit Erfolg abgeschlossen hat.

Der Staatsanwalt kann das Verfahren ohne die Einholung einer Stellungnahme der Gesundheitsbehörde aufschieben, wenn eine Person ausschließlich angeklagt ist, weil sie Cannabis in geringer Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat und kein Grund zur Annahme besteht, dass diese Person einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf, und wenn die Person innerhalb der letzten fünf Jahre nicht wegen derselben Straftat angezeigt wurde.

¹¹ ÖBIG (2007): Bericht zur Drogensituation 2006 [webpublished].

4. BEHANDLUNGSSYSTEME

Wenn die Person wegen eines Drogendelikts angezeigt und zu einer zwei Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe verurteilt wurde, ist das Gericht verpflichtet, den Vollzug der Strafe aufzuschieben, wenn die Person sich bereit erklärt, sich den notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahmen (§11, Abs. 2, Z1-5; ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands, ärztliche Behandlung, klinischpsychologische Behandlung, Psychotherapie, psychosoziale Beratung oder Betreuung) zu unterziehen. Die medizinische Behandlung kann entweder in Form einer Abstinenzbehandlung oder einer Substitutionsbehandlung erfolgen. Bei einem Abschluss mit Erfolg ist die Strafe unter Bestimmung einer Probezeit bedingt nachzusehen. Bei erwachsenen Drogenabhängigen wird (z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens wegen des Besitzes von Heroin in geringer Menge und zum eigenen Gebrauch) wird in ca. 50% der Fälle, bei jugendlichen Straftätern in ca. 90% der Fälle eine gesundheitsbezogene Maßnahme angeordnet; in den übrigen Fällen wird die Diversion ohne Behandlung unter der Bedingung einer Probezeit von zwei Jahren angeordnet. Die am häufigsten angeordnete gesundheits-

bezogene Maßnahme ist die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands¹².

Bei über 19% der 2006 im DOKLI erfassten KlientInnen der steirischen Suchthilfeeinrichtungen wurde eine gesundheitsbezogene Maßnahme verhängt. Am häufigsten erfolgen diese nach §35 SMG (Anzeigenzurücklegung) und §39 SMG (Strafvollzugaufschub für schwerere Delikte). Unter SubstitutionspatientInnen sind es 13%, unter Opiatabhängigen, die nicht im Substitutionsprogramm sind, 26% und unter allen anderen erfassten KlientInnen 19%, über die eine gesundheitsbezogene Maßnahme verhängt wurde. Mit einiger Wahrscheinlichkeit können die DOKLI-Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass die Verhängung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die KlientInnen die Betreuung planmäßig beenden.¹³ Die Suchtmitteldatenbank beim BMGFJ erlaubt keine stichhaltigen Analysen über verhängte gesundheitsbezogene Maßnahmen, weshalb das Dokumentationssystem derzeit überarbeitet wird.

¹² Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Stand der Drogenproblematik in Europa 2007 [webpublished].

¹³ DOKLI Steiermark, eigene Berechnungen.

5. SUBSTITUTION

5.1 Die Entwicklung der Substitutionstherapie in der Steiermark

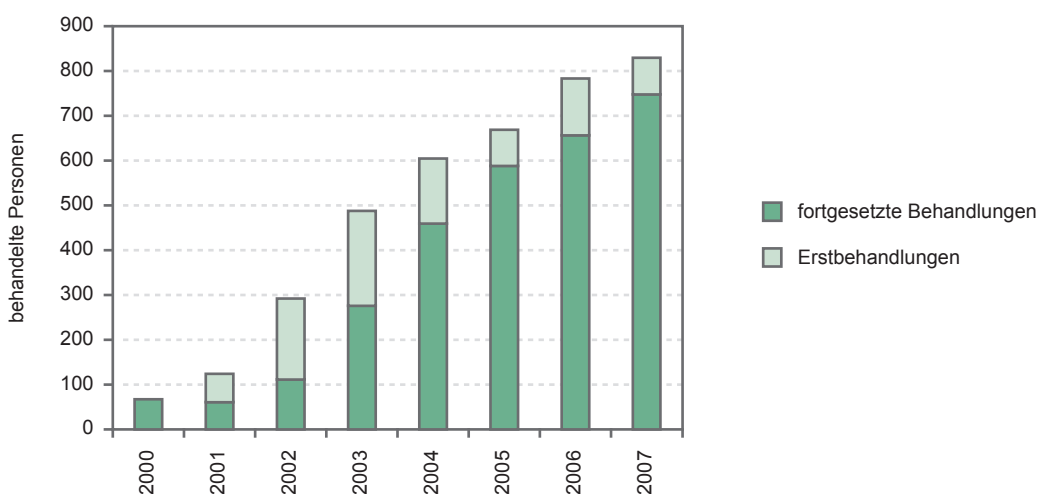
Laut ÖBIG-Bericht über die Drogensituation 2007 befinden sich in Österreich derzeit etwa 8.120 von geschätzten 20.000 opiatabhängigen Personen in einer Substitutionstherapie (ca. 40%), in der Steiermark sind am Stichtag 31.12.2007 754 von geschätzten 2.500 bis 3.500 OpiatkonsumentInnen im Substitutionsprogramm (ca. 25%).

Die Zusammenführung der steirischen Daten zur Substitutionsbehandlung wird von der FA 8B Gesundheitswesen (Landessanitätsdirektion) wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden ÄrztInnen. In seinem Bericht über die Drogensituation in Österreich stellte das ÖBIG (vgl. ÖBIG 2003)¹⁴ fest, dass diese Meldungen nicht immer lückenlos und zeitgerecht erfolgen. Nach dem Ärztegesetz, das in der legislativen Hierarchie über den Substitutionserlassen des Bundes resp. der Länder steht, obliegt es einzelnen ÄrztInnen, eine Meldung an die Gesundheitsbehörden (BMGFJ) durchzuführen. Die gegenwärtige Datenlage führt zu einem weiteren Problem, wenn man erfahren möchte, wie viele PatientInnen sich zu einem bestimmten Zeitpunkt in Therapie befinden, da

vor allem über Therapieausstiege, -abbrüche oder erfolgreiche Beendigungen wenig Information vorliegt. In den nachfolgenden Ergebnissen sind die entsprechenden KlientInnen über die Jahre als „in einer laufenden Behandlung“ erfasst. Zusatzinformation über die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt in Substitutionstherapie befindlichen PatientInnen kann den ca. im Halbjahresrhythmus durchgeführten Stichtagserhebungen auf der Basis von den AmtsärztInnen gezählten Rezepten gewonnen werden, die jedoch aus mehreren Gründen unberücksichtigt bleiben. Trotz einer potenziellen Unterschätzung der tatsächlichen Anzahl von Substituierten aufgrund der Meldungen stimmen die Stichtagserhebungen (Anzahl der Rezepte), die zu drei Zeitpunkten durchgeführt wurden, zu einem Zeitpunkt (Jänner 2005) mit den Meldungen überein. Ende 2006 beträgt der Unterschied 123, Ende 2007 135 (bleibt in etwa konstant). Da keine Informationen bzgl. sich im Erhebungszeitraum geänderter Meldedisziplin der ÄrztInnen sowie über Therapiebeendigungen vorliegen, können die Daten nicht ohne weiteres korrigiert werden. Obwohl die Datenqualität mangelhaft ist, können wichtige Trends valide abgelesen werden.

Sämtliche Analysen dieses Kapitels erfolgten auf Basis der Meldungen an die FA 8B, ohne die Stichtagserhebungen (Anzahl der Rezepte) zu berücksichtigen.

Abbildung 7: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von Substituierten in der Steiermark 2000¹⁵–2007



Quelle: eigene Berechnungen aufgrund der Meldungen an die FA 8B Gesundheitswesen

¹⁴ ÖBIG (2003): Bericht zur Drogensituation 2003 [webpublished].

¹⁵ Die Zählungen beginnen mit Erstbehandlungen 2000 ohne Berücksichtigungen weiter zurückliegender Erst- oder fortgesetzter Behandlungen.

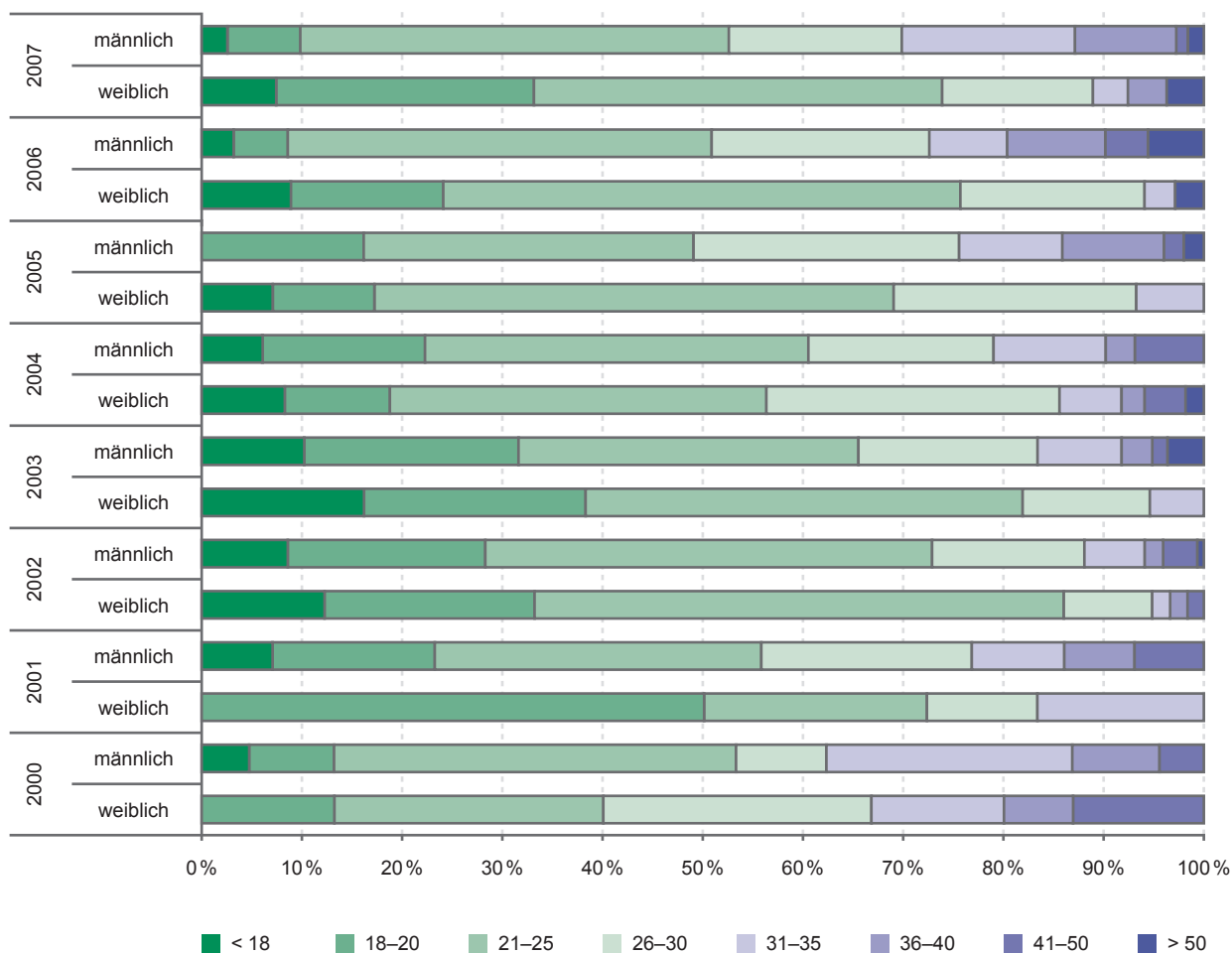
5. SUBSTITUTION

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Abb. 7 zeigt einen überproportional starken Anstieg an Neubehandlungen während der Jahre 2002–2003 und einen wiederholten Anstieg 2006, der 2007 wiederum abflacht.

Aus demographischer Perspektive sind diese Anstiege in erster Linie auf den Zuwachs jüngerer Altersgruppen zurückzuführen. Während im ersten Halbjahr 2000 weniger als 20% der Neubehandelten unter 20 Jahre alt sind, verdoppelt sich deren Anteil bis 2003. Bis 2001 befinden

sich zwar nur vereinzelt minderjährige Burschen unter den Substituierten, ab 2002 wächst diese Gruppe auf etwa ein Zehntel der Neuaufnahmen im Jahr 2003, wobei der Anteil minderjähriger Mädchen unter Frauen durchwegs höher ist als jener der Burschen unter Männern. Während die unter 25-Jährigen im Vergleichszeitraum auch österreichweit kontinuierlich ansteigen und 2004 52% der Neuaufnahmen ausmachen, steigt der Anteil dieser Altersgruppe in der Steiermark bereits früher (2002) auf kontinuierlich mehr als 60%. 2002 waren mehr als drei Viertel der Neubehandelten jünger als 25 Jahre alt.

Abbildung 8: Alters- und Geschlechterverteilung von Substituierten (Neuaufnahmen) in der Steiermark 2000–2007



Quelle: eigene Berechnungen aufgrund der Meldungen an die FA 8B Gesundheitswesen

5. SUBSTITUTION

Da dieselben demographischen Trends auch bundesweit beobachtet werden können, kann dieses Ergebnis als Indikator für eine leichtere Zugänglichkeit der Substitutionsbehandlung für jüngere Personen interpretiert werden.

Die Daten liefern auch nachvollziehbare Grundlagen für die im März 2007 in Kraft getretenen Verordnungen (Novelle zur Suchtgiftverordnung, BGBl II 2006/451, und Weiterbildungsverordnung orale Substitution, BGBl II 2006/449). Ziele sind die Vereinheitlichung und Optimierung der Substitutionsbehandlung sowie die Reduktion des Missbrauchs von retardierten Morphinen, die unter ExpertInnen weiterhin kontroversiell diskutiert werden. Bis zur (weltweit erstmaligen) Zulassung von retardierten Morphinen für die Substitutionsbehandlung in Österreich stand für die Substitution in erster Linie Methadon zur Verfügung, ein synthetisch hergestelltes Opioid, das bei PatientInnen mitunter zu schweren und unangenehmen Nebenwirkungen (starkes Schwitzen, Gewichtszunahme, Wasserretention im Gewebe, Depressionen, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Lethargie und Gedämpftheit) führen kann. Andere Drogen wie z.B. Kokain werden dann auch deshalb eingenommen, um derartige Effekte zu kompensieren. In manchen Fällen führen die Nebenwirkungen sogar dazu, dass die PatientInnen aus dem Substitutionsprogramm aussteigen und die Therapie abbrechen. Ein Wechsel auf eine andere Substanz ist erst seit dem Einsatz von retardierten Morphinen möglich, weil die Wirkdauer vergleichbar lang ist wie bei Methadon, die Nebenwirkungen aber in den Hintergrund treten. Verbesserte Therapiemethoden sollten daher Abhängigkeitserkrankten, die häufig gesellschaftlicher Diskriminierung ausgesetzt sind, helfen, durch mangelnde Therapiestandards nicht einer wiederum diskriminierenden Behandlung und Stigmatisierung unterzogen zu werden, die potenziell die angestrebte Resozialisierung erschwert (vgl. Fischer, 2007)¹⁶.

Bereits 2003 wird aus Vorarlberg, Tirol und Graz über die zunehmende Bedeutung von Morphinen im Schwarz- bzw. Grauhandel (Als Grauhandel wird der Weiterverkauf von Medikamenten beschrieben, der Handel mit illegalen Substanzen findet auf dem Schwarzmarkt statt) berichtet, während Heroin an Relevanz verliert (vgl. ÖBIG 2003)¹⁷. Dies entspricht auch Berichten der Vorjahre¹⁸ und wird auf Markt- bzw. Angebotsmechanismen zurückgeführt. Aus Graz wird beispielsweise berichtet, dass in Folge der Aktivitäten einer polizeilichen Sondereinsatzgruppe Heroin schwer verfügbar und wesentlich teurer wurde, wodurch die Abhängigen auf illegal bezogene Substitutionsmittel und Psychopharmaka ausweichen (HR Mag. Klamminger, Sicherheitsdirektor für Steiermark, persönliche Mitteilung). In Vorarlberg wird aufgrund der verstärkten Präsenz von Morphinen im Straßenhandel bereits 2003 eine Adap-

tierung der Substitutionsbehandlung diskutiert (ÖBIG, 2003)¹⁹. Stichhaltige Belege für den nicht indizierten intravenösen Konsum der Präparate lieferten 2 Analysen rückgetauschter Spritzen im Wiener „Ganslwirt“ (Haltmayer 2000, 2003)²⁰. In 2–17% der abgegebenen Spritzen befanden sich Reste von Heroin, während sich in 28–37% Morphine (Substitutionsmittel bzw. Schmerzmittel) und in 28–41% Kokain fanden. Die Frage, in welchem Ausmaß die in der Substitution eingesetzten retardierten Morphine intravenös konsumiert werden, lässt sich nicht exakt beantworten. Man kann aber davon ausgehen, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil der mit retardierten Morphinen substituierten Personen diese auch intravenös konsumieren. Von 199 SubstitutionsklientInnen, die steiermarkweit in der vereinheitlichten Dokumentation der KlientInnen der Suchthilfeeinrichtungen erfasst wurden (DOKLI), geben im Berichtsjahr 2006 125 Substituierte (64% der Substituierten) an, in den letzten 30 Tagen intravenös Opiate konsumiert zu haben, davon 59%, dass diese aus ärztlicher Behandlung stammen. In einer Vergleichsgruppe aus diesem Datensatz, die aus Personen besteht, die zwar opiatabhängig, aber nicht im Substitutionsprogramm sind (n=183), geben zwar fast ebenso viele (59%) an, in den letzten 30 Tagen Opiate intravenös konsumiert zu haben. Obwohl 35% in der Vergleichsgruppe „andere Substitutionsdrogen als Methadon“ als ihre Leitdroge definieren (Anm.: retardierte Morphine), beziehen nur 6% diese von ÄrztInnen. Einerseits konsumieren also ca. 60% der Substituierten intravenös (was durch die Substitutionstherapie in ihrer jetzigen Durchführung verhindert werden sollte), andererseits konsumieren ebenso viele Nichtsubstituierte intravenös, beziehen diese Substitutionsmittel jedoch auf dem Grauhandel.

Fehlender Evidenz für die breite Anwendung retardierter Morphine in der Substitution sowie dem Missbrauchspotenzial und der mit dem intravenösen Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren der Präparate (chronische Augenentzündungen, Atemwegserkrankungen ...) ist besonderes Augenmerk zu schenken.

Länder wie z.B. die Schweiz, Frankreich, Deutschland und Australien setzen retardierte Morphine in der Substitution ein, allerdings vorwiegend in einem entweder sehr kleinen und/oder streng kontrollierten Rahmen. Es wird in diesen Staaten ebenfalls über Missbrauch der vorwiegend eingesetzten Substanzen (Frankreich: Buprenorphin) berichtet.

Die Schweiz und Deutschland setzen in der Behandlung schwerstkranker Abhängiger auch auf die streng kontrollierte Abgabe von Diamorphinpräparaten mit sehr guten Erfolgen bei dieser multimorbiden PatientInnengruppe.

16 Fischer G.: Weg von der Stigmatisierung. In: Huber K. (Hrsg.) Substitutionstherapie der Opiatabhängigkeit. Springer, Edition Ärztwoche, 2007, 25ff.
17 ÖBIG (2003): Bericht zur Drogensituation 2003 [webpublished].
18 ÖBIG (2003): Bericht zur Drogensituation 2003 [webpublished].
19 ÖBIG (2003): Bericht zur Drogensituation 2003 [webpublished].
20 Dr. Hans Haltmayer (Ärztlicher Leiter Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte) et al. analysierten im Jahr 2000 die rückgetauschten Spritzen (753 Proben = 7 Tage) im Ganslwirt in Wien.

5. SUBSTITUTION

Andererseits sind Teile der Novelle wie die Erhöhung der Zugangsbarrieren zur Substitutionsbehandlung für Minderjährige sowie die Reduktion des Einsatzes retardierter Morphine umstritten.

Eine Evaluierung der Auswirkungen der neuen Verordnung soll bis 30. Juni 2008 vom BMGFJ durchgeführt werden. Lt. ÖBIG (2007)²² berichten manche Bundesländer von einem Rückgang der niedergelassenen substituierenden ÄrztInnen (z.B. NÖ, OÖ) und damit einhergehenden Versorgungsengpässen (z.B. Salzburg). Dies wird zum Teil auf den erhöhten bürokratischen Aufwand bzw. die Weiterbildungsverpflichtung ohne zusätzliche Abgeltung des Mehraufwandes für ÄrztInnen zurückgeführt. Steiner (2007)²³ erforschte auf Basis von zehn teilstrukturierten Interviews mit namhaften ExpertInnen der Substitutionstherapie in Kärnten, der Steiermark und auf Bundesebene jene Aspekte, die infolge der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Substitutionstherapie auf Ebene der ExpertInnen diskutiert werden. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob und wie zunehmende Kontrolle und Zugangsbeschränkungen auf die Qualität der Substitutionstherapie – sowohl im individuellen Kontext der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung als auch im kollektiven Kontext der organisations- und systembezogenen Ergebnisse – wirken. Auch kontroversiell diskutierte Aspekte der Verordnung wurden im Rahmen der Untersuchung behandelt. So etwa die Wahrung von datenschutzrechtlichen Bestimmungen bezüglich der besonders vertrauenswürdigen Behandlungsinhalte sowie die Lockerung der Verpflichtung zur Inanspruchnahme psychosozialer Beratung und Betreuung während der medikamentösen Substitutionstherapie. Auffallend sind einerseits die geringe Qualität des Entstehungsprozesses der neuen Verordnung, die offensichtlich nicht dem Konsens führender ExpertInnen entspricht. Ebenso ist das geringe gesicherte und systematische Wissen über die Inhalte, die die Diskussion unter ExpertInnen prägen, offensichtlich. Es besteht ein Bedarf an im Konsens abgestimmten Qualitätskriterien der Substitutionstherapie durch den Bund (BMGFJ), die wiederholt im Zeitverlauf gemessen und systematisch überwacht werden können (Monitoring des Gesamtprogramms).

5.2 Qualitätskriterien der Substitutionstherapie

Qualität und Kosten dominieren weite Bereiche der gesundheitspolitischen Gesamtdiskussion. Zumeist sinkt die Qualität, wenn Entscheidungen unter Kostengesichtspunkten getroffen werden, während sich die Kosten reduzieren,

sofern sich Entscheidungen an Qualitätsgesichtspunkten orientieren. Auch am Beispiel der Substitutionstherapie wird deutlich, dass kein Konsens bezüglich der Qualitätskriterien besteht und dass diese infolgedessen nicht monitorisiert werden können. Substitutionstherapie und ihre gesetzlichen Rahmenbedingungen verdeutlichen auch die gesellschaftspolitische Dimension der Suchtpolitik: Die Entscheidungen darüber, welche Behandlungsressourcen unter welchen Bedingungen der Klientel angeboten werden, hängen in entscheidendem Ausmaß auch von der Hilfekultur und den Diskussionen darüber ab, wie die Gesellschaft insgesamt mit von langjähriger Opiatabhängigkeit Betroffenen und ihrem abweichenden Verhalten umgehen soll.

Im Folgenden werden weitverbreitete Indikatoren der Behandlungsqualität für die Substitutionstherapie dargestellt (Campbell, 2000),²⁴ und es wird jeweils unmittelbar Bezug zur Steiermark genommen:

5.2.1 Zugang

Wie anhand verschiedener Datenquellen²⁵ bundesweit und in diesem Bericht auch eindeutig für die Steiermark ersichtlich, hat sich der Zugang zur Substitutionstherapie erweitert, ohne dass Konsens darüber besteht, dass es sich bei dieser Erweiterung auch um eine Verbesserung handelt. Zahlenmäßig ist der Anteil der Personen, die sich Substitutionsmittel auf dem „Graumarkt“ beschaffen, ohne sich in ärztliche Behandlung zu begeben, nicht exakt abschätzbar. Aufgrund der DOKLI-Daten, die KlientInnen der Suchthilfe in der Steiermark 2006 auf Basis einer standardisierten Dokumentation erfassen, ist davon auszugehen, dass sich in etwa 40% (2006: 125) all jener KlientInnen, die opiatabhängig sind (2006: 308) in Substitutionstherapie befinden. Der Anteil jener, die angeben, in den letzten 30 Tagen illegale Substanzen einschließlich Substitutionsmittel auf dem Graumarkt bezogen haben, scheint unter den Opiatkonsumierenden, die sich nicht in Substitutionstherapie befinden, mit 36 vs. 12% dreimal so hoch zu sein wie unter KlientInnen des Substitutionsprogramms.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, wird der Weiterverkauf von legal erhaltenen Medikamenten in der Fachliteratur als Graumarkt bezeichnet, während der Handel von illegalen Substanzen (Heroin, Kokain etc.) auf dem Schwarzmarkt stattfindet. Die Unterscheidung in verschiedene Märkte ermöglicht einen Blick auf drei unterschiedliche Versorgungsebenen, die für den Zugang zur Substitutionstherapie relevant sind. Grau- und Schwarzmarkt haben negative Eigenschaften gemein: Sie halten Sub-

22 ÖBIG (2007): Bericht zur Drogensituation 2007 [webpublished]. FH Kärnten, April 2007.

24 Campbell S.M. et al.: Defining quality of care. Soc Sci & Med 51/11 2000, 1611–1625.

25 ÖBIG (2007): Bericht zur Drogensituation 2007.

26 Schmidt T. (2002): Drogenhilfe und Graumarkt – Beispiele Amsterdam und Bremen. Opladen: Leske + Budrich.

27 Erlei M. (2001): Die Eindämmung der Dynamik illegaler Drogenmärkte – Eine ökonomische Betrachtung. Springer, Edition Ärztwoche, 2007, 8.

28 Weiterführend wurde auf die Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Substitution des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. und des

5. SUBSTITUTION

stanzen vor, die zu Überdosierungen führen können, fördern Polytoxikomanie und bieten Einstiegsmöglichkeiten in die Abhängigkeit. Der sog. Graue Markt wird jedoch auch positiv bewertet (Schmidt 2002, Erlei 2001)²⁶: Da er den Bekanntheitsgrad von Substitutionsmitteln fördert, kann er als Einstiegshilfe in eine legale medizinische Behandlung dienen oder als Ergänzung zur Legalverschreibung den Schwarzmarkt schwächen (siehe auch Kapitel 7). Grau- und Schwarzmarkt stehen in enger Wechselwirkung zur Substitutionstherapie: Restriktivere Zugangsbedingungen führen zu einer Angebotsreduktion und Preissteigerung am Graumarkt. OpiatkonsumentInnen würden dort entweder die höheren Preise bezahlen oder – je nach Angebotslage – auf den Schwarzmarkt (Heroin) ausweichen. Durch Vorhalten qualitativ hochwertiger Substitutionstherapie werden jedoch beide illegalen Märkte – Grau- und Schwarzmarkt – geschwächt. Die Durchführungsbedingungen (performance) der Substitutionsbehandlung führten zwar zu einem besseren Zugang für die PatientInnen, stärkten in den letzten Jahren aber mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch den Graumarkt. Die gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen führen – auch durch steigenden bürokratischen Aufwand und fehlende finanzielle Anreize für behandelnde ÄrztInnen – mit hoher Wahrscheinlichkeit zu restriktiveren Zugangsbedingungen und damit zu schlechteren Zugangsbedingungen für Opiatabhängige sowie zu einer Stärkung von Grau- und Schwarzmarkt.

5.2.2 Effektivität

Die Effektivität einer Behandlung beschreibt in Abgrenzung zur zumeist in klinischen Studien erforschten Wirksamkeit unter künstlich hergestellten Optimalbedingungen die Wirksamkeit unter den real eingesetzten Behandlungsbedingungen und ist ein Ausdruck der ökologischen Validität einer Behandlung. Die Therapieziele und -vorteile sind etwa bei Huber (2007)²⁷ wie folgt beschrieben.²⁸

Reduktion der Mortalität

Von einer Reduktion der Todesfälle infolge tödlicher Überdosierung kann angesichts der Beteiligung von Substitutionspräparaten an Intoxikationen mit Todesfolge (untersucht für 1983–2004 in Wien) auch in der Steiermark auf den ersten Blick nicht gesprochen werden (siehe auch Kapitel 6). Sofern Drogenersatzprogramme mit einer guten Performance durchgeführt werden, ist ihre mortalitätsreduzierende Wirkung jedoch vielfach nachgewiesen. So hatten Aussteiger aus Substitutionsbehandlungen ein bis zu 20-fach erhöhtes Risiko, an Überdosierungen zu sterben.^{29,30} Die Studien stimmen insbesondere auch darüber

ein, dass ein solcher protektiver Effekt durch Substitution unabhängig vom Substitutionspräparat (auch Heroinsubstitution) besteht und das Mortalitätsrisiko unmittelbar nach Therapieabbruch am größten ist.³¹ Auch die positiven Effekte auf die weiteren Therapieziele sind nachgewiesen worden.

Stabilisierung der drogenabhängigen Personen

Entgegen einer einheitlich verwendeten Definition der Stabilisierung als Zusammenspiel von gleichbleibenden biomedizinischen, psychischen und sozialen Komponenten sei an dieser Stelle vermerkt, dass die Substitutionstherapie an sich als harm reduction-Programm zur Verringerung von Folgeschäden eingesetzt wird. Aus dem Gesichtspunkt der handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung benötigt die Beurteilung der Stabilisierung ein im Konsens der Stakeholder der Drogenpolitik vereinbartes und gleichmäßig eingesetztes Kontrollinstrument mit begleitender organisatorischer Unterstützung zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen durch die Träger. Die gegenwärtige Datenlage erfüllt diese Funktion weitestgehend nicht. Das vom Bundesministerium unter Beteiligung der LändervertreterInnen erarbeitete Monitoringinstrument (DOKLI) wäre eine solche Funktion erst dann zu erfüllen imstande, wenn es um einige Aspekte der im folgenden diskutierten Ergebniskriterien der Substitutionstherapie erweitert würde. Es wird jedoch betont, dass sich die Stärken dieses österreichweit eingesetzten Instruments erst durch wiederholte Messergebnisse und durch die Betrachtung der Zeitreihe bewerten lassen werden. Derzeit stellt das DOKLI weitestgehend darauf ab, soziodemographische Daten sowie detailliert den Substanzgebrauch der KlientInnen sowie körperliche Begleiterkrankungen und Rahmenbedingungen der Behandlung, insbesondere auch die Finanzierung, zu dokumentieren.

Vermeidung von Begleiterkrankungen (z.B. AIDS, Hepatitis)

HIV und Hepatitis C sind die bedeutsamsten Begleiterkrankungen in der Substitutionstherapie, sieht man von psychiatrischer Komorbidität vorläufig ab. Aus Studien in anderen Ländern ist etwa bekannt, dass 20–40% der Substituierten mit HIV und 60–70% mit Hepatitis C infiziert sind, wobei die Prävalenz beider Infektionskrankheiten durch Substitutionstherapie nicht rückgängig ist. Der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Spritzbesteck ist als Risikofaktor, insbesondere für die Übertragung von Hepatitis C, aber auch für HIV bereits seit langem bekannt.³²

Den DOKLI-Daten zufolge werden mehr als 90% der SubstitutionsklientInnen in der Steiermark in Einrichtungen betreut, in denen Infektionskrankheiten erfasst werden.

Wiss. Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zurückgegriffen. ²⁹ Fugelstad A. et al.: Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction* 2007; 102, 406–412. ³⁰ Emmanuelli J., Desenclos J.-C.: Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996–2003. *Addiction* 2005; 100, 1690–1700. ³¹ Davoli M.: Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 2006; 102, 1954–1959

³² Emmanuelli J., Desenclos J.-C.: Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996–2003. *Addiction* 2005; 100, 1690–1700.

5. SUBSTITUTION

72% (n=174) der Substituierten haben sich nach Angaben der BetreuerInnen/BeraterInnen einem HIV-Test unterzogen, bei weiteren 18% wurde der HIV-Status anamnestisch erhoben. Die Prävalenz beträgt den DOKLI-Daten für die Steiermark zufolge nur 1,2%, während 29% der Substituierten dazu keine Angabe machen. Bei sehr ähnlichen Testraten für Hepatitis C geben 6,3% der KlientInnen an, mit dem Virus infiziert zu sein, während auch hier der Anteil von Antwortverweigerern mit 85% sehr hoch ist. Hier kann vorerst das Resümee gelten, dass die DOKLI-Daten derzeit nicht für ein Monitoring der infektiösen Begleiterkrankungen, von denen intravenös konsumierende Opiatabhängige überdurchschnittlich häufig betroffen sind, eignen.

In der Behandlung der Hepatitis C (HCV) hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Vor 2005 wurde es als nicht zielführend erachtet, intravenös Konsumierende zu behandeln. Mittlerweile sind mehrere KlientInnen behandelt und erfolgreich therapiert worden. Bereits im Jahr 2005 wurde auf Initiative der MitarbeiterInnen des Kontaktladen/Streetwork der Caritas Graz eine Arbeitsgruppe zur Bekämpfung der Hepatitisproblematik bei DrogenkonsumentInnen gegründet, an der die Landessanitätsdirektion, das Gesundheitsamt der Stadt Graz, die Caritas und seit 2007 auch die Strafvollzugseinrichtungen kooperieren. Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe wurden verschiedene präventive Initiativen durchgeführt, während der Zugang zur Behandlung verbessert und die Kosten niedrig gehalten wurden. Im Jahr 2008 wird mit einem HCV-Präventionsprogramm in den Justizzentren begonnen.

Substituierte sind in der Regel multimorbide PatientInnen und vor allem die hohe psychiatrische Komorbidität stellt das Behandlungssystem vor große therapeutische Herausforderungen. Die österreichischen Drogenfachleute schätzen insgesamt eine sehr hohe Prävalenz (50–90%) von psychiatrischen Erkrankungen, bei 25–70% treten Persönlichkeitsstörungen auf.³³ Die Fachleute kritisieren die gängige Praxis (ministerielle Erlässe, Durchführungsbestimmungen, therapeutische Möglichkeiten und deren Umsetzung) vor allem dahingehend, dass die Reduktion des Substanzmissbrauchs durch vorwiegend biomedizinische Maßnahmen ungerechtfertigt alleine im Mittelpunkt der Bemühungen stehe. Es sei einfach nicht ausreichend, wenn diese PatientInnen einmal im Monat ein neues Rezept erhalten und das Medizinsystem kaum in der Lage ist, Bezugspersonen für Beratung und Therapie anzubieten.

„Wenn beispielsweise von 550 in Graz Substituierten PatientInnen 50% eine gravierende psychiatrische Begleitdiagnose haben, dann würden 275 Patienten Begleitung durch eine hochspezialisierte Einrichtung benötigen. Wenn man

annimmt, dass ca. ein Drittel davon durch diese Maßnahmen einigermaßen stabilisiert werden, bleiben immer noch 150 Patienten im Großraum Graz, die psychiatrische, psychoedukative, sozialpsychiatrische und allgemeinmedizinische Betreuung benötigen würden. Dies wäre aber gleichzeitig die Chance, vom ‚Symptomkurieren‘ wegzukommen und zielgerichtet neue therapeutische Möglichkeiten in einem sehr dynamischen Krankheitsprozessgeschehen einzubringen. Für diese Aufgaben wären hochschwierig arbeitende Spezialambulanzen (mindestens noch eine weitere, neben der LSF- Drogenambulanz) erforderlich; jedenfalls besetzt mit FachärztInnen für Psychiatrie, PsychologInnen, DSA, DGKP, Sekretärinnen. Als Sonderfall stellt sich die Hochrisikogruppe der i.v.-Drogenuser dar. Einerseits müssten sie laut Durchführungsbestimmungen aus der Substitution genommen werden, andererseits haben sie die höchste Co-Morbidität und bedürfen der meisten therapeutischen Bemühungen. Therapeutische Konzepte für diese Gruppe sind zu entwickeln, die eine klar strukturierte Begleitung mit speziellen Angeboten und Maßnahmen zum Inhalt haben.“ (Prim. Berthold, LSF, persönliche Mitteilung 2008).

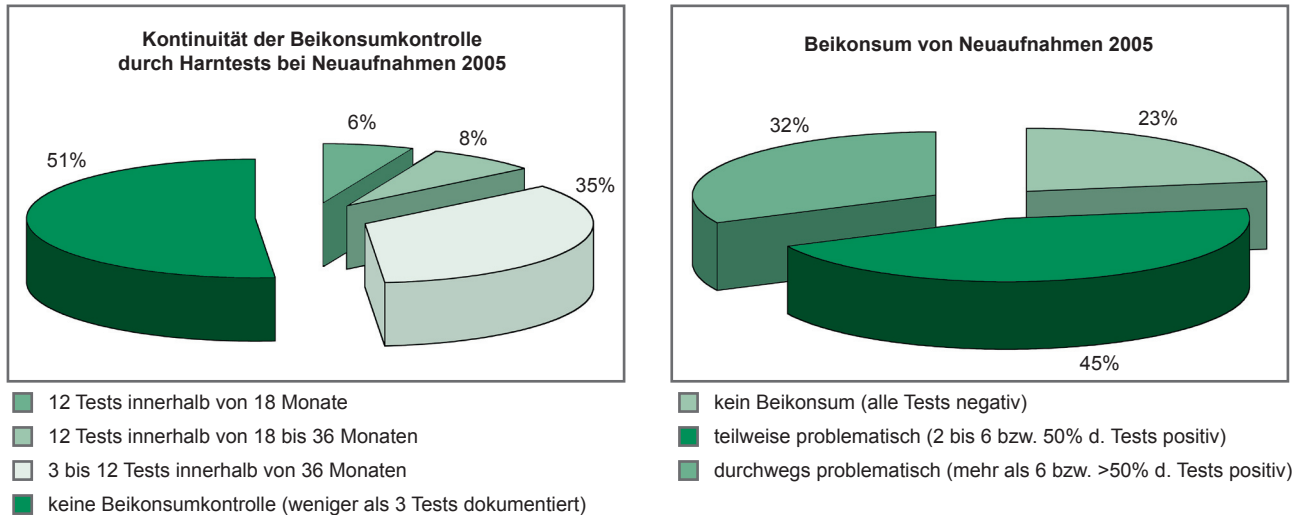
Vermeidung von illegalem Drogenkonsum und Beikonsum

Der Beikonsum stellt einen Versuch der PatientInnen dar, die (teilweise zu geringe) Wirkung von (synthetischen) Opiaten zu ergänzen und ist vom Konsum vor Einstieg in die Substitutionstherapie, von den Erfahrungen beim Therapieeinstieg (z.B. Verträglichkeit des Substitutionsmittels, Bekämpfung von Schlafstörungen), von der aktuellen Lebenssituation (steigt bspw. in Krisensituationen an) und von psychiatrischen Begleiterkrankungen abhängig. Um den Beikonsum zu kontrollieren, sind die PatientInnen angehalten, monatlich die Ergebnisse von Harntests beizubringen. Die Ergebnisse werden den Gesundheitsämtern sowie der FA 8B Gesundheitswesen (Landessanitätsdirektion) weitergeleitet. Für eine Einschätzung der Ergebnisse wurden vorerst die Ergebnisse von 78 im Jahr 2005 in die Substitutionstherapie neu aufgenommenen PatientInnen genauer analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass laut der vorhandenen Daten für knapp mehr als die Hälfte der PatientInnen keine Kontrolle des Beikonsums möglich war und mehr als ein Viertel der PatientInnen lediglich 3–12 Tests bis zum Stichtag (Februar 2008) beigebracht haben (siehe Abb. 12). Von 12% der PatientInnen sind 12 Harntests innerhalb einer Therapielaufzeit von 26–38 Monaten dokumentiert. Dass Beikonsum zur Normalität der Substitutionstherapie gehört, verdeutlicht Abbildung 5, derzufolge etwas weniger als drei Viertel der gut dokumentierten PatientInnen (insgesamt 49%) einen teilweise problematischen bzw. durchwegs problematischen Beikonsum aufweisen.

33 ÖGPB (2007): O. Univ. Prof. Dr. DD.R. h.c. Siegfried Kasper, Haller, Haring, Musalek et al. 2007.

5. SUBSTITUTION

Abbildung 10: Beikonsum bei Neuaufnahmen 2005

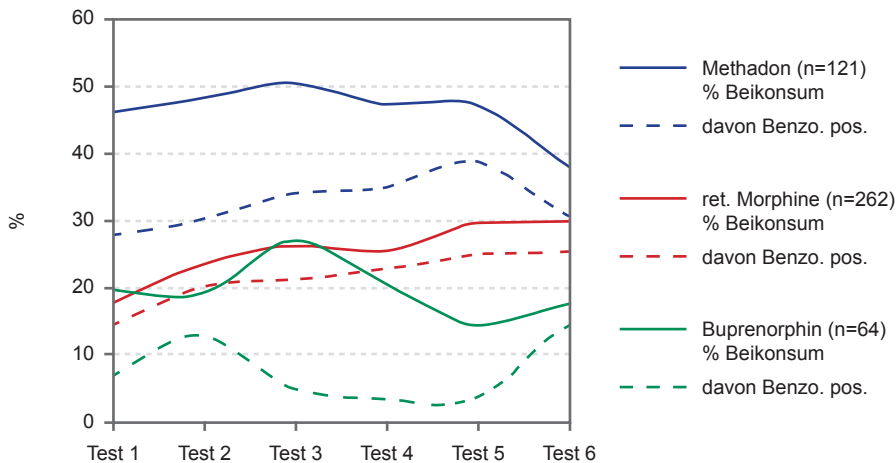


Quelle: eigene Berechnungen aufgrund der Meldungen an die FA 8B Gesundheitswesen

Auch die Auswahl des zur Substitution eingesetzten Medikaments beeinflusst das Ausmaß des Beikonsums. In einer deutschen Studie beträgt der Beikonsum von Benzodiazepinen bei PatientInnen, die mit Morphinen bzw. Buprenorphin substituiert werden 62–64%, während mit Methadon substituierte PatientInnen zu 82% Benzodiazepine konsumierten. (Madlung 2006)³⁴

In der Steiermark liegen stark divergierende Ergebnisse vor. Von insgesamt 985 zwischen 2000 und Februar 2008 neu in die Substitutionstherapie aufgenommenen PatientInnen in der Steiermark haben 447 (45%) zumindest sechs Harntests beigebracht, deren Ergebnisse in Abhängigkeit vom eingesetzten Substitutionsmittel wie folgt dargestellt werden können:

Abbildung 11: Beikonsum in Abhängigkeit unterschiedlicher Substitutionsmittel



Quelle: eigene Berechnungen aufgrund der Meldungen an die FA 8B Gesundheitswesen

34 Madlung, E., Dunkel, D., Haring, C. (2006): Substitutionsmittel und Beikonsum bei Opiatabhängigen. Suchttherapie, 1, 18–23.

5. SUBSTITUTION

Eine erste Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass MethadonpatientInnen insgesamt den höchsten Anteil an positiven Testergebnissen zeigen (zu Therapiebeginn 45–50%). Innerhalb einer Zeitspanne von 6 Testergebnissen (mind. 6 Monate) nach Therapiebeginn sinkt der Anteil positiver Testergebnisse, der zu einem Großteil auf die Einnahme von Benzodiazepinen zurückführbar ist, leicht. Im Gegensatz zu MethadonpatientInnen beträgt der Anteil positiver Testergebnisse bei mittels retardierter Morphine sowie Buprenorphin substituierten PatientInnen zu Therapiebeginn lediglich 20–25% und entwickelt sich im Zeitverlauf sehr unterschiedlich. Der Beikonsum bei retardierten Morphinen scheint kontinuierlich leicht anzusteigen bzw. mit fortschreitender Therapiedauer nicht bewältigbar zu sein, während sich der Beikonsum mit Buprenorphin substituierter PatientInnen nach etwa 3 Monaten stark von den anderen Verläufen unterscheidet und gemäßigt abnimmt, und dann jedoch wieder zu steigen scheint.

Von einer Reduktion des Beikonsums zumindest in den ersten 6 Monaten der Therapie kann der Datenlage zufolge in der Steiermark am ehesten bei der Substitution mittels Buprenorphin ausgegangen werden, wobei die Verschreibep Praxis aufgrund fehlender Therapieleitlinien derzeit dergestalt eingeschätzt werden muss, dass PatientInnen in tendenziell schwierigen Lebenssituationen und Suchtsituationen eher mittels retardierter Morphine substituiert werden. Der Schweregrad der Erkrankung, bekannt als klassischer Einflussfaktor der ergebnisbezogenen Versorgungsforschung, könnte alleine für die beobachtbaren Unterschiede verantwortlich sein, bzw. nach der Berücksichtigung des Schweregrades könnte ein gänzlich verändertes Bild für die Beurteilung einzelner Substanzen entstehen. Die gegenwärtige Datenlage erlaubt dazu keine systematisch gesicherten Aussagen für die Steiermark. O'Connor et al.³⁵ wiesen in einer randomisierten, kontrollierten Studie jedoch die Effektivität von Buprenorphin gegenüber Methadon in einem ambulanten Therapiesetting nach.

Unklar bleibt ein stark schwankender Anteil von Beikonsum ausschließlich mit Benzodiazepinen, deren leichte Verfügbarkeit von ExpertInnen gegenwärtig als sehr problematisch eingeschätzt wird: Während dieser bei Methadon und retardierten Morphinen parallel zum gesamten Beikonsum verläuft und diesen zum Großteil erklärt, scheint dies bei Buprenorphin nicht der Fall zu sein. Den DOKLI-Daten für die Steiermark zufolge ist der Beikonsum von Benzodiazepinen unter SubstitutionsklientInnen mit 48% (in den letzten sieben Tagen) tendenziell höher als aufgrund der Datenbasis der Landessanitätsdirektion. Dies weist auf die systematische Verzerrung in den Daten hin (bias), die dadurch entstehen könnte, dass beim Datenbestand des Landes vergleichsweise positive Selbst-Selektionseffekte

zum Tragen kommen: Wer ein allzu schlechtes „Beikonsum-Gewissen“ hat, meidet oder verzögert die Harnprobe vor einer potenziell regulierenden Instanz, während in einem therapeutischen Setting offener über Beikonsum gesprochen wird.

Auf den Beikonsum anderer Substanzen soll hier nur kurz eingegangen werden. Den DOKLI-Daten zufolge hat z.B. ein Sechstel der sich laut dieser Datenquelle in Substitutionstherapie befindlichen KlientInnen (193³⁶) in den letzten 7 Tagen Kokain konsumiert. Sofern einem/r KlientIn das Datum des Harntests im Vorhinein bekannt ist, ist es für gewöhnlich einfach, das Ergebnis zu steuern, da die Zeitspannen, in denen sich der Beikonsum von Amphetaminen, Heroin und Kokain im Harn nachweisen lässt 3–4 Tage beträgt und dieses Faktum in der Szene gut bekannt ist. Heroin und Kokain bauen schnell ab, während Benzodiazepine längerfristig im Harn nachweisbar sind. Den DOKLI-Daten zufolge nehmen 6–8% Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy), mehr als 60% Alkohol und mehr als 50% Cannabis (in den letzten 7 Tagen) ein. Insgesamt geben 60% der Substituierten an, in den letzten 30 Tagen sowohl ärztlich verschriebene als auch illegal erworbene Substanzen konsumiert zu haben.

Für die Praxis der Behandlung würde eine Bestrafung der PatientInnen infolge Beikonsums das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu den PatientInnen empfindlich verschlechtern und zum Verschweigen des Beikonsums und zu einem kaum einschätzbaren Risiko bezüglich der Dosisverschreibung führen. Flexible Dosisvariationen sowie eine zusätzliche Verschreibung von Benzodiazepinen auf Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung können eine geeignete Alternative darstellen.

Vermeidung der gemeinsamen Nutzung von Injektionsnadeln

Die intravenöse Selbst- oder Fremdverabreichung der Substanzen unter unhygienischen Bedingungen birgt große Gesundheitsrisiken, vor allem durch geteilten Gebrauch von Spritzen und Nadeln, denn bereits das einmalige Verwenden einer gebrauchten Spritze kann eine Infektion mit Hepatitis oder HIV zur Folge haben. Ein flächendeckendes, niederschwelliges Angebot von sterilem Spritzenmaterial ist daher die wichtigste Maßnahme gegen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten unter DrogenkonsumentInnen. Seit 1995 können in der Einrichtung Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich in Graz gebrauchte gegen sterile Spritzen getauscht werden. Seit 2002 betreibt der Kontaktladen am Grazer Jakominiplatz einen sog. Präventionsautomaten, bei dem um einen Euro steriles Spritzbesteck bezogen werden kann. Der Präventionsautomat ist

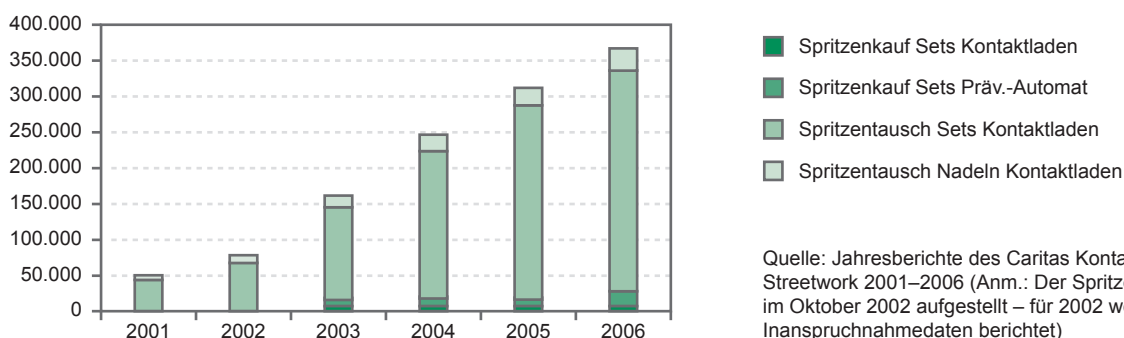
35 O'Connor et al.: A Randomized Trial of Buprenorphine Maintenance for Heroin Dependence in a Primary Care Clinic for Substance Users versus a Methadone Clinic. *Am J Med.* 1998;105:100–105.

36 Diese Zahl lässt keinen Schluss auf die steiermarkweit in Substitution befindlichen KlientInnen zu, weil sich an DOKLI einige wesentliche Suchthilfeeinrichtungen nicht beteiligen.

5. SUBSTITUTION

rund um die Uhr verfügbar und insbesondere auch für jene UserInnen ein gutes Angebot, die den Kontaktladen nicht aufsuchen wollen. Wie groß die Nachfrage nach diesen Angeboten ist, verdeutlicht Abb. 12. Inwieweit gerade PatientInnen im Substitutionsprogramm mit entsprechendem intravenösen Beikonsum auf diese Angebote zurückgreifen, ist nicht erhebbar.

Abbildung 12: Nachfrage nach Spritzenkauf und Spritzenaustausch in Graz 2001–2006



Während sich die Nutzung des Spritzenaustauschangebots im Kontaktladen innerhalb der dargestellten sechs Jahre verfünffacht hat, zeigt sich bei der Inanspruchnahme des Präventionsautomaten ein konstantes Niveau.

Vermeidung von Beschaffungskriminalität und Prostitution

Wie bereits unter Kapitel 5.2.1 erwähnt, erwerben laut DOKLI-Daten lediglich 12% der SubstitutionsklientInnen in der Steiermark im Vergleich zu 36% Opiatkonsumierenden, die sich nicht in Substitutionstherapie befinden, Opiate auf dem Grau- bzw. Schwarzmarkt. Die Substitutionstherapie reduziert somit die Beschaffungskriminalität auch unter den gegenwärtigen Behandlungsbedingungen.

Die Datenlage über Beschaffungskriminalität und Prostitution von PatientInnen in Substitutionstherapie ist in der Steiermark ungünstig. Weder wird von Polizei und Justiz systematisch erfasst, ob entsprechende Delikte im Rahmen einer Suchterkrankung zur Beschaffung verübt werden, noch wird im therapeutischen Kontext dokumentiert, inwiefern Sexarbeit bei der Finanzierung der Drogenkarrieren eine Rolle spielt.

Psychosoziale und finanzielle Rehabilitation

So verschieden wie die Gründe für die Entstehung von gefährlichem Substanzgebrauch sein können, so unterschiedlich sind auch die Menschen, die Drogen konsumieren, so ungleich sind ihre biographischen Hintergründe wie auch die Ausgestaltung ihrer aktuellen Lebenssituation. Dennoch haben sie gemeinsame oder ähnliche Erfahrungen im Zusammenhang mit Konsum, gesellschaftlicher

Isolation, Kriminalisierung, Beschaffung, der Situation unter der Substitutionsbehandlung sowie zum Teil auch ähnliche biographische Hintergründe, die eine Entstehung der Abhängigkeitskarriere verursacht oder begünstigt haben. Dem sozialen Status der Herkunftsfamilie wird von vielen ätiologischen Ansätzen eine erklärende Rolle in Bezug auf das abweichende Verhaltensmuster zugeschrieben. Deutsche Studien aus den Anfängen der Substitutionstherapie in den späten 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts belegen jedoch kaum Häufungen von sozialer Deprivation in den Herkunftsfamilien. Hingegen scheinen eine Reihe von belastenden Lebensereignissen ausschlaggebend zu sein³⁷: Dies reicht vom einem höheren Anteil derer, die ihre Kindheit und Jugend bei unterschiedlichen Bezugspersonen und in Heimen verbrachten (etwa 25%), über Gewalt, Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit in der Familie (etwa 80%) bis hin zu sexuellem Missbrauch.

Über die soziale Situation von Personen im Substitutionsprogramm in der Steiermark gibt es kaum valide Daten. Von den 985 Neuaufnahmen in das Substitutionsprogramm 2000–2007 wurde der entsprechende Erhebungsbogen von den behandelnden ÄrztInnen nur im Falle von 21 PatientInnen an die Landessanitätsdirektion weitergeleitet. Die Auswertung der DOKLI-Daten ist aufgrund von Selektionseffekten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. 98% (195 von 199) der im DOKLI erfassten SubstitutionsklientInnen befinden sich in längerfristiger Behandlung und Betreuung, davon 65% in stationären und 35% in ambulanten Einrichtungen. Zu etwa 70% erfolgte die Kontaktaufnahme auf Eigeninitiative der KlientInnen und zu 10% aufgrund einer Weisung bzw. Therapieaufgabe

37 Raschke P. (1994): Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus Verlag, 1994.

5. SUBSTITUTION

durch die Justiz. Andere Zuweisungskontexte spielen eine eher untergeordnete Rolle. Die Therapiesettings für diese KlientInnen wurden zu zwei Drittel als stationäre Aufnahme geplant, zu etwa einem Viertel als „regelmäßige Kontakte mindestens monatlich“. Während 25% der KlientInnen die überwiegend stationäre Betreuung planmäßig beenden, brechen 72% die Beratung und Betreuung vorzeitig und unplanmäßig ab.

Die im DOKLI erfassten SubstitutionsklientInnen sind zu 70% ledig, 18% leben in einer Lebensgemeinschaft, 6% sind verheiratet, der Familienstand der restlichen 6% ist unbekannt. Ein Fünftel hat versorgungspflichtige Kinder, 15% leben mit diesen im gemeinsamen Haushalt. 44% leben mit Eltern oder engen Verwandten und 22% mit PartnerInnen im gemeinsamen Haushalt. 93% befinden sich in einer gesicherten, hingegen 6% in einer ungesicherten Wohnsituation. Eine quantitative Analyse des Bedarfs an Wohnversorgung liegt von Hutsteiner (2006)³⁸ durch eine Einrichtungsbefragung vor, und Weizel (2007)³⁹ erarbeitete mithilfe von Interviews die qualitativen Aspekte einer betreuten Wohnversorgung für die Steiermark. Es zeigt sich, dass SuchtklientInnen von einer Vielzahl an sozialen Problemen begleitet werden, und dass betreutes Wohnen in das Betreuungsrepertoire aufgenommen werden muss. Schätzungsweise 360 SuchtklientInnen aus der Steiermark haben einen Bedarf nach betreuter Wohnversorgung, sowohl in Form von betreuten Wohngemeinschaften als auch in Form von betreuten Einzelwohnungen. Zwei Drittel dieser Personen sind zwischen 18 und 25 Jahre alt. Primär handelt es sich dabei um KlientInnen aus dem Substitutionsprogramm, um abstinenten KlientInnen nach stationärer Entzugs- und/oder Entwöhnungsbehandlung sowie um KlientInnen, die illegale Drogen konsumieren und aktuell nicht in ambulanter Betreuung/Behandlung/Therapie stehen.

Raschke (1992)⁴⁰ zeigte in umfassenden und fundierten Evaluationen der Substitutionstherapie deutlich positive Effekte der psychosozialen Begleittherapie. Diese betreffen das allgemeine Wohlbefinden, die psychische Entwicklung und soziale Verhaltensänderungen. So heben etwa mehr als die Hälfte der KlientInnen hervor, durch die Teilnahme an psycho-sozialen Beratungsangeboten mehr Selbstsicherheit bzw. Selbstvertrauen oder Konfliktfähigkeit und Kontaktfähigkeit entwickelt zu haben. Als den Erfolg der Betreuung begünstigende Faktoren spielen die Betreuungsintensität und insbesondere die Qualität der helfenden Beziehung zu ProfessionistInnen sowie das Engagement der Substituierten eine Rolle. Eine Längsschnittanalyse gibt Aufschluss über kumulierende Effekte, die auf anhal-

tende, längerfristige Wirkungen schließen lassen, die sich am deutlichsten in der Entwicklung von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen zeigen lassen. Auch in der Erfahrung sozialer Unterstützung in neuen sozialen Netzwerken bei gleichzeitiger Abkehr vom sozialen Umfeld der Substanz bringt die andauernde Teilnahme an der Betreuung weitere Fortschritte mit sich. Die meisten Entwicklungsprozesse setzen bereits zu einem frühen Zeitpunkt ein und schwächen sich etwa im zweiten Halbjahr nach Betreuungsbeginn vorübergehend ab, woraus die Bedeutung einer adäquaten Betreuungskontinuität hervorgeht. Die Bedeutung der psychosozialen Beratung, Begleitung und Betreuung von Substituierten hat Eppich⁴¹ für die Steiermark untersucht und bestätigt.

Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

Als höchsten abgeschlossenen Schulabschluss geben laut DOKLI Steiermark 48% der opiatabhängigen KlientInnen die Pflichtschule und 38% eine Lehrabschlussprüfung an; 4% haben eine berufsbildende mittlere und 8% eine berufsbildende höhere Schule mit Matura absolviert, von den restlichen 2% ist der höchste abgeschlossene Bildungsabschluss unbekannt. 10% der KlientInnen sind voll erwerbstätig und weitere 6% sind teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt. 29% sind zum Zeitpunkt der Datenerfassung weniger als 6 Monate und 48% mehr als 6 Monate arbeitslos. 17% beziehen Sozialhilfe und 23% eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Substituierte unterscheiden sich von anderen OpiatkonsumentInnen durch eine höhere Erwerbstätigkeit bei geringerer Integration in Umschulungsmaßnahmen.

Verschiedene Studien bestätigen, dass es vor allem soziale Faktoren sind, die eine hohe und positive Vorhersagekraft hinsichtlich verschiedener Effektivitätskategorien der Substitutionstherapie besitzen. (Körkel⁴², 2003; Kufner⁴³, 1995). Auch die Ergebnisse von Ertl et al. (2006)⁴⁴ verdeutlichen, dass bei der Gruppe der arbeitslosen KlientInnen mehr Bedacht auf berufliche Reintegration und psychosoziale Betreuung gelegt werden muss. Diese Maßnahmen könnten dazu beitragen, den Beikonsum illegaler Drogen innerhalb eines ambulanten Substitutionsprogramms einzuschränken und die therapeutischen Interventionen zu optimieren. Laut Einschätzung von SozialarbeiterInnen fehlt es in der Steiermark an tagesweise zugänglichen niederschweligen Arbeitsangeboten für Suchterkrankte.

Niederschwellige Sozialarbeit mit Substanzabhängigen sollte im Vorfeld zur Kontaktaufnahme geschehen und eine prinzipielle Aufklärung der substanzabhängigen Personen

³⁸ Hutsteiner T. (2006): Bedarfserhebung zur Wohnversorgung von Suchtklient/innen mit illegalem Drogenkonsum. Im Auftrag der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark. ³⁹ Weizel S. (2007): „ICH, meine Wohnung ... und meine Probleme“ – Soziale Probleme Drogenabhängiger und ihr Niederschlag in Konzepten Betreuten Wohnens. Diplomarbeit an der FH Joanneum – Studiengang Sozialarbeit/Sozialmanagement. ⁴⁰ Raschke P. (1992): Zwischenbericht über die medikamentengestützte ambulante Therapie und die ambulante Abstinenz-Therapie. Hamburg. ⁴¹ Eppich C. (2003): Die Effekte der psychosozialen Betreuung im Rahmen des Substitutionsprogramms in Graz. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Karl-Franzens Universität Graz. ⁴² Körkel J., Schindler Ch., Hannig J. (2003): Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzversicht (HEISA). In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F. & Kufner H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00.

5. SUBSTITUTION

beinhalten. Die Personen haben zumeist kein bestimmtes Anliegen an die SozialarbeiterInnen; im Vordergrund stehen Informationen über unterschiedliche Hilfsangebote, vor allem der harm reduction (Spritzentausch, Aufklärung, Beratungsstellen, Übernachtungs- und Wohnmöglichkeiten etc.). Aufsuchende Sozialarbeit wird in Graz vorwiegend von den MitarbeiterInnen des Kontaktladens der Caritas Graz sowie von Streetwork-Einrichtungen in den Regionen angeboten. Bei höherschwelliger Sozialarbeit mit Substanzangeboten wird die Motivation zur Veränderung der aktuellen Lebenssituation vorausgesetzt, es wird gemeinsam mit KlientInnen an neuen Lebensperspektiven gearbeitet. Die dafür notwendige Einhaltung vorgegebener Strukturen des Angebotes wird von den KlientInnen erwartet. Strukturen erleichtern es den KlientInnen, die Therapieschritte einzuhalten. In beiden Ansätzen ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit verschiedenen Betreuungseinrichtungen von großer Bedeutung.

Die Studie von Huber (2006⁴⁵, vgl. ÖBIG 2007⁴⁶), die sich auf die persönlichen Perspektiven von Substituierten in ihrem soziokulturellen Kontext konzentriert, bestätigt die als positiv erlebten Auswirkungen der in Kombination mit psychosozialer Begleitung durchgeführten Substitutionsbehandlung. Wesentlich für eine Integration der Substituierten sind neben den psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Substitutionsprogramms auch zusätzlich verfügbare Ressourcen. Suchtkranke, die keine familiäre Unterstützung erwarten können, sind besonders auf die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionstherapie angewiesen.

Die Wahrscheinlichkeit für gelingende Wiedereingliederungen in den Arbeitsprozess sind auch vom Angebot sozialökonomischer Betriebe abhängig. In der Steiermark sind hierbei etwa die Angebote der Vereine „Erfa – Erfahrung für alle“, „Zugänge – Heidenspass“ sowie „Tagwerk“ hervorzuheben, die Jugendlichen stundenweise verschiedene Beschäftigungsintensität in der Grünraumpflege bzw. in einem kreativen Produktionsbereich und somit die Möglichkeit an bieten, in einer geschützten Atmosphäre den Zugang zu andauernder täglicher Erwerbsarbeit zu finden.

Der Verein „Erfa“ betreibt eine soziale Interventionsstelle, die es sich nach dem „one-stop-shop“-Prinzip zum Ziel gemacht hat, als Drehscheibe zu mehreren Bedürfnisbereichen von Betroffenen zu fungieren, bspw. auch zu Wohnangeboten. Der Bedarf sowohl an Integrationsangeboten für den Arbeitsmarkt als auch an Wohnangeboten dürfte jedoch höher sein als das entsprechende Angebot.

Möglichkeit von Reduktion und Entzug

Ob die Ziele der Substitutionstherapie für die sich in Behandlung befindenden PatientInnen erreicht werden, kann aufgrund unterschiedlicher Datenquellen zumindest teilweise beantwortet werden. Im folgenden wird versucht, die vorhandenen Daten im Sinne von Indikatoren für eine Istzustands-Erhebung zusammenzufassen, die – wo dies gegenwärtig nicht möglich ist – im Rahmen regelmäßiger Suchtberichterstattung im Zeitverlauf weiterhin beobachtet werden müssen. Anhand der Dimensionen der Ziele wird deutlich, dass es ein Zusammenwirken mehrerer Organisationen der Suchthilfe in der Steiermark bedarf, um Informationen über die Zielerreichung zu sammeln und dass fehlende und teilweise fehlende Angebote zu geringer Effektivität beitragen können.

Im besonderen sind dies tagesstrukturierende Angebote für psychiatrisch komorbide KlientInnengruppen, niederschwellige Wiedereinstiegshilfen wie etwa tages- und wochenweises Arbeitstraining in sozialökonomischen Betrieben, gezielte Reintegrationsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt, Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung der medizinischen Behandlung (Monitoring) und ein Ausbau der psychosozialen Beratung, Begleitung und Betreuung zur Substitutionstherapie.

5.3 Strukturqualität der Substitutionstherapie in der Steiermark

Die zu beobachtende Ergebnisqualität einer Therapieform ist in entscheidendem Maße von den dafür eingesetzten Strukturen (Art und Anzahl der Behandlungseinrichtungen, Aus- und Weiterbildung der handelnden AkteurInnen) und deren Zusammenarbeit im Hinblick auf die Problemlagen der PatientInnen (Behandlungsprozesse) abhängig. Die Strukturen können aus zweierlei Blickwinkel betrachtet werden. Zum einen sollte eine therapeutische Einrichtung eine fachliche Minimalbesetzung aufweisen: einer/m ÄrztIn, einer/m Pflegefachkraft, einer/m PsychologIn und einer/m SozialarbeiterIn mit jeweils spezifischen Kenntnissen („in Suchtfragen hinreichend betraute ÄrztInnen“ bzw. Zusatzausbildungen für andere Gesundheitsberufe) für die Substitutionstherapie. Zum anderen können für eine qualitative Einschätzung der in der Steiermark zur Verfügung stehenden Ressourcen die Personalschlüssel (Vollzeitbeschäftigung) für eine Qualitätssicherung der Substitutionstherapie herangezogen werden:

Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. Mannheim.

⁴³ Küfner H. (1995): Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen.

Zeitschrift für Klinische Psychologie 24, 170-183. Hogrefe. ⁴⁴ Ertl M. et al. (2006): Abstinenzzuversicht und Beikonsumverhalten substituiertes Drogenabhängiger in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus Neuropsychiatrie, Band 20, Nr. 4/2006, 265-272.

⁴⁵ Huber, A. S. (2006): Ganz normal

eben. Soziokulturelle Aspekte des Alltags von SubstitutionspatientInnen. Graz. ⁴⁶ ÖBIG (2007): Bericht zur Drogensituation 2003.

⁴⁷ Vor-

schläge zur Qualitätssicherung bei der Substitution des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. und des Wiss. Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zurückgegriffen.

⁴⁸ Bühringer

G. et al.: Vorschläge zur Qualitätssicherung der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Enke 1995.

5. SUBSTITUTION

Tabelle 13: Personalschlüssel für eine Qualitätssicherung der Substitutionstherapie

1 ÄrztIn	40 PatientInnen in Behandlungszentren bzw. 20 PatientInnen in Einzelpraxen
1 PsychologIn bzw. PsychotherapeutIn	40 PatientInnen
1 DiplomsozialarbeiterIn	20 PatientInnen
1 DGKS/DGKP	40 PatientInnen

In Graz wird die Versorgung der SubstitutionspatientInnen neben der Drogenambulanz der Landesnervenklinik Sigmund Freud, der Universitätsklinik für Psychiatrie und dem Sozialmedizinischen Zentrum Liebenau hauptsächlich von niedergelassenen ÄrztInnen sichergestellt. Zwischen 2000 und 2007 waren in Graz insgesamt 35 ÄrztInnen mit zumindest einem/r Patienten/in in das Therapieprogramm involviert (Quelle: eigene Berechnungen aufgrund der Meldungen an die FA 8B Gesundheitswesen). 10 ÄrztInnen betreuten zwischen 10 und 20 Substituierte, 3 zwischen 20 und 30. Durch die Behandlung von 57, 76 und 132 PatientInnen unterscheiden sich 3 ÄrztInnen sehr deutlich in der PatientInnenfrequenz von anderen. Eine/r davon ist Allgemeinmediziner. Bei den beiden anderen handelt es sich um FachärztInnen für Psychiatrie in entsprechenden Behandlungsteams, die eine sehr hohe Frequentierung nach Qualitätsgesichtspunkten legitimieren können.

Aufgrund der Verordnung vom März 2007 hat sich die Zahl der substituierenden ÄrztInnen in Graz auf 16 (Stand: Februar 2008) reduziert. Der Grund liegt laut ÄrztInnen primär an der fehlenden Honorierung des erhöhten Aufwandes der medizinischen Substitutionstherapie sowohl für die Betreuung als auch für die Weiterbildung. Obwohl durch 31 weitere ÄrztInnen primär Anlaufstellen für Hilfesuchende bestehen, berichten SozialarbeiterInnen zunehmend von Vermittlungsproblemen in ländlichen Regionen der Steiermark.

Laut Stichtagserhebung (Anzahl der Rezepte) sind in Graz im Juni 2007 504 KlientInnen im Substitutionsprogramm, was den Einsatz von 25 vollzeitbeschäftigten SozialarbeiterInnen fachlich rechtfertigen würde. Einer Einschätzung der vorhandenen Ressourcen zufolge arbeiten zwar bis zu 10 SozialarbeiterInnen vollzeitäquivalent in einschlägigen Einrichtungen, sind jedoch auch mit der Beratung, Begleitung und Betreuung von Nicht-SubstitutionspatientInnen betraut. Diesem Umstand wird seitens des Gesundheitsressorts und der Gesundheitsplattform Steiermark in dem, in Analogie zum RSG (Regionaler Strukturplan Gesundheit), derzeit in Entwicklung befindlichen Psychiatrieplan/Suchtplan Rechnung getragen werden.

Die Frequentierung von PsychotherapeutInnen und klinischen PsychologInnen ist nicht erhebbar. Insgesamt kann jedoch von einer erheblichen psychosozialen Unterversorgung – gemessen an Strukturstandards – für Graz ausgegangen werden. Für ländliche Regionen kann eine solche Einschätzung nicht ohne weiteres getroffen werden. Das Konzept des b.a.s. ermöglicht durch die Errichtung von Anlaufstellen eine teilweise Deckung des allgemeinen Versorgungsbedarfs in den ländlichen Regionen.

6. SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE

Tabelle 14: Verteilung der direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle in der Steiermark nach Todesursache 2000–2006⁴⁹

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ausschließlich Opiate	ein Opiat	0	0	2	4	n.v.	4	0
	mehrere Opiate	0	3	0	0	n.v.	0	0
	...inkl. Alkohol	1	2	1	3	n.v.	3	0
	...inkl. psychoaktive. Med.	1	0	3	2	n.v.	6	9
	...inkl. Alkohol und psychoaktive Med.	0	3	1	2	n.v.	3	2
Opiate und andere Suchtgifte	Opiate und andere Suchtgifte	3	0	0	1	n.v.	0	0
	...inkl. Alkohol	1	0	3	1	n.v.	0	0
	...inkl. psychoaktive Med.	2	0	2	0	n.v.	1	0
	...inkl. Alkohol und psychoaktive Med.	3	1	0	0	n.v.	0	0
andere Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich andere Suchtgifte	0	0	1	0	n.v.	0	0
	...inkl. Alkohol	0	0	0	1	n.v.	0	0
	...inkl. psychoaktive Med.	0	0	0	0	n.v.	0	0
	...inkl. Alkohol und psychoaktive Med.	0	0	0	0	n.v.	0	1
Gesamt	11	9	13	14	12	17	12	
Rate pro 100.000 EW zwischen 15 und 64 Jahren		1,4	1,1	1,6	1,8	1,5	2,1	1,5
Vergleich zur Mortalitätsrate Österreich		3,0	2,5	2,5	2,9	3,3	3,5	3,5

Quelle: ÖBIG, Berichte zur Drogensituation 2001–2007
Für 2004 liegt aus der Quelle des ÖBIG lediglich die Gesamtzahl der Todesfälle vor.

Tab. 14 zeigt ein in etwa gleich bleibendes, im österreichweiten Vergleich niedriges bis mittleres Niveau der suchtgiftbezogenen Mortalität in der Steiermark. Aufgrund der auf die Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren bezogenen sehr geringen Fallzahlen sind die ablesbaren Schwankungen nicht aussagekräftig. Zudem können aufgrund fehlender Information über die Gesamtzahl jener Personen, die in der Steiermark unter Risiko stehen, an Intoxikationen durch Opiate und andere Suchtgifte zu sterben, keine vergleichbaren altersstandardisierten Mortalitätsraten berechnet werden. Die vom ÖBIG 2006 durchgeführten Prävalenzschätzungen gefährlichen Substanzgebrauchs, auf Basis zweier Stichproben und der Capture-Recapture-Methode, sind aufgrund zu hoher Schwankungsbreiten auf Bundesländerebene nicht anwendbar.

Die Abbildung bestätigt jedoch den bundes- sowie europaweit feststehenden Trend einer anteilmäßigen Steigerung der Intoxikationen aufgrund von Mischkonsum (vor allem mehrere Opiate + Alkohol + psychoaktive Medikamente). Ebenso kann (Anm. trotz zum Zeitpunkt der Berichtslegung unvollständiger Information) davon ausgegangen werden, dass ebenso wie bundes- sowie europaweit sich auch in der Steiermark eine Verringerung des Durchschnittsalters der Verstorbenen beobachten lässt.

Obwohl die suchtgiftbezogenen Todesfälle auch in der Steiermark medial mit der höheren Verfügbarkeit von retardierten Morphinen am Graumarkt (vgl. Kapitel 5) durch die Substitutionstherapie in Verbindung gebracht werden, liegen keine Informationen vor, die diese Befürchtungen definitiv bestätigen.

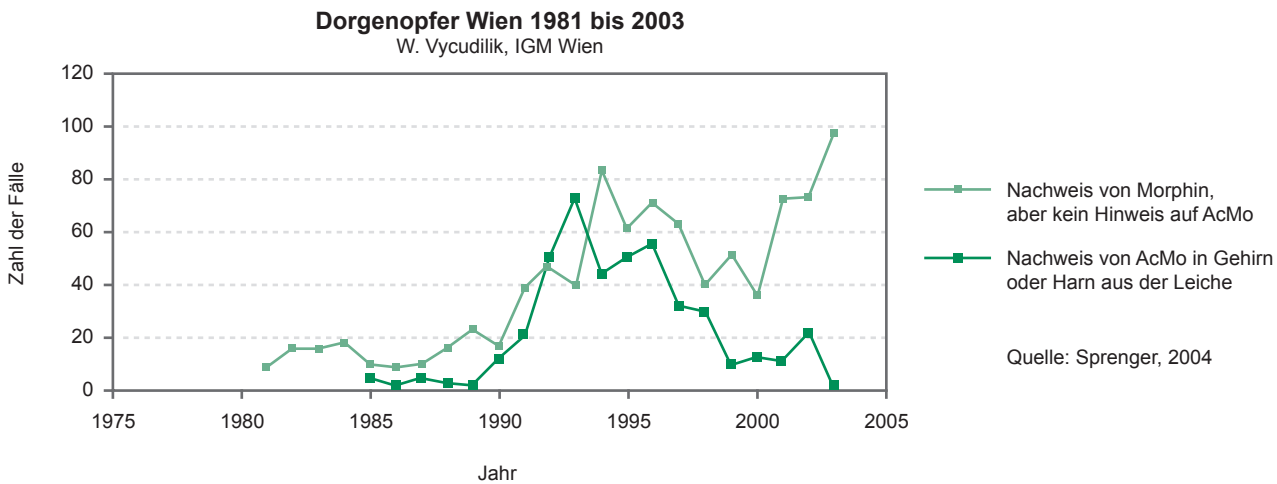
Heroin, ein halbsynthetisches Derivat von Morphin, wird im menschlichen Körper in 6-Monoacetylmorphin (6-MAM) und anschließend in Morphin umgewandelt. 6-MAM wird in der unkonjugierten Form im Urin ausgeschieden und ermöglicht so die Differenzierung zwischen Heroingebrauch und Einnahme von Morphin, Codein und anderen opiat-haltigen Medikamenten. Univ.-Prof. Dr. Vycudilik vom Gerichtsmedizinischen Institut der Medizinischen Universität Wien verfügt über die Ergebnisse einer unveröffentlichten Analyse, in der er mittels Massenspektrometrie zwischen 1981 und 2003 die Intoxikationsopfer in Wien gerichtsmedizinisch obduziert und dabei herausgefunden hat, dass der Anteil jener Verstorbenen, bei denen das typische Abbauprodukt von Heroin nachweisbar ist, 2003 einen Nullpunkt erreichte. Univ.-Prof. Dr. Vycudilik gibt auf persönliche Nachfrage an, dass es sich dabei keinesfalls um eine Verzerrung handeln kann, die dadurch entstehen hätte können, dass das typische Abbauprodukt von Heroin bereits vor der Obduktion ausgeschieden worden wäre.

⁴⁹ Für das Jahr 2007 waren bei Redaktionsschluss noch keine Daten seitens des BMGFJ verfügbar.

6. SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE

Das würde bedeuten, dass die Opiode, die 2003 zum Tod von ca. 100 (von insgesamt 163) Substanzabhängigen führten, nahezu zur Gänze aus dem Graumarkt bzw. direkt aus der Substitutionstherapie bezogen worden wären. Die Tatsache, dass der Anteil dieser Todesfälle gerade ab 2000, dem Zeitpunkt ab dem retardierte Morphine zur Substitution zugelassen wurden, sprunghaft ansteigt, unterstützt diese Interpretation. (siehe Abb. 13)

Abbildung 13: Suchtgiftbezogene Todesfälle in Wien zwischen 1981 und 2003



Das ÖBIG schließt seinen Bericht über suchtgiftbezogene Todesfälle (ÖBIG, 2006) mit der gesundheitspolitischen Schlussfolgerung, dass der steigende Mischkonsum von Opiaten, psychoaktiven Medikamenten (v.a. Benzodiazepine) sowie Alkohol als das herausragende Merkmal des bundes- und europaweiten Anstiegs der Todesfälle und als größte Herausforderung betrachtet werden müssen. Diesen Befund teilen auch PraktikerInnen in steirischen niederschwelligen Hilfseinrichtungen in Bezug auf die Situation in der Steiermark. Einer davon leitet aus seinen Erfahrungen mit potenziell von Intoxikationen bedrohten KlientInnengruppen auch andere Hypothesen ab, die einer gesundheitswissenschaftlichen Prüfung bedürfen: Zum einen vermutet er, dass nach Entziehungsphasen (Entzugsbehandlungen, auch Haftentlassungen) ein höheres Überdosierungsrisiko besteht. Zum anderen vermutet er, dass – nachdem die Qualität und Wirkung der retardierten Morphine von den Usern gut eingeschätzt werden könne – manche Intoxikationen mit Todesfolge mit suizidaler Absicht herbeigeführt worden sein könnten.

Dies lässt vorerst den Schluss zu, dass es einer systematischen Erforschung der sozialen Lebensbedingungen im sozialen Umfeld von Verstorbenen bedarf, um deren Motive nach systematischen Kriterien in die Betrachtung

der Ursachen überhaupt miteinbeziehen zu können. Von besonderem Interesse wären auch Bemühungen, sog. Beinahe-Todesfälle zu erfassen und sowohl gefährliche Konsumeinflussfaktoren wie auch die bereits erwähnten sozialen Lebenssituationen und Motive zu erfassen, die potenziell zu tödlicher Intoxikation führen können. Eine wie derzeit in der epidemiologischen Überwachung der suchtgiftbezogenen Todesfälle übliche Fokussierung auf biogene Einflussfaktoren ist nicht weiterhin zielführend.

Verantwortungsbewusste Suchtpolitik sollte auch der Frage nachgehen, ob und wie Todesfälle durch Vorhalten geeigneter Maßnahmen und Dienstleistungen verhindert werden können. In einer Medienanalyse im Zeitraum während des Abfassens des Suchtberichts wurden neun von 21 seit Jänner 2006 in der Steiermark auf ORF online dokumentierten Drogenopfern außerhalb von Privatwohnungen aufgefunden, vier davon an einschlägigen Orten, eine/r davon in einer Notschlafstelle.

Der Vertreter eines niederschwelligen Hilfsangebotes in der Steiermark beschreibt – während er sich der Tatsache, dass Drogentote nur sehr bedingt gänzlich zu verhindern sind – bspw. das (fehlende) Zusatzangebot öffentlicher Konsumräume als direkte und pragmatische Maßnahme

6. SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE

zur Vorbeugung von Todesfällen, da die KlientInnen im Fall von Überdosierungen notfallmedizinisch versorgt werden könnten. Vielversprechende Konzepte für weitere Praxisprojekte zur Prävention von Todesfällen sind zwar bekannt und erprobt, können aber aufgrund fehlender Mittel in der Steiermark nicht oder nur bedingt in die Praxis umgesetzt werden. Zum einen sind dies bei den Betroffenen auf großes Interesse stoßende Gruppeninterventionen zur „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzgebrauch“, ein entsprechendes Pilotprojekt wurde im Herbst 2007 im Kontaktladen Graz umgesetzt. Zum anderen sind dies

Erste-Hilfe-Kurse als Angebote an die Klientel, anderen UserInnen im Notfall lebensrettend zur Seite zu stehen. Zudem weist er im Interview auf die an anderer Stelle beschriebenen fehlenden Angebote im niederschweligen Bereich hin, die die Anzahl potenziell Gefährdeter in Graz und der Steiermark verringern helfen können (Wohnversorgung, Wiedereinstieghilfen in den Arbeitsmarkt, intravenöse Substitutionsbehandlung, tagesstrukturierende Angebote, Freizeitangebote, diamorphingestützte Behandlungssettings, Ausbau der psychosozialen Beratung, Begleitung und Betreuung in der Substitutionstherapie usw.).

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

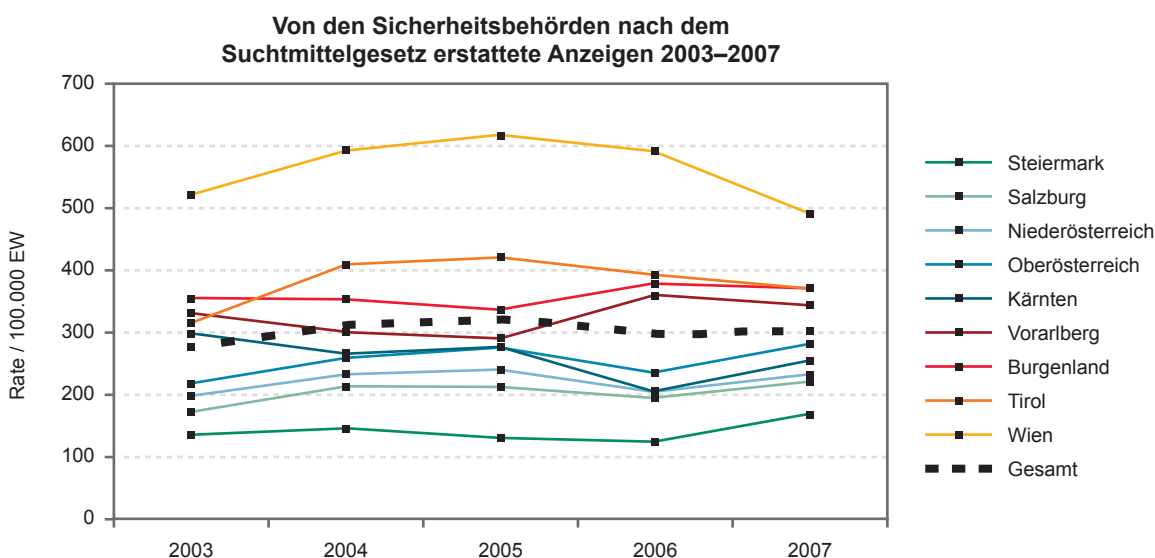
Das Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG) regelt in seinem 5. Hauptstück die strafrechtlichen Bestimmungen und Verfahrensvorschriften für den Verkehr und die Gebahrung verbotener Substanzen und bildet die Grundlage für eine der vier Säulen der Suchtpolitik: die Repression. Im Vordergrund steht die generalpräventive Ausrichtung des Gesetzes: hohe Strafandrohungen für den Drogenhandel sowie die Bestrafung fast jeglichen Kontaktes 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 geändert. So stehen beim Konsum und dessen Vorbereitungshandlungen nicht mehr generalpräventive Wirkungen im Vordergrund, sondern spezialpräventive Grundsätze: abhängigen DelinquentInnen wird zur Begünstigung der Resozialisierung ein Aufschub des Strafvollzuges zugunsten therapeutischer Maßnahmen gewährt. Beim alleinigen Konsum besteht die Möglichkeit der Strafbefreiung, analog dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“. In seiner jüngsten Revision (auf Grundlage: Rah-

menbeschluss 2004/757/JI des Rates vom 25.10.2004 zur Festlegung der Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels, ABI 2004 L 335,8 [RB Drogenhandel] zur Strafrahmenerhöhung) wird jedoch wieder der generalpräventive Aspekt verstärkt, indem die Strafandrohung für den Konsum von insgesamt sechs auf zwölf Monate Haft gehoben wurde.

7.1 Anzeigen

Die im Folgenden verarbeitete Anzeigenstatistik lässt nur bedingte Rückschlüsse auf die Entwicklung der Verfügbarkeit und des Konsums bzw. Missbrauchs illegaler Drogen zu, da sie vorwiegend Intensität und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt. Von 2004 bis 2006 ist die Anzeigenstatistik in der Steiermark rückläufig, 2006 wurden 1.449 Delikte zur Anzeige gebracht, 2007 steigen die Anzeigen um 36% auf 1.971.

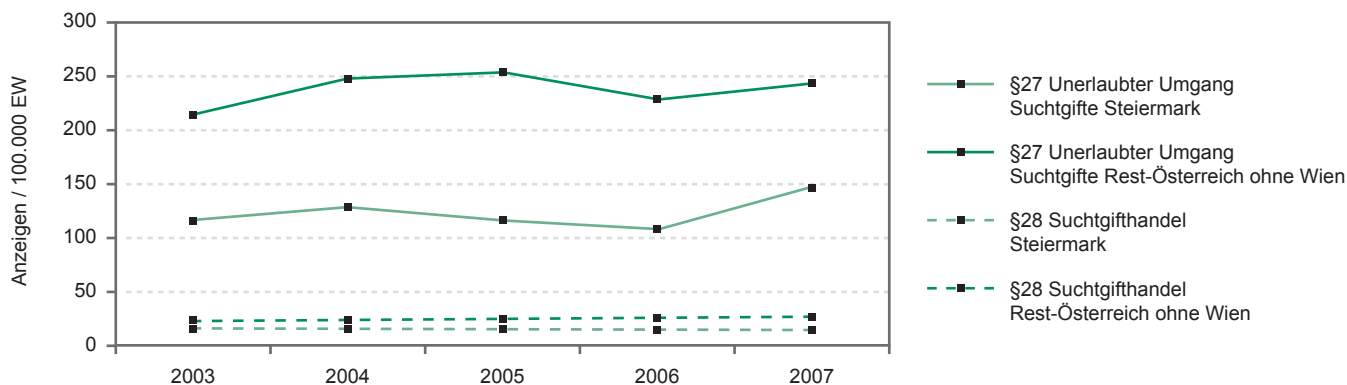
Abbildung 14: Anzeigen nach dem SMG 2003–2007



Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten
BMI Suchtmittelkriminalität 2003–2007

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Abbildung 15: Anzeigen nach §27 und §28 SMG im Österreichvergleich 2003–2007

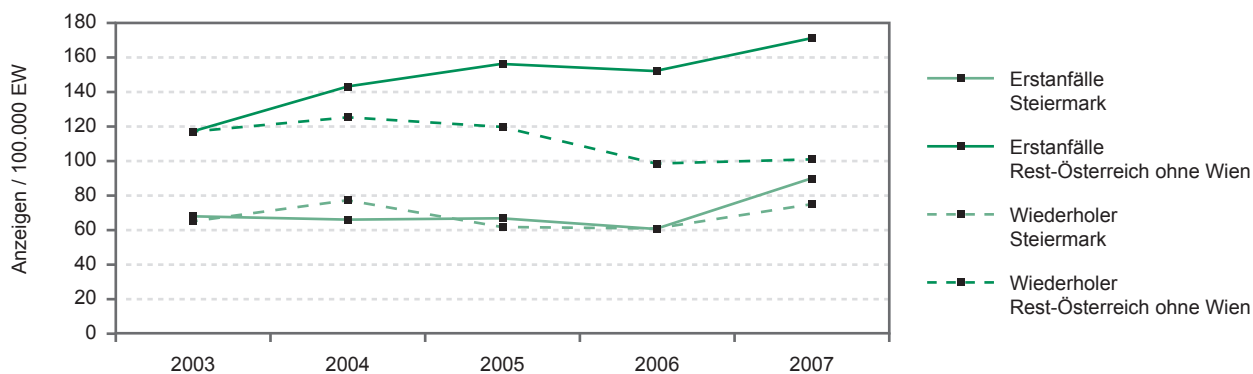


Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten
BMI Suchtmittelkriminalität 2003–2007

Abb.15 zeigt in einem Vergleich der häufigsten Suchtmitteldelikte mit „Restösterreich außer Wien“, dass die Rate der aufgrund unerlaubten Umgangs mit Suchtgiften angezeigten Personen in der Steiermark deutlich unter dem ver-

gleichbaren Bundesdurchschnitt liegt und in der Beobachtungszeit bis 2006 auch einem anderen Trend unterliegt. 2007 steigen die Anzeigen aufgrund §27 SMG in der Steiermark sprunghaft, im Bundesdurchschnitt gemäßigt an.

Abbildung 16: Erst- und wiederholte Anzeigen nach SMG im Österreichvergleich 2003–2007



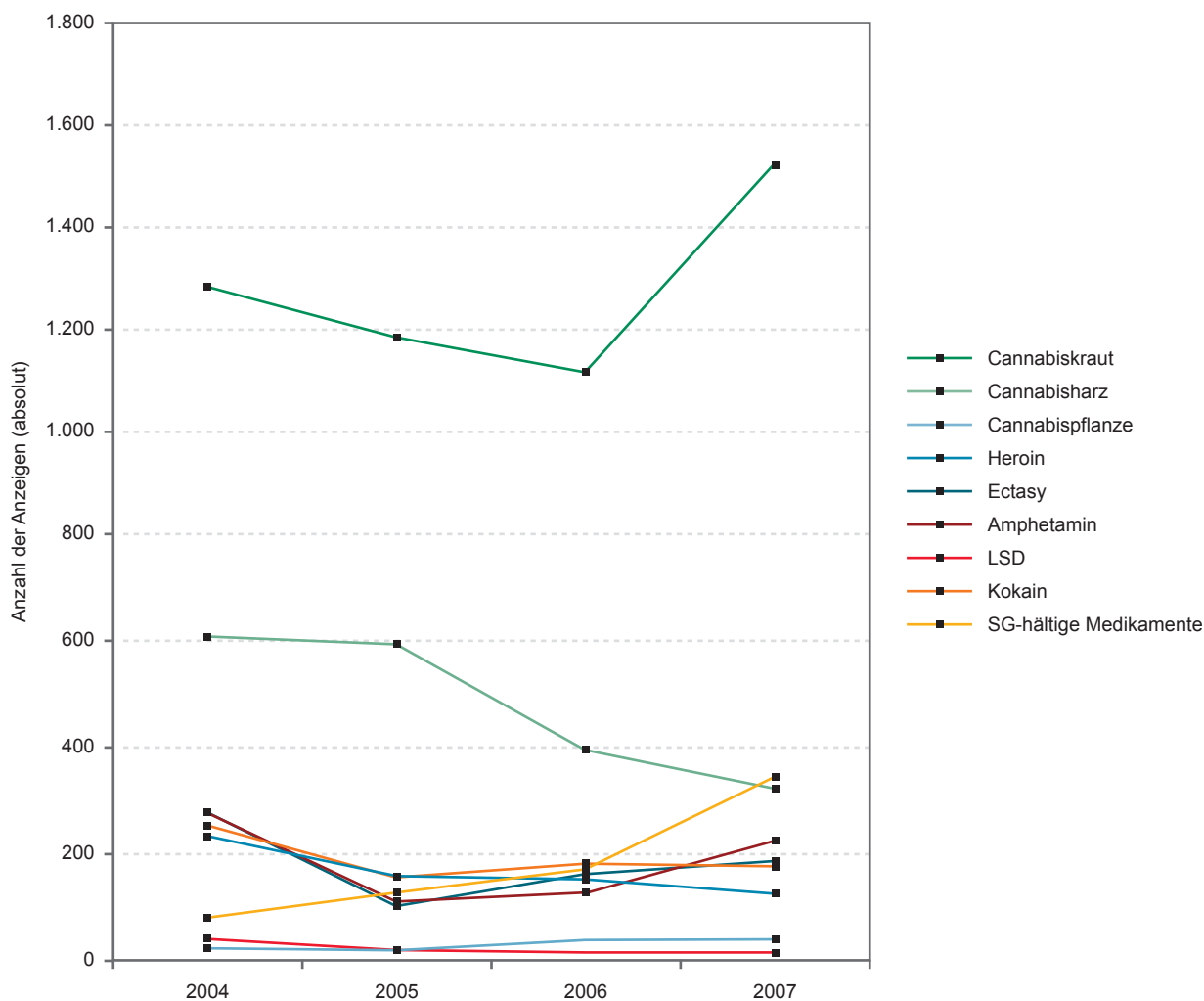
Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten
BMI Suchtmittelkriminalität 2003–2007

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Weitere Informationen sind den Jahresberichten zur Suchtkriminalität des Bundesministeriums für Inneres zu entnehmen, wo die Anzeigen unterteilt in Personen, die zum ersten Mal auffällig sind, und Personen, die wiederholt angezeigt werden, vorliegen. Bis 2003 lagen beide Raten gleichauf; seit etwa 2004 kann man im Bundesdurchschnitt einen merklichen Zuwachs durch Erstangezeigte beobachten, während die Anzahl der wiederholt Angezeigten konti-

nuiertlich zurückfällt. Diese Trends können – global für alle involvierten Suchtmittel – bis 2006 in der Steiermark nicht beobachtet werden. Die Raten liegen zudem deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Erst 2007 steigt die Rate sowohl bei Erstanfällen als auch bei Anzeigen gegen wiederholt angezeigte Personen (Bundesdurchschnitt stagniert) merklich an.

Abbildung 17: Anzeigen nach unterschiedlichen Substanzen in der Steiermark 2004–2007



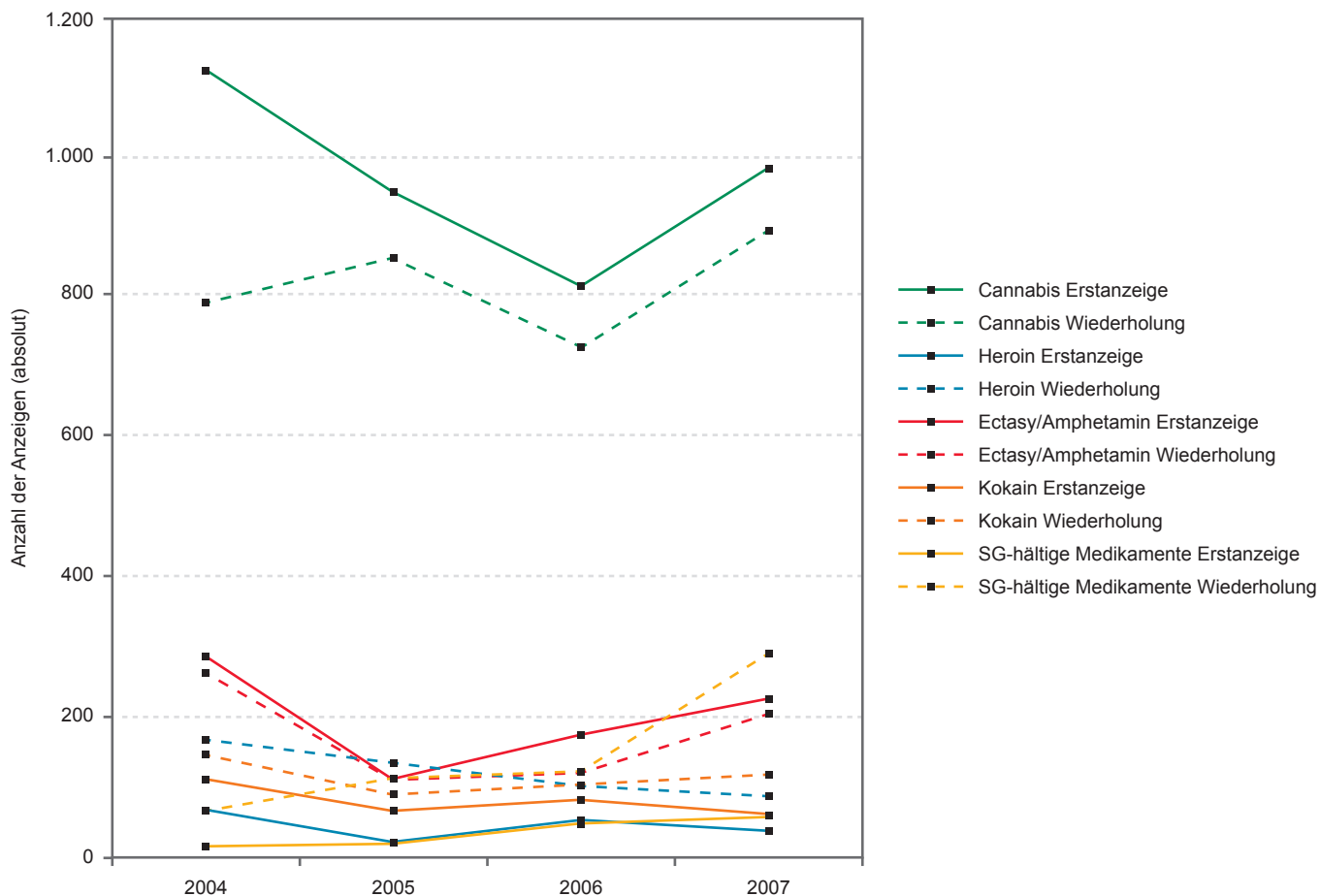
Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten
BMI Suchtmittelkriminalität 2004–2007

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Die Anzeigenstatistik des BMI erlaubt weitere Auswertungen, die nach den involvierten verbotenen Substanzen unterscheiden. Abb. 17 zeigt, dass der bundesweite Trend rückläufiger/stagnierender Anzeigenhäufigkeiten (bis 2006) bezüglich der meisten involvierten Suchtmittel auch in der Steiermark beobachtet werden kann. Am häufigsten sind

demnach Anzeigen in Zusammenhang mit Cannabiskraut und Cannabisharz, die stark unterschiedlichen Trends unterworfen sind. Anzeigen im Zusammenhang mit Heroin, Kokain und Ecstasy nehmen tendenziell ab, während Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente beständig zunehmen.

Abbildung 18: Erst- und wiederholte Anzeigen nach SMG und unterschiedlichen Substanzen in der Steiermark 2004–2007



Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten
BMI Suchtmittelkriminalität 2004–2007

Abb. 18 vergleicht zur differenzierteren Betrachtung die suchtgiftbezogene Kriminalität anhand erstangezeigter Personen im Vergleich mit WiederholerInnen. Dabei wird deutlich, dass deutlich mehr Neuanzeigen als Anzeigen gegen WiederholerInnen in Bezug auf Heroin, Kokain und

suchtgifthältige Medikamente (stärkster Anstieg) vorliegen als in Bezug auf Cannabis und Amphetamine. Die Zunahme in Bezug auf Cannabiskraut und -harz hängt wahrscheinlich eng mit gesteigerten Aktivitäten der Exekutive im Jahr 2007 zusammen.

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

AbnehmerInnen pro DealerIn 5–10 betragen, bereits 1995 bis 1996 seien es 150–200 gewesen. Unklar bleibt, wie diese Zunahme in der Anzeigenstatistik abgebildet wird. Die Personalressourcen, die die Justiz in der Steiermark für die Strafverfolgung aufwendet, sind in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen. 1994/95 wurde ein/e Jugend- sowie ein/e SuchtgiftrichterIn eingesetzt. Derzeit gibt es 4 JugendrichterInnen im Hauptverhandlungsbereich. Seit 2003 gibt es auch eine/n zweite/n RichterIn im Hauptverhandlungsbereich; ab 2008 wird Suchtgift für alle Abteilungen des Landesgerichts relevant und gewissermaßen zur Querschnittsmaterie werden.

Trend 2: Angebot/Nachfrage von retardierten Morphinen

Es wird von einem großen Angebot und einer hohen Nachfrage nach Suchtmitteln in Graz bei gleichbleibenden Preisen berichtet, insbesondere ist von einem schwunghaften Handel mit Substitutionsmitteln die Rede.

Seitens der Sicherheitsbehörden und der Justiz werden hohe Einstellungs Dosen der rezeptpflichtigen medikamentösen Behandlung beobachtet, die mitunter missbräuchlich intravenös konsumiert und/oder als überschüssige Dosis auf dem Graumarkt weiterverkauft werden. In Graz wurden 2007 insgesamt 30 Ersatzmedikamente-VerkäuferInnen

im Alter zwischen 20 und 25 Jahren verhaftet (Dr. Wlasak, persönliche Mitteilung, 2008). Hauptsächlich wird eine gewerbsmäßige Beschaffung von Substitutionsmitteln in Wien verortet, da die Präparate dort sowohl über ärztliche Behandlung leichter zugänglich als auch am Schwarzmarkt günstiger zu erhalten seien (€ 15,- bis 17,- pro Kapsel) und nicht zuletzt aufgrund des hohen AbnehmerInnenpotenzials in den Bundesländern mit beträchtlichen Gewinnspannen (Graz: € 25,- bis 35,-; Kärnten: € 60,-; Innsbruck: € 70,-)⁵³ verkauft werden. In der Diskussion um Verbesserungspotenziale spielen hauptsächlich eine Rolle:

- Qualitätssicherungsbemühungen in der Durchführung des Substitutionsprogramms in der Steiermark (vgl. Kapitel 5.2)
- Ausbau der Suchthilfeeinrichtungen und Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz
- Auffassungsdifferenzen bezüglich der nötigen Anpassungserfordernisse der betreffenden Suchtgiftverordnung vor allem hinsichtlich der Durchführung in den Ländern und Regionen, zwischen Bund und Ländern, sowie drogenpolitische Konstellationen (Anm.: die 2002 und 2003 zu beobachtende „offene Heroinszene“ in Graz wurde nicht zuletzt zugunsten der neu entstandenen „Szene, die mit retardierten Morphinen handelt“ verdrängt).

8. SUCHTBEZOGENE SOZIALFORSCHUNG IN DER STEIERMARK

Suchtforschung ist aufgrund der Multikausalität in der Entstehung von Sucht, aufgrund der zahlreichen Suchtphänomene (z.B. substanzgebunden und substanzungebunden als eine sehr allgemeine Form der Unterteilung), aufgrund der breiten Palette an Interventionsmöglichkeiten sowie aufgrund der hohen gesamtgesellschaftlichen Relevanz ein Paradebeispiel für interdisziplinäre Forschungsnotwendigkeit. Relevante Wissensgebiete sind alle Bereiche der Humanwissenschaften, die Sucht-, aber auch Gesundheits- und Krankheitsphänomene i.A. beschreiben, erklären, bewerten und vorhersagen. Dies sind insbesondere die Gesundheits- und Medizinsoziologie, die Sozialepidemiologie, die Gesundheits- und Klinische Psychologie, die Medizin, die Pädagogik, die Pflege- und Sozialarbeitswissenschaft sowie Naturwissenschaften (Neurowissenschaften, Pharmakologie, Biologie usw.). Hinzu kommen Kultur-, Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, sofern ihr Interessensgegenstand Suchtfragen beinhaltet. Public Health versucht die Erkenntnisse aus diesen Wissensgebieten zusammenzuführen und für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch für politische Entscheidungen zum Ressourceneinsatz nutzbar zu machen. All diese Disziplinen können substanzielle Beiträge leisten, wie eine Gesellschaft mit dem Thema Sucht umgehen kann.

Nachdem in der Steiermark keine suchtspezifische universitäre Forschungseinrichtung besteht bzw. keine Forschungseinrichtung einen suchtbezogenen Schwerpunkt aufweist, (wie etwa das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung in Wien, das Institut für Suchtforschung am Krankenhaus Maria Ebene in Vorarlberg oder die psychiatrischen Institute der Medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck), ist der Beitrag steirischer Forschungsinstitutionen zur Suchtforschung relativ gering. Die nachfolgenden Ausführungen dieses Kapitels beschränken sich deshalb auf eine Übersicht ausgewählter anwendungsbezogener Untersuchungen in der Steiermark, die sich mit folgenden Teilaspekten der Suchtforschung befassen:

- Evaluation diverser Präventionsprojekte
- Bedarfsanalyse und Konzeptentwicklung
- Epidemiologische Querschnittsstudien, Prävalenzstudien
- Vertiefte Analysen der Drogensituation in speziellen Zielgruppen
- Dokumentation

Diese Studien wurden vorwiegend als Auftragsarbeiten von der Steiermärkischen Landesregierung – Gesundheitsressort initiiert und gefördert und von öffentlichen und privaten

Forschungsinstituten sowie teilweise von Suchthilfeeinrichtungen sowie von Studierenden (im Rahmen von Diplomarbeiten) durchgeführt.

Die Studie „Jugendlicher Drogenkonsum und Drogenaffinität – Epidemiologische Befunde und sozialwissenschaftliche Modelle zur Verbreitung des Konsums illegaler Drogen in der Steiermark“ von Univ.-Prof. Dr. Peter Gasser-Steiner wurde von vielen Beteiligten als initialer Impuls für suchtbezogene Sozialforschung in der Steiermark empfunden.

Sozialforschung zum Thema Sucht und Drogen ist im Sinne einer datengeleiteten Sucht- und Drogenpolitik ein wichtiges Planungs-, Steuerungs- und Kontrollinstrument. So werden beispielsweise durch die Quantifizierung des Ausmaßes an Drogenkonsum, durch die qualitative Analyse von sucht- und drogenspezifischen Einstellungsmustern, durch die Darstellung der sucht- und drogenbezogenen Situation in exponierten und stark vernetzten Systemen wie etwa der Berufsschule usw. Verbesserungspotenziale und Handlungsbedarf aufgezeigt und somit Prä- und Interventionsanforderungen planbar. Schließlich kann im Sinne einer evidenzbasierten Steuerung sucht- und drogenbezogener Maßnahmen durch Evaluation überprüft und kontrolliert werden, ob diese die definierten Ziele erreichen und in welchen Bereichen Nachjustierungen erforderlich sind.

Im Folgenden wurden Arbeiten chronologisch ab dem Jahr 2003 ausgewählt. Frühere Studien, wie etwa das Grazer Drogenmonitoring bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (x-sample, 2002a), die Bedarfsanalyse psychosozialer Begleitmaßnahmen für Jugendliche mit problematischem Drogenkonsum (x-sample, 2002b) sowie die Suchtmittelstudie Steiermark (IFES, 2002) wurden zum Teil bereits im Suchtbericht 2003 dargestellt.

Die Effekte der psychosozialen Betreuung im Rahmen des Substitutionsprogramms in Graz, 2003.

Autorin: Mag. Christine Eppich

Auftraggeber: Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Karl-Franzens Universität Graz

Zielsetzung: Die Arbeit versucht, die Effekte einer psychosozialen Betreuung im Rahmen des Substitutionsprogramms aufzuzeigen. Die Wirksamkeit einer derartigen Betreuung wurde in Studien aus Amerika, Deutschland und auch aus Österreich bestätigt. Insbesondere waren die Auswirkungen auf das allgemeine psychische Wohlbefinden, auf das Ausmaß des Selbstvertrauens und der Selbstsicherheit, auf Depressivität, auf Attributionsstile sowie auf die Suizidalität von Interesse.

8. SUCHTBEZOGENE SOZIALFORSCHUNG IN DER STEIERMARK

Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern, 2005.

Autoren: x-sample angewandte Sozialforschung | psychologische Marktforschung – Mag. Thomas Hutsteiner, Mag. Sebastian Seebauer, Mag. Martin Auferbauer mit Mitarbeit der FH Joanneum – Gesundheitsmanagement im Tourismus

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 6D – Berufsschulwesen. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen/Suchtkoordination, Wirtschaftskammer Steiermark

Zielsetzung: Ziel der Studie war eine breite und maßnahmegeleitete Beschreibung des Ausmaßes an Drogenkonsum sowie des diesbezüglichen Umgangs der PädagogInnen der Berufsschulen und Lehrlingshäuser mit dem Ziel, Präventions- und Interventionserfordernisse auf allen Ebenen abzuleiten.

Evaluationsbericht – Suchtcompetentes Jugendcoaching, 2006.

Autor: Mag. Martin Auferbauer

Auftraggeber: Diplomarbeit am Institut für Soziologie der Karl-Franzens-Universität Graz. Mit Unterstützung der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark und des Berufsförderungsinstitutes Steiermark

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit war die Evaluierung eines vom BFI Graz angebotenen Lehrganges. Dieser Lehrgang sollte Fachkräfte der Jugend(sozial)arbeit und Jugendwohlfahrt befähigen, mit suchtgefährdeten und süchtigen Jugendlichen lebensweltorientiert in ihrem jeweiligen Handlungsfeld professionell arbeiten zu können.

Bedarfsanalyse zur Wohnversorgung von SuchtklientInnen mit illegalem Drogenkonsum, 2006.

Autor: Mag. Thomas Hutsteiner

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen/Suchtkoordination

Zielsetzung: Ziel dieser Bedarfserhebung war die Bereitstellung einer Planungsgrundlage zur Konzeption eines Angebots zur Wohnversorgung und Wohnbetreuung von SuchtklientInnen in der Steiermark. Das derzeit noch fehlende Angebot stellt eine wesentliche psychosoziale Begleitmaßnahme auf dem Weg zur Reintegration dar.

„ICH, meine Wohnung ... und meine Probleme“ – Soziale Probleme Drogenabhängiger und ihr Niederschlag in Konzepten Betreuten Wohnens, 2007.

Autorin: Mag. Silke Weizel

Auftraggeber: Diplomarbeit an der FH Joanneum – Studiengang Sozialarbeit/Sozialmanagement

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit war die Analyse der Sicht-

weisen von drogenabhängigen Menschen und deren BetreuerInnen auf ihre sozialen Probleme, deren Gründe, Folgen und Wertigkeit. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse sollten schließlich in Konzepten für Wohnbetreuungseinrichtungen verdichtet werden. Im theoretischen Teil der Arbeit wird auf das Thema Wohnen und seine Bedeutung für den Menschen eingegangen, werden die Begriffe Drogen und Drogenabhängigkeit erläutert und schließlich ein Einblick in die Thematik ausgewählter sozialer Probleme gegeben. Im empirischen Teil werden die Sichtweisen von Betroffenen und BetreuerInnen zu den sozialen Problemen dargestellt und anschließend mit den Ergebnissen einer qualitativen Analyse exemplarisch ausgesuchter Konzepte betreuten Wohnens abgeglichen.

Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?! – Bekanntheit und Bewertung in der Bevölkerung, 2006.

Autor: Mag. Thomas Hutsteiner

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen/Suchtkoordination, Bezirkshauptmannschaft Radkersburg

Zielsetzung: Das Ziel dieser Umfrage war eine Standortbestimmung des oben zitierten kommunalen Suchtpräventionsprojektes, das seit 2004 im Bezirk Radkersburg sowie in den vier slowenischen Gemeinden Murska Sobota, Gornja Radgona, Radenci und Ljutomer durchgeführt wird. Das Projekt widmet sich der Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung innerhalb der Bevölkerung, insbesondere unter Jugendlichen. Im Rahmen der Umfrage wurden erhoben, wie bekannt das Projekt ist, wie es von der Bevölkerung wahrgenommen wird und welcher Stellenwert den Zielsetzungen des Projektes zugeschrieben wird.

Baseline-Erhebung „Rauchen in der Steiermark“, 2006a.

Autoren: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention in Zusammenarbeit mit IFES Institut für empirische Sozialforschung

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen

Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser Studie war die Bestimmung einer möglichst genauen Prävalenz des Tabakkonsums in der Steiermark, um die geplanten Maßnahmen im Rahmen der steirischen Tabakprävention evaluierbar zu machen.

Baseline-Erhebung „Rauchen in der Steiermark“, 2006b.

Autoren: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention in Zusammenarbeit mit SORA Institute for Social Research and Analysis

8. SUCHTBEZOGENE SOZIALFORSCHUNG IN DER STEIERMARK

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen

Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser Studie war die Bestimmung einer möglichst genauen Prävalenz des Tabakkonsums unter steirischen SchülerInnen, um die geplanten Maßnahmen im Rahmen der steirischen Tabakprävention evaluierbar zu machen.

Evaluationsbericht Rauchfrei-Dabei Kampagne, 2007.

Autoren: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention in Zusammenarbeit mit x-sample angewandte Sozialforschung | psychologische Marktforschung

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen

Zielsetzung: Das Ziel der vorliegenden Studie war die Bestimmung der Bekanntheit der „rauchfrei dabei“-Kommunikationskampagne und ihrer Kommunikationsinstrumente, sowie deren Bewertung, Bedeutung und Auswirkungen aus der Sicht der Bevölkerung. In Bezug auf die Auswirkungen zielte die Erhebung darauf ab, durch die Kampagne nicht intendierte und möglicherweise unerwartete Effekte zu messen.

Suchtmittel-Monitoring Steiermark, 2007.

Autoren: IFES Institut für empirische Sozialforschung – Dr. Gert Feistritzer

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen/Suchtkoordination

Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser bereits zum zweiten Mal durchgeführten Studie (Ersterhebung im Jahr 2002) ist die Sammlung von Verlaufsdaten hinsichtlich drogen- und suchtpolitikbezogener Sichtweisen, Einschätzungen, Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung.

DOKLI Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen in der Steiermark, 2007.

Autoren: x-sample angewandte Sozialforschung | psychologische Marktforschung – Mag. Thomas Hutsteiner, Mag. Sebastian Seebauer

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen/Suchtkoordination

Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser Studie ist die klientInnenbezogene Routinedatensammlung unter Einrichtungen der Suchthilfe mittels einer speziellen Erfassungssoftware auf Basis des in Österreich im Jahr 2006 eingeführten einheitlichen Dokumentationssystems von KlientInnen der Suchthilfe. Die Datensammlung mündet in einem jährlichen Bericht durch die steirische Länderzentralstelle x-sample.

Bedarfserhebung im Rahmen der Konzepterstellung für „Eine Drogentherapeutische Anlaufstelle (DTA) für Graz“, 2007.

Autor: Dr. Ulf Zeder

Auftraggeber: Selbstbeauftragung

Zielsetzung: Das Ziel dieser Erhebung war die Klärung, ob ein kontrollierter Applikationsort für den intravenösen Drogenkonsum aus dem Blickwinkel der i.v.-KonsumentInnen auf Akzeptanz stößt und unter welchen Rahmenbedingungen der Betrieb eines solchen Konsumraumes erfolgen sollte.

Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Modell eines vernetzten ambulanten Therapieangebots, 2007.

AutorInnen: b.a.s., Dr. Monika Lierzer, Walter Sorger, Mag. Ulla Schmidt, Mag. Karoline Schopper-Prünster, Mag. Karl-Heinz Bliemegger

Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen

Zielsetzung: Das Ziel dieser Studie war die Analyse des Bedarfs und des Umfelds für ein ambulantes Therapieangebot für pathologische GlücksspielerInnen.

Insgesamt wird Forschung zum Thema Sucht in der Steiermark ähnlich uneinheitlich und ungesteuert praktiziert, wie in den anderen Bundesländern. Es existiert weder auf nationaler noch auf Bundesländer-Ebene eine Koordinationsstelle⁵⁴, wo der Forschungsbedarf (der auf Bundesebene von den LänderexpertInnen immer wieder massiv eingefordert wird) geplant wird und Erkenntnisse gesammelt, verknüpft und systematisch in suchtpolitische Überlegungen integriert werden.

Die Suchtkoordination versucht nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten zumindest in grundlegenden Bereichen der Sucht, Forschung und Dokumentation in aufeinander abgestimmten Schritten durchzuführen. Diese zur Planung von sucht- und drogenpolitischen Maßnahmen elementaren Grundlagen sind in erster Linie von finanziellen Ressourcen abhängig.

So hat es einige Konsequenzen aus den oben erwähnten Forschungsarbeiten gegeben, die entweder in Nachjustierungen diverser Projekte oder in Planungsüberlegungen für suchthilferrelevante Angebote gemündet sind. Großen Nachhall und Bedeutung hatten die durch das Gesundheitsressort des Landes und die Suchtkoordination durchgeführten landesweiten Fachtagungen, Fort- und

54 ÖBIG (2007): Bericht zur Drogensituation 2007. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

8. SUCHTBEZOGENE SOZIALFORSCHUNG IN DER STEIERMARK

Weiterbildungsveranstaltungen der Jahre 2005 bis 2007, die einer großen multidisziplinären Gruppe von ExpertInnen die Möglichkeit eines breiten fachlichen Austausches geboten hat:

Regionale, bezirksübergreifende Fortbildung als gemeinsame Veranstaltung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B – Gesundheitswesen – Suchtkoordination und der FA 11B – Sozialwesen – Sozialarbeit zum Thema: „Komorbidität und Sucht“ am 1. und 2. 12.2005.

Erster steirischer Suchthilfekongress am 26.9.2006 mit mehr als 300 TeilnehmerInnen aus der ganzen Steiermark.

Kongressdokumentation unter:

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10262712/842337/>

Als Folgeveranstaltung des ersten Steirischen Suchthilfekongresses kam es beim „Tag der Regionen“ am 21.6.2007 zur Vernetzung der kommunalen Suchtpräventionsprojekte in der Steiermark, zum Thema „Genuss oder Sucht – Alkohol im Gemeindeleben“.

Tagungsdokumentation:

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10743722/11047335/>

Suchthilfeschulungsspezifisch für die MitarbeiterInnen der Sucht- und Drogenhilfe unter dem Motto „Eingrenzung – Grenzenlosigkeit – Grenzgänge – Grenträume – Auseinandersetzungen mit der Sucht- und Drogenarbeit“ vom 22.11. bis 23.11.2007.

Tagungsdokumentation:

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10743722/11047335/>

Diese Veranstaltungen finden ihre Fortsetzung in regelmäßigen suchtspezifischen und interdisziplinären Dialoggruppen.

Am Beispiel der zitierten Berufsschulstudie aus dem Jahr 2005 haben sich aus den Erkenntnissen der Forschung folgende Aktivitäten ergeben:

Flächendeckendes Drogenpräventionsprogramm für alle steirischen Berufsschulen mit Beginn des Schuljahres 2007/08. Pro Berufsschule werden dabei 2–3 PädagogInnen zum Thema Suchtprävention durch die steirische Fachstelle für Suchtprävention VIVID geschult.

Bei Bedarf werden Schulungen für die PädagogInnen an den Berufsschulen und Lehrlingshäusern zu den Themen Handlungsmöglichkeiten und Umgang mit §13 SMG durchgeführt. Diese Schulungen werden von der Drogenberatung des Landes Steiermark, von der steirischen Fachstelle für Suchtprävention VIVID sowie der Kriminalpolizei durchgeführt.

Bei Bedarf können Seminare zu den Themen Rausch und Risikopädagogik bei Styria Vitalis gebucht werden.

Step by Step, das sich an PädagogInnen mit dem Ziel der möglichst frühen Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten von SchülerInnen richtet, wurde an allen Grazer Berufsschulen durchgeführt und soll auch in den restlichen Bezirken angeboten werden.

Schulung sämtlicher BerufsschuldirektorInnen zum Umgang mit §13 SMG.

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

Die Entscheidung, die Situation des kleinen Glücksspiels und dessen problematische und pathologische Erscheinungen näher zu betrachten, hatte mehrere Gründe. Obwohl die Automatenwirtschaft einen nicht unwesentlichen volkswirtschaftlichen Beitrag leistet (2006 wurden rund € 155 Mio. aus Steuereinnahmen lukriert), ist sie bei der Entstehung von Leidensdruck und Krankheit im Falle des pathologischen Spielens zumindest mitbeteiligt. Wie später noch näher ausgeführt werden wird, ist das Automaten-spiel im Rahmen des Kleinen Glücksspiels die mit Abstand verbreitetste Glücksspielform, weshalb pathologische SpielerInnen therapeutische und beraterische Angebote aufsuchen. Die damit befassten Einrichtungen der Suchthilfe in der Steiermark konstatieren eine stark gestiegene Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsleistungen durch spielsüchtige Personen. Hinweise für eine steigende Bedeutung der Spielsucht ergeben sich auch aus einer entsprechenden medialen Resonanz und öffentlichen Wahrnehmung zu diesen Thema.

Österreichweit haben die Spieleinsätze für Glücksspiele und Sportwetten stark zugenommen. Während die gesamten Spieleinsätze im Jahr 2002 bei € 4,5 Mrd. lagen, machten diese im Jahr 2006 bereits € 10,3 Mrd. aus, was einer Verdoppelung gleichkommt.⁵⁵ Die AutorInnen dieser Marktforschung, für die Daten der Casinos Austria, privater Anbieter, der EU, internationaler Glücksspiel-Vereinigungen, des Buchmacherverbandes und der Wirtschaftskammer herangezogen wurden, prognostizierten für das Jahr 2007 Spieleinsätze in der Höhe von € 13 Mrd., womit eine Verdreifachung innerhalb von fünf Jahren erreicht wäre. Der größte Teil dieser Einsätze (rund zwei Drittel) kommt dabei von den Glücksspielen (Lotterie, Spielbanken, Online-Gaming und Glücksspielautomaten), und davon entfällt der eindeutig größte Teil auf die Glücksspielautomaten (47%). Österreichweit wurde 2006 um schätzungsweise € 3,3 Mrd. an Glücksspielautomaten gespielt; 2002 war es noch rund eine Mrd. Das Automaten-spiel wurde im Zuge der oben zitierten Studie neben dem Online-Gaming als einer der beiden Wachstumsmärkte beschrieben.

9.1 Die Rahmenbedingungen des kleinen Glücksspiels in der Steiermark

Die bundesrechtliche Regelung des Glücksspielwesens in Österreich wird im Glücksspielgesetz (GSpG) formuliert. Demnach sind Glücksspiele dadurch gekennzeichnet, dass „Gewinn und Verlust ausschließlich oder vorwiegend vom

Zufall abhängen“ (GSpG, § 1). Das Recht zur Durchführung von Glücksspielen bleibt dem Bund vorbehalten. Damit ist das Glücksspielmonopol des Bundes begründet (Casinos Austria AG bzw. Österreichischen Lotterien Ges.m.b.H.). Allerdings enthält der § 4 Ausnahmeregelungen, nach denen Ausspielungen mittels eines Glücksspielautomaten nicht dem Glücksspielmonopol unterliegen, wenn (1) der Einsatz des Spielers den Betrag oder den Gegenwert von 0,50 Euro nicht übersteigt und (2) der Gewinn den Betrag oder den Gegenwert von 20 Euro nicht übersteigt. Dieses „kleine Glücksspiel“ kann daher durch die Bundesländer selbstständig in Form von Landesgesetzen geregelt werden, wobei bisher nur vier Bundesländer von dieser Möglichkeit Gebrauch machen: Wien (seit 1985), die Steiermark (seit 1986), Kärnten (seit 1997) und Niederösterreich (seit 2006) - in den restlichen fünf Bundesländern ist das kleine Glücksspiel nicht legal.

Einheitlichkeit zwischen den Landesgesetzen der vier Bundesländer in denen das kleine Glücksspiel erlaubt ist besteht vor allem im Bereich des Jugendschutzes: Das Benutzen von Geldspielautomaten ist ausschließlich volljährigen Personen erlaubt. Die wohl augenscheinlichsten Unterschiede bestehen in der Höhe der zu begleichenen Abgaben („Lustbarkeitsabgabe“) für die Betreiber von Glücksspielautomaten und in der Anzahl an Geldspielautomaten. In der Steiermark ist die monatliche Lustbarkeitsabgabe mit max. € 467,50 (davon sind max. € 300 an die Gemeinde und € 167,50 an das Land Steiermark anzugeben) pro Geldspielautomat am niedrigsten - in Wien mit etwa € 1400 am höchsten. Das Land Steiermark und die Gemeinden lukrieren durch die Lustbarkeitsabgabe jährlich etwa € 16 Mio. (Stand 2006). Davon entfallen rund € 6 Mio. auf das Land Steiermark, der Rest auf die Gemeinden.⁵⁶ Das Land Steiermark hat im Steiermärkischen Landes-Lustbarkeitsabgabegesetz eine Zweckwidmung eines Teiles dieser Einnahmen wie folgt definiert:

(1) Der Abgabenertrag fließt ausschließlich dem Land Steiermark zu und ist zur teilweisen Bedeckung der Kosten des Landes für die Betreuung von Behinderten, die Unterstützung von steirischen Kriegsoptionen, von Kriegsflüchtlingen sowie von Gesundheitsmaßnahmen zu verwenden, wobei vom Abgabenertrag jedenfalls haushaltsmäßig jährlich gesondert a) ein Drittel für Maßnahmen der Drogen und Suchtgiftprävention und der Drogen und Suchtgifttherapie sowie b) ein Betrag von 80.000 Euro für die Betreuung von Behinderten an den Österreichischen Zivil Invalidenverband Steiermark bereitzustellen ist.⁵⁷

Aus der Bestimmung des Steiermärkischen Landes-Lustbarkeitsabgabegesetzes wird ersichtlich, dass etwa ein

⁵⁵ Kreuzer Fischer & Partner (2007): Glücksspiel & Sportwetten in Österreich 2007 – Wie viel Glück braucht Österreich? Presse-Präsentation einer Marktforschungsstudie. ⁵⁶ Enquete des steiermärkischen Landtages zum kleinen Glücksspiel, 2.10.2007. Stenographischer Bericht. ⁵⁷ Steiermärkisches Landes-Lustbarkeitsabgabegesetz in der geltenden Fassung.

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

Drittel dieser Einnahmen für drogen- und suchtbezogene Maßnahmen gewidmet ist.

Aktuell (Stand: Oktober 2007) sind in der Steiermark etwa 4.700 Geldspielautomaten behördlich registriert. Diese Anzahl ist nach HRⁱⁿ Drⁱⁿ. Ingrid Koiner (FA 7C, Innere Angelegenheiten, Veranstaltungswesen) „... in den letzten Jahren als in etwa gleichbleibend zu bezeichnen“.⁵⁸ Die Anzahl an Geldspielautomaten pro 10.000 Einwohner über 18 Jahren (Angebotsdichte) beträgt in der Steiermark 47,7 und ist mit Abstand die höchste im Bundesländervergleich: In Wien beträgt diese 19, in Niederösterreich 18 und in Kärnten 13,7.⁵⁹ In der Steiermark gibt es demnach im Vergleich zu Wien das 2,5-fache Angebot, im Vergleich zu Kärnten gar das 3,5-fache. Vergleicht man die steirische Angebotsdichte etwa mit Deutschland, gibt es dort mit einer Ausnahme kein einziges Bundesland mit einem ähnlich hohen Angebot an Spielautomaten pro Einwohner.⁶⁰ Wie im Weiteren noch näher ausgeführt wird, stellt eine Reduktion der Angebotsdichte für eine Vielzahl von ExpertInnen eine wesentliche verhältnispräventive Strategie dar.

Nach Aussagen von Betroffenen stellt die gesetzliche Grundlage des kleinen Glücksspiels in einigen Punkten einen Soll-Zustand dar, der als vom tatsächlichen Zustand abweichend wahrgenommen werde: Die Einsätze würden mittels Geldscheineinzug bezahlt und auf ein vom Automaten angezeigtes Guthaben gebucht – der Einwurf von einzelnen 50 Cent-Münzen sei oftmals gar nicht möglich. Durch vorgelagerte Multiplikatoren (z.B. „Würfelspiele“) kann sich sowohl der zu leistende Einsatz als auch der in Aussicht gestellte Gewinn für das eigentliche Spiel vervielfachen – berichtet werden Einsätze von bis zu € 12; immerhin das 24-Fache der vom Gesetz vorgesehenen € 0,50.^{61 62}

Dazu ein ehemaliger Betroffener, der anonym bleiben möchte und daher im Folgenden „E.B.“ genannt wird:

„Der Betreiber sagt, dass wenn sich beim Steigern des Einsatzes ein kleiner Würfel dreht ... das ist bereits ein Spiel ... das dient aber nur zur Steigerung, das ist in Wahrheit kein Spiel. Ein Spieler wird den Würfel nie als Spiel bezeichnen, sondern der wartet darauf, was sich am Display tut ... das ist jedem einleuchtend, das ich nicht wegen dem Würfel vor dem Ding stehe. Ich kann beim kleinen Glücksspiel für ein wirkliches Spiel bis zu 12 Euro einsetzen ... da kann man nicht mehr vom kleinen Glücksspiel sprechen ... wenn Sie daran denken, wie schnell man hintereinander spielen kann, dann sind in einer Minute schon mal 100 Euro weg. Da liegt die effektive Grauzone, weil nicht eindeutig

definiert ist was ein Spiel ist. Es ist die gesetzeskonforme Auslegung eines „schwammigen“ Gesetzes. Wenn ich jetzt sagen würde: 50 Cent pro Spiel, Maximalgewinn ist 10 oder 20 Euro und es ist keine Steigerungsmöglichkeit vorhanden ... wenn dieser ominöse Würfel verschwinden würde, dann würde es meiner Auffassung vom kleinen Glücksspiel entsprechen ... in dieser derzeitigen Fassung sicherlich nicht.“⁶³

Auch die Einhaltung der Bestimmungen des Jugendschutzes scheint zumindest ungeklärt. Fast 40% der KlientInnen des Therapiezentrum „AS“ für Glücksspielabhängige und Angehörige in Wien gaben an, dass sie in einem Alter mit dem Glücksspiel begonnen haben, der unter dem gesetzlichen Mindestalter von 18 Jahren liegt.⁶⁴ Aus derselben Beratungsstelle wird weiters berichtet, dass 18,2% aller KlientInnen unter 18 Jahre und 8,6% sogar unter 16 Jahre waren, als ihr Spielverhalten bereits als pathologisch zu bezeichnen war.⁶⁵ Für die Steiermark waren dazu zwar keine Zahlen verfügbar, jedoch gibt es Hinweise in Richtung einer verstärkten Kontrollnotwendigkeit:

„... ok, ja ... da haben sich die Betreiber großzügigerweise bereit erklärt, an den Spiellokalen die Tafel anzubringen „Betreten unter 18 Jahren verboten“. Kontrolliert wird eh nach wie vor nicht. Ich kann nur einen Zeitungsartikel zitieren, da haben sie drei oder vier Minderjährige auf die Reise geschickt ... und die haben nirgendwo ein Problem gehabt rein zukommen ... kein einziger hat gemeint: 'Nein, das dürft ihr nicht'.“⁶⁶

Der befragte ehemalige Betroffene bezieht sich dabei auf einen Artikel der regionalen Gratiszeitung „Die Woche“ vom 25. Februar 2007⁶⁷, wo die Ergebnisse eines Tests präsentiert wurden. Der Test wurde von „Die Woche“, der steirischen Kinder- und Jugendanwaltschaft, der Schuldnerberatung, dem LOGO-Jugendmanagement und SchülerInnen des BG Rein durchgeführt. Die 15-jährigen SchülerInnen hatten dabei die Aufgabe, quer durch die Steiermark insgesamt 18 Wettcafés und Spielhallen aufzusuchen, um dort ein alkoholisches Getränk und Zigaretten zu bestellen sowie eine Wette abzuschließen und auf einem Spielautomaten zu spielen. Bei der Hälfte der Lokale war das Abschließen einer Wette sowie das Spielen auf einem Glücksspielautomaten ungehindert möglich, obwohl dies bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verboten ist und obwohl das Personal Kenntnis von der Anwesenheit und Spielabsicht der SchülerInnen hatte. Auch wenn es thematisch nicht unbedingt diesem Kapitel zuzuordnen ist, soll nicht unerwähnt bleiben, dass die SchülerInnen in 14 Lokalen Alkohol erhielten, Zigaretten sogar in 15.

⁵⁸ Enquete des steiermärkischen Landtages zum kleinen Glücksspiel, 2.10.2007. Stenographischer Bericht.

⁵⁹ Enquete des steiermärkischen Landtages zum kleinen Glücksspiel, 2.10.2007. Stenographischer Bericht.

⁶⁰ S.o. ⁶¹ Aussagen von Betroffenen, Veranstaltung: „Im Namen des Profites: Kleines Glücksspiel – eine staatliche geduldete Abzocke!“, 14.2.2008. ⁶² Aussagen eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.03.2008.

⁶³ Aussagen eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.03.2008. ⁶⁴ Homepage des Therapiezentrum „AS“ für Glücksspielabhängige und Angehörige in Wien, Verfügbar unter: <http://www.spielsucht.or.at/> ⁶⁵ Berger P., Glücksspielsucht – eine „andere“ Suchterkrankung. Vortrag im Rahmen der Tagung „Suchtkrank: Glücksspielsucht und substanzgebundene Komorbidität“,

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

9.2 Glücksspielsucht

Seit 1980 wird Glücksspielsucht bzw. pathologisches Spielen durch die Aufnahme in internationale psychiatrische Klassifikationssysteme wie DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA) und seit 1991 ICD (International Classification of Diseases, WHO) als eigenständiges Störungsbild anerkannt. Das pathologische Glücksspiel findet man im ICD-10 unter dem Kapitel Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bzw. unter dessen Unterkapitel der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. Die diagnostische Leitlinie lautet: „Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.“

Nach DSM-IV⁶⁸ ist eine Person vom pathologischen Spielen betroffen, wenn mindestens fünf der folgenden zehn Merkmale vorhanden sind, die als Indikatoren für andauerndes, wiederkehrendes und fehlangepasstes Spielverhalten zu verstehen sind:

Die Person ...

- (1) ... ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. intensives gedankliches Nacherleben vergangener Spielerfahrungen oder Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen),
- (2) ... muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen,
- (3) ... hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
- (4) ... ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,
- (5) ... spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine unangenehme Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) auszuweichen,
- (6) ... kehrt, nachdem sie beim Glücksspiel verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen,
- (7) ... belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,

(8) ... hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren,

(9) ... hat eine wichtige Beziehung, ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,

(10) ... verlässt sich darauf, dass andere ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Sind weniger als fünf der oben angeführten Merkmale vorhanden und fügt das Spielverhalten dennoch dem Spieler oder seiner Familie Schaden zu, kann von problematischem Spielen gesprochen werden.⁶⁹ Problematisches Spielen ist somit die Vorstufe zum pathologischen Spielen, bei dem mehr als fünf Kriterien zutreffen müssen.

Abzugrenzen ist pathologisches Glücksspielverhalten vom (1) gewohnheitsmäßigen Spielen, bei der die Person in der Lage ist, bei negativen Auswirkungen ihre Gewohnheit selbsttätig einzuschränken, vom (2) exzessiven Spielen infolge einer manischen Phase und vom (3) Spielen bei Personen mit soziopathischer bzw. dissozialer Persönlichkeitsstörung.⁷⁰

9.3 Ursache- und Risikofaktoren der Glücksspielsucht

E.B.: „Wie das begonnen hat? Das ist eine Frage, die ich mir selbst nur sehr schwer beantworten kann. Gelegenheit und durch einen allgemeinen Spieltrieb, dann ... Neugierde ... da spielen meines Erachtens viele Faktoren mit. Anfänglich probiert man es halt ... hat mehr oder weniger Erfolg oder Misserfolg – bei mir war es eher immer der Misserfolg, aber da ich sehr stur sein kann hab' ich mir es halt nicht gefallen lassen wollen und nicht wahrhaben wollen, dass das nicht möglich ist. Und als ein Arbeitsüberlastungsausgleich ... es ist der Wunsch nach Entspannung aufgetreten ... die An- und Entspannung habe ich bei diesen Geräten damals noch als angenehm empfunden. Ich weiß bis heute nicht wann in mir der Sprung vom Wollen zum Müssen war ... und irgendwann war es ein totales Müssen und dann fing natürlich die Verdrängungsphase an, die Verluste wurden immer größer ... die man vermeintlich zurückholen möchte und in lichten Momenten verdrängt man dann.“⁷¹

Hinterbrühl, 11. bis 12.01.2008.

⁶⁶ Aussagen eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.03.2008.

⁶⁷ „Nicht

genügend“ für Wettcafés. Zeitungsartikel in der Woche vom 25.2.2007.

⁶⁸ American Psychiatric Association. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000.

⁶⁹ Homepage: The National Council on Problem Gambling, Verfügbar unter: <http://www.ncpg.org.sg/>

⁷⁰ Zanki M., Spielsucht und komorbide Erkrankungen. Verfügbar unter: http://www.sucht-addiction.info/content/docs/Zanki_Spielsucht.pdf

⁷¹ Aussagen eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.03.2008.

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

Wie bei jeder Form der Sucht wird auch die Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht durch das Zusammenwirken von bio-psycho-sozialen Faktoren erklärt. Allgemeine Aspekte, die auf alle Suchtformen zutreffen, wie das Glücksgefühl am Beginn (im Fall des pathologischen Glücksspiels oftmals der Gewinn) gelten auch bei der Glücksspielsucht. Die folgenden Strukturmerkmale verdeutlichen das Stimulations- und Suchtpotenzial des Glücksspiels:⁷²

Rasche Spielabfolge bzw. hohe Ereignisfrequenz:

Umso schneller das jeweils nächste Spiel möglich ist, desto leichter fällt es, bewusstseinsverändernde Zustände im Sinne eines „Abtauchens aus der Alltagswirklichkeit“ hervorzurufen.

Verfügbarkeit / Griffnähe:

Dieser Aspekt erhält in der Steiermark eine besondere Bedeutung, da hier wie vorhin bereits erwähnt die Angebotsdichte um das 2,5- bis 3,5-fache größer im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist. Wissenschaftlich betrachtet besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit und Griffnähe eines Spielangebotes und einem verstärkten Nachfrageverhalten. So zeigte beispielsweise eine Schweizer Studie⁷³, dass in jenen Kantonen, in denen Glücksspielautomaten auch in Gaststätten erlaubt sind, d.h. in Kantonen, in denen es wie in Österreich regionale Ausnahmeregelungen vom staatlichen Glücksspielmonopol gibt, eine höhere Prävalenzrate an pathologischen und problematischen Spielern existiert. Durch ein dichtes Netzwerk an Glücksspielangeboten und eine extensive Vermarktung werden potenzielle Hemmschwellen gesenkt und die gesellschaftliche Akzeptanz von Glücksspielen verstärkt. Ein ehemaliger Betroffener und Mitglied einer Selbsthilfegruppe aus der Steiermark meint dazu:

„Wenn Sie sich in die Zeit vor zehn Jahren zurückversetzen ... wie viele Spiellokaltäten hat es denn damals offensichtlich gegeben? Zwei private Anbieter und dann war ein sukzessiver Anstieg bis heute. Früher hatte ein kleines Nest eine Kirche, ein Gasthaus und eine Raika – heute eine Kirche, ein Gasthaus, eine Raika und ein Admiral. Jedes leerstehende Geschäft wird derzeit aufgekauft von einem Betreiber. Schauen Sie sich die Annenstraße an ... ein Lokal nach dem anderen, in denen das kleine Glücksspiel betrieben wird.“⁷⁴

Zeitspanne zwischen Einsatz und Spielergebnis:

Umso kürzer die Phase zwischen dem Geldeinsatz und dem Spieldausgang (inklusive der unmittelbaren Gewinn-

auszahlung), desto schneller können zum einen finanzielle Verluste erlebt werden und die damit verbundenen negativen Empfindungen – zumindest hypothetisch – wieder kompensiert werden. Zum anderen gewährleistet eine hohe Spielgeschwindigkeit den sofortigen Wiedereinsatz der gewonnenen Geldbeträge in der Erwartungshaltung, weitere Geldgewinne anzuhäufen.

„Die technischen Möglichkeiten haben es verursacht, dass ein Spiel nur mehr zwei Sekunden dauert. Es muss eine Verzögerung eingebaut werden, sodass etwa zehn Sekunden für das Spiel vergehen. Damit hat es für mich eher den Charakter des kleinen Spiels. Das wären für mich die wichtigsten Maßnahmen überhaupt ... das würde sicherlich das Angebot in der Steiermark reduzieren, weil es einfach nicht mehr lustvoll ist.“⁷⁵

Fast-Gewinne:

Durch diese werden optimistische Erwartungshaltungen bezüglich künftiger Spieldausgänge nach dem Motto „Fast hätte ich gewonnen!“ ausgelöst und begünstigen somit die Entscheidung zum Weiterspielen. Bestimmte Spielformate fördern diese Annahmen, indem Fast-Gewinne in computergesteuerten Programmabläufen der Geldspielautomaten überzufällig häufig anzutreffen sind.

Vielfalt an Einsatz- und Gewinnmöglichkeiten:

Ein breites Spektrum an Einsatzhöhen und Gewinnchancen spricht unterschiedliche Bedürfnisse des Spielpublikums an.

Art des Einsatzes:

Die ersatzweise Verwendung von Jetons (beim Roulette) oder virtuelle Einsätze per Kreditkarte (bei Glücksspielen im Internet) verschleiern die finanzielle Relevanz, beeinträchtigen das Urteilsvermögen und senken die Hemmschwelle für eine Teilnahme. Verluste werden geringer eingeschätzt, und es wird risikoreicher gespielt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der politische und verhältnispräventive Auftrag im Zusammenhang mit Glücksspielen aus der Tatsache entspringt, dass bei einem großen Angebot mit geringer Sanktionierung bereits eine schwache Anfälligkeit reicht, um glücksspielsüchtig zu werden, während in Gesellschaften mit stark reguliertem Angebot und strenger Sanktionierung eine stark ausgeprägte Anfälligkeit vorhanden sein muss.⁷⁶

⁷² Meyer, G. & Bachmann, M. (2005): Spielsucht – Ursachen und Therapie. Berlin: Springer 2005.

⁷³ Bondolfi G., Osiek C. & Ferrero F. (2002):

Pathological gambling: an increasing and underestimated disorder. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 153, 116–22. ⁷⁴ Aussagen

eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.03.2008. ⁷⁵ s.o. ⁷⁶ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2007):

Prävention der Glücksspielsucht – Memorandum der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. ⁷⁷ S.o. ⁷⁸ S.o. ⁷⁹ Volberg R.A., Abbott

M.W., Roennberg S. & Munck I.M. (2001): Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104, 250–256. ⁸⁰

Bondolfi G., Osiek C. & Ferrero F. (2000): Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 473–475.

⁸¹ Enquete des steiermärkischen Landtages zum kleinen Glücksspiel, 2.10.2007. Stenographischer Bericht. ⁸² Meyer G. & Bachmann M., (2005).

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

9.4 Prävalenz und soziodemographische Charakteristika der Betroffenen

9.4.1 Die Anzahl an Betroffenen in der Steiermark

Grundsätzlich ist die Anzahl an europäischen Studien zur Prävalenz von Glücksspielsüchtigen – im Vergleich zu epidemiologischen Studien über substanzgebundene Drogen und Süchte – recht gering.⁷⁷ Für Österreich liegen keine diesbezüglichen Untersuchungen vor; daher müssen die Prävalenzen aufgrund von Studien möglichst vergleichbarer Länder geschätzt werden. International liegen die Prävalenzen für pathologisches Glücksspiel in den meisten Ländern zwischen 0,5 und 2,0% und hängen in der Regel vom jeweiligen Glücksspielangebot ab.⁷⁸ In Schweden wurden in einer Untersuchung auf der Grundlage von 9.917 zufällig ausgewählten Personen zwischen 15 und 74 Jahren 1,4% problematische und 0,6% pathologische GlücksspielerInnen ermittelt.⁷⁹ Eine Schweizer Erhebung an 2.526 Personen kam zu 2,2% problematischen und 0,8% pathologischen GlücksspielerInnen.⁸⁰ Diese – wenn auch nicht mehr ganz aktuelle – Studie scheint am ehesten für österreichische Prävalenzschätzungen geeignet, da in der Schweiz vergleichbare soziodemografische und rechtliche Rahmenbedingungen vorherrschen. Bezieht man die Prozentangaben auf die volljährige steirische Bevölkerung, ergeben sich 7.800 pathologische GlücksspielerInnen und 29.000 problematische GlücksspielerInnen, bei denen pathologisch-süchtiges Glücksspielverhalten in Teilaspekten vorhanden ist.⁸¹ Einen Überblick über Prävalenzen zum pathologischen Glücksspiel bieten Meyer und Bachmann, 2005.⁸²

Nach Schätzungen kommen durch jede glücksspielsüchtige Person etwa 1,8 Familienangehörige mehr oder weniger zu Schaden (z.B. durch Familienprobleme, Schulden usw.) bzw. insgesamt 2,5 Personen, wenn das erweiterte soziale Umfeld hinzugerechnet wird (z.B. ArbeitskollegInnen, die Geld herborgern).⁸³ Daher ergeben sich Schätzungen von etwa 60.000 bis 80.000 direkt und indirekt betroffenen Personen in der Steiermark.⁸⁴

Diskussionen rund um das Thema Glücksspiel sind oftmals stark geprägt von Prävalenzschätzungen, wo dann in Abhängigkeit der (zu) vertreten(d)en Interessen entsprechende Studien präsentiert werden und um Unterschiede im Dezimalbereich diskutiert wird. Der oben zitierten Schweizer Studie von Bondolfi et al.⁸⁵ etwa wird von VertreterInnen

der Automatenwirtschaft eine andere Schweizer Studie⁸⁶ entgegen gehalten, in der argumentiert wird, dass die Prävalenzen bei Bondolfi et al. überschätzt seien, weil im Zuge der Erhebung die diagnostischen Kriterien zu weich definiert gewesen wären. Das von Bondolfi et al. verwendete Diagnoseinstrument (SOGS) verfüge demnach über eine zu geringe Spezifität und zeige bis zu 50% falsch positive Ergebnisse.⁸⁷ In der von der Automatenwirtschaft zitierten Studie⁸⁸ wurde eine Lebenszeit-Prävalenz der Spielsucht von 0,3% ermittelt.

Auch diese Studie ist methodisch nicht mängelfrei. So ist z.B. nicht geklärt, ob die dort gewählte Befragungsmethode (telefonische Interviews in Kombination mit einer postalischen Befragung im Falle einer Verweigerung des Telefoninterviews) tatsächlich geeignet ist, um ein tabuisiertes Verhalten zu erheben. Selbst die AutorInnen der Studie meinen dazu:

„Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Personen mit problematischem Spielverhalten nicht am Telefoninterview teilgenommen haben oder dass sie das Ausmaß der Verstrickung in das Glücksspiel aus Schamgefühlen oder sozial erwünschter Antworten beschönigt haben. Daher sind die gefundenen Prävalenzen als Mindestzahlen zu betrachten.“⁸⁹

Aus derselben Studie stammt auch folgendes Ergebnis:

„Bei Automatenspielern erhöhte sich die Chance zu dieser Gruppe (Anm.: gemeint ist die Gruppe der problematischen und pathologischen Spieler) zu gehören um beinahe das Fünffache.“⁹⁰

Zusammenfassend kann zur Prävalenzdiskussion angemerkt werden, dass eine endgültige Klärung des Ausmaßes an Glücksspielsüchtigen in der Steiermark nur durch eine methodisch korrekt durchgeführte und repräsentative Studie geklärt werden kann. Um die Ergebnisse der Studie bereits im Vorfeld aus der Schusslinie von anschließender Methodenkritik durch jene Zielgruppe, für die Ergebnisse nicht opportun sind, zu bringen, wäre eine Einbindung von kundigen BefürworterInnen des kleinen Glücksspiels sowie von GegnerInnen desselben in die Entwicklung des Studiendesigns denkbar.

Im Jahr 2007 begann laut Auskunft von VIVID die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (überregional agierender Verein sämtlicher österreichischer Fachstellen für Suchtprävention sowie jener aus Südtirol) mit der Planung einer diesbezüglichen bundesweiten Studie.

Spielsucht – Ursachen und Therapie. Berlin: Springer. 83 Manfred Geishofer, b.a.s. im Rahmen der Veranstaltung: „Im Namen des Profites: Kleines Glücksspiel – eine staatliche geduldete Abzockel?“, 14.2.2008. 84 S.o. 85 Bondolfi G., Osiek C. & Ferrero F. (2000): Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 473–475. 86 Brodbeck J., Dürrenberger S., Znoj H. (2007): Grundlagenstudie Spielsucht: Prävalenzen, Nutzung der Glücksspielangebote und deren Einfluss auf die Diagnose des pathologischen Spielens. Im Auftrag der Deutschschweizer Kantone und des Tessins. Verfügbar unter http://www.swisslos.ch/media/swisslos/unternehmen/studie/Schlussbericht_Spielsucht.pdf 87 S.o. 88 S.o. 89 S.o., 46 90 S.o., 42

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

9.4.2 Der Anteil an Betroffenen verschiedener Formen des Glücksspiels

Die in Tabelle 1 angeführte Häufigkeitsverteilung stammt aus einer von b.a.s. („betrifft Alkohol und Sucht“ – Steirischer Verein für Suchtberatung) durchgeführten Untersuchung.⁹¹ Diese geschätzte Verteilung ergab sich aus Interviews mit 34 ExpertInnen aus steirischen Institutionen, die mit Glücksspielsüchtigen konfrontiert werden (z.B. Suchtberatungsstellen, Schuldnerberatungsstellen usw.).

Tabelle 16: Relative Häufigkeit der praktizierten Glücksspielformen unter Glücksspielsüchtigen in der Steiermark

Glücksspielform	Rel. Häufigkeit (Mehrfachnennungen möglich)
Glücksspielautomaten	70–90%
Sportwetten	15–20%
Casinospiele (Roulette, Black Jack, ...)	5–15%
Karten, Lotto, Lose, Internet-Glücksspiele	< 10%

Quelle: b.a.s, 2007

Eine ähnliche Verteilung wird vom Therapiezentrum „AS“ für Glücksspielabhängige und Angehörige in Wien berichtet,⁹² deren Zahlen valider sein dürften, da sie sich nicht auf Einschätzungen von ExpertInnen-Interviews beziehen, sondern aus der laufenden KlientInnen-Dokumentation bezogen wurden.

Tabelle 17: Relative Häufigkeit der praktizierten Glücksspielform unter Glücksspielsüchtigen in Wien

Glücksspielform	Rel. Häufigkeit (Mehrfachnennungen möglich)
Spielautomaten (Cafe, Halle)	74,6%
Spielautomaten (Casino)	12,7%
Roulette	22,6%
Karten	12,2%
Wetten	18,0%
Lotto	4,3%
Börse	1,0%

Quelle: Therapiezentrum „AS“ für Glücksspielabhängige und Angehörige, 2000–2005, n=1.315

Die Zahlen beider Erhebungen decken sich im Wesentlichen trotz unterschiedlicher Methodik und Bezugsquelle. Aus den Mehrfachnennungen wird deutlich, dass – ähnlich wie bei substanzgebundenen Süchten – bei einigen KlientInnen polyvalentes Spielverhalten vorliegt. Sowohl die Ergebnisse aus der Steiermark als auch jene aus Wien überschneiden sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen einer Untersuchung in der Schweiz.⁹³ Auch hier wurden, wie in der Erhebung aus der Steiermark, Institutionen befragt, wie sie die Verteilung der praktizierten Glücksspielformen von in Beratung befindlichen GlücksspielerInnen einschätzen:

⁹¹ b.a.s. Steiermark (2007): Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Verfügbar unter http://www.suchtfraagen.at/downloads/artikel/Projekt_Gluecksspiel_07.pdf ⁹² Berger P., Glücksspielsucht – eine „andere“ Suchterkrankung. Vortrag im Rahmen der Tagung „Suchtkrank: Glücksspielsucht und substanzgebundene Komorbidität“, Hinterbrühl, 11. bis 12.1.2008. ⁹³ BASS – Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien. (2004): Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz.

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

Tabelle 18: Relative Häufigkeit der praktizierten Glücksspielform unter Glücksspielsüchtigen in der Schweiz

Glücksspielform	Häufigkeit (Mehrfachnennungen möglich)
Glücksspielautomaten	81%
Lotterien (inkl. elektronischer), Wetten	25%
Casinospiele (Roulette, Black Jack, ...)	23%
Andere (private Kartenspiele, Internet etc.)	13%

Quelle: BASS, 2004

9.4.3 Soziodemographische Charakteristika von Glücksspielsüchtigen

Von der Glücksspielsucht sind hauptsächlich Männer betroffen, zumindest wenn man für diese Feststellung die vorhandenen Statistiken von sich in Beratung bzw. Behandlung befindenden KlientInnen heranzieht. In den Beratungsstellen des b.a.s. Steiermark waren im Jahr 2007 87% der 271 im Therapieprogramm befindlichen KlientInnen männlich – dieser Anteil ist seit dem Jahr 2001 relativ konstant (siehe Tabelle 4). Anzumerken ist hierbei auch der 4,4-fache Anstieg in der Anzahl der in Behandlung befindlichen KlientInnen innerhalb von sieben Jahren.

Tabelle 19: Anzahl und Geschlechterverteilung der in längerfristiger Behandlung befindlichen KlientInnen des b.a.s.

in Behandlung	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Männer	53	58	69	70	70	165	236
Frauen	8	9	13	11	17	17	35
Summe	61	67	82	81	87	182	271

Quelle: b.a.s.⁹⁴

Am stärksten vertreten ist die Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen, das Durchschnittsalter beträgt 39 Jahre. Die Arbeitslosenrate ist mit 10 % höher als in der Allgemeinbevölkerung; 61% leben in einer Familiengemeinschaft. In Bezug auf die soziodemografische KlientInnenstruktur gibt es wesentliche Übereinstimmungen mit Daten aus der Schweiz: 79 Prozent sind hier männlich, die Alterskategorie der 35- bis 49-jährigen ist am stärksten vertreten, wobei das Durchschnittsalter bei 40 Jahren liegt. Die KlientInnen sind überwiegend (40%) ledig, 34% sind verheiratet, 24 % geschieden oder getrennt. Personen mit geringerem Ausbildungsniveau und Einkommen sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eher überrepräsentiert.⁹⁵

⁹⁴ b.a.s. (2008): Auszug aus der KlientInnendokumentation 2007. ⁹⁵ BASS – Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien. (2004): Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. ⁹⁵ b.a.s. Steiermark (2007): Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Verfügbar unter http://www.suchtfragen.at/downloads/artikel/Projekt_Gluecksspiel_07.pdf

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

9.5 Psychosoziale Begleit- und Folgeerscheinungen der Glücksspielsucht

Auch bei der Glücksspielsucht ist eine hohe Komorbidität von psychischen Störungen zu beobachten. Durch den ständig zunehmenden Druck, die Spielsucht vor dem näheren sozialen Umfeld zu verheimlichen sowie den Schuldgefühlen, die mit den zunehmenden finanziellen Verlusten und dem zur Verheimlichung der Sucht notwendigen Belügen des sozialen Umfeldes stärker werden, kommt es häufig zu

Depressionen und kann diese in großer Verzweiflung mit fremd- oder selbstgefährdenden Verhaltensweisen enden. Nach der Einschätzung von SuchthilfeexpertInnen werden depressive Verstimmungen mit begleitenden Suizidgedanken als wesentliches emotionales Reaktionsmuster wahrgenommen.⁹⁶ Zwischen 48–70% der pathologischen SpielerInnen erwägen Suizid.⁹⁷ Zudem haben 7,5% aller im b.a.s. behandelten KlientInnen aufgrund ihrer Glücksspielproblematik einen Suizidversuch unternommen.⁹⁸ Wie in Tabelle 5 aufgelistet, sehen sich KlientInnen des b.a.s. vor allem mit familiären, psychischen und finanziellen Problemen konfrontiert.

Tabelle 20: Relative Häufigkeiten verschiedener Problemlagen von GlücksspielerInnen beim Erstkontakt mit b.a.s. differenziert nach Geschlecht

Problemlagen bei Erstkontakt	Männer	Frauen
Illegalität	0,3%	0,0%
Familiäre Probleme	25,2%	25,9%
Psychische Probleme	26,2%	37,0%
Psychiatrische Probleme	2,3%	3,7%
Soziale Probleme	3,6%	0,0%
Probleme am Arbeitsplatz	5,6%	7,4%
Probleme am Ausbildungsplatz	0,0%	0,0%
Arbeitslosigkeit	3,6%	0,0%
Schulden	22,3%	22,2%
Devianz	0,0%	0,0%
Delinquenz	3,0%	0,0%
Akute Krise	7,9%	3,7%

Quelle: b.a.s.⁹⁹

Bondolfi et al.¹⁰⁰ zeigten zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen Spielsucht und Alkoholmissbrauch: Während 36% der problematisch Spielenden ein Alkoholabhängigkeitsproblem aufwiesen, waren es im Vergleich dazu nur 8% der Personen, die ein unproblematisches Glückspielverhalten zeigten.

Der ständige, unkontrollierbare Drang zu spielen führt zu finanziellen Problemen, die zu Kreditaufnahmen zwingen können, was wiederum Verschuldung und Beschaffungskriminalität nach sich ziehen kann. Unter den bei b.a.s. betreuten KlientInnen sind

- 33% mit bis zu € 7.000,-
- 27% mit bis zu € 35.000,-
- 10% mit bis zu € 70.000,-
- 18% mit über € 70.000,-

verschuldet. Lediglich 3% der KlientInnen geben an, keine Schulden zu haben. 9% machen dazu keine Angabe. Ein merklicher Anstieg der Beschaffungskriminalität im Bereich der Glücksspielsucht wurde von Seiten der Exekutive im Zuge der Enquete des steirischen Landtages zum Thema kleines Glücksspiel am 2. Oktober 2007 angemerkt.¹⁰¹

E.B.: „*Schuldgefühle und Depressionen sind sicher die Begleitumstände eines Spielers. Sind manchmal auch der Auslöser für eine allfällige Spielsucht ... dann Kontaktarmut, die während der Sucht noch vergrößert wird ... und die dann in totaler sozialer Verarmung enden kann. Wenn man danach wieder bei Null beginnen muss ... keine Familie mehr hat, weil sie sagen: 'Nein mit dir will ich nicht, mit dir kann ich nicht mehr.' Wenn man zu einer Freundin vier oder fünfmal sagt: 'Nein, ich habe jetzt keine Zeit', dann wird sie ein sechstes Mal nicht mehr fragen. Das ist die logische Folge. Man hat*

96 b.a.s. Steiermark (2007); Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Verfügbar unter http://www.suchtfraagen.at/downloads/artikel/Projekt_Gluecksspiel_07.pdf 97 http://www.sucht-addiction.info/substanzungebundene_sucht/2 98 b.a.s. Steiermark (2007); Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Verfügbar unter http://www.suchtfraagen.at/downloads/artikel/Projekt_Gluecksspiel_07.pdf 99 b.a.s. (2008); Auszug aus der KlientInnendokumentation 2007. 100 Bondolfi G., Osiek C. & Ferrero F. (2000); Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 473–475. 101 Enquete des steiermärkischen Landtages zum kleinen Glücksspiel, 2.10.2007. Stenographischer Bericht.

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

wieder viel Zeit und der Weg ist wieder geebnet, dass man wieder auf Tour geht. Man ist vor diesen Geräten in einer vollkommen anderen Welt, man schaltet ab. Das Erwachen ist dann natürlich fürchterlich ... die Schuldgefühle werden wieder größer und das deckt man damit zu, dass man wieder spielen geht ... damit man fünf oder sechs Stunden nicht in der Realität ist.“¹⁰²

9.6 Behandlung und Prävention von Glücksspielsucht

9.6.1 Das aktuelle Beratungs- und Behandlungsangebot in der Steiermark

Im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark hat b.a.s. im Rahmen einer Modellentwicklung für ein vernetztes und ambulantes Therapieangebot eine Bedarfs- und Umfeldanalyse¹⁰³ durchgeführt und Informationen über die aktuelle Situation des Beratungs- und Behandlungsangebots vorgelegt. Dabei ergab sich, dass 41 der 70 angeschriebenen Einrichtungen direkt oder indirekt mit Folgewirkungen der Glücksspielproblematik konfrontiert werden. Jene Beratungsstellen, von denen ein Beratungsangebot für Glücksspielsüchtige bekannt ist, wurden nicht über diesen Weg befragt (17 Einrichtungen). Lediglich vier der 41 Einrichtungen gaben an, explizite Beratungsangebote für Glücksspielsüchtige anzubieten:

- Grüner Kreis, Graz
- ISGS Kapfenberg
- PSD Feldbach
- Netzwerk Familienkompetenz Gleinstätten

Folgende 17 Einrichtungen bieten ebenfalls Beratungsangebote für diese Zielgruppe an:

- Drogenberatungsstelle des Landes, Graz
- BIZ Obersteiermark
- Verein für psychische und soziale Lebensberatung (in den Beratungsstellen Judenburg, Knittelfeld und Murau)
- b.a.s. Beratungsstellen, in Graz, Kapfenberg, Mürtzschlag, Hartberg, Feldbach, Weiz, Leibnitz, Deutschlandsberg, Voitsberg, Liezen, Schladming und Bad Aussee

Zusätzlich existiert eine Hotline der Drogenberatungsstelle des Landes, wo von Montag bis Freitag, jeweils von 17:00 bis 19:00 Uhr unter 0650/32 60 444 eine anonyme Bera-

tung für GlücksspielerInnen angeboten wird. Es besteht auch die Möglichkeit eines Rückrufes, wenn die Telefonnummer auf Band hinterlassen wird. Auch in Wien existiert ein ähnliches Angebot: Die Helpline der Suchtambulanz des AKH Wien unter 0664/85 69 940 existiert seit November 2006 und verzeichnete im Jahr 2007 etwa 200 Anrufe, etwa 10% davon aus der Steiermark.¹⁰⁴

Von einem Großteil dieser Einrichtungen werden Einzelberatung, Therapie oder Paar- und Familiengespräche angeboten. Gruppenangebote hingegen beschränken sich auf eine Gruppe im BIZ Leoben und auf eine Selbsthilfegruppe im b.a.s. in Graz. Fast alle Beratungsstellen äußern den dringenden Bedarf, ihre diesbezüglichen Beratungskapazitäten zu erweitern. Aufgrund der steigenden Nachfrage und der beschränkten Ressourcen gibt es in den meisten Beratungsstellen Wartezeiten zwischen vier bis sechs Wochen. Außerdem kann eine für notwendig erachtete Beratungsfrequenz oftmals nicht durchgeführt werden.

Auch die Schuldnerberatungsstellen zeichnen sich aufgrund mangelnder Ressourcen durch lange Wartezeiten aus. Es mangelt weiters an Angeboten von Sofortmaßnahmen wie etwa Existenzsicherung in extrem angespannten Notsituationen (z.B. beim Vorliegen von Delogierungsklagen). Das Angebot juristischer Beratung und Begleitung von Glücksspielsüchtigen existiert in der Steiermark nicht. Alle Einrichtungen, die in irgendeiner Form mit Glücksspielsüchtigen konfrontiert sind, sehen zudem einen Bedarf an einer überregionalen Vernetzung.

Im Bereich des stationären Angebots gibt es derzeit nur insgesamt zwölf Betten auf der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen im LSF Graz, wo neben Glücksspielsüchtigen z.B. auch alkoholranke Menschen liegen.

Aus der Bedarfs- und Umfeldanalyse wurde folgendes Modell entwickelt:

9.6.2 Modell eines vernetzten, ambulanten Therapieangebotes in der Steiermark¹⁰⁵

Das vom b.a.s. Steiermark ausgearbeitete Behandlungskonzept soll an dieser Stelle nur stark verkürzt angeführt werden. Im Wesentlichen besteht dieses Modell aus einer Reihe von Behandlungsmodulen, die sich in obligatorische Basismodule zur Behandlung pathologischer GlücksspielerInnen und deren Angehöriger sowie in zusätzliche, fakultative Behandlungsmodulare für die Beratungsstellen mit erweitertem Glücksspielberatungsangebot unterscheiden lassen.

¹⁰² Aussagen eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.3.2008. ¹⁰³ b.a.s. Steiermark (2007): Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Verfügbar unter http://www.suchtfragen.at/downloads/artikel/Projekt_Gluecksspiel_07.pdf ¹⁰⁴ Telefonische Auskunft von MMag. Margarethe Zanki, Psychologin bei der Helpline. ¹⁰⁵ b.a.s. Steiermark (2007): Glücksspielsucht – Behandlung in der Steiermark. Verfügbar unter http://www.suchtfragen.at/downloads/artikel/Projekt_Gluecksspiel_07.pdf

9. EMERGING DISEASE – KLEINES GLÜCKSSPIEL

Die Basis-Behandlungsmodule umfassen:

- Erstgespräch
- Informationsberatung
- Krisenbehandlung
- Vermittlung zu Existenzsicherungs- und Schuldnerberatung
- Einzeltherapie
- Paargespräch
- Angehörigenkontakt

Die zusätzlichen Behandlungsangebote umfassen:

- Existenzsicherungsmanagement
- Informationsgruppe
- Therapeutische GlücksspielerInnengruppe
- Angehörigengruppe
- Alternativangebote (z.B. Laufgruppe)
- Selbsthilfegruppe

Außerdem sieht das Modell entsprechend des ermittelten Bedarfs vor, eine überregionale Gesamtlösung zur Behandlung pathologischen Glücksspieles einzurichten. Dies wird die Vernetzung der einzelnen Einrichtungen vertiefen. Außerdem sollte durch geeignete Maßnahmen die geleistete Beratungs- und Betreuungsarbeit dokumentiert und evaluiert werden sowie die Öffentlichkeits- und Medienarbeit forciert werden.

9.6.3 Prävention der Glücksspielsucht

Aus der dargestellten Problemanalyse für die Steiermark gehen einige Ansatzpunkte für verhältnispräventive Maßnahmen hervor. Nennenswert sind in diesem Zusammenhang die Bereiche Lustbarkeitsabgabe und Automatendichte, die durch eine Abgabenerhöhung auf ein österreichisches Durchschnittsniveau reduziert werden könnte. Aber auch der Bereich der realen Gewinn- und vor allem Verlustmöglichkeiten verdient eine genauere Betrachtung, da diese vom im GSpG §4 geregelten Rahmen teilweise erheblich abweichen.

Bislang wurden in der Steiermark keine nennenswerten Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich durchgeführt. Laut der steirischen Fachstelle für Suchtprävention VIVID

wird an entsprechenden Angeboten bereits gearbeitet und wird die Glücksspielsucht bereits als ein zukünftig im näheren Fokus von Präventionsbemühungen stehendes Suchtphänomen betrachtet.

9.6.4 Spielerschutz am Beispiel Niederösterreich: Die Novocard

Die Unternehmensgruppe Novomatic hat in ihren Admiral-Entertainment-Standorten in Niederösterreich ein Programm für SpielerInnen- und Jugendschutz gestartet. Jede potenziell spielende Person muss sich vor Betreten des Automatensalons bei der Kassa durch Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises legitimieren. Nach der Registrierung und der Erfassung von Daten (auch Vermögensauskunft) erhält die Person die mit einem Chip versehene Novocard, mit der die Öffnung des unmittelbar vor dem Spielbereich angebrachten Drehkreuzes möglich ist. SpielerInnen, die durch ihre Häufigkeit und Dauer der Teilnahme sowie ihre Spielintensität auffallen, werden mit Hilfe eines „Ampelsystems“ beobachtet: In der „Phase Grün“ ist die Teilnahme am Spiel weiterhin gewährleistet. In der „Phase Gelb“ erhalten die SpielerInnen nach einer Auskunft über Vermögensverhältnisse eine schriftliche Warnung, die in der zentralen Kundenkartei gespeichert wird. In der „Phase Rot“ wird aufgrund einer möglichen Gefährdung des Existenzminimums ein schriftliches Zutrittsverbot zum Spielsalon erteilt sowie die Novocard abgenommen, wodurch der weitere Zutritt verweigert wird.¹⁰⁶

Mit diesem Modell konfrontiert meint ein ehemaliger Spieler:

E.B.: „Gestatten Sie, dass ich lächle? Die werden sich doch nicht ihr eigenes Geschäft abschneiden. Der Gedanke ist zwar schön, aber die Durchführung ... da habe ich meine Zweifel. Ich halte von den Bonitätstests nichts. Zugangsbeschränkungen wie im Casino: 10 Mal im Monat kleines Glücksspiel ... dann wird es eh uninteressant. Aber jetzt soll Admiral befähigt werden, meine Bonität zu überprüfen? Also nein, wirklich nicht. So weit würde ich nicht gehen, dass ich irgendeinem Betreiber erlaube weitere Informationen über mich einzuholen ... wir sind eh schon gläserne Menschen.“¹⁰⁷

¹⁰⁶ Novomatic: Responsible Gaming in Niederösterreich. Verfügbar unter: <http://www.novomatic.com/en/download/novo300807.pdf>

¹⁰⁷ Aussagen eines ehemaligen Glücksspielsüchtigen in einem persönlichen Interview, 14.3.2008.

10. AUSBLICK

Ausblick zum Thema Suchtprävention:

In der Steiermark ist es gelungen, ein differenziertes, fachlich hochstehendes Präventionsangebot aufzubauen und zu koordinieren, welches sowohl auf die Erhöhung individueller Ressourcen (Ebene der Verhaltensprävention) als auch auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse (Ebene der Verhältnisprävention) abzielt. Um die fachliche und organisatorische Vielfalt der aktuellen Angebote zu gewährleisten und die Qualität der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und -projekte kontinuierlich zu verbessern, wird künftig ein Hauptaugenmerk auf die Evaluation zu legen sein. 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 FördernehmerInnen. Dies führt zu vergleichsweise stark unterschiedlichen Evaluationsaktivitäten für die Projekte.

Es gibt andere Fördermodelle die eine strategische und inhaltliche Steuerung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten erleichtern sowie mittel- und langfristige Aussichten der Einzelmaßnahmen auf Institutionalisierung und Nachhaltigkeit stärken. Als Nebeneffekt steigen die Präventionskompetenzen der FördernehmerInnen und die Wirksamkeit ihrer Projekte. Sie können sich dadurch zunehmend legitimieren und einen übergeordneten Beitrag zur Wissens- und Weiterentwicklung des Feldes leisten. Ob und wie solche Modelle zur Anwendung kommen sollen, muss überprüft und diskutiert werden.

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“). 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 BürgerInnen abzielt. Dies wird gegenwärtig etwa in der Tabakkontrollpolitik, der Wirtschaftspolitik

(z.B. Verfügbarkeit und Zugang zu „Alkopops“) sowie der Sozialpolitik (Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten) deutlich und angestrebt. Neu entstandene Schwerpunktbereiche wie etwa die Spielsucht sollten, um effektive Prävention zu ermöglichen, ebenfalls dieser breiten Perspektive unterzogen werden.

Ausblick zum Thema Behandlungssysteme:

Der Ressourceneinsatz für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen in der Steiermark fokussiert stark auf den Bereich stationärer, abstinentorientierter Spezialeinrichtungen, aber auch die ambulanten, eher abstinentorientierten Spezialeinrichtungen sind gut ausgebaut und durch komplementäre Angebote ergänzt.

Die oftmals wechselnden Suchtproblematiken setzen vor allem die ambulanten Angebote der Schadensminimierung aufgrund von Budgetknappheit unter hohen Innovationsdruck.

Die Steiermark verfügt über ein regional differenziertes Beratungs-/Behandlungsangebot mit einem Schwerpunkt in Graz. In den letzten Jahren wurden zunehmend regionale Angebote ausgebaut, sodass von einer flächendeckenden Verfügbarkeit von „Anlaufstellen“ (Information und Erstberatung) ausgegangen werden kann. Im Versorgungsbereich gilt es, auch quantitativ Ressourcen auszubauen und Synergien zu nutzen.

In diesem Zusammenhang muss die Dringlichkeit umfassender Behandlung im Bereich der Vor- und Nachbetreuung stationärer Angebote angesprochen werden. Die Erfahrung der Drogentherapiestation „Walkabout“ hat ergeben, dass ein Vorbetreuungs- und Motivationsangebot und eine klar im Therapieplan festgelegte Nachbetreuung die Haltequote und den Therapieerfolg der PatientInnen nachhaltig erhöht. Somit wird auch durch ein effektives Rückfallsmanagement, das durch eine ambulante an das System angeschlossene Nachbetreuung durchgeführt werden kann, unter anderem das Risiko eines Drogenunfalls vermindert werden können.

Hinsichtlich der fachlich-inhaltlichen Differenzierung sind niederschwellige, eher akzeptanzorientierte Angebote vergleichsweise unterrepräsentiert. Die Substitutionstherapie wird nur etwa von einem Viertel der Betroffenen in Anspruch genommen und erreicht aufgrund fehlender Ressourcen die angestrebten Therapieziele nur suboptimal. Bei einem weiteren Ausbau der Substitutionstherapie konkurrieren geschlossene, biomedizinisch orientierte Heroin-Substitutionsprogramme mit Investitionen in sozialökonomische



10. AUSBLICK

Betriebe (Arbeitsmarktintegration), adäquate Wohnversorgung und eine offene psychosoziale Zusammenarbeit mit PatientInnen zur Erreichung der Therapieziele.

Dem Kriseninterventionsbereich (stationär und ambulant sowie regionalen Erfordernissen angepasst) kann im Zuge des RSG und der Erstellung des umfassenden Steirischen Psychiatrieplanes und Suchtplanes Rechnung getragen werden. Dabei sind die Versorgungsangebote in der intra- und extramuralen Betreuung aufeinander optimal abzustimmen.

Ausblick zum Thema Datenlage:

Die Verfügbarkeit von Daten über SuchthilfeklientInnen ist ausbaubedürftig. Zwar gibt es mit DOKLI ein österreichweit standardisiertes Dokumentationssystem, wodurch auch alle beteiligten steirischen Suchthilfeeinrichtungen sämtliche Kontakte mit KlientInnen und Angehörigen einheitlich erfassen und beschreiben, jedoch betrifft dies nur den Bereich der illegalen Drogen. Eine zweite Einschränkung ergibt sich aus der Tatsache, dass an DOKLI vorwiegend so genannte §15-Einrichtungen (also Einrichtungen, die im BMGFJ gelistet sind und Betreuungsangebote im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen zur Verfügung stellen) beteiligt sind. Niederschwellige Angebote sind innerhalb dieses Systems nur vereinzelt berücksichtigt. Eine dritte Einschränkung ergibt sich aus der Uneinheitlichkeit der Dokumentationen. Die mit SuchtklientInnen befassten Einrichtungen dokumentieren außerhalb des DOKLI-Systems nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Ressourcen zwar ausführlich und gut, jedoch unstandardisiert. Aus diesem Grund ist es beispielsweise nicht möglich, eine genaue Anzahl aller steirischer SuchtklientInnen anzugeben und werden insbesondere differenzierte Betrachtungen des Klientels etwa nach Altersklassen oder Lebenslagen unmöglich.

Darüber hinaus liegt eine Schwäche von DOKLI auch in seiner qualitativen Dimension. Die erfassten Informationen beziehen sich im Wesentlichen auf Personendaten, den Substanzgebrauch sowie Begleiterkrankungen. Hinsichtlich der Beratungs-, Begleitungs- und Betreuungsleistung werden zwar Therapiepläne erfasst, der Erfolg der Gesundheitsdienstleistungen (Effektivität) wird jedoch unzureichend abgebildet. Daher ist nach Maßgabe von DOKLI ein steiermarkweit einheitliches und alle Suchtformen umfassendes (auch legale Substanzen und substanzungebundene Süchte) Dokumentationssystem/Monitoring zu entwickeln und zu implementieren, wofür auch die adäquaten Dokumentationsressourcen für die entsprechenden Einrichtungen bereitzustellen sind.

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

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

Zusätzlich ergeben sich im Zusammenhang mit der LKF-Datenanalyse einige interessante Fragestellungen, die im Rahmen dieses Berichts aufgrund der mit LKF-Datenanalysen üblichen Interpretationsprobleme nicht geklärt werden konnten. Eine umfassende suchtspezifische, regional orientierte Analyse dieses Datensatzes ist anzustreben, um die Bedeutung der Akutkrankenhäuser im Zusammenspiel mit den anderen Versorgungsebenen im Detail analysieren und sinnvoll interpretieren zu können.

Ausblick zum Thema Substitution:

Bei der Beurteilung der Substitutionstherapie überwiegen eindeutig die positiven Ergebnisse durch die Abgabe der Präparate, da viele Therapieziele, auch ohne die Durchführungsqualität (performance) des Therapieprogramms zu betrachten, eintreten (soziale Stabilisierung, Reduktion des Beschaffungsdrucks und der Begleitkriminalität, medizinische Primärversorgung, Zugang zu Suchthilfeeinrichtungen). Gleichzeitig können einige Schwächen der Substitution in der Steiermark nicht übersehen werden: niedrige Inanspruchnahme, unzureichende Strukturen sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Bereich, unzureichendes Therapiemanagement, Missbrauch von retardierten Morphinen. Manche dieser Schwächen können auf Landesebene nicht hinreichend bearbeitet werden, da Steuerung und Monitoring der Substitutionstherapie auf Bundesebene verankert sind.

Die gegenwärtig gültige, ministerielle Verordnung wird in der Steiermark umgesetzt und führt zu einem schlechteren Zugang zur medizinischen Therapie und einer stärkeren Vernachlässigung der psychosozialen Beratung. Die seitens des Bundes mit der in der Verordnung durch die Vorgabe „Mittel der ersten Wahl“ angestrebte Reduktion

10. AUSBLICK

der Verschreibung retardierter Morphine kann nur zum Teil beobachtet werden, da bereits mit Beginn des 2. Halbjahres 2003 ein Rückgang der Verschreibung dieser Substitutionsmittel in der Steiermark eingesetzt hat. Dies ist wahrscheinlich auch auf qualitätssichernde Maßnahmen seitens der Gesundheitsämter zurückzuführen.

Die aktuelle Performance des Substitutionsprogramms stellt die Gesundheitspolitik vor weitere Herausforderungen. Für eine nicht unbeträchtlich große Gruppe von sozial deprivierten, psychiatrisch komorbiden (teilweise multimorbiden) intravenös konsumierenden KlientInnen mit hohem Benzodiazepin-Beikonsum bietet das zersplitterte Therapiesetting zu wenig Strukturen (Schwerpunktzentren und Ambulanzen), um eine zielorientierte Therapie zu verfolgen. Es mangelt einerseits an psychosozialen und komplementären Angeboten (z.B. Arbeitsmarktintegration, Wohnversorgung, Tagesstrukturen), andererseits könnten Änderungen in der Organisation des Therapieprogramms Verbesserungen mit sich bringen, wobei eine Ausgewogenheit von qualitätsverbessernden und kontrollierenden Maßnahmen zu suchen wäre. Für diese Hochrisikogruppe wäre auch eine Diamorphin-Behandlung in einem stark geschlossenen therapeutischen Setting zielführend. Für eine weitere große KlientInnengruppe, deren Therapiechancen aufgrund der bestehenden beruflichen und sozialen Integration als gut beurteilt werden können, würde eine Verstärkung der Kontrolle und personenbezogenen Dokumentation im Programm eklatante Verschlechterungen mit sich bringen.

Ausblick zum Thema Kleines Glücksspiel:

Die Zunahme an Glücksspielsüchtigen wird auch in der Steiermark wahrgenommen. Als eine wesentliche verhältnispräventive Maßnahme würde sich anbieten, die Lustbarkeitsabgabe auf ein dem Bundesniveau entsprechendes Maß anzuheben. Bei der Festlegung dieser Abgabe sollte jedenfalls mitberücksichtigt werden, dass sich durch deren Höhe auch eine Reduktion der Angebotsdichte ergeben sollte, die in der Steiermark mit Abstand bundesweit gesehen am größten ist. Außerdem empfiehlt sich eine eingehende Analyse jener Mechanismen, die das Verspielen von hohen Summen in relativ kurzer Zeit ermöglichen und somit in Kontrast zu jener Konnotation stehen, die durch dem Begriff „kleines Glücksspiel“ ausgelöst wird.

Zusätzlich zur verhältnispräventiven Schiene wird auf die Notwendigkeit eines spezifischen Behandlungsplans für Spielsüchtige hingewiesen. In diesem Zusammenhang muss neben der stationären Entwöhnung in Kooperation

mit ambulanten Angeboten und Einrichtungen auch die Nachbetreuung des Klientels berücksichtigt werden. Das diesbezüglich erarbeitete Gesamtkonzept von b.a.s. kann dabei als Maßstab dienen. Voraussetzung für eine Umsetzung des Konzeptes ist die notwendige Vernetzung mit den stationären Angeboten.

Auch der Zugang zu Spielmöglichkeiten muss genau evaluiert werden. Automatenaufstellung in Tankstellenbereichen, wo Jugendschutz aus verschiedenen Gründen wenig Beachtung findet und in allgemeinen Gaststätten ist grundsätzlich zu hinterfragen.

Grundlagen zur Umsetzung der im Ausblick dargestellten Felder sind das Suchtkonzept des Landes und der Psychiatrieplan/Sucht Steiermark.

Suchtkonzept (derzeit in Fertigstellung)

Das Suchtkonzept des Landes Steiermark beinhaltet im Wesentlichen die erforderlichen Grundlagen, um überhaupt eine gesellschaftliche und politische Diskussion über Sucht- und Drogenproblematik zu führen.

Es forciert die Abstimmung und Balance zwischen gesundheits- und sozialpolitischen Hilfen für Suchtkranke, mahnt eine praktizierte Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe ein, sowie Maßnahmen zur Reduktion der Drogennachfrage und zur Reduktion des Drogenangebotes.

Das steirische Suchtkonzept stellt eine Orientierung in den verschiedenen Arbeitsfeldern dar und bietet einen differenzierten, fachlich inhaltlichen Rahmen auf den Handlungsebenen und Qualitätsebenen der Sucht- und Drogenhilfe.

Es ist Grundlage und Ausgangsbasis für eine maßnahmen-, zielgruppen-, problem- und bedarfsorientierte Planung. Mittelfristige Schwerpunktsetzungen ergeben sich aus einem kontinuierlichen Monitoring des steirischen Suchthilfesystems und finden in den Handlungsanleitungen und Vorschlägen im periodisch erscheinenden Suchtbericht des Landes Steiermark ihren Niederschlag.

Psychiatrieplan/Sucht

Die Entwicklung eines Psychiatrieplans für die Steiermark hat sich im Rahmen der Erstellung des RSG (Regionaler Strukturplan Gesundheit auf Grundlage des ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit) als erforderlich erwiesen. Der Psychiatrieplan soll auf Basis der Daten des Jahres 2006 mit Planungshorizont 2015 erarbeitet werden. Inner-

10. AUSBLICK

halb des Psychiatriepplanes ist ein bedarfsorientierter Plan für Sucht und Abhängigkeitserkrankungen vorgesehen. Vor allem die Zahl jener sucht- und drogenkranken Menschen ist von großer Bedeutung, die über längere Zeit hindurch problematische Konsummuster aufrechterhalten und bei denen in der Folge Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf entsteht.

Ausschlaggebend für die Suchtkoordination ist dabei, wie viele Personen mit Behandlungsbedarf derzeit erreicht werden und wie viele zusätzlich durch eine Optimierung der Angebote erreicht werden könnten.

Eine kreative und realistische Planung der Angebote erfolgt am besten gemeinsam mit ExpertInnen aus dem

Feld – unter Umständen unterstützt von qualitativen Forschungsprojekten, bei denen die Erfahrungen vieler ExpertInnen und betroffener Personen systematisch gesammelt und zusammengefasst werden.

In diesem Sinne wurde eine Kernarbeitsgruppe konstituiert, und mit den grundlegenden Planungsarbeiten wurde das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen Forschung und Planungsgesellschaft mbH (ÖBIG FP), ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), beauftragt.

Die Fertigstellung des Psychiatriepplanes sowie jenes Teiles, der die Sucht umfasst, ist mit Jahresende 2008 geplant.

ABBILDUNGEN UND TABELLEN

Abbildungen

Abbildung 1:	Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) alkoholbezogener Diagnosen 2004–2007	24
Abbildung 2:	Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) tabakbezogener Diagnosen 2004–2007	25
Abbildung 3:	Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) von Essstörungen 2004–2007	26
Abbildung 4:	Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund von Medikamentenabhängigkeit 2004–2007	27
Abbildung 5:	Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund des Konsums illegaler Drogen 2004–2007	29
Abbildung 6:	Verhältnis von Behandlungen in der LSF zu Behandlungen in anderen Krankenanstalten nach Regionen	30
Abbildung 7:	Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von Substituierten in der Steiermark. 2000–2007	32
Abbildung 8:	Alters- und Geschlechterverteilung von Substituierten (Neuaufnahmen) in der Steiermark 2000–2007	33
Abbildung 9:	Verteilung unterschiedlicher Substitutionsmittel bei Neueinstellung 2000–2007	35
Abbildung 10:	Beikonsum bei Neuaufnahmen 2005	39
Abbildung 11:	Beikonsum in Abhängigkeit unterschiedlicher Substitutionsmittel	39
Abbildung 12:	Nachfrage nach Spritzenkauf und Spritzentausch in Graz 2001–2006	41
Abbildung 13:	Suchtgiftbezogene Todesfälle in Wien zwischen 1981–2003	47
Abbildung 14:	Anzeigen nach dem SMG 2003–2007	49
Abbildung 15:	Anzeigen nach §27 und §28 SMG im Österreichvergleich 2003–2007	50
Abbildung 16:	Erst- und wiederholte Anzeigen nach SMG im Österreichvergleich 2003–2007	50
Abbildung 17:	Anzeigen nach unterschiedlichen Substanzen in der Steiermark 2004–2007	51
Abbildung 18:	Erst- und wiederholte Anzeigen nach SMG und unterschiedlichen Substanzen in der Steiermark 2004–2007	52

Tabellen

Tabelle 1:	Präventionsmaßnahmen im Setting Gemeinde	8
Tabelle 2:	Präventionsmaßnahmen in Kindergarten/Volksschule	9
Tabelle 3:	Präventionsmaßnahmen im Setting Schule	10
Tabelle 4:	Präventionsmaßnahmen in der Zielgruppe Jugendliche	11
Tabelle 5:	Präventionsmaßnahmen im Setting Betrieb	12
Tabelle 6:	Anzahl der suchtbezogenen Kontakte im vorwiegend schadensminimierenden ambulanten Setting 2004 bis 2006	21
Tabelle 7:	Anzahl der suchtbezogenen Kontakte im vorwiegend abstinentenorientierten ambulanten Setting 2004 bis 2006	21
Tabelle 8:	Diagnosecluster Alkohol	23
Tabelle 9:	Diagnosecluster Tabak	25
Tabelle 10:	Diagnosecluster Essstörungen	26
Tabelle 11:	Diagnosecluster Medikamente	27
Tabelle 12:	Diagnosecluster Illegale Drogen	28
Tabelle 13:	Personalschlüssel für eine Qualitätssicherung der Substitutionstherapie	44
Tabelle 14:	Verteilung der direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle in der Steiermark nach Todesursache 2000–2006	46
Tabelle 15:	Sicherstellungen unterschiedlicher Substanzen in der Steiermark 2003–2007	53
Tabelle 16:	Relative Häufigkeit der praktizierten Glücksspielformen unter Glücksspielsüchtigen in der Steiermark	64
Tabelle 17:	Relative Häufigkeit der praktizierten Glücksspielformen unter Glücksspielsüchtigen in Wien	64
Tabelle 18:	Relative Häufigkeit der praktizierten Glücksspielformen unter Glücksspielsüchtigen in der Schweiz	65
Tabelle 19:	Anzahl und Geschlechterverteilung der in längerfristiger Behandlung befindlichen KlientInnen des b.a.s.	65
Tabelle 20:	Relative Häufigkeiten verschiedener Problemlagen von GlücksspielerInnen beim Erstkontakt mit b.a.s. differenziert nach Geschlecht	66



→ Gesundheit, Spitäler, Personal