

SUCHT

Suchtprävention



Grüner Kreis magazin No 128 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

Wir danken unseren Spender*innen

Mag.^a Claudia Amsz, Siegersdorf
Elfriede Aschbeck, Wien
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
Dr.ⁱⁿ Helga Danhorn, Wien
Elisabeth Donko
René Ferrari, Leonding
Mag.^a Brigitta Kandl, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Helmut und Gertrude Kulhanek, Kierling
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf
Dr. Gerold Obergruber, Graz
DI Peter Podsedensek, Wien
Andrea Schmeilzl
Victor Schwabl
Marco Tatschl
Dr. Alfons William, Wien
Carmen Zehetbauer

und viele anonyme Spender*innen



Partner des Grünen Kreises

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des Grünen Kreises.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des Grünen Kreises nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noevers.at

Herzlichen Dank im Namen aller Klient*innen des Vereins Grüner Kreis!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im Grünen Kreis verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des Grüner Kreis-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtdizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins Grüner Kreis.

Das Grüner Kreis-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein Grüner Kreis

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

office@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Oliver Scheibenbogen, Roland Mader, Alfred Springer, Alfred Uhl, Anne Koopmann, Elisabeth Wienemann, Lisa Brunner, Martin Speringer, Manuel Hochenegger, Irene Weichhart, Nina Schindling, Andrija Lukic sowie Mitarbeiter*innen und Klient*innen im Verein Grüner Kreis

Bildquellennachweis:

Cover: istockphoto.com / AndreyPopov

Seite 4: Sujetfotos klein (v. oben): 1. istockphoto.com / HRAUN, 3. istockphoto.com / ChayTee

Gender-Hinweis: **Gender-Hinweis:** Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde von uns entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts.

Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Suchtprävention ist ein Thema von weitreichender gesellschaftlicher Relevanz, zumal deren Wirkungsbereich nicht nur den Missbrauch von Rauschmitteln umfasst, sondern auch Verhaltenssuchte einschließt. Gerade diese sind in den letzten Jahren, etwa im Bereich der Internetsucht, zu einem virulenten Problem geworden. In einer Zeit, da die Grenzen zwischen Realität und digitaler Welt verschwimmen, gilt es, sich dringend diesen Herausforderungen zu stellen und nachhaltige präventive Maßnahmen zu entwickeln. Gleichzeitig müssen wir auch alles dafür tun, um die Stigmatisierung von Betroffenen abzubauen und eine unterstützende Umgebung zu schaffen, in der Menschen niederschwellig nach Hilfe suchen können.

Wir erkunden in diesem Heft sowohl die bewährten Ansätze als auch die innovativen Entwicklungen im Bereich der Präventionsstrategien, die den breitgefächerten Bedürfnissen aller involvierten Gruppen bestmöglich gerecht werden sollen. Die Prävention von Suchterkrankungen ist nicht nur ein Hilfsangebot für individuell Betroffene, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Sie erfordert die kollektive Mitwirkung von Politik, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen sowie Familien, Peergroups und Medien.

Herzlichen Dank an alle Autorinnen und Autoren, die ihre Expertise und Erfahrungen zu diesem wichtigen und hochaktuellen Themenbereich beigesteuert haben.

Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre.

Alfred Rohrhofer



Der Verein »Grüner Kreis« wünscht im Namen des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung allen Leser*innen, Klient*innen, Mitarbeiter*innen und Kooperationspartner*innen ein frohes Fest und ein erfolgreiches Neues Jahr!

Dir. Alfred Rohrhofer
Geschäftsführer

Michaela Holzbauer, DSA
Therapeutische Leiterin

Dr. Leonidas Lemonis
Ärztlicher Leiter



26



6



12



22



**MDA
BASE
CAMP**

DRUG CHECKING

24

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Entgiftung ist zu wenig
Oliver Scheibenbogen und Roland Mader

- 8** Harm Reduction
Alfred Springer

- 10** Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation von suchtpreventiven Maßnahmen
Alfred Uhl

- 12** Wie kann eine intergenerationale Weitergabe von Abhängigkeitserkrankungen in Familien reduziert werden?
Anne Koopmann

- 14** Präventionsarbeit Betriebliche Suchtprävention: Vorbeugen und intervenieren am Arbeitsplatz
Elisabeth Wienemann

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Präventionsarbeit – Ansätze und Angebote der Suchtvorbeugung in Wien mit dem Fokus Schule
Lisa Brunner

- 20** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 22** Präventive Elternarbeit – Unterstützung, damit Hilfe nicht notwendig wird
Martin Speringer

- 24** Integriertes Drug Checking in Innsbruck: Wissenschaftliche Analyse und Beziehungsarbeit
Manuel Hochenegger

- 26** Suchtprävention in Schulen
Irene Weichhart

- 28** Prävention im Verein Grüner Kreis
Nina Schindling

- 29** Suchtberatung aus Erfahrung
Andrija Lukic

Der Grüne Kreis dankt seinen Kooperationspartner*innen

Mit finanzieller Unterstützung des



**Sucht- und Drogen
Koordination Wien**

Für die
Stadt Wien

Entgiftung ist zu wenig



von Oliver Scheibenbogen



und Roland Mader

Es gibt bereits erste Befunde, die zeigen, dass ein exzessiver Smartphonegebrauch bei Kindern zu »Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)«-ähnlichen Symptomen führt

Seit ziemlich genau 15 Jahren gibt es eine neue Droge, deren weltweite Verfügbarkeit dermaßen rasch zugenommen hat, dass Fachleute ihr heute eine Omnipräsenz und Ubiquität zuschreiben, wie es sie noch nie zuvor gegeben hat. Bereits 98% der Bevölkerung haben Erfahrung mit der psychoaktiven Wirkung dieser Droge gemacht, der weitaus überwiegende Teil der über 10-Jährigen konsumiert sie täglich und sogar mehrmals täglich. Im Unterschied zu kulturell »alten Drogen« wie Alkohol oder Opiaten gibt es bei diesen neuen

Drogen bis dato kaum gesetzliche Regelungen und auch noch zu wenig Erfahrungen der Gesellschaft im Umgang mit ihr. Somit gibt es bis heute keine Standards und Verhaltensnormen in Bezug auf Konsumhäufigkeit, Dosis und Art der Applikation. Diese neuen Drogen sind in keiner Suchtmittelverordnung geführt, dennoch wird ihre Handhabung in europäischen Ländern, insbesondere im Bereich des Jugendschutzes zunehmend besorgt diskutiert. Ihr psychotropes Wirkprofil ist dermaßen heterogen und vielschichtig, dass gegenwärtig über ihre Namensgebung noch Uneinigkeit in der Scientific Community besteht.

Schon erraten? Es handelt sich um Smartphones, Tablets und andere mobile Endgeräte mit Internetverbindung. Ist es bei diesen Geräten tatsächlich legitim, von einer Droge oder einem Suchtmittel zu sprechen? Und wenn ja, bedarf es dann nicht auch differenzierter Präventions- und Behandlungskonzepte?

Um diese Fragen beantworten zu können, bedarf es zunächst einer Begriffsdefinition dieser neuen »Drogen«, um in einem weiteren Schritt über Risiken und Prävalenzen gezielte Aussagen treffen zu können. Im noch relativ neuen internationalen Klassifikationssystem für psychische Störungen in der 11. Auflage (ICD-11) werden Verhaltenssuchte erstmals erwähnt. Jedoch finden sich in der Kategorie »Disorders due to addictive behaviour« (6C5) lediglich die beiden Verhaltenssuchte Gaming Disorder und Gambling Disorder, das pathologische Computerspielen und das pathologische Glücksspiel. Gegenwärtig besteht jedoch weitgehend Einigung darüber, dass es weitere Verhaltensweisen gibt, die die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen. Jedoch finden sich Buying and Shopping Disorder, der pathologische Gebrauch sozialer Netzwerke (Internet Communication Disorder) und Compulsive Sexual Behavior Disorder weiter im Kapitel »Störungen der Impulskontrolle« und nicht, wie von vielen Suchtexperten bevorzugt, im Kapitel der Gebrauchsstörungen. Alle erwähnten Verhaltensweisen mit hohem Suchtrisiko können unter dem Begriff der Internetgebrauchsstörung (Internet-Use Disorder) subsumiert werden, sofern das exzessive Verhalten primär online erfolgt. Diese »Big Five« der

Internetnutzung generieren den weitaus überwiegenden Teil süchtigen Verhaltens an (mobilen) Endgeräten wie Smartphone, Tablet und Co (Mader & Scheibenbogen, 2023).

Neben dem Suchtpotenzial gibt es jedoch weitere Risiken bei (intensiver) Nutzung von Smartphone & Co. Cyberbullying (Diffamierung, Bedrängung bis hin zur Nötigung anderer Menschen über soziale Medien), Cyberstalking (Verfolgen anderer über das Internet), Checking Behavior (ständiges Prüfen des Smartphones auf neue Nachrichten), FOMO (Fear of Missing Out; die Angst, etwas am Smartphone zu verpassen), Nomophobia (die Angst, kein Handy bei sich zu haben), Sexting (Produktion und Versenden von freizügigen Aufnahmen mit zumeist sexuellen Inhalten), Binge Watching (das Ansehen von mehr als drei Folgen einer Serie unmittelbar hintereinander) sind nur einige der neuen Phänomene, mit der sich die Wissenschaft gegenwärtig auseinanderzusetzen hat.

Die Einführung in den Konsum und die Handhabung von neuen »Kulturtechniken« und (legalen) Substanzen erfolgt zumeist durch Mitglieder der Peergroup und nicht, wie Suchtexpert*innen empfehlen, durch die unmittelbaren, wichtigsten Bezugspersonen, die Eltern. Die ersten Schlucke Alkohol in seinem Leben im Beisein und unter Aufsicht der Eltern zu machen, hat den Vorteil einer Enttabuisierung, wodurch die Attraktivität und Neugier, Alkohol zu konsumieren, in der Regel deutlich sinken. Ferner wird so Überdosierungen vorgebeugt, indem Jugendliche im geschützten Rahmen erste Erfahrungen machen können, wie sich die psychoaktive Wirkung des Alkohols anfühlt, de facto, was bei einer ganz leichten Berausung passiert. Eltern sind dazu in der Lage, weil sie selbst bereits ausreichend Erfahrungen mit der Rauschdroge Alkohol gemacht haben.

Aber wie verhält es sich in Bezug auf das Smartphone? Die Elterngeneration und jene der Großeltern sind die »Digital Immigrants« – die »Zugereisten« – und verfügen sehr häufig nicht über das entsprechende Wissen und die Kompetenz im Umgang mit dem Smartphone. Damit sind sie auch viel weniger geeignet, hier als Mentor oder Guide zur Verfügung zu stehen, um erste Erfahrungen

im Internet, bei Spielen z.B. am Handy oder beim Anlegen und Betreiben eines TikTok-Accounts, zu begleiten. Im Unterschied zu den Digital Immigrants sind »Digital Natives« jene Generation, die mit digitalen Medien groß geworden ist bzw. gerade damit aufwächst, auch sogenannte »Early Adopter«, d. h. jene Personengruppe, die neue Technologien gerne als Erste ausprobiert und so dafür sorgt, dass diese sich in der Gesellschaft verbreiten. Dadurch können alte Präventionskonzepte, bei denen die ältere Generation der jüngeren bei ihren ersten Erfahrungen beisteht und damit auch negative Auswirkungen weitgehend abwenden kann, nicht oder nur schlecht greifen.

Empfehlungen für die Mediennutzung sind zwar vorhanden, unterliegen aber aufgrund des raschen technologischen Fortschritts einer ständigen Adaptationsnotwendigkeit. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland empfiehlt beispielsweise folgende maximale Nutzungszeiten digitaler Medien (inkl. Fernsehen und Radio):

- 0-3 Jahre: keine Bildschirmzeit
- 3-6 Jahre: max. 30 Minuten täglich
- 6-10 Jahre: 45 bis 60 Minuten täglich

Ab 10 Jahren empfiehlt es sich, ein Wochenkontingent zu vereinbaren, welches die Kinder selbst einteilen können. Dies schafft Medienkompetenz und hilft zu lernen, die Nutzungszeit selbst zu bestimmen.

In Anbetracht der immer intensiver werdenden Nutzung des Smartphones in der Allgemeinbevölkerung – 2016 waren es 2,5 Std. täglich, heute liegen wir bereits bei weit mehr als 3,5 Std. – erscheinen solche Empfehlungen, wie jene der BZgA, kurz nach dem Erscheinen bereits als völlig überzogene und unrealistische Wunschvorstellungen.

Neben der Frage nach der idealen

»Dosis Internet und Handy« in den verschiedenen Altersgruppen stellt sich die Frage, mit welchem Alter ein Kind sein eigenes erstes Smartphone bekommen soll. 2015 haben die meisten amerikanischen Kinder, einer Studie der Bank of America zufolge, ihr Smartphone im Alter zwischen 13 und 15 Jahren bekommen. Acht Jahre später, in Österreich, gibt es kaum mehr ein Volksschulkind, das nicht Besitzer eines Smartphones ist. Die Frage des Einstiegsalters ist jedoch auch aus wissenschaftlicher Perspektive und aus jener der Gesundheitsprävention von enormer Bedeutung. Empfehlenswert wäre, das erste Smartphone seinem Kind erst mit dessen 12. Lebensjahr zu schenken. Bis dahin wäre genügend Zeit, eine gewisse Medienkompetenz über die oben beschriebenen zeitlichen Regeln (am Smartphone der Eltern) erreicht zu haben. Sollte bereits vorher ein Bedarf entstehen, z.B. wenn das Kind allein von der Volksschule nach Hause geht und sich beim Weggehen bei den Eltern melden soll, gibt es die Möglichkeit, ein nicht internetfähiges Handy, ein sogenanntes Dumbphone, einzusetzen.

Auch aus neuropsychologischer Sicht ist ein zu früher Zugang zum Smartphone bedenklich. Es gibt bereits erste Befunde, die zeigen, dass ein exzessiver Smartphonegebrauch bei Kindern zu »Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)«-ähnlichen Symptomen führt (Kushlev et al., 2016). Auch Hadar et al. (2017) konnten zeigen, dass es bei Smartphone-Power-Usern zu einer geringeren Erregbarkeit des rechtsseitigen präfrontalen Kortex kommt. Das Frontalhirn ist jener Teil des Gehirns, der erst im Alter von ca. 28 Jahren vollständig ausgewachsen ist. Testpsychologische Verfahren, wie der Wisconsin Card Sorting Test oder andere Diagnoseinstrumente, die in der Lage sind, die Exekutivfunktionen zu messen, zeigen eine deutliche Abnahme der Fehlerhäufigkeit mit zunehmendem Alter. Gerade der

präfrontale Kortex ist jedoch jene Hirnregion, die hemmend auf das limbische System und damit auf unser »Gefühlszentrum« wirkt. Das ist die Basis der inhibitorischen Kontrolle, die es ermöglicht, impulsive oder automatische Reaktionen zu hemmen, um durch logisches Denken und Aufmerksamkeitsprozesse gezielt Antworten zu finden. Dem plötzlich auftauchenden Wunsch nach Konsum entgegenzutreten, dafür braucht es die Exekutivfunktionen und diese werden, den oben genannten Befunden folgend, durch zu intensive Mediennutzung reduziert. Ob diese negativen Konsequenzen der Smartphone-nutzung auch längerfristig bestehen bleiben oder bereits nach kurzer Zeit wieder von alleine verschwinden, kann gegenwärtig noch nicht beantwortet werden. Dazu sind Längsschnittstudien mit einer längeren Begleitung der Probanden notwendig.

Beunruhigend sind diese Befunde jedoch allemal und sollten zu einem sehr vorsichtigen Umgang mit dem Smartphone anregen, denn gerade jene Kinder, die von sich aus schon sehr unruhig und impulsiv sind und als »schwierig« in der Betreuung wahrgenommen werden, bekommen überzufällig häufig bereits früh ein Smartphone oder Tablet, um sie »ruhigzustellen«. So entsteht unter Umständen ein Teufelskreis, der die bereits bestehenden Symptome weiter verstärkt.

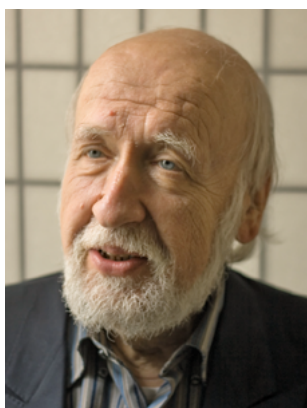
Soll der Staat eingreifen und eine Regulierung der Smartphone-nutzung bei vulnerablen Gruppen vornehmen?

Christian Montag befasst sich bereits seit mehreren Jahrzehnten mit der Auswirkung des Smartphones auf Menschen. In einer rezenten Publikation (Montag et al., 2023) beschäftigt er sich mit der Frage, ob das Smartphone in Schulen prinzipiell verboten werden soll. In Tabelle 1 sind die Vor- und Nachteile eines Verbots in Schulen dargestellt.

Argumente für ein Smartphone-Verbot in Schulen	Argumente gegen ein Smartphone-Verbot in Schulen
<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Ablenkung, bessere schulische Leistungen • Mehr körperliche Aktivität • Mehr persönliche soziale Interaktionen • Lernen, mit Langeweile umzugehen, die Gedankenwanderung und kreative Gedanken auslösen könnte • Kinder haben nicht mehr das Argument, dass andere Gleichaltrige ein Smartphone benutzen können 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern und Kinder können weniger oder gar nicht kommunizieren • Junge Menschen müssen auf eine Welt voller Ablenkungen vorbereitet werden • Hohe Kosten für die Durchführung des Eingriffs (siehe Kosten für versiegelte Taschen) • Ein Verbot widerspricht den Grundsätzen der freien Gesellschaft und der Freiheit auf der ganzen Welt

Tabelle 1: Pro und Kontra eines Smartphoneverbots in Schulen

Harm Reduction



von Alfred Springer

1. Das Prinzip der Schadensbegrenzung im Problembereich des Substanzgebrauchs

Je mehr Erfahrung man mit der Behandlung von Drogenabhängigen sammeln konnte, umso mehr wurde deutlich, dass diese Personen ganz gute Chancen haben, aus ihrer Abhängigkeit »herauszureifen« (maturing out), wenn man ihre Überlebenschance verbessert. Aus dieser Erkenntnis wurde etwa ab den 1980er-Jahren und in verstärktem Ausmaß ab der Jahrtausendwende das Prinzip der Schadensreduktion im Bereich des Suchtmittelmissbrauchs abgeleitet. Als Leitsatz dieses Prinzips kann gelten, dass die Prognose von Abhängigkeitskranken ganz wesentlich davon abhängt, dass sie ihre manchmal außerordentlich lange Suchtperiode so unbeschadet wie möglich überstehen.

Da auch evident wurde, dass viele – wenn nicht die meisten – gesundheitliche und soziale Probleme von DrogenkonsumentInnen nicht vom Drogeneffekt selbst ausgehen, sondern von der Art und Weise, wie die Drogen konsumiert werden, von den Bedingungen des Gebrauchs und auch ganz wesentlich von der sozialen Ausgrenzung und Kriminalisierung der Gebraucher mitbedingt sind, hat sich ein akzeptierender Zugang entwickelt, der die Auswirkungen dieser vielfältigen schädlichen Einflüsse einschränken möchte.

2. Das Konzept der Schadensbegrenzung

Im Bereich des Substanzgebrauchs stellt

Schadensbegrenzung konzeptuell eine Ergänzung der vertrauten Konzepte dar, die sich als gesellschaftliche und therapeutische Antwort auf das Problem des Drogengebrauchs und der Suchtphänomene entwickelt haben. Sie repräsentiert ein zusätzliches Angebot zu Primär- und Sekundärprävention sowie zu Behandlungsangeboten; sie will all diese anderen gesundheits- und sozialpolitischen Strategien weder konkurrenzieren noch ersetzen. Zum Ansatz der Sekundärprävention besteht ein fließender Übergang, manche Angebote der Schadensbegrenzung greifen auf tertiäre Präventionsstrategien zurück. Zu Konzept und Organisation von Verfolgungsstrategien (Repression) besteht allerdings ein deutlich zum Ausdruck gebrachter Widerspruch.

Im Problemfeld der Suchtarbeit umfasst Schadensbegrenzung eine Reihe von Aufgabenstellungen, denen gleichzeitig auch in anderen gesundheitspolitischen Problemzonen prophylaktische Bedeutung zukommt. Zu diesen Aufgabenstellungen zählen:

- Förderung des allgemeinen Hygienebewusstseins
- Spritzenhygiene einschließlich Spritzenaustauschprogramme
- Infektionsprophylaxe – z.B. Impfprogramme
- Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und AIDS – Prophylaxe durch Safe-Sex-Information
- Niedrigschwellige Versorgungsprogramme
- Substitutionsprogramme
- Programme zur Begrenzung des Schadens, der aus dem Gebrauch neuer Substanzen resultiert
- Verschreibung von Originalstoffen und intravenöse Substitution
- Nachgehende/aufsuchende Betreuung
- Überlebenshilfe und Überbrückungsangebote in Krisensituationen (z. B. Essensausgabe, Schlafstellen etc.)

Hinter der Überlebenshilfe steht die Überzeugung, dass Menschen die lebensnotwendige soziale und medizinische Unterstützung nicht aus moralischen oder rechtlichen Gründen verweigert werden darf. Sie gründet im Prinzip der Menschenwürde und lässt sich nicht auf biologisches Überleben reduzieren. In Bezug auf illegalen Drogenkonsum ist das immer wieder ein heikles Thema, politisch und gesellschaftlich.

3. Schadensbegrenzung und/oder Risikominimierung

Im üblichen Sprachgebrauch werden die Begriffe Schadensbegrenzung und Risikominimierung gerne synonym gebraucht. Es empfiehlt sich aber, diese beiden Zugänge voneinander abzugrenzen. Man könnte sagen, dass Schadensbegrenzung das übergeordnete Prinzip repräsentiert, zu dessen Umsetzung unter anderem auch risikominimierende Strategien wesentlich beitragen. Begreift man hingegen auch Risikominimierung als Prinzip, das individuell und strukturell zur Anwendung kommt, dann besteht der Unterschied zwischen Risikominimierung und Schadensreduktion darin, dass risikominimierende Zugänge dem Schaden bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt begegnen wollen, während Schadensbegrenzung im Sinne der »Auswirkungsbegrenzung« an jedem Zeitpunkt in der Karriere der Drogenabhängigkeit ihre Notwendigkeit hat. Die Wirksamkeit eines umfassenden schadensbegrenzenden Anspruchs wird verstärkt, wenn beide Strategien eingesetzt werden. Schadensbegrenzung wird immer auch den Versuch einschließen, riskante Haltungen und Verhaltensweisen zu reduzieren, sie ist aber breiter angelegt, kann sich nicht auf Risikominimierung beschränken.

Risikoreduktionsprogramme im Dienste der Schadensbegrenzung sind darauf ausgerichtet, sowohl für die Drogengebraucher wie auch für die Gemeinschaft die gesundheitlichen und sozialen Risiken des Drogengebrauchs durch eine Reduktion risikoreicher Verhaltensweisen zu begrenzen.

Derartige Programme schließen die folgenden Angebote ein:

- Besteck-Tauschprogramme
- Sichere Injektionsgelegenheiten/-räume
- Drogentestungen (vor allem, um die Risiken des Drogengebrauchs im Party-Milieu zu reduzieren)
- Peer Education: Safer-Use-Beratung und Aufbau erhöhter Eigenkompetenz (Information über sichere Gebrauchsformen; Stärkung der Fähigkeiten, mit Problemen, die sich aus dem Drogengebrauch ergeben, umzugehen; Beratung über zweckmäßiges Verhalten bei Zwischenfällen; Abgabe von Narkotika-Antagonis-

ten zur Behandlung der Überdosierung)

- Motivationale Interviewen
- Risikoreduktion in Gefängnissen
- Alternativen zur Inhaftierung

4. Zur Positionierung der Schadensreduktion

Schadensreduzierung ist eine wissenschaftlich fundierte Zugangsweise, die grundsätzlich auf dem medizinisch-sozialmedizinischen Paradigma aufbaut. Daher wird auch gefordert, dass die risikoreduzierenden Strategien evidenzbasiert sein sollen und klarer Zielsetzungen und einer Evaluation bedürfen. Nach Uchtenhagen ist das Prinzip auf der Priorität von Interessen der öffentlichen Ordnung und der öffentlichen Gesundheit gegenüber den Interessen von Individuen oder Institutionen aufgebaut.

Obwohl nicht bezweifelt werden kann und sollte, dass schadensreduzierende Maßnahmen eher zu »humanen« Idealvorstellungen passen und zu militant-repressiven Positionen im Widerspruch stehen, muss man dennoch unterstreichen, dass die Zielvorstellungen des Ansatzes zur Schadensreduktion antiutopistisch sind und sich realistischen und wissenschaftlich fundierten Vorstellungen verpflichtet fühlen. Das entsprechende Leistungsangebot ist erfahrungs- und theoriegestützt. Außerdem – und dieser Aspekt wird leider gerne übersehen – stellt dieser Zugang eigentlich nichts anderes dar, als die Anwendung von Strategien auf die Arbeit mit Suchtkranken, die in anderen Aufgabenbereichen und unter anderem Namen Good Practice bedeuten. Beinhaltet etwa Konsumentenschutz und symptomatische Behandlung in der Medizin nicht ebenfalls Strategien der Schadens- und Risikominimierung in ihrem Handlungsrepertoire?

5. Akzeptanz des Konzepts

Nach den ersten Widerständen, die dem Prinzip der Harm Reduction entgegengebracht wurden, hat sich der Zugang etabliert. Auch die USA haben ihren traditionellen Widerstand gegen die Umsetzung des Prinzips auf politischer Ebene mehr oder weniger eingestellt. Immer mehr Unterstützung im internationalen Raum findet es auch seitens der UN-Behörden und Organisationen der Zivilgesellschaft. Heute zählen zu den Unterstützern des Harm-Reduction-Netzwerks sowohl die UNO-Behörde »Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids

(UNAIDS)« und das Ethik-Büro der UNO als auch eine stattliche Reihe von Organen der Zivilgesellschaft. Zu diesen zählen die »Global Commission on Drug Policy«, das »International Drug Policy Consortium (IDPC)«, das »International Network of People Who Use Drugs (INPUD)«. Als Interface zwischen den UN-Behörden und der Zivilgesellschaft dienen das »Civil Society Forum on Drugs (CSF)« und das »Vienna NGO Committee on Drugs«. Das wissenschaftliche Organ »Harm Reduction Journal« steht der Veröffentlichung entsprechender neuer Erkenntnisse und diskursbezogener Beiträge zur Verfügung.

5.1. Verbreiterung des Aufgabenspektrums

Im Rahmen der siebenten internationalen Harm-Reduction-Konferenz wurde zunächst 1996 die »International Harm Reduction Association (IHRA)« ins Leben gerufen, um einerseits Vernetzung und Kommunikation zu verbessern und andererseits speziell das gemeinsame Eintreten für gesundheitsorientierte Ansätze im Bereich Drogenkonsum und HIV zu erleichtern.

Im Jahr 2006 weitete die Organisation ihre Aktivitäten über Jahreskonferenzen hinaus aus, indem sie umfangreiche Programme zur Forschung und Analyse im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie zu Menschenrechten einführte.

Im Jahr 2011, 15 Jahre nach ihrer Gründung, änderte die »International Harm Reduction Association« ihren Namen in »Harm Reduction International«.

Seither gilt auch die Regel, dass die Anwendung der Prinzipien der Harm Reduction sich auf die KonsumentInnen aller »Drogen« bezieht, unabhängig von deren »legalem Status«. In den Darstellungen der Anwendungsbereiche und -möglichkeiten werden daher stets auch Maßnahmen beschrieben, die sich auf schädlichen Umgang mit Alkohol und Tabak beziehen. Als Beispiele für eine adäquate Umsetzung schadensbegrenzender Vorstellungen in diesem Bereich werden z.B. folgende Möglichkeiten aufgezeigt:

»Menschen, die sich in Bars und Kneipen betrinken, können sich selbst oder anderen Schaden zufügen. Eine Schulung des Barpersonals in verantwortungsbewusstem Servieren kann dazu beitragen, das Risiko von Rauschzuständen zu verringern und dem Personal die Fähigkeit zu vermitteln, Zwischenfälle zu verhindern.«

»Menschen, die Tabak rauchen,

leiden mit hoher Wahrscheinlichkeit an schweren Krankheiten und sterben vorzeitig. Wenn man ihnen hilft, auf weniger schädliche Nikotinabgabesysteme umzusteigen, verringert sich ihr Risiko beträchtlich.«

Besondere Aufmerksamkeit den Problemstellungen des Tabakgebrauchs zuzuwenden ist insbesondere dadurch notwendig geworden, dass die gesundheitspolitisch motivierten Bestrebungen, den Tabakgebrauch und das Rauchen möglichst einzuschränken, zu extrem stigmatisierenden und in etlichen Bereichen auch kontraproduktiven Entwicklungen geführt haben.

6. Die aktuelle Selbstdefinition der Theorie und Praxis der Schadensbegrenzung

Den breiten Auftrag der Idee und Praxis der Schadensreduktion hat die internationale »Harm Reduction Coalition« in Definitionen und Prinzipien zusammengefasst (<https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>).

Harm Reduction

- akzeptiert im Guten wie im Schlechten, dass legaler und illegaler Drogenkonsum Teil unserer Welt ist, und entscheidet sich dafür, an der Minimierung seiner schädlichen Auswirkungen zu arbeiten, anstatt sie einfach zu ignorieren oder zu verurteilen.

- versteht den Drogenkonsum als ein komplexes, vielschichtiges Phänomen, das ein Kontinuum von Verhaltensweisen umfasst, das von schwerem Missbrauch bis zu völliger Abstinenz reicht und anerkennt, dass einige Arten des Drogenkonsums eindeutig sicherer sind als andere.

- legt die Lebensqualität des Einzelnen und der Gemeinschaft sowie das Wohlbefinden – und nicht unbedingt die Beendigung des Drogenkonsums – als Kriterien für erfolgreiche Interventionen und Maßnahmen fest.

- fordert, dass Menschen, die Drogen konsumieren, und den Gemeinschaften, in denen sie leben, Dienstleistungen und Ressourcen ohne Vorurteile und ohne Zwang zur Verfügung gestellt werden, um sie bei der Verringerung eventueller mit ihren Bedürfnissen und Verhaltensweisen verbundenen Schäden zu unterstützen.

- strebt an, dass DrogenkonsumentInnen und Menschen mit einer Vorgeschichte von Drogenkonsum ein echtes Mitspracherecht bei der Schaffung von Programmen und politischen Maßnahmen, die ihnen dienen sollen, zuerkannt wird (Empowerment 1).

→ Seite 30

Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation von suchtpreventiven Maßnahmen



von Alfred Uhl

Gerade in der Suchtprävention scheitert der empirische Wirksamkeitsnachweis oft an unüberwindbaren Erkenntnisgrenzen.

Maßnahmen der Suchtprävention zielen darauf ab, Probleme im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Sucht zu verringern. Damit verbunden ist meist die Forderung, dass die Wirksamkeit der Maßnahmen vor oder, wenn nicht anders möglich, nach der Implementierung mit wissenschaftlichen Methoden zu belegen ist. Das populäre Zauberwort dafür heißt »evidenzbasierte Politik«, dem man, wie Liessmann (2005) argumentierte, nur schwer etwas entgegenhalten kann, weil es – wie auch andere populäre Schlagworte – der »performativen Selbstimmunisierung« von Begriffen gehorcht. Wer Kritik erhebt, gerät pauschal in den Verdacht, gegen die Messung von Wirksamkeit zu sein und Qualitätssicherungsansprüche zu ignorieren, auch wenn man nur die Frage in den Raum stellen möchte, ob eine belastbare empirisch-wissenschaftliche Evaluierung der Maßnahmen im gegebenen Fall überhaupt möglich ist bzw. ob der zu erwartende Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum erwartbaren Nutzen steht.

Gerade in der Suchtprävention scheitert der empirische Wirksamkeitsnachweis, anders als in der Pharmaforschung oder der Physik, oft an unüberwindbaren

Erkenntnisgrenzen. Vieles, was hier als Evaluation angedacht und durchgeführt wird, kann man realistisch nur als Pseudoevaluation bezeichnen. Die populäre Idee, alle präventiven Maßnahmen konsequent zu evaluieren, auch wo das eigentlich nicht geht und zu keinen sinnvoll interpretierbaren Ergebnissen führen kann, habe ich vor einiger Zeit als »Evalopathie« bezeichnet – im Sinne einer pathologischen Evaluier sucht, die unsinnige Ergebnisse produziert und dabei Ressourcen verschwendet, die man in der praktischen Arbeit viel zweckmäßig einsetzen könnte.

Liessmann deckt auf, dass diese selbstimmunisierenden Begriffe nach einem einfachen, allerdings höchst wirkungsvollen Schema funktionieren: »Sie bezeichnen nie das, was die Wortbedeutung nahelegt, und verbergen, was durch sie tatsächlich indiziert wird.« So suggeriert der Ausdruck »evidenzbasierte Suchtprävention« einerseits einen aus einer methodologischen Perspektive unrealistischen, universellen Machbarkeitsmythos und andererseits verschleiert er den Stellenwert von impliziten Werturteilen bei konkreten Maßnahmenentscheidungen.

Die Verschleierung von Werturteilen

Selbst wenn eine gut fundierte empirische Entscheidungsgrundlage vorliegt, dürfen politische Entscheidungen nie ausschließlich von Sachurteilen abhängig gemacht werden. Empirisch-wissenschaftlich fundierte Sachargumente müssen immer auch durch ethisch-weltanschaulich fundierte Werturteile komplettiert werden. Dass man das, was sein soll (normative Urteile und Werturteile), aus empirischen Beobachtungen ableiten könne, wird in der Forschungsmethodologie als »naturalistischer Fehlschluss« oder »Sein-Sollen-Fehlschluss« kritisiert. In der Praxis werden jedoch oft Entscheidungen, die ganz wesentlich auf ethisch-weltanschaulichen Werturteilen aufbauen, mit selektiv ausgewählten, mehr oder weniger schlüssigen empirisch-wissenschaftlichen Argumenten rationalisiert.

Der universelle Machbarkeitsmythos oder die Grenzen des wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises

Die sozialwissenschaftliche Frage, wie man Probleme in der Gesellschaft verringern kann, unterscheidet sich erheblich von der naturwissenschaftlichen Frage, wie man Prozesse steuern kann. Die Gesetzmäßigkeiten der physikalischen Natur kann man systematisch erforschen und mit zunehmendem Wissen so verknüpfen, dass man komplizierte Abläufe verstehen, darauf aufbauende Prognosen formulieren und im Rahmen von technischen Anwendungen zur präzisen Zielerreichung einsetzen kann.

Die Gesellschaft ist im Gegensatz dazu ein komplexes System, das von unzähligen Faktoren beeinflusst wird, die man weder vollständig erfassen noch berücksichtigen kann. Externe Interventionen können hier eine Fülle von nicht vorhersehbaren Reaktionen auslösen, die wieder weitere Reaktionen verursachen usw., wodurch diese längerfristig – im Sinne der Chaostheorie – ein starkes, kaum vorhersagbares Eigenleben entwickeln. Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete, die sich unter gewissen Rahmenbedingungen als optimal erweisen, um bestimmte Ziele zu erreichen, können unter geringfügig anderen Rahmenbedingungen völlig andere erwünschte und unerwünschte Effekte induzieren. Man denke hier nur an die Entwicklung der Akzeptanz von Impfkampagnen in der Bevölkerung über die letzten Jahrzehnte.

Die Welt mit den Methoden der Wissenschaft zu verstehen, bedeutet grundsätzlich nicht, »reine Beobachtungen« korrekt zu interpretieren, sondern ohne bewusstes Zutun entstandene Zusammenhangsvorstellungen und wissenschaftliche Befunde, unter Bezugnahme auf vorhandenes Wissen, zunächst zu dekonstruieren und dann – im Sinne von Popper (1934), darauf aufbauend – kritisch nach alternativen Erklärungen zu suchen sowie sich anschließend systematisch auf die Suche nach Pro- und Kontraargumenten für die jeweiligen Erklärungsansätze zu machen.

In der Naturwissenschaft geht es primär um exaktes Messen, Wiederholungen und darauf aufbauende theoretische Überlegungen, um Gesetzmäßigkeiten zu identifizieren. Grundlegende methodologisch-philosophische Fragen spielen im naturwissenschaftlichen Alltag wenig

Rolle. Wie es von Weizsäcker (1978) formulierte: »Das Verhältnis der Philosophie zur so genannten positiven Wissenschaft lässt sich auf die Formel bringen: Philosophie stellt diejenigen Fragen, die nicht gestellt zu haben die Erfolgsbedingung des wissenschaftlichen Verfahrens war.«

In den Human- und Sozialwissenschaften sind methodologisch-philosophische Fragen im Gegensatz dazu von essenzieller Bedeutung. Hier gelten randomisierte kontrollierte Experimente (RCTs) als Methode der Wahl, um belastbare empirische Befunde zu gewinnen, weil man nur so störende Dritteinflüsse wirksam kontrollieren kann. RCTs bewähren sich z.B. in der Medikamentenforschung, sind aber wegen der praktischen, ethischen, wirtschaftlichen und ontologischen Erkenntnisgrenzen im Präventionszusammenhang nur sehr bedingt umsetzbar. Hier ist es meist nicht möglich, bestimmte Maßnahmen ausschließlich für eine große Anzahl von zufällig ausgewählten Versuchspersonen zu implementieren, dabei zu gewährleisten, dass die Rahmenbedingungen für Versuchs- und Kontrollgruppe längerfristig gleichbleiben, und Veränderungen langfristig präzise zu erfassen. Mitunter ist man auf Quasi-Experimente und noch öfter auf Beobachtungsdaten angewiesen, die verlässliche Interpretationen nur schwer zulassen.

Um ein anschauliches Beispiel dafür zu bieten: Über die letzten 50 Jahre ist in Österreich der durchschnittliche Alkoholkonsum um rund ein Viertel zurückgegangen. Parallel dazu hat sich eine Fülle bedeutender sozialer, kultureller und gesetzlicher Veränderungen ergeben. Darüber, dass all diese Veränderungen in einem komplexen Kausalverhältnis zueinander stehen, ist leicht Einigkeit zu gewinnen. Möchte man den Einfluss einzelner Maßnahmen auf diese Entwicklungen beurteilen, steht man allerdings vor einem Dilemma, denn dann müsste man beurteilen können, was passiert wäre, wenn diese Maßnahme nicht gesetzt worden wäre (kontrafaktischer Vergleich). Wird eine bestimmte Maßnahme gesetzt und gibt es gleichzeitig einen von unterschiedlichen Prozessen verursachten eindeutigen Trend, ist theoretisch sowohl denkbar, dass diese Maßnahme diesen Trend maßgeblich verstärkt hat, als auch, dass der Einfluss der Maßnahme auf den Trend vernachlässigbar ist. Natürlich ist es plausibel, dass höhere Strafandrohungen bei der Überschreitung der Promillegrenzen und verstärkte Kontrollen

im Straßenverkehr dazu beigetragen haben, dass weniger Menschen in alkoholisiertem Zustand Kraftfahrzeuge lenken; natürlich ist es plausibel, dass gesetzliche Bestimmungen, die Arbeitgeber:innen für alkoholbedingte Unfälle von Angestellten haftbar machen, den Alkoholkonsum am Arbeitsplatz reduzierten – aber man muss sich bewusst sein, dass die vorliegenden epidemiologischen Befunde weder stichhaltige Beweise dafür sind, noch dass man belastbare Aussagen über das quantitative Ausmaß dieser Effekte ableiten kann.

Im Lichte dieser Erkenntnis ist die Forderung, bei Einführung neuer Gesetze oder Maßnahmen diese jedenfalls zu evaluieren, kritisch zu bewerten. Natürlich kann und soll man prüfen, ob bei der Umsetzung von Maßnahmen offensichtliche Probleme auftreten, und diese in der Folge korrigieren. Man sollte sich dabei aber bewusst sein, dass man nur sehr bedingt und spekulativ beurteilen kann, ob diese Einführung im Sinne der Zielvorgaben effektiv war.

Beim Umgang mit komplexen Systemen und der daraus resultierenden Unsicherheit ist Ambiguitätstoleranz von zentraler Bedeutung. Es muss möglich sein, zuzugeben, dass wir Phänomene nicht zur Gänze verstehen und dass wir mehr oder weniger große Zweifel haben, ohne unsere Kompetenz als Evaluator:innen und Wissenschaftler:innen grundsätzlich in Frage zu stellen. Das ist sicherlich nicht leicht in einer Welt, in der Wissenschaftler:innen sich und ihr Werk verkaufen müssen und dabei in Konkurrenz zu Kolleg:innen stehen, die weniger Skrupel haben, Unsicherheiten zu verleugnen.

Im Idealfall können wir bei Entscheidungen auf gut fundierte Ursache-Wirkungs-Hypothesen zurückgreifen; allerdings können wir, wenn Probleme auftreten oder unsere Prognosen nur auf schwachen Beinen stehen, weder warten, bis optimale Entscheidungsgrundlagen vorliegen, noch die Befundung gänzlich unterlassen.

Gigerenzer (2008) empfiehlt, immer dann, wenn Entscheidungen notwendig sind, es aber keine gut belastbaren Entscheidungsgrundlagen gibt, sich auf bewährte Heuristiken zu verlassen, also auf erfahrungsgestützte Faustregeln. Das machen die meisten Praktiker:innen der Suchtprävention in der Regel ohnehin, auch jene, die davon überzeugt sind bzw. vorgeben, sich bei ihren Entscheidungen auf wissenschaftliche Grundlagen zu

beziehen – also evidenzbasiert vorzugehen. Sich letztlich auf Intuition zu stützen, ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn man bereit ist, die eigenen impliziten Entscheidungsgrundlagen immer wieder kritisch zu hinterfragen und sich offen dem Diskurs mit anderen zu stellen, die sich durch abweichende Positionen auszeichnen. Außerdem sollte man immer im Bewusstsein halten, dass praktische Entscheidungen bei gesellschaftlich relevanten Fragestellungen nie ausschließlich von empirisch-wissenschaftlichen Befunden abhängen können, sondern dass es dabei in hohem Maß um ethisch-weltanschauliche Werturteile geht. Beide Aspekte sollten bei Diskursen offen angesprochen und erörtert werden.

Literatur

Gigerenzer, G. (2008): Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Goldmann.

Liessmann, K. P. (2005): Evaluation: Wie viel wiegt Wissen? Spectrum, 29.01.2005

Popper, K. R. (1934): Logik der Forschung. Tübingen: J. C. B. Mohr (sechste verbesserte Auflage, 1976).

Uhl, A. (2012): Methodenprobleme bei der Evaluation komplexerer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme. RKI Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, S. 57–78. (Link)

Uhl, A. (2020): Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit. rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 9 (2), 6–19. (Link)

von Weizsäcker, C. F. (1978): Deutlichkeit – Beiträge zu politischen und religiösen Gegenwartsfragen. München: Deutscher Taschenbuchverlag, 126.

Der vorliegende Text ist in weiten Zügen eine Kurzfassung von zwei längeren Aufsätzen (Uhl, 2012, 2020), die im Internet gratis verfügbar sind.

Priv.Doz. Dr. Alfred Uhl

stv. Leiter des Kompetenzzentrum Sucht, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Stubenring 6, A-1010 Wien
alfred.uhl@goeg.at, www.goeg.at

stv. Leiter des Englischen Doktoratsstudiengangs, Fakultät für Psychotherapiewissenschaft, Sigmund Freud Privatuniversität (SFU), Freudplatz 1, A-1020 Wien
alfred.uhl@sfu.ac.at
www.sfu.ac.at/de

Wie kann eine intergenerationale Weitergabe von Abhängigkeitserkrankungen in Familien reduziert werden?



von Anne Koopmann

Epidemiologie

Ca. 10% aller Kinder in Österreich wachsen bei mindestens einem Elternteil mit einer Alkoholabhängigkeit auf. 50 % der minderjährigen Kinder in Österreich sind mit einem problematischen Alkoholkonsum bei relevanten Bezugspersonen wie zum Beispiel Pflegeeltern, Großeltern, älteren Geschwistern und anderen Verwandten konfrontiert(1,2). Zu der Häufigkeit von Kindern, welche bei Drogen konsumierenden Eltern aufwachsen, gibt es keine zuverlässigen Zahlen, da die Dunkelziffer sehr hoch eingeschätzt wird(3). Diese Mütter und Väter leiden häufig zusätzlich an weiteren psychischen Erkrankungen. So zeigte eine statistische Untersuchung der deutschen Barmer Gesundheitskasse im Jahr 2007, dass bei mehr als 50 % der Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit zusätzlich mindestens eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde(4).

Auswirkungen auf das Familienleben

Eine Suchterkrankung, aber vor allem das gleichzeitige Auftreten von psychischer Erkrankung und Suchterkrankung, hat zur Folge, dass die Erziehungsfähigkeit der Eltern deutlich beeinträchtigt ist(5). Gleichzeitig stellen familiäre Konflikte und Schwierigkeiten in der Kindererziehung Risikofaktoren für Rückfälle dar bzw. stehen einer dauerhaften Aufrechterhaltung der Abstinenz entgegen. Die Folgen des elterlichen Konsumverhaltens für die Kinder reichen von Entwicklungsverzögerungen über Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu langfristigen körperlichen und psychischen Schädigungen, die umso schwerwiegender sind, je früher im Leben des Kindes und je häufiger

Misshandlungen und/oder Vernachlässigung auftreten(3).

Aktuelle Versorgungssituation

Das Suchthilfesystem in Ländern wie Österreich und Deutschland ermöglicht von einer Abhängigkeitserkrankung Betroffenen zwar flächendeckend einen guten Zugang zu wissenschaftlich evaluierten Therapieprogrammen, sowohl im Akut- als auch im Rehabilitationsbereich(6). Suchterkrankte Eltern sehen sich allerdings häufig mit der Problemstellung konfrontiert, dass sie für die Zeit ihrer stationären oder ambulanten Behandlung die qualifizierte Betreuung der Kinder während der Therapiezeit sicherstellen müssen. Suchterkrankte Eltern haben jedoch meist nur ein sehr schwach ausgebildetes bzw. gar kein soziales Unterstützungsnetzwerk, daher ist es ihnen oft nicht möglich, die empfohlenen Therapien (in vollem Umfang) wahrzunehmen. Diese Situation hat sich durch nur eingeschränkt zur Verfügung stehende institutionelle Betreuungsmöglichkeiten in Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen während der Covid-19-Pandemie und aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels im Bildungs- und Erziehungsbereich in den letzten Jahren nochmals verschärft. Darüber hinaus sieht sich das europäische Suchthilfesystem in den letzten Jahren aufgrund der multiplen politischen Krisenherde weltweit mit einer zunehmenden Zahl von suchterkrankten Eltern mit Migrationshintergrund bzw. Geflüchteten aus Krisengebieten konfrontiert. Für diese Klientel ist der Zugang zu den sprachzentrierten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten, die die wichtigsten Grundpfeiler der suchthilflichen Versorgung bilden, oft nochmals erschwert, was natürlich auch Auswirkungen auf deren Familienleben und insbesondere die Kinder hat.

Eine weitere Problemstellung ergibt sich für suchterkrankte Eltern und ihre Behandler*innen dadurch, dass die bisher verfügbaren evidenzbasierten Therapien überwiegend auf die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung bei dem Patienten/der Patientin selbst fokussieren bzw. nur erwachsene Angehörige in die Therapie einbeziehen. Spezifische, evidenzbasierte Therapieprogramme für suchterkrankte Eltern wie die Programme MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training)(7)

und SHIFT bzw. SHIFT Plus (Suchthilfe Familientraining)(8) hingegen verfolgen ausschließlich das Ziel, die elterliche Erziehungskompetenz im Suchtkontext zu stärken, ohne dabei suchthilfliche Elemente zu thematisieren, die Einfluss auf das elterliche Konsumverhalten nehmen.

Bedarfe für die Zukunft

Um suchterkrankte Eltern ganzheitlich sowohl hinsichtlich ihrer mit der Abhängigkeitserkrankung einhergehenden Bedürfnisse als auch bezüglich ihrer aus der Elternschaft resultierenden Bedarfe bestmöglich unterstützen zu können, benötigt man hingegen Programme, die auf beide Bedürfnisbereiche eingehen. Diese könnten sich Strategien der gemeindeorientierten Suchttherapie – Community Reinforcement Approach (CRA) – zunutze machen. Diese Versorgungsform steht für ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept bei Abhängigkeitserkrankungen, dessen Kernelement die positive Verstärkung aus dem sozialen Umfeld ist, die dazu beiträgt, den Suchtmittelkonsum zu reduzieren und die Suchtmittelabstinenz auszubauen(9). Dem sozialen Umfeld bzw. nahen Bezugspersonen der Patient*innen wird hierbei eine wichtige Rolle zugesprochen: Sie fungieren als Coach und können so den Angehörigen/die Angehörige in seinem/ihrem Abstinenzvorhaben unterstützen. Eine solche Coachfunktion könnten also beispielsweise gesunde Partner*innen übernehmen. Die Kinder der Patient*innen stellen in diesem Therapieansatz oft den wichtigsten Motivator für eine Abstinenz dar. Der Behandlungsansatz der gemeindeorientierten Suchttherapie (CRA) wurde 1973 in den USA entwickelt und seine Wirksamkeit seitdem in Studien umfangreich belegt. Die CRA ist Teil der Behandlungsleitlinien der Alkoholabhängigkeit(10). Die Basis dieser Behandlung ist die Verhaltensanalyse von Konsum- und Abstinenzprozessen der Patient*innen. Darauf aufbauend wird ein sogenanntes Abstinenz-Konto (Sammlung von Strategien zum Aufbau von Abstinenz bzw. zu deren Aufrechterhaltung) geschaffen. Während der so herbeigeführten Abstinenzphasen werden im gewohnten Lebensumfeld abstinenzfördernde Verhaltensweisen stabilisiert.



Ca. 10 % aller Kinder in Österreich wachsen bei mindestens einem Elternteil mit einer Alkoholabhängigkeit auf.

Neuartige integrierte Behandlungsansätze können aber nur dann wirksam sein, wenn sie die betroffenen Eltern erreichen. Hier stellen die suchtt therapeutischen Behandler*innen in den Kliniken, Ambulanzen und Praxen sowie die ärztlichen Behandler*innen in der allgemeinmedizinischen Versorgung ein wichtiges Bindeglied dar, da die betroffenen suchterkrankten Eltern hier sehr wahrscheinlich relativ früh im Behandlungsprozess vorstellig werden und diese Vorstellung zu einer Erfassung der gesamtfamiliären Belastung durch die elterliche Suchterkrankung sowie zu einer Beratung zu familienzentrierten, örtlichen ambulanten und stationären Hilfsmöglichkeiten genutzt werden könnte.

Fazit

Die Umsetzung eines solchen Versorgungskonzepts setzt natürlich voraus, dass die ambulanten und stationären ärztlichen Behandler*innen in der suchtm edizinischen psychiatrischen und hausärztlichen Versorgung die in ihrer Region zur Verfügung stehenden Behandlungsangebote kennen und bestenfalls mit diesen gut vernetzt sind, um die Betroffenen schnellstmöglich weiterzuvermitteln. Für einen solchen systemisch orientierten Behandlungsansatz benötigt man im Versorgungsalltag natürlich ausreichend zeitliche Ressourcen. Diese sind in der aktuellen ambulanten und stationären Versorgungssituation zum einen aufgrund der hohen Arbeitsdichte, zum anderen aber auch aufgrund der fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten einer solchen Beratung und der Netzwerkarbeit im Vorfeld nicht gegeben. Daher benötigt es viel (gesellschafts-)politisches

Engagement, um die Politik davon zu überzeugen, dass ein präventionsorientierter Versorgungsansatz von Familien mit mindestens einem suchterkrankten Elternteil und die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es betroffenen Eltern ermöglichen, die Hilfen auch wahrzunehmen (z. B. durch Bereitstellung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten für die Therapiezeit), neben einer Reduktion von individuellem Leid für die Betroffenen und ihre Kinder auch zu einer Reduktion der Gesundheitskosten für die Gesellschaft führt, da so die intergenerationale Weitergabe von Sucht- und psychischen Erkrankungen reduziert werden kann. Ein Beispiel, wie ein so gestalteter Versorgungsansatz aussehen kann, stellt das stiftungsfinanzierte Projekt »Stark im Sturm« aus der Metropolregion Rhein-Neckar in Deutschland dar (www.starkimsturm.de).

Literatur

- 1 Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W., Musalek, M. (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: BMG.
- 2 Puhm, A., Gruber, C., Uhl, A., Grimm, G., Springer, N., Springer, A. (2008): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Wien.
- 3 Klein, M., Thomasius, R., Moesgen, D. (2017): Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Kinder aus suchtbelasteten Familien. Berlin: Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten.
- 4 Marschall, U., Ullrich, W., Sievers, C. (2009):

Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2009: Beiträge und Analysen.

5 AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (Hrsg.). (2020): Abschlussbericht der Arbeitsgemeinschaft Kinder psychisch und suchtkranker Eltern. <https://www.ag-kpke.de/vom-auftrag-zur-umsetzung-praesentation-des-abschlussberichts/>, abgerufen am 11.08.2023.

6 Kiefer, F., Batra A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger V., Wodarz, N., Wurst, F. W., Hoffmann, S. (2021): S3-Leitlinie »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen«. Hogrefe Verlag.

7 Römer, R., Ape, P., Klein, M. (2006): MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training). Roderer Verlag.

8 Klein, M., Moesgen, D., Dyba, J. (2019): SHIFT – Ein Elternt raining für drogenabhängige Mütter und Väter von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren. Hogrefe Verlag.

9 Meyers R. J., Smith, J. E. (2011): CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich (übersetzt und überarbeitet von Wolfgang Lange, Martin Reker und Katharina Spitzberg), 4. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

10 Lange, W., Reker, M., Driessen, M. (2008): Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. SUCHT, 54 (6), 00.

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Anne Koopmann

ist Oberärztin der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Sie leitet gemeinsam mit der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr.ⁱⁿ med. Yvonne Grimmer die klinikübergreifende Initiative »Stark im Sturm – Hilfen für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern« am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und in der Metropolregion Rhein-Neckar.

Betriebliche Suchtprävention: Vorbeugen und intervenieren am Arbeitsplatz



von Elisabeth Wienemann

Die Anfänge der Suchtprävention und -hilfe im Betrieb fallen in Deutschland mit der Entwicklung des Arbeitsschutzes zusammen. Bereits Ende des 19. Jh. gab es Bemühungen, den Alkoholkonsum am Arbeitsplatz zu regulieren. Es wurden Flugschriften zur Verteilung an Betriebsangehörige aufgelegt. In größeren Beschäftigungsbereichen übernahmen »Vertrauenspersonen« und »Fabrikfürsorgerinnen« die Aufgaben der Suchtprävention und -hilfe. Mitte des 20. Jh. wurde am Yale Center of Alcohol Studies in den USA mit Expertise aus der Betriebsmedizin und der Selbsthilfe ein wegweisendes Programm für ein betriebliches Vorgehen bei Alkoholproblemen von Beschäftigten erstellt (Wienemann 2000).

Das Modell steckte den Rahmen für die ersten betrieblichen Vereinbarungen in den 70er Jahren in Deutschland bis hin zur Entwicklung der aktuellen »Standards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe« der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 2022). Diese bieten den Betrieben eine Grundlage für die Ausgestaltung ihres Suchtpräventionsprogramms. Es gibt ihnen fachlich und rechtlich abgestimmte Vorlagen für Vereinbarungen und Strukturen sowie Leitfäden und Materialien an die Hand. Kernelemente des Angebots sind a) Information und Aufklärung, b) frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, c) Qualifizierung und Beratung von Personalverantwortlichen, d) Unterstützungs- und Hilfeangebote für Beschäftigte.

Betriebliche Präventionsprogramme haben wesentlich zur Enttabuisierung von Suchtproblemen am Arbeitsplatz beigetragen. Sie sind zum einen der effektivste Weg, um erwachsene Menschen mit gezielten Präventionsangeboten zu erreichen. Zum anderen haben sie das Verständnis dafür verbreitet, dass frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz dazu beitragen, riskante Konsum- sowie Verhaltensmuster zu unterbrechen und Suchtgefährdeten rechtzeitig den Weg in Beratung und Therapien zu weisen, bevor das Arbeitsverhältnis gefährdet ist (Wienemann/Wartmann 2021).

Suchtmittelgebrauch und Arbeit

Das Arbeiten unter dem Einfluss von Rauschmitteln stellt ein Risiko dar. Eigentlich wissen es alle, dennoch wird das Risiko gerne unterschätzt. So kommt es insbesondere unter Alkoholeinwirkung immer wieder zu Störungen am Arbeitsplatz und in den Abläufen bis hin zu materiellen Schäden.

Berufstätige aller Schichten setzen in ihrer Freizeit Alkohol als Mittel zur Entspannung vom Alltagsstress ein oder belohnen sich damit für die Bewältigung ihrer Anforderungen. Was lange als Genuss wahrgenommen wird, ist bei rund 15 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren schon zur Gewohnheit gewordener riskanter Konsum. In Verbindung mit beruflichen Belastungen steigt der riskante Alkoholkonsum gerade auch in Berufsgruppen von Fach- und Führungskräften. Zum »Runterkommen« und zur Bewältigung von Stress werden auch andere Suchtmittel und Medikamente oder Aktivitäten eingesetzt, die Entspannung und Ablenkung versprechen. Auf der anderen Seite greifen Beschäftigte wiederum zu anregenden und leistungssteigernden Substanzen, die sie unterstützen sollen, die täglichen Anforderungen zu erfüllen. Das gilt z.B. für Amphetamine, Kokain, Ecstasy, Crack oder Crystal Meth, bei denen die Gebrauchsmengen von Erwachsenen meist deutlich höher liegen als die von Jugendlichen. Mit der Dauer und der Menge des Konsums steigt das Risiko, gesundheitliche Schäden davon zu tragen, u.a. eine

psychische Abhängigkeit zu entwickeln und suchtkrank zu werden. Neben legalen oder illegalen Substanzen können auch problematische Verhaltensweisen wie z.B. exzessiver Mediengebrauch, Onlineglücksspiel, unkontrolliertes Kaufverhalten oder suchthaftes Arbeiten Beschäftigte gefährden und zu Risiken sowie Störungen am Arbeitsplatz führen (DHS 2022). Wird das Problemverhalten trotz angebotener Hilfe vonseiten des Betriebes fortgesetzt, ist schließlich auch der Arbeitsplatz gefährdet.

Präventionspflichten zum ArbeitnehmerInnenschutz

Das in den 90er Jahren erlassene ArbeitnehmerInnenschutzgesetz legt weitreichende Präventionspflichten für die Arbeitgeber fest. Nach § 3, Absatz 1 haben sie »die zum Schutz des Lebens, der Gesundheit sowie der Integrität und Würde erforderlichen Maßnahmen zu treffen, einschließlich der Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gefahren, zur Information und Unterweisung sowie der Bereitstellung einer geeigneten Organisation und der erforderlichen Mittel.« Unter Gesundheit ist nach § 2, Absatz 8 hier explizit »die physische und psychische Gesundheit zu verstehen«.

Damit wurde zum einen die Arbeit der betrieblichen Einrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe auf eine rechtliche Grundlage gestellt. Zum anderen tragen betriebliche Suchtpräventionsprogramme wesentlich zur Erfüllung des betrieblichen Präventionsauftrags bei: Sie bieten Handlungsanleitungen bei Verstößen gegen die Arbeitssicherheit, sie informieren z.B. im Rahmen der Unterweisung über die Risiken durch Suchtmittel- und Medikamentengebrauch und durch suchtgefährdendes Verhalten, sie qualifizieren die Personalverantwortlichen zum sachgerechten Umgang mit Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und stellen ihnen Gesprächsleitfäden für gezielte Interventionen bei Gefährdung zur Verfügung. Ihr Angebot zur Beratung und Begleitung richtet sich nicht nur an suchtgefährdete Beschäftigte, sondern auch an deren betriebliches Umfeld, insbesondere an die Vorgesetzten (DHS 2022).

Führungshandeln in der betrieblichen Suchtprävention

Meist fallen Veränderungen im Verhalten von betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Arbeitsalltag schon früh auf. Anhaltende Konzentrationsprobleme, nachlassende Zuverlässigkeit, wiederkehrende Unregelmäßigkeiten und Klagen darüber, dass alles immer schwieriger und stressiger wird, sind sichere Anzeichen dafür, dass Beschäftigte sich schwertun, die anfallenden Aufgaben und Pflichten zu bewältigen.

Aufmerksame Vorgesetzte nehmen im Sinne gesundheitsorientierter Führung die beobachteten Auffälligkeiten zum Anlass, fürsorgliche oder klärende Gespräche zu führen (DHS 2022). Vielfach werden von den Angesprochenen psychische Belastungen aus Arbeits- und Privatleben als Grund angeführt. Hierfür können Lösungen gesucht werden. Die Rolle der Führungskraft ist es, eine Lotsenfunktion zu den Fachleuten wahrzunehmen. Sie weist dazu insbesondere auf Unterstützungsangebote vom Betriebsärztlichen Dienst, von ArbeitspsychologInnen oder speziellen Ansprechpersonen hin.

Kommt es bereits zur Vernachlässigung von Pflichten, können Vorgesetzte ein Klärungsgespräch ansetzen und ergänzend zur Rückmeldung der Auffälligkeiten sowie dem Unterstützungsangebot auch konkrete Absprachen treffen, die schriftlich festgehalten werden. Mit solchen Vereinbarungen können sie frühzeitig auf eine Korrektur des auffälligen Verhaltens hinwirken. Frühzeitiges Eingreifen im Betrieb verdeutlicht einerseits, dass Auffälligkeiten ernst genommen werden und bei Bedarf Hilfe angeboten wird. Auf der anderen Seite wird signalisiert, dass die – wiederholte – Vernachlässigung dienstlicher Pflichten nicht übergangen oder bagatellisiert wird.

Das frühzeitige Unterstützungsangebot ist sowohl für die Mitarbeitenden wie für den Betrieb eine große Chance. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch

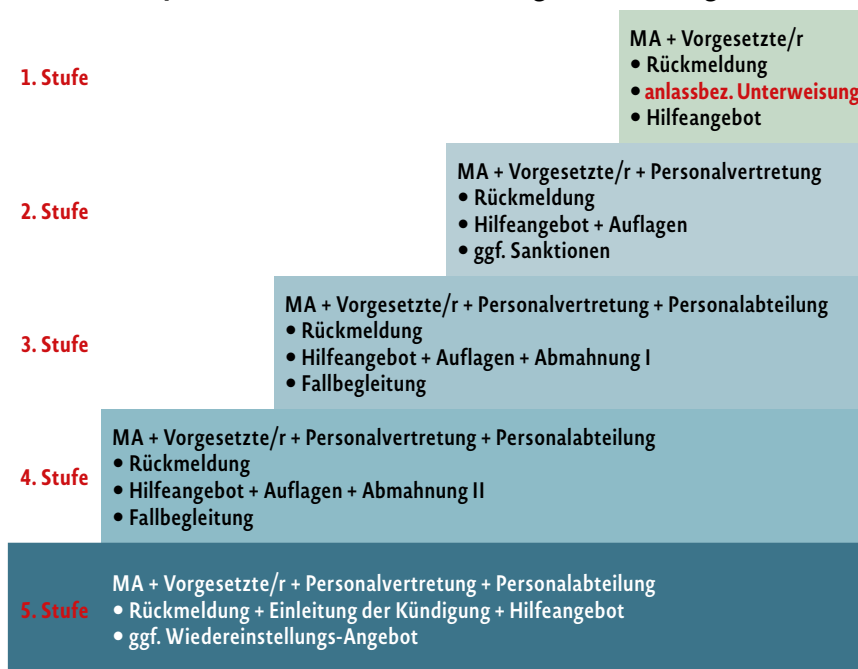
kein Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch erkennbar ist, hat ein solches Gespräch präventive Wirkung. Denn bei psychisch belasteten Beschäftigten steigt in der Regel der Suchtmittel- und Medikamentengebrauch und gesundheitliche Gefährdungen nehmen dadurch zu.

Vorgesetzte sind in jedem Fall die erste Instanz, wenn aus Sicherheitsgründen ein Eingreifen erforderlich ist, weil berauschende oder reaktions- bzw. wahrnehmungseinschränkende Mittel im Spiel sind. Wenn jemand z.B. mit einer »Fahne« zur Arbeit kommt, muss die Führungskraft aktuell über die Eignung für den Arbeitseinsatz entscheiden. Dabei ist es unerheblich, ob der Alkohol am Arbeitsplatz konsumiert wurde oder eine Restalkoholisierung vom Vorabend be-

lässt erkennen, dass andere Formen der betrieblichen Hilfe sowie die nächsten verbindlichen Stufengespräche notwendig werden, bei denen im weiteren Verlauf die Hilfeangebote auch durch Sanktionen ergänzt werden.

Die gestuften Interventionen und die begleitenden Beratungsangebote tragen nachweislich zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei. Sie fördern bei Abhängigen die Motivation zur Aufnahme von Suchtbehandlungen und helfen ihnen so, eine Kündigung zu vermeiden. Langjährige Suchtkarrieren, das zeigt die betriebliche Praxis, lassen sich auf diesem Weg vermeiden oder zumindest sehr viel früher unterbrechen (Wienemann 2018).

Stufenplan bei suchtmittel-bedingten Auffälligkeiten



Fazit

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme sind durchaus anspruchsvoll. Mit ihren klaren Verantwortungsstrukturen und Verfahrensweisen greifen sie zwangsläufig in bestehende Betriebs- und Führungskulturen und Prozesse ein. Sie benötigen vom Management und von den Personalvertretungen Entscheidungen zu Strukturen und Ressourcen. Von den Personalverantwortlichen werden spezielle Gesprächs- und Handlungskompetenzen

erwartet, was spezifische Qualifizierung erfordert. Die Investition kann sich aber lohnen: Die aktuellen Entwicklungen zeigen zumindest für Deutschland, dass riskanter Konsum und Suchtgefährdungen in den beschäftigungsfähigen Altersgruppen zugenommen haben, während arbeitsfähige Fachkräfte zunehmend schwerer zu finden sind.

Gestufte Interventionen bei Suchtgefährdung

Wenn Auffälligkeiten von Beschäftigten mit Suchtmittelkonsum, problematischem Medikamentengebrauch oder suchtmittelbedingtem Verhalten einhergehen, sollte immer der Weg über die gestufte Gesprächsfolge eingeschlagen werden.

Wird das erste Stufengespräch zu einem frühen Zeitpunkt geführt, ist das für viele Betroffene eine gute Chance, das beanstandete Verhalten durch eigene Initiative und ohne weiteren »Gesichtsverlust« im Betrieb zu korrigieren. Wer danach das Risikoverhalten fortsetzt,

erwartet, was spezifische Qualifizierung erfordert. Die Investition kann sich aber lohnen: Die aktuellen Entwicklungen zeigen zumindest für Deutschland, dass riskanter Konsum und Suchtgefährdungen in den beschäftigungsfähigen Altersgruppen zugenommen haben, während arbeitsfähige Fachkräfte zunehmend schwerer zu finden sind.

Literatur kann in der Redaktion nachgefragt werden.

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Wienemann

ist Soziologin/Arbeitswissenschaftlerin und war bis 2013 am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft an der Leibniz Universität Hannover tätig. Sie forscht und berät Organisationen zu Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Suchtprävention.

E-Mail: mail@elisabeth-wienemann.de

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir konzipieren suchtpreventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter*innen.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, Mitarbeiter*innen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- Klient*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese Klient*innen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch Klient*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient*innen und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchten (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der*des Betroffenen integriert. In unseren sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient*innen und für Klient*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z.B. Spielsucht) sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für **KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate. Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten Klient*innen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Folgebehandlungsmodell. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der *Therapeutischen Gemeinschaft* weiterhin genutzt werden.

Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der *Therapeutischen Gemeinschaft* oder in einer nahe gelegenen, vom Verein *Grüner Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs-/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen oder/und illegalen Substanzen.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter*innen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden Klient*innen und Exklient*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter*innenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der Klient*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Präventionsarbeit – Ansätze und Angebote der Suchtvorbeugung in Wien mit dem Fokus Schule



von Lisa Brunner

Einstieg

Sucht ist ein medial präsent Thema. Dagegen tritt Präventionsarbeit in der Öffentlichkeit manchmal in den Hintergrund. Wir, das Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien, machen Suchtprävention in Wien sichtbar und zeigen, warum sie relevant ist. Denn sinnvolle Präventionsmaßnahmen können uns langfristig gesund erhalten und psychischen Erkrankungen wie Abhängigkeit vorbeugen. Dafür braucht es Verständnis für Präventionsarbeit und Wissen um ihre Möglichkeiten.

Was leistet Suchtprävention?

Suchtprävention verfolgt ein wesentliches Ziel: Problematischem Konsumverhalten soll vorgebeugt und Abhängigkeitserkrankungen sollen verhindert werden.

In Österreich gibt es in jedem Bundesland eine Fachstelle für Suchtprävention, die im bundesweiten Netzwerk, der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung, auch gemeinsame Maßnahmen und Projekte entwickeln und umsetzen.¹ Als Landesfachstelle für Suchtprävention in Wien und Kompetenzzentrum für suchtvorbeugende Aktivitäten bieten wir in Wien fachlich fundierte Fortbildungen, Workshops, Infomaterialien, E-Mental-Health-Maßnahmen sowie Beratung und Unterstützung rund um die Themen Sucht, Suchtvorbeugung und psychische Gesundheitsvorsorge an – zugeschnitten auf unterschiedliche Zielgruppen und Handlungsfelder.

Suchtprävention von Beginn an

Unsere psychische Gesundheit wird von Geburt an von verschiedenen sozialen, biologischen und psychischen Faktoren

beeinflusst. Umso bedeutsamer ist es, frühzeitig anzusetzen und Kindern, ihren Familien und Pädagog*innen Ressourcen zur Entwicklungsförderung zur Verfügung zu stellen. Unsere Angebote erstrecken sich daher vom elementaren Bildungsbereich über die Schulzeit und Lehre bis hin ins Erwachsenenalter.

Im Erwachsenenalter bieten wir beispielsweise für Personen in der Arbeitswelt Weiterbildungen zur Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen sowie zum Vorgehen im Anlassfall bei Suchtproblemen an. Für niedergelassene Ärzt*innen, die vor der Herausforderung stehen, Substanzkonsum wie beispielsweise Nikotin- oder Alkoholkonsum bei Patient*innen anzusprechen, stellen wir mit der Fortbildung »Switch« Interventionsschritte für Gespräche mit Patient*innen vor.

Schulische Suchtprävention

In unserer Gesellschaft mit zunehmendem Leistungsdruck, Optimierungszwang und Zukunftsängsten ist es uns ein besonderes Anliegen, gerade jungen Menschen Strategien für die alltäglichen Herausforderungen des Lebens mitzugeben und ihre Ressourcen zu stärken. Die Förderung von personalen Ressourcen, adaptiven Verhaltensweisen und Strategien hat sich als nachhaltig und besonders wirkungsvoll in der Vorbeugung von Sucht, Gewalt und Stress erwiesen. Die Schule als Ort der Wissensvermittlung, der sozialen Begegnungen und der persönlichen Entfaltung spielt in der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Rolle. Schulische Suchtprävention fällt in den Bereich der Förderung von psychischer und sozialer Gesundheit. Sie unterstützt die gesunde und sichere Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Damit wird dem pädagogischen Auftrag der Gesundheitsförderung in Schulen, welcher im Lehrplan verankert ist, nachgekommen.

Je nach Altersgruppe der Schüler*innen und spezifischen Bedürfnissen der Schule sind unterschiedliche Ansätze sinnvoll. Nachhaltige Suchtprävention erfordert zudem kontinuierliche Bemühung.

Ansätze in der schulischen Suchtvorbeugung

Moderne, professionalisierte Suchtprävention setzt neben einer altersadäquaten Wissensvermittlung vor allem

auf verhaltensorientierte Maßnahmen wie die Förderung von Kompetenzen sowie verhältnisorientiert auf die Schaffung einer gesundheitsfördernden Umwelt. Als zentraler Ansatz haben sich die von der WHO definierten Lebenskompetenzen (life skills) etabliert. Die Förderung von Lebenskompetenzen umfasst individuelle Fertigkeiten wie z.B.:

- die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und diese angemessen ausdrücken zu können,
- Grenzen zu setzen und Nein sagen zu können,
- Gegebenheiten kritisch zu hinterfragen sowie
- gesunde Beziehungen zu führen und diese aufrechterhalten zu können.

Unterrichtseinheiten zur Entwicklung grundlegender Bewältigungsstrategien, wie **gesunder Umgang mit Stress und Konflikten, Problemlösefähigkeit und kreative Entscheidungsfindung**, sollen kontinuierlich im Unterricht umgesetzt werden. Diese Strategien helfen Schüler*innen, die alltäglichen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben besser zu bewältigen. Die Förderung von Lebenskompetenzen ist ein pädagogischer Prozess, der vom Kleinkindalter bis ins Jugendalter begleitet werden soll.

Mit qualitativen Fortbildungen für Lehrkräfte und spezifischen Unterrichtsmaterialien für die Umsetzung mit Schüler*innen kommen wir diesen Anforderungen nach. Unsere Angebote gliedern sich in:

- **Gemeinsam stark werden:** Lebenskompetenzprogramm für den elementaren Bildungsbereich und für die 1. bis 4. Klasse Volksschule
- **PLUS:** österreichisches Präventionsprogramm für die Unterstufe
- **Wetterfest:** österreichisches Präventionsprogramm für die Oberstufe

Ein besonderes Augenmerk liegt bei den Fortbildungen auf der Vorbildrolle und Haltung der Lehrkräfte sowie auf einer wertschätzenden Lehrer*innen-Schüler*innen-Beziehung. Ein Klima des Vertrauens, der Anerkennung und Offenheit begünstigt das soziale Verhalten von Kindern. Von der Unterstützung und Förderung in diesen Bereichen profitieren nicht nur einzelne Schüler*innen, sondern die Klasse als Ganzes. So tragen die Programme auch zu einem besseren Schulklima bei.

¹ Siehe: <https://www.suchtvorbeugung.net/>

Mit der Pubertät beginnt für manche Schüler*innen bereits in der Unterstufe die Phase, in der erste Konsumerfahrungen gemacht werden. Im Mittelpunkt steht dabei der etwaige Probierkonsum von Alkohol, Nikotin, Cannabis oder Glücksspiel sowie der Umgang mit digitalen Medien. Das Interesse am Ausprobieren ist ein entwicklungspsychologisch normales Verhalten. Es gehört zum Heranwachsen, sich mit Suchtmitteln auseinanderzusetzen und eine eigene Einstellung zu finden. Deshalb werden in dieser Altersgruppe sowohl die Lebens- als auch die Risikokompetenzen gefördert. Dagegen liegt in der Oberstufe der Schwerpunkt vor allem auf der Risikokompetenzförderung.

Schulische Suchtprävention hat demnach auch die Aufgabe, Schüler*innen über die Risiken von Suchtverhalten aufzuklären und sie zu befähigen, verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen. Ziel ist ein adäquater Umgang mit Substanzkonsum und ein Bewusstsein bezüglich risikoreicher Verhaltensweisen wie zum Beispiel Medienkonsum oder Glücksspiel. Der Risikokompetenzansatz fokussiert sich darauf, Risikosituationen gut einzuschätzen zu können und das Risikoverhalten auf ein Minimum zu reduzieren beziehungsweise das Risikoverhalten so zu gestalten, dass es für die Person selbst oder andere keine Gefahr darstellt. Zu diesem Ansatz bieten wir Fortbildungen für Lehrkräfte und Workshops sowie theaterpädagogische, erlebnisorientierte und webbasierte Methoden für Schüler*innen an.

Psychische Gesundheitsvorsorge in der Schule

Da die Unterstützung und Erhaltung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Präventionsarbeit im Vordergrund steht, sind Interventionen überall dort, wo Kinder und Jugendliche ihre Lebenswelten haben, sinnvoll. Beispielsweise können sich Schüler*innen beim Stadtspaziergang »psychisch.aktiv« spielerisch und ressourcenorientiert mit dem Thema psychische Belastung und Erkrankung auseinandersetzen. Dafür bieten wir Fortbildungen für Lehrkräfte sowie Workshops für Schulklassen. Besonders wichtig ist uns, über psychische Erkrankungen zu informieren und sie zu entstigmatisieren. Für Schüler*innen bieten wir mit den Schulworkshops BASTA ein wissenschaftlich begleitetes Anti-Stigma-Projekt. Durch die Begegnung mit Erfahrungsexpert*innen steuern wir der Diskriminierung psychisch erkrankter

Menschen entgegen.

Früherkennung – wann sind Interventionen sinnvoll?

Gleichzeitig entwickelt sich Sucht nicht von heute auf morgen. Abhängigkeit ist das Ergebnis eines oft jahrelangen Prozesses. Zu jedem Zeitpunkt gibt es Möglichkeiten für suchtpreventive Interventionen. Experimentierverhalten beziehungsweise Suchtmittelkonsum führen nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit, da die Erkrankung von vielfältigen Faktoren beeinflusst wird.

Wenn Jugendliche durch riskanten Suchtmittelkonsum auffällig werden, ist das meist nur ein Teil der Problematik. Oft ist der problematische Konsum ein Symptom oder eine Ausgleichsreaktion, um mit einer Überforderung oder mit schwierigen Verhältnissen zurechtzukommen.

Suchtprävention in pädagogischen Handlungsfeldern bedeutet, sensibel für etwaige problematische Entwicklungen zu sein und frühzeitig gegenzusteuern. Beim Konsum von illegalen Suchtmitteln an der Schule ist das Vorgehen nach dem § 13 Suchtmittelgesetz (SMG) geregelt. Es gilt der Leitsatz »Helfen statt strafen!« Besteht beispielsweise der dringende Verdacht, dass ein*e Schüler*in illegale Suchtmittel konsumiert, so ist die Schulleitung zu informieren, welche weitere Schritte nach dem Ablaufplan laut § 13 SMG einleitet. Die Polizei darf nicht verständigt werden. Mit der Maßnahme STEP by STEP zur Frühintervention bei Suchtmittelkonsum in der Schule können sich Lehrkräfte und schulisch beratendes Personal dahingehend schulen lassen.

Verhältnisorientierte Suchtprävention Suchtprävention als System

Suchtprävention agiert auch systemisch. Veränderungen der Verhältnisse – also der Umwelt, sozialer Normen oder der geltenden Regeln – können individuelle Verhaltensänderungen und Intentionen unterstützen. In der schulischen Suchtprävention ist zum Beispiel die rauchfreie Schule eine Maßnahme der Verhältnisänderung. Ebenso können das allgemeine Schulklima und das individuelle Lehrer*innenverhalten förderlich wirken. Explizit ausgesprochene Konsum-einstellungen oder implizit beobachtbares Konsumverhalten des Schulpersonals vermittelt Schüler*innen ein Bild des normativen Verhaltens. Ein unterstützendes, positives und wertschätzendes

Klassen- und Schulklima wie auch eine gute Kooperation mit den Eltern und externen Expert*innen wirkt sich schützend auf das Konsumverhalten aus. So ist es unter anderem Aufgabe der Schule, ein suchtpreventives Schulklima und gesundheitsförderliche Verhältnisse, in die alle Ebenen inkludiert sind, zu schaffen. Bei suchtpreventiven Maßnahmen im Setting Schule kann die Ressourcenstärkung bei Lehrkräften, bekannt unter dem Begriff »Lehrer*innengesundheit«, nicht außer Acht gelassen werden. Sie hilft der Schule als System, einen unterstützenden und gesundheitsförderlichen Raum zu schaffen. Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten und Haltungen zum Umgang mit Suchtmitteln ist daher ebenso notwendig wie ein gesundes Stress- und Klassenmanagement. Dieses Beispiel zeigt, wie eng verwoben Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander sind und wie sie sich gegenseitig beeinflussen.

Familie als Ressource

Neben den Lehrkräften sind vor allem Eltern und Erziehungsberechtigte mit den Veränderungen in der Pubertät und den damit verbundenen Herausforderungen, wie dem Ablösungsprozess und/oder dem Umgang mit Suchtmitteln, sehr gefordert. Erziehungsverantwortliche können sich im Rahmen der Veranstaltungen (online und in Präsenz) »Wie schütze ich mein Kind vor Sucht?« und »Übers Rauchen reden« informieren und unterstützen lassen. »Donner. Wetter. Sucht.« ist ein eigener Podcast für Eltern und Erziehende, die sich Antworten auf Fragen zum Thema Sucht bei Jugendlichen wünschen.

Auch wenn erzieherischer Handlungsbedarf besteht, ist es nicht immer leicht, sich in solchen Situationen adäquat zu verhalten. Kaum jemand hat hierzu Expert*innen in der Familie und kann mal eben zwischendurch eine Frage stellen oder sich Hilfe holen. »Donner. Wetter. Sucht.« kann hierbei Unterstützung bieten.

Suchtprävention ist ein wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitswesens und unserer Gesellschaft. Sie ist ein gemeinschaftlicher und kontinuierlicher Prozess, der uns allen zugutekommt.

Mag.^a Lisa Brunner

Leiterin des Instituts für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH und stellvertretende Geschäftsführerin der Sucht- und Drogenkoordination Wien; Obfrau der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung;

Spurensuche

Prävention

Als ich 14 war und die ersten paar Mal bekifft gewesen war, war für mich von Anfang an klar, dass es noch ein breiteres Spektrum an Substanzen zu »erforschen« gibt. Mir wurde eingetrichtert, dass Cannabis und andere Substanzen zum sofortigen Absturz führen und ich sogleich bei der Endstation Heroin und Bahnhofsklo landen würde. Dies war für mein damaliges Ich natürlich komplett realitätsfremd. Anscheinend musste ich erst am Bahnhofsklo landen, um mir die Endstation endgültig einzugestehen.

Bleibt die Frage, was meinem 14-jährigen Ich geholfen hätte, um ihm diese Erfahrungen zu ersparen. Ich glaube, das Gespräch mit ehemaligen Usern wäre hilfreich gewesen. Auch die direkten Auswirkungen werden durch diese greifbarer. Sowie anständiger Präventionsunterricht in der Schule. Durch das strikte Verteufeln von Substanzen wird mehr Interesse geweckt und Unwissenheit erzeugt als durch einen ehrlichen offenen Umgang damit. Grenzen meiner Eltern haben mich nicht aufgehalten, jedoch wäre es vielleicht besser gewesen, hätten sie einen offenen Umgang damit gepflegt bzw. mit mir über die Konsequenzen des Rausches gesprochen und nicht das Klischeebild eines Süchtigen propagiert.

Felix

Seit mehr als 10 Jahren konsumiere ich legale, aber auch illegale Substanzen, mit 14 Jahren probierte ich das erste Mal eine Zigarette, kurz danach auch mein erstes Bier. So schnell ich mich versah, rauchte ich täglich eine ganze Packung Zigaretten und trank jedes Wochenende Alkohol. Am Anfang war an eine Sucht kein Gedanke verschwendet, weil Rauschen und Trinken im »Fortgehalter« in Österreich keine Ausnahmen sind und Alkohol in der Gesellschaft etabliert ist, so dachte ich, dass dies sowieso völlig normal wäre. Mit 16 Jahren hatte ich das erste Mal einen Joint probiert, dessen Wirkung mir jedoch gar nicht gefiel. So blieb ich vorerst beim

Alkohol. Doch mit 17 änderte sich das schlagartig. Ich fing an, zu Kiffen, da ich dazu gehören wollte und mich richtig »frei« fühlte. Aus Konsum am Wochenende wurde schnell täglicher Konsum und meine persönliche Abwärtsspirale nahm ihren Lauf. Nach meinem 18. Geburtstag griff ich das erste Mal zu chemischen Drogen, die ich gute zwei Jahre auch nur wochenends konsumierte. Mit 20 Jahren begann ich auch schnelle Substanzen unter der Woche zu konsumieren. So kündigte ich kurz vor meinem 21. Geburtstag meinen Job und widmete mein Leben dem täglichen Konsum von harten Drogen und Cannabis. Mit 23 Jahren entdeckte ich Heroin für mich und es wurde schnell zu meinem täglichen Begleiter, da ich mit dieser Substanz alle Sorgen »vergessen« konnte. Jetzt mit 25 Jahren habe ich das Vertrauen meiner Familie zerbrochen und bin nur knapp der Obdachlosigkeit entkommen. Ich begriff, dass ich süchtig bin und etwas ändern muss und so habe ich mich entschieden, eine Therapie im Grünen Kreis zu machen.

Was hätte ich anders machen können?
Da ich ein sehr sensibler, emotionsgesteuerter Mensch bin, hätte ich früher anfangen sollen, meine Probleme und Sorgen mit meinen Eltern oder einer außenstehenden Person zu berechnen. Ich hätte auch darauf achten sollen, nicht immer das zu machen, was andere auch machen, um »dazuzugehören« und auch die Freundesgruppe zu wechseln. Auch hätte ich auf meine Eltern hören und nicht alles so »schönreden« sollen.
Im Endeffekt sind das alles nur Spekulationen und ein »hätte« ändert nichts mehr an der Vergangenheit. Anderen kann ich nur ans Herz legen, sich Hilfe zu holen und auf ihr Problem aufmerksam zu machen, wenn sie bemerken, dass etwas nicht mit ihnen stimmt. Sei es auf körperlicher, emotionaler oder sozialer Ebene. Ob das bei den eigenen Eltern passiert und/oder bei einer außenstehenden Person (Psychologe), spielt dabei keine Rolle. Hilfe schadet keinem und lieber einmal zu viel über seine Probleme reden als einmal zu wenig.

Lorenz

Präventive Elternarbeit

Unterstützung, damit Hilfe nicht notwendig wird

von Martin Springer

Für die Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen ist in Wien auf strategischer Ebene die Sucht- und Drogenkoordination Wien mit dem Institut für Suchtprävention zuständig.

Einleitung

Beziehungen sind komplex. Eltern-Kind-Beziehungen sind herausfordernd. Beziehungen in Familien, in denen ein Kind von Substanzen oder einem Verhalten abhängig ist oder problematisch konsumiert, sind eine besondere Kategorie von schwierig. Bob Dylan hat einmal gesagt: »Seltsam, dass Leute, die zusammen leiden, stärkere Beziehungen haben als Leute, die zufrieden sind.« Das gilt allerdings nur, wenn man nicht am gemeinsamen (Leidens-)Weg zerbricht, sich auspowert und schlussendlich sich selbst verliert. Manchmal ist Begleitung nur bis an einen gewissen Punkt möglich.

Damit Sucht oder problematischer Konsum nach Möglichkeit verhindert wird, bietet sich die präventive Arbeit an. In Wien und auch in den Bundesländern wird diese üblicherweise sehr breit angesetzt. Angefangen bei Schulungen für Kindergartenpädagog_innen über Lehrgänge für Volksschul-, Unterstufen- und Oberstufenlehrer_innen zu Workshops an Schulen und in Lehrbetrieben für die Jugendlichen und deren Ausbilder_innen setzt Prävention an.

Ein weiterer wichtiger Puzzlestein ist die Arbeit mit Eltern. Üblicherweise kommen Eltern erst dann, wenn der Hut brennt und sie befürchten, die Kontrolle zu verlieren. Denn obwohl man davon ausgeht, alles in bestem Wissen und Gewissen richtig gemacht zu haben, leiden Kinder/Jugendliche an Problemen. Eltern mit Präventionsangeboten zu erreichen, gestaltet sich leider schwieriger, als an den Ausbildungsformen anzudocken. Solange Kinder schulpflichtig sind, klappt es zumeist über Elternabende, allerdings kommen auch zu diesen Terminen nicht alle Eltern und oft fehlen gerade diejenigen, deren Kinder in der Schule am meisten auffallen.

Was ist Prävention?

Prävention ist der Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern – so formuliert vom deutschen Bundesgesundheitsministerium.

Begriffe, die im Rahmen der Suchtprävention verwendet werden, sind zum Beispiel »Primärprävention« (die Arbeit mit der Allgemeinheit und Personengruppen, die keine Risikogruppen darstellen), »Sekundärprävention« (wendet sich an definierte Risikogruppen, die gefährdeter erscheinen, oder Personen, die im Anfangsstadium einer Suchterkrankung sind) und »Tertiärprävention« (richtet sich an Personen, die bereits an einer Abhängigkeitserkrankung leiden). Des Weiteren spricht man von »universeller präventiver Intervention« (z.B. Schulprogramme, massenmediale Kampagnen, Maßnahmen am Arbeitsplatz), »selektiver präventiver Intervention« (Arbeit mit Risikogruppen, beispielsweise Kindern von suchtkranken Eltern) und »indizierter präventiver Intervention« (Menschen, die ein regelmäßig wiederkehrendes Risikoverhalten oder Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung aufweisen, beispielsweise Jugendliche, die jedes Wochenende exzessiv Alkohol oder illegale Substanzen konsumieren).

Zentrales Ziel der Wiener Sucht- und Drogenstrategie ist es, Schäden durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen oder durch verhaltensbezogene Süchte für die/den Einzelne_n sowie für die Gesellschaft so gering wie möglich zu halten. Im Idealfall wird geholfen, bevor negative Auswirkungen überhaupt entstehen können. Für die Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen in Wien ist auf strategischer Ebene die Sucht- und Drogenkoordination Wien mit dem Institut für Suchtprävention zuständig. Angebote müssen sowohl für legale und illegale Suchtmittel als auch für substanzungebundene Süchte entwickelt und umgesetzt werden. Im Leitfaden »Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013« spricht

man vor allem von Prävention durch das Vermitteln und Erlernen von Lebenskompetenzen. (Klein-)Kinder und Jugendliche sollen sehr früh befähigt werden, negative Gefühlszustände benennen, kommunizieren und damit hoffentlich lösen zu können bzw. eine Lösung durch das System zu initiieren. Das setzt natürlich voraus, dass auch das System die Möglichkeit zur Lösungskompetenz hat – auch hier setzt präventive Elternarbeit an. Das System bzw. die erziehenden Personen sind oft überfordert, was Themen wie Sucht und problematisches Konsumverhalten, mit und ohne Substanzbezug, angeht. Daher ist eine Entlastung durch begleitende Beratungsgespräche, Informationsvermittlung und das Fördern der Auseinandersetzung mit der eigenen (Eltern-)Rolle und Funktion ein wichtiger Teil der Präventionsarbeit.

Warum macht es Sinn?

Kennzahlen in der Prävention sind oft ein schwieriges Thema. Ob eine frühzeitig erlernte Lebenskompetenz in einer späteren Lebenskrise Schlimmeres verhindert hat, ist schwer zu erheben. Allerdings gibt es Forschung im Rahmen der Lebenskompetenz-Programme, im Speziellen PLUS, ein Lebenskompetenzprogramm für die Unterstufe, das die Lehrer_innen in den vier Jahren begleitend im Unterricht umsetzen. Diese Forschung zeigt, dass Schüler_innen insgesamt leistungsfähiger waren, wenn das Programm in der Schule umgesetzt wurde. In der zweiten Klasse zeigte sich, dass Probleme in den PLUS-Klassen vermehrt benannt wurden, was damit zusammenhängt, dass diese Schüler_innen ein erhöhtes Problembewusstsein aufwiesen, dann aber auch eine höhere Kompetenz hatten, diese Probleme zu lösen, damit zu einem besseren Klassenklima beitragen und dies hat sich auch in den Leistungsdaten niedergeschlagen.

Umgelegt auf die Elternarbeit bedeutet ein gelassenerer, aber verantwortungsvoll informierter Umgang der Erziehenden mit manchen Jugendthemen, vor allem, wenn es um Sucht oder problematische Phasen oder Situationen in den

meisten Fällen besser gelöst sind – also mit weniger negativen psychosozialen Folgeerscheinungen.

Welche Formen der präventiven (Eltern-) Arbeit gibt es?

In erster Linie erreicht man die Zielgruppe mit Elternabenden und Informationen bzw. Ratgebern oder auch medialen Kampagnen, die gesicherte Informationen zur Verfügung stellen, aber auch auf Themen überhaupt aufmerksam machen. Es gibt jährlich fest verankerte Thementage/-wochen, wie zum Beispiel den »Tag der psychischen Gesundheit« oder die »Österreichische Dialogwoche Alkohol«, die mediale Aufmerksamkeit hervorrufen und so zu einem gesteigerten Bewusstsein führen können, was schlussendlich Menschen früher in sinnvolle Beratungssettings bringen kann.

Elternabende an Schulen, aber auch in den jeweiligen Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern oder bei deren Partner_innen sind ein sinnvolles und wirkungsvolles Mittel, um Informationen kompakt und niederschwellig an die Eltern zu bringen. Oft scheitert es trotzdem an dem Wissen, dass es solche Möglichkeiten gibt, und manchmal leider auch an den Fähigkeiten zur Partizipation. Onlineabende sind zwar für viele Erziehende eine einfache Möglichkeit, das schließt allerdings Menschen aus, die digitale Fähigkeiten nicht erlernt haben oder die technischen Voraussetzungen nicht erfüllen. Live-Abende sind daher weiterhin ein wichtiges Werkzeug in der Präventionsarbeit. Daher braucht es gerade im Bereich der Elternarbeit eine gut funktionierende Partnerschaft mit den Schulen – vor allem den Pflichtschulen –, um Eltern dort abzuholen.

Elternarbeit findet auch im direkten Setting, also in Einzelberatung oder Gruppenberatung, statt. Beispielsweise ist ein Qualitätsmerkmal von »Dialog« (und vielen anderen Beratungsstellen), dass in der Arbeit mit Jugendlichen die Eltern ebenfalls begleitend beraten werden, da einerseits die Außenanamnese wertvoll ist und andererseits somit auch an der Gesamtsituation gearbeitet werden kann. Eltern bekommen die Möglichkeit, ihre Ängste, Sorgen oder ihre Wut zu besprechen und fundierte Werkzeuge an die Hand zu bekommen, wie sie Situationen rechtzeitig deeskalieren und damit zu einer Verbesserung der Situation maßgeblich beitragen können. In Fällen, die auf Grund der Intensität des Konsums

und/oder anderer zusätzlicher Krankheitsbilder so schwerwiegend sind, ist die Begleitung der Eltern ein wichtiges Thema, damit die erziehenden Personen (so lange wie möglich) psychisch gesund und damit handlungsfähig bleiben.

Im weitesten Sinne ist natürlich auch eine funktionierende Grundsicherung Prävention im besten Sinne, da damit Krisensituationen im Vorhinein und bestenfalls nachhaltig abgewendet werden. Nicht umsonst hat man in Wien sehr früh ein soziales Sicherungsnetz gespannt, das schlussendlich auch im Rahmen der BMS (Bedarfsorientierten Mindestsicherung) bundesweit zur Anwendung kommt.

Angebote in Wien (und in Österreich)

Ein sehr gut funktionierendes Modell in Wien sind beispielsweise die Online-seminare »Wie schütze ich mein Kind vor Sucht«, »Übers Rauchen reden« und »Onlinesucht – Familie im Netz«, für die man sich über das Institut für Suchtprävention anmelden kann. Gerade beim Thema Onlinesucht sind es ja auch Eltern, die mit dieser Materie wenig oder gar nichts anfangen, daher bietet »Dialog« zusätzlich Elternabende an, die dann auch live in den Räumlichkeiten im 1. Bezirk stattfinden und über unsere Homepage beworben werden.

Spätestens seit der Veröffentlichung des ICD-11 ist es möglich, die Diagnose »Gaming Disorder« zu vergeben und damit auch zu behandeln. Präventive Angebote speziell für Eltern gibt es dazu schon seit längerem und sie sind breiter angelegt als die Diagnose. Man spricht von den sogenannten Internetnutzungsstörungen, was auch Social Media, Pornografie und Spiele miteinbezieht. Das klassische Glücksspiel ist davon abgegrenzt zu diagnostizieren, wiewohl immer mehr Glücksspielelemente Eingang in die neuen Medien finden und damit ggf. in Zukunft sowohl in der Behandlung als auch der Prävention relevant sein werden. Und das zeigt sich auch in der Nachfrage bei Angeboten rund um digitale Medien im Speziellen für Eltern. Diese Veranstaltungen sind in der Regel besonders gut gebucht/besucht und oftmals nutzen Eltern im Anschluss an eine Veranstaltung unsere Angehörigenberatung. Da digitale Medien in der Regel früher als Substanzen konsumiert werden, treten problematisches Nutzungsverhalten und/oder Abhängigkeit dementsprechend früher auf. Der erste Kontakt mit einer Facheinrichtung findet also häufig

über diese Thematik statt. Im besten Fall bleibt der Kontakt positiv im Gedächtnis und führt bei späteren Problemen, mit oder ohne Substanz, zu einer rascheren Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem.

Für die mannigfaltigen Angebote in den Bundesländern kann man sich an die jeweilige Fachstelle für Suchtprävention wenden.

Einzel- und Gruppenarbeit mit Angehörigen

Suchthilfeeinrichtungen werden vor allem mit Konsumierenden assoziiert, jedoch bieten die meisten auch direkte Unterstützung für Angehörige an. Dabei werden Eltern (und andere Menschen, die emotional von der Abhängigkeit einer Person betroffen sind) im Umgang mit dem Thema Sucht unterstützt. Einerseits werden konkrete Probleme besprochen, andererseits wird jedoch auch eine Veränderung der Gesamtsituation angestrebt. Oft sind gerade Eltern sehr hilflos bei der Frage, wie weit sie ihren Kindern in Bezug auf Konsum Grenzen setzen können, ohne sie im Stich zu lassen. Manche begleiten hochriskant Konsumierende schon lange Zeit, andere wenden sich an die Beratungsstellen, um zu verhindern, dass ein Konsum problematisch wird. Oft sind jedoch auch Selbsthilfegruppen bzw. auch Onlineberatungsmöglichkeiten, die anonym angeboten werden, eine gute Möglichkeit, sich der Thematik zu widmen.

Ein besonderes Angebot von »Dialog« in diesem Zusammenhang ist die Angehörigengruppe. Diese fand jahrelang im Standort Individuelle Suchtberatung Nord (ISN) statt und wurde heuer auf neue Beine gestellt. Sie wird nun von einer Mitarbeiterin aus der ISN und einem Mitarbeiter aus der Suchtprävention geleitet. Es handelt sich um ein offenes Angebot, das einmal im Monat stattfindet. Neben dem Austausch der Teilnehmer_innen über Entwicklungen und die aktuelle Situation gibt es jeweils ein Schwerpunktthema. Dieses kann eine Frage des Umgangs aufgreifen (»Wie viel Verantwortung soll ich übernehmen?«) oder allgemeine Informationen beinhalten. So wird – wie in der Prävention Standard – das multifaktorielle Ursachenmodell erarbeitet oder die Wirkung von Substanzen besprochen. Hier zeigt sich oft, dass Wissen Sicherheit gibt und eine Bewertung der Konsumsituation erleichtert.

Die Angehörigenarbeit und -gruppen wirkt zweifach präventiv: Einerseits

→ Seite 31

Integriertes Drug Checking in Innsbruck: Wissenschaftliche Analyse und Beziehungsarbeit



von Manuel Hochenegger

Integriertes Drug Checking (IDC) gilt seit vielen Jahren als wirkungsvolle und lebensweltorientierte Maßnahme in der Drogenprävention und Schadensminimierung. Es besteht aus zwei Komponenten, die sich gegenseitig ergänzen: Zum einen werden im Rahmen der Maßnahme (vorwiegend) synthetische – meist illegale – Substanzen einer hochwertigen chemisch-toxikologischen Analyse unterzogen. Dabei kann festgestellt werden, welche psychoaktive Substanzen die Probe enthält (qualitative Analyse) und – in den meisten Fällen – in welchen Mengen diese Substanzen in der Probe enthalten sind (quantitative Analyse). Die psychosoziale Intervention, bestehend aus Substanz- und Harm-Reduction-Informationen, psychosoziale Anamnese und Konsumreflexion, komplettiert die Maßnahme.

IDC trägt dazu bei, einen problematischen Drogenkonsum zu verhindern. Es fördert die Bereitschaft der Klient*innen, sich mit dem eigenen Drogenkonsum kritisch auseinanderzusetzen, sich zu informieren und einen selbstverantwortlicheren Umgang mit der eigenen Gesundheit zu entwickeln. Dabei kann IDC von jeder Person genutzt werden, die synthetische Substanzen konsumiert.

Zum Ablauf

In Innsbruck wird IDC seit 2014 von der Drogenarbeit Z6 in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck als stationäres Programm angeboten. Jeden Montag können Angebotsnutzer*innen völlig anonym, vertraulich und kostenlos

Proben ihrer synthetischen Substanzen in den Räumlichkeiten der Drogenarbeit Z6 zur Analyse abgeben. Beim ersten Besuch wird auf Grundlage eines Fragebogens ein ausführliches Informations- und Beratungsgespräch geführt, bei dem die individuelle Konsumgeschichte, der Umgang mit psychoaktiven Substanzen sowie eine psychosoziale Bestandsaufnahme im Fokus stehen. Geringe Mengen der Proben werden einbehalten und jede Probe wird dokumentiert. Die gesammelten Proben werden dann von der Gerichtsmedizin Innsbruck analysiert und die Ergebnisse freitags an die Drogenarbeit Z6 übermittelt. Im Rahmen der Ergebnisbekanntgabe werden die Klient*innen über die enthaltenen Substanzen informiert und über die möglichen Risiken aufgeklärt. Bei besonders bedenklichen Analyseergebnissen, insbesondere hohen Dosierungen und Verunreinigungen, werden Warnungen für die Öffentlichkeit erstellt. Diese werden auf der Homepage der Drogenarbeit Z6 sowie auf sozialen Medien veröffentlicht. Außerdem werden die Analysedaten an die Gesundheit Österreich GmbH übermittelt, welche die Daten ihrerseits im Rahmen des europäischen EWS (Early Warning System) an die EU weiterleitet.

Wissenschaft und Beziehung als Wirkfaktoren: »Wenn die das sagen, wird's wohl stimmen!«

Die chemisch-toxikologische Analyse ist Namensgeberin, Herzstück und Aufhänger des Angebots. Ihretwillen kommen die Klient*innen zum Drug Checking. Die Möglichkeit, illegale Substanzen völlig anonym, vertraulich und kostenlos auf ihre Zusammensetzung analysieren lassen zu können, ist für viele Konsumierende – vor allem nach negativen Erfahrungen – attraktiv. Das Angebot erreicht somit auch oft Menschen, die ansonsten kein Angebot des Hilfesystems nutzen würden.

Die Klient*innen können ihre Quelle(n) kontrollieren und wissen im besten Fall vorab, ob sie die Substanz konsumieren wollen und, wenn ja, wie sie dabei Risiken reduzieren können. Die wissenschaftliche Analyse schafft dabei Glaubwürdigkeit sowie Vertrauen und hilft, in Konsumierendenkreisen oft kursierende Mythen (z. B.

Verunreinigungen mit Rattengift) zu widerlegen. IDC ermöglicht es, regionale Markt- und Konsumtrends früh zu erkennen, Menschen darüber zu informieren und risikominimierende Botschaften zu vermitteln. Dementsprechend werden die Mitarbeiter*innen von der Drogenarbeit Z6 von der Klientel als Profis und Expert*innen angesehen.

Seit 2017 besteht eine Forschungs-kooperation mit checkit, einer Einrichtung der Suchthilfe Wien. Im Rahmen der »Ost-West-Kooperation« werden die Analyseergebnisse aus Wien und Innsbruck auf Gemeinsamkeiten, aktuelle Trends und Unterschiede untersucht sowie selbst Studien durchgeführt. Ergebnisse dieser Studien sowie Informationen über aktuelle Trends werden zielgruppengerecht aufbereitet und regelmäßig auf den Kanälen der beiden Einrichtungen geteilt.

Seit 2019 ist die Drogenarbeit Z6 Mitglied des TEDI-Netzwerks (Trans European Drug Information). Neben dem fachlichen Austausch liegt der Fokus bei TEDI auf der gemeinsamen Datenbank zu den Analyseergebnissen. Die gesammelten Ergebnisse dienen der Beobachtung und der Analyse des Drogenmarktes auf europäischer Ebene. Die gewonnenen Daten werden seit 2019 auch von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit (EDDB) im jährlich erscheinenden »Europäischen Drogenbericht« veröffentlicht.

Diese Kooperationen und Vernetzungen auf nationaler und internationaler Ebene stärken das Know-how und somit die Glaubwürdigkeit gegenüber der Klientel weiter.

Ebenso wichtig wie die Analytik ist die psychosoziale Intervention für das Gelingen der Maßnahme. Vom ersten Kontakt weg ist es entscheidend, dass sich Klient*innen in der Einrichtung sicher, anonym und willkommen fühlen. Für viele ist der Gang zum Drug Checking der erste Kontakt mit dem Hilfesystem. Sie betreten das Büro mit (zumeist) illegalen Substanzen, fremde Personen stellen Fragen zu ihrem Drogenkonsum und zu ihrem Leben (Arbeit, Beziehungen, Freizeit, Wohnen etc.). Dementsprechend ist eine Atmosphäre, die von Akzeptanz,

DRUG CHECKING

Vertraulichkeit und Wertschätzung geprägt ist, besonders wichtig. Unterstützend wirkt hierbei, dass der Verein Z6 mit seinen Angeboten Jugendzentrum, Streetwork und Drogenarbeit seit vielen Jahren fest in der Innsbrucker Sozial- und Kulturszene verwurzelt ist. Weiters bietet die Mobile Drogenarbeit (MDA basecamp), ein Angebot der Drogenarbeit Z6, niederschwellig Prävention und Harm Reduction im Nightlife-Setting an und trägt somit einen beträchtlichen Teil zum Bekanntheitsgrad der Einrichtung und deren Angebote bei.

Beim Erstkontakt wird dementsprechend nochmal implizit auf Anonymität, Vertraulichkeit und Kostenfreiheit hingewiesen und im Folgenden der Ablauf der Substanzübergabe erklärt. Die Klient*innen füllen beim ersten Besuch einen umfangreichen Fragebogen aus, der Themen wie eigene Konsumprävalenz, Konsumverhalten, Informationsbeschaffung und Selbsteinschätzung des Konsums abfragt. Der Fragebogen stellt in weiterer Folge die Basis für das Informations- und Beratungsgespräch dar, das häufig bis zu 60 Minuten dauert. In diesem werden im Sinne der Vermittlung von Konsumkompetenz das individuelle Konsumverhalten und die Rolle des Konsums im Leben der Person reflektiert und Substanzwissen erfragt bzw. weitervermittelt. Anhand der konkreten Konsumgeschichte können zielgerichtet Empfehlungen zur

Schadensreduzierung inklusive Safer Use gegeben werden. Außerdem informieren die Mitarbeiter*innen über aktuelle regionale Markt- und Konsumtrends.

Bei der Bekanntgabe wird dann das Ergebnis der Analytik ausführlich besprochen. Die Mitarbeiter*innen klären über die Risiken und Wechselwirkungen der Inhaltsstoffe auf und treffen eine Risikoeinschätzung. In einigen Fällen (v. a. bei Verunreinigungen mit besonders bedenklichen Substanzen) raten wir dezidiert vom Konsum ab. Ausgehend vom Grundgedanken, dass jeder Mensch selbstbestimmt Entscheidungen trifft, diskutieren wir gemeinsam, welche Auswirkungen das Ergebnis auf das Konsumverhalten bzgl. der konkreten Substanz bzw. generell hat. Dabei zeigt sich, dass Konsumierende durchaus auf den Konsum verzichten bzw. ihren Konsum anpassen, wenn sie Wissen über ihre Substanz zur Verfügung gestellt bekommen. So gaben im Jahr 2022 47 % der Nutzer*innen an, ihre verunreinigte Substanz nicht konsumieren zu wollen. 46 % gaben an, ihre individuelle Dosis dem Wirkstoffgehalt anzupassen.

Jedes Mal, wenn eine Person IDC nutzt, wird eine – wenn auch oft kürzere – psychosoziale Intervention durchgeführt. Wir fragen auch Stammklient*innen bei jedem Besuch, wie und was sie in den letzten Wochen konsumiert haben, wie lange die letzte Pause her ist oder welche Themen sie zuletzt besonders beschäftigt

haben. So haben wir die Möglichkeit, die Klient*innen niederschwellig zu begleiten, und können im Sinne der Früherkennung eines problematischen Konsums auf eben diesen aufmerksam machen und weiterführende Angebote (hausintern oder extern) setzen. Da die Mitarbeiter*innen im Drug Checking gleichzeitig als Berater*innen in der Drogenberatung tätig sind, können Betroffene niederschwellig und ohne weiteren Kontakt sofort einen Beratungstermin vereinbaren. Die Klient*innen kennen uns schon vom Drug Checking, was die Hemmschwelle, ein weiterführendes Angebot in Anspruch zu nehmen, deutlich senkt.

Integrated Drug Checking generiert schlussendlich also einen Mehrwert für die Angebotsnutzer*innen: wissenschaftliche Analytik, individuell auf das Konsumverhalten angepasste und somit relevante Botschaften sowie Fachpersonal, das Information, Reflexion, Beziehung und gegebenenfalls weiterführende Unterstützung anbietet, und das alles niederschwellig, wertschätzend und lebensweltorientiert.

MMag. Manuel Hochenegger

Jurist, Politologe, systemischer Berater. Seit 2013 ist er als Drogenberater in der Drogenarbeit Z6 tätig und koordiniert das stationäre Drug-Checking-Programm der Einrichtung. Ergibt Vorträge, Workshops und Coachings zu den Themen Drogenkonsum bei Jugendlichen, Drug Checking sowie Substanzlehre und Schadensminimierung.

Suchtprävention in Schulen



von Irene Weichhart

Im Zentrum wirkungsorientierter schulischer Prävention stehen strukturierte interaktive Methoden, welche bei regelmäßiger Durchführung unter anderem soziale Fertigkeiten, Selbstkontrolle und -wirksamkeit sowie Problemlöse- und Entscheidungskompetenzen fördern.

Das Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen, welche umgangssprachlich häufig noch als »Sucht« bezeichnet werden, hat sich im Laufe seiner Geschichte immer wieder verändert. Neue Erkenntnisse und gesellschaftliche Entwicklungen sind in das Krankheitsverständnis eingeflossen und dementsprechend hat sich auch der präventive Zugang stark gewandelt:

In einer Zeit, als die Ursache des »krankhaften Trinkens« in der Substanz selbst gesehen wurde und die Schuld an der Erkrankung allein dem*der Trinker*in zugeschrieben wurde, war die logische Folge für die Prävention das Verbot ebendieser Substanz. Heute sind wir auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der medizinischen, psychologischen und sozialen Forschung bei einem wesentlich komplexeren Krankheitsverständnis, nämlich dem bio-psycho-sozialen Modell angekommen.

Für die Suchtprävention allgemein und vor allem im Handlungsfeld Schule

bedeutet dies, dass wir uns von der aus den 1990ern bekannten »Drogenprävention« weg, hin zu einer Förderung gesundheitsrelevanter »Lebenskompetenzen« bzw. »Life Skills« bewegen. Auch Erlebnisberichte und Substanzvorträge haben in der heutigen Suchtprävention keinen Platz mehr und sind evidenzbasierten Konzepten gewichen. Mit den Lebenskompetenzen sind jene Eigenschaften gemeint, welche Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen erlauben und ihnen als Handwerkszeug in herausfordernden Situationen dienen. Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte dazu eine Definition und Liste von zehn grundlegenden Kompetenzen, welche die Basis der in Schulen und Kindergärten umgesetzten Lebenskompetenzprogramme bilden.

Diese Programme, welche über die österreichische ARGE Suchtvorbeugung für Kindergarten, Volksschule, Unter- und Oberstufe initiiert wurden, unterstützen einerseits Pädagog*innen im Schulalltag dabei, universalpräventiv mit den Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, und binden andererseits auch die Eltern und Erziehungsberechtigten als wichtige Bezugspersonen mit ein. Der Aufbau und die Inhalte unterscheiden sich dabei je nach Schulstufe maßgeblich und orientieren sich stark am Entwicklungsstand und den Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Altersstufe sowie an den institutionellen Rahmenbedingungen der Pädagog*innen. So wurde das Programm »Plus« (5. bis 8. Schulstufe) beispielsweise so konzipiert, dass einzelne Methoden im Mathematikunterricht Platz finden, während andere sich besser für den Deutschunterricht eignen. Auch inhaltlich unterscheiden sich die einzelnen Programme. Stehen in »Gemeinsam stark werden« (0 bis 6 Jahre und 1. bis 4. Schulstufe) vor allem die Beziehungsarbeit von Kindern und Pädagog*innen sowie die Lebenskompetenzen im Zentrum, werden in »Plus« in der 7. Schulstufe zusätzlich spezifische Substanzen, wie Alkohol und Nikotin, thematisiert. »Wetterfest« (ab der 9. Schulstufe) nähert sich den Themen wieder anders, indem es diese in Bezug zum Selbst, zum sozialen Umfeld oder zur Welt stellt, und legt zudem einen besonderen Fokus auf die

Lehrer*innengesundheit.

Natürlich können Personen im Schulkontext auch eigenständig präventive Maßnahmen an den Schulen bzw. in den Klassen umsetzen. Im Zentrum wirkungsorientierter schulischer Prävention stehen dabei strukturierte interaktive Methoden, welche bei regelmäßiger Durchführung unter anderem soziale Fertigkeiten, Selbstkontrolle und -wirksamkeit sowie Problemlöse- und Entscheidungskompetenzen fördern. Ergänzend bzw. vertiefend können Schüler*innen-Workshops durch externe Suchtpräventionsfachkräfte umgesetzt werden, damit heikle Fragen von professionell geschulten Expert*innen fachkundig und altersgerecht ohne Bewertung beantwortet werden können.

Den Suchtpräventionsstellen in Österreich ist es besonders wichtig, auch die Rahmenbedingungen und -strukturen für Pädagog*innen zu fördern, die ein effektives und langfristiges Planen und Handeln ermöglichen. So zielt beispielsweise in NÖ der Hochschullehrgang »Suchtprävention in Schulen« darauf ab, Pädagog*innen darauf vorzubereiten, Methoden der Suchtprävention zielsicher und eigenverantwortlich durchzuführen. Im Rahmen der Fortbildung wird spezielles Augenmerk darauf gelegt, Pädagog*innen mit Grundlagenwissen zur Suchtprävention auszustatten, damit sie nachhaltig Suchtprävention im Setting Schule verankern können.

Besonders zu betonen ist, dass Pädagog*innen, die bemüht sind, auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Kinder und Schüler*innen einzugehen, jeden Tag suchtpräventiv arbeiten. Eine positive Lehrer*innen-Schüler*innen-Beziehung und das Schulklima sind wichtige Schutzfaktoren bei der Entstehung psychischer Erkrankungen, zu denen auch die Abhängigkeitserkrankung zählt. In der Schule sind es oft die Kleinigkeiten, die im Alltag wenig auffallen, die einen nachhaltigen Unterschied machen: Ein*e Volksschullehrer*in, der*die dem Kind hilft, das richtige Wort für ein unangenehmes Gefühl zu finden. Ein*e Deutschlehrer*in, der*die das »Ich kann nicht...« eines Schülers oder einer Schülerin mit »Du kannst NOCH nicht...« korrigiert. Oder ein*e Mathematiklehrer*in,



Eine positive Lehrer*innen-Schüler*innen-Beziehung und das Schulklima sind wichtige Schutzfaktoren bei der Entstehung psychischer Erkrankungen.

der*die sich erkundigt, ob es einem gut geht, wenn eine Note nicht den Erwartungen entspricht.

Für nachhaltige Suchtprävention in den Schulen benötigt es neben engagierten Pädagog*innen, die mit ihren Schüler*innen arbeiten, auch eine wertschätzende Grundhaltung, einen respektvollen Umgang und eine entsprechende Schulkultur, an der alle Akteur*innen mitwirken. Der Umgang des Personals miteinander ist ein wichtiger Punkt, welcher sich positiv oder negativ auf die Schüler*innen auswirken kann. Hier fällt dem gesamten Schulpersonal eine Vorbildwirkung zu. Wie wird beispielsweise mit Fehlern oder Konflikten umgegangen? Welche Maßnahmen werden zur Prävention von Stress bzw. Abbau von Stress gesetzt? Wie ist der Umgang mit Substanzen oder Verhaltensweisen in der Schule geregelt?

Die Vorbildwirkung trägt maßgeblich dazu bei, wie Kinder und Jugendliche ihr Konsumverhalten entwickeln. Direktor*innen, Lehrer*innen und/oder die Familien sollten gemeinsam das Nutzungsverhalten diskutieren, Regeln aufstellen und umsetzen. Mögliche Beispiele fangen bei den Regeln an, bei Schulfesten keinen Alkohol auszuschenken oder nach Unterrichtsende keine Hausübungen über Onlineplattformen mehr aufzugeben, bis hin zu einer

festgelegten konsumfreien Zeit – unabhängig davon, ob es um Konsum von Alkohol oder digitalen Medien geht.

Auch die Rahmenbedingungen in der Schule können zur Prävention von Abhängigkeitserkrankungen beitragen. Gibt es an der Schule einen Raum, wo sich Schüler*innen zurückziehen, entspannen oder miteinander reden können? Oder gibt es Schulsozialarbeiter*innen, denen sich die Schüler*innen anvertrauen können, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen? Werden Lehrer*innen dabei unterstützt, sich entsprechend fortzubilden? Gibt es an der Schule eine Ansprechperson, die bei Fragen rund um das Thema »Suchtprävention in Schulen« helfen kann? Haben Lehrer*innen und Direktor*innen das Wissen um die Handlungsmöglichkeiten und Pflichten bei Verdacht auf pathologisches Verhalten, Essstörungen oder Substanzkonsum von Schüler*innen? Oder wissen sie, wo sie sich gegebenenfalls Informationen holen können?

Der Kindergarten und die Schule als jene Institutionen, die Kinder und Jugendliche für das Leben vorbereiten und sie zu gesunden und gesundheitsbewussten Menschen heranbilden sollen, tragen eine große Verantwortung für diese. Universalpräventive Projekte der Suchtprävention, aber auch Hilfe bei der

Handhabung von akuten Anlassfällen tragen nachweislich zu einer gesunden Entwicklung und damit zur psychischen Gesundheit bei. Dabei dürfen aber auch die Selbstfürsorge sowie die Gesundheit der einzelnen Pädagog*innen und Eltern nicht auf der Strecke bleiben.

Wirkungsorientierte Suchtprävention in Kindergarten und Schule ist ein durchaus komplexes, vielschichtiges Thema. Wenn Sie Fragen haben oder wir Ihr Interesse geweckt haben, Suchtprävention in Ihrem Kindergarten, Ihrer Schule oder in Ihrer Institution in NÖ umzusetzen, freuen wir uns über Ihren Anruf! Gerne planen wir mit Ihnen gemeinsam die nächsten Schritte.

Für Fragen zum Thema Suchtprävention in den Bundesländern finden Sie mehr Information bei der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung unter <https://www.suchtvorbeugung.net/>.

Literatur kann in der Redaktion nachgefragt werden

Mag.^a Irene Weichhart

ist Mitarbeiterin der Fachstelle NÖ, Gesundheitspsychologin und Klinische Psychologin (PG-13), zertifizierte Psychologische Online-Beraterin. Langjährige Erfahrung in der Suchtarbeit, seit 2018 bei der Fachstelle NÖ Projektleiterin für Kindergarten und Volksschule. Betreuung von Schulen bei der Umsetzung des § 13 SMG sowie dem Arbeitsschwerpunkt Cannabis.

Suchtprävention im Verein Grüner Kreis



von Nina Schindling

Prävention im Grünen Kreis findet vorrangig im Primärbereich statt und richtet sich an Schulen und Betriebe.

Präventive Maßnahmen zielen grundsätzlich darauf ab, ein unerwünschtes Ereignis zu vermeiden und Menschen dazu zu befähigen, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen (psychischen) Gesundheit auszuüben (Ottawa-Charta, 1986). Im Bereich der Suchtprävention unterteilt man häufig in Primärprävention (Prävention bei nicht selektierten Personengruppen), Sekundärprävention (Prävention bei Hochrisikogruppen) und Tertiärprävention (Behandlung und Rückfallprävention bei manifest Erkrankten).

Prävention durch den Verein Grüner

Kreis findet vorrangig im Primärbereich statt und richtet sich an Schulen und Betriebe. Zielgruppen sind Führungskräfte, Mitarbeiter*innen, Schüler*innen und Lehrkräfte. Bei Bedarf wird das Angebot um Eltern- und Angehörigenarbeit erweitert.

Das Team der Abteilung für Suchtprävention vom Verein Grüner Kreis hat es sich zum Ziel gesetzt, altersgerechte und fachlich fundierte Informationen zum Thema Sucht zur Verfügung zu stellen. Je nach Anfrage wird ein individuelles und passgenaues Konzept erstellt, welches sich an den Bedürfnissen der Teilnehmer*innen orientiert. Die Inhalte der Vorträge sind dabei nicht ausschließlich substanzspezifisch ausgerichtet, sondern beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten, wie Medien-, Kauf- oder Esssucht.

Vermittelt werden beispielsweise die allgemeinen Kriterien einer Suchterkrankung gemäß dem internationalen Klassifikationssystem der WHO – starkes Verlangen/Craving, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, körperliches Entzugssyndrom, Verlust anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums und anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen (ICD-10; Dilling & Freyberger, 2019). Weiters finden Entstehungsmodelle sowie die gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Folgen einer Suchterkrankung Eingang in die Vorträge. Ein besonderes Anliegen ist es zudem, die Reflexion des eigenen Umgangs mit dem Thema Sucht zu fördern. Bei jugendlichen Teilnehmer*innen sind darüber hinaus die Stärkung der Persönlichkeit und des Selbstwertes, die Förderung eines positiven Umfeldes sowie Informationen über gesetzliche Rahmenbedingungen in Bezug auf legale und illegale Suchtmittel zentrale Elemente. Nachdem ein umfangreicher Wissensaustausch zum Thema Sucht stattgefunden hat, werden der

Resilienzbegriff ausführlich diskutiert und wichtige Schutzfaktoren in Hinblick auf die Suchtthematik erarbeitet. Resilienz steht für die Fähigkeit einer Person, mit den Folgen belastender Lebensumstände relativ unbeschadet umzugehen und Bewältigungsfähigkeiten zu entwickeln. Sie stellt neben einem positiven Selbstwertgefühl, Beziehungskompetenzen und kommunikativen Fähigkeiten einen von vielen wichtigen Schutzfaktoren dar, die entwickelt bzw. erlernt werden können. Insgesamt sollen den Teilnehmer*innen praktische Werkzeuge an die Hand gegeben und ein Gefühl der Handlungsfähigkeit vermittelt werden.

Die Anzahl jener Personen in Österreich, die unter einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung leiden, beläuft sich ohne Berücksichtigung von Tabakmitteln in etwa auf fünf Prozent und verdeutlicht die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen (Wancata, 2023). Insbesondere ein früh einsetzender und im Jugendalter eskalierender Substanzkonsum erhöht das langfristige Risiko, eine substanzbezogene Störung zu entwickeln (Perkonig et al., 2008). Erfahrungsgemäß ist Prävention daher umso wirksamer, je früher sie stattfindet. Frühe Interventionen können helfen, experimentellen sowie missbräuchlichen Gebrauch von Suchtmitteln und damit den Einstieg in eine Suchtkarriere zu verhindern. Ebenso kann Suchtprävention Personen mit manifester Suchterkrankung ermutigen, sich die notwendige Unterstützung zu holen, sowie Angehörigen, die oftmals problematisch in die Sucht des Betroffenen verstrickt sind, wertvolle Handlungsstrategien im Umgang mit der jeweiligen Person vermitteln.

Nina Schindling, MSc
Klinische Psychologin
Sozialhilfeeinrichtung Meierhof

Suchtberatung aus Erfahrung



von Andrija Lukic,

Durch meine Erfahrungen mit der Sucht schaffe ich es auch, tabuisierte Themen anzusprechen, die noch mehr Verständnis für das Thema Sucht bringen.

Mein Name ist Andrija. Ich bin als Suchtberater in der Prävention sowie in der stationären Therapie beim Verein Grüner Kreis tätig. Ich war selbst über 13 Jahre suchtkrank und bin seit 11 Jahren abstinent. In der Suchtprävention bin ich immer wieder erstaunt über die Mitwirkung und das Interesse, das uns bei den Vorträgen und Workshops entgegengebracht wird. Insbesondere, wenn ich als Ex-User von meinen Erfahrungen erzähle. Die Fragen richten sich in verschiedene Richtungen. Was wird konsumiert? Wie wird es konsumiert? Welche Wirkung hat die Substanz? Wie kann ich mich schützen? Was

sind die Folgen der Sucht? Und natürlich die wichtigste Frage: Wie ist es dazu gekommen?! Die Teilnehmer*innen erlebe ich sehr offen und wissbegierig. Ich habe über 13 Jahre Heroin, Kokain und Cannabis konsumiert! Cannabis war die Einstiegsdroge, und da die Legalisierung in verschiedenen Ländern stattfindet, wird der Konsum schon im Jugendalter gerne mal ausprobiert! Deswegen finde ich die Suchtprävention und Aufklärung sehr wichtig, insbesondere bei vulnerablen Gruppen. Gruppenzwang spielt dabei laut den Schüler*innen unter anderem eine große Rolle. Umso mehr ist das Vermitteln eines gesunden Umgangs mit schwierigen Situationen und Krisen zentral. Wir können beobachten, dass die Teilnehmer*innen sehr aktiv bei den Suchtworkshops mitmachen und gerne diskutieren. Durch meine Erfahrungen mit der Sucht schaffe ich es auch, tabuisierte Themen anzusprechen, die noch mehr Verständnis für das Thema Sucht bringen. Mediensucht, Medikamentensucht, Drogensucht, Alkoholsucht, Spielsucht usw. Das sind nur einige Abhängigkeiten von vielen – ob stoffgebunden oder stoffungebunden. Durch die Suchtprävention versuchen wir, Entlastung zu schaffen und Lernprozesse in Gang zu setzen.

Laut Rückmeldungen von Schülern und Betrieben gelingt uns dies gut. Was die Jugendlichen meiner Meinung nach heute brauchen, ist: Aufklärung über die Sucht! Wie sie entsteht, Fallbeispiele von Vortragenden, die selbst Erfahrung haben und es auch offen ansprechen, Aufklärung über das Risiko und Schutzfaktoren, Folgen der Sucht und deren Gesundheitsschäden. Bei der Suchtprävention in den Betrieben liegt der Fokus verstärkt auf einem Umgang mit Krisen, Stressabbau und dem Leisten von Hilfestellung. Ich bekomme oft Aussagen zu hören wie: Ich kenne da jemanden, der jemanden kennt, der

wiederum am Arbeitsplatz Alkohol konsumiert. Besonders wertvoll finden die Menschen, die an unseren Workshops teilnehmen, die Kombination aus Therapeut*innen, Psycholog*innen und Suchtberater*innen wie mir, die selbst die Suchtkrankheit durchgelebt haben. Mit 14 Jahren hatte ich meinen ersten Kontakt mit Cannabis. Damals hatten wir keine Suchtpräventionsvorträge in der Schule. Die familiäre Situation war alles andere als stabil. Keine Bezugspersonen und Leistungsdruck in der Schule. Ein Joint, um dazuzugehören! So fing es an. Hätte ich damals die Möglichkeit gehabt, an der Suchtprävention teilzunehmen, wäre vielleicht alles anders gelaufen.

Alles in allem fühle ich mich geehrt, die Menschen zu begleiten, die unser Angebot aus Suchtprävention in Anspruch nehmen und sehr positiv annehmen.

Literatur

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2019). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation (9. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61669). Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa.

Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R. et al. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103, 439–451.

Wancata, J. (2023, 26. Mai). Epidemiologie und Versorgung von Sucht und anderen psychischen Erkrankungen [Kongressbeitrag]. Arbeit – Sucht – Sinn. Wien: Verein Grüner Kreis.

Andrija Lukic

Suchtberater

Sozialhilfeeinrichtung Königsberghof

- bekräftigt, dass die DrogenkonsumentInnen selbst die Hauptverantwortlichen für die Verringerung der mit ihrem Drogenkonsum verbundenen Schäden sind, und ist bestrebt, die KonsumentInnen zu befähigen, Informationen auszutauschen und sich gegenseitig bei Strategien zu unterstützen, die ihren tatsächlichen Konsumbedingungen entsprechen (Empowerment 2).

- anerkennt, dass die Realitäten von Armut, Schichtzugehörigkeit, Rassismus, sozialer Isolation, früheren Traumata, geschlechtsspezifischer Diskriminierung und anderen sozialen Ungleichheiten sowohl die Anfälligkeit der Menschen für Drogengebrauch, drogenbedingte Schäden als auch ihre Fähigkeit, damit wirksam umzugehen, beeinflussen.

- versucht nicht, den realen und tragischen Schaden und die Gefahr, die mit dem legalen und illegalen Drogenkonsum verbunden sind, zu minimieren oder zu ignorieren.

:7. Die vielschichtige Effizienz des Prinzips

Schadensreduktion dient dem/der einzelnen Abhängigen und der Gemeinschaft, darüber hinaus aber auch ökonomischen Zielvorstellungen.

Was für den/die Abhängige/n Überlebenshilfe bedeutet, bedeutet für die Gemeinschaft Begrenzung der Folgeschäden und der damit verbundenen Kosten der Abhängigkeit. Dabei muss verstanden werden, dass die ökonomischen gesellschaftlichen Belastungen der Abhängigkeit in der Form von direkten und indirekten Kosten bestehen. Die direkten Kosten betreffen das Gesundheits-, das Rechts- und das Sozialsystem und schließen weiters materielle Schäden ein, die indirekten Kosten schlagen sich in Frühsterblichkeit, Überschussmorbidity und Arbeitslosigkeit zu Buche.

In diesem Kontext ist es von vitaler Bedeutung, dass den Menschen mit Drogenproblemen ein Zugang zu guter medizinischer Prophylaxe und Versorgung zur Verfügung steht. Viele Menschen, die Drogen konsumieren, bevorzugen informelle und niedrigschwellige Angebote gegenüber klinischen Angeboten. Die niedrigschwelligeren medizinischen Versorgungsangebote sind kosteneffizient, indem sie Folgekosten verringern und ein notwendiges Mittel repräsentieren, die Belastung der Gemeinschaft durch Übertragung infektiöser Krankheiten zu reduzieren.

Safe Sex – Beratung und AIDS-Prophylaxe sind ebenfalls in diesem Sinn wichtige Maßnahmen, die den Abhängigen selbst, darüber hinaus aber auch gefährdeten Segmenten der Gesamtbevölkerung zugutekommen. Obwohl verschiedene sozialmedizinische Maßnahmen der Verelendung der Abhängigen entgegenarbeiten, geht dennoch ein bestimmter Anteil der abhängigen Klientel der Prostitution nach.

Safe Use – Information und Bemühungen, die Eigenkompetenz der DrogenkonsumentInnen zu verbessern helfen dem/der einzelnen GebraucherIn, die gesundheitlichen Risiken des Umganges mit Drogen zu begrenzen, ersparen aber auch der Gemeinschaft zum Teil die hohen direkten und indirekten Kosten, die aus den gesundheitlichen Belastungen injizierender Abhängigkeitskranker entstehen. Da erfolgreiche Safe-Use-Information das Risiko reduziert, dass die Abhängigen sich mit Hepatitis oder HIV infizieren, ist sie darüber hinaus ebenfalls prophylaktisch wirksam.

Substitutionsprogramme ermöglichen dem/der einzelnen Abhängigen eine Verbesserung seines/ihrer Gesundheitszustandes, erleichtern den Zugang zur medizinischen Versorgung und stellen eine Grundbedingung für soziale und berufliche Integration dar. Darüber hinaus reduzieren sie im Sinne des Gemeinschaftslebens die Belastung durch drogenbezogene Delinquenz und die Kosten, die aus frühzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Berentung der abhängigen Klientel erwachsen.

Schadensbegrenzende Maßnahmen arbeiten insgesamt einer Überschusskriminalisierung und -pönalisierung entgegen. In diesem Sinne tragen sie in positivem Sinn zur Ökonomie des Landes bei. Sie ersparen der Gemeinschaft die hohen Kosten der Pönalisierung und dem Individuum die ebenso hohen Folgekosten der Kriminalisierung. Der letztere Faktor schlägt dann auch in der Sozialökologie des Landes zu Buche. Eine hohe Anzahl desintegrierter und nur schwer resozialisierbarer Individuen stellt einen hohen Risikofaktor und eine schwere Belastung für das Gemeinschaftsleben dar. Strategien, die diese Belastungen vermeiden helfen, kann dementsprechend große Bedeutung zuerkannt werden.

8. Zusammenfassende Bemerkung über den Wert der Schadensbegrenzung

Der Begriff Harm Reduction bezieht sich

heute auf Maßnahmen, Programme und Projekte, die darauf abzielen, die gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schäden im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zu verringern. Es handelt sich um einen wissenschaftsbezogenen, den allgemeinen Menschenrechten verpflichteten, evidenzbasierten und kosteneffizienten Ansatz, der dem/der Einzelnen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft Vorteile bringt.

Darüber hinaus ist aber »Harm Reduction« auch eine Bewegung für soziale Gerechtigkeit geworden, die auf dem Glauben an und der Achtung der Rechte von Menschen, die Drogen konsumieren, beruht.

Schadensreduzierende und risiko-reduzierende Maßnahmen sind unverzichtbare Bausteine im Kampf gegen die Auswirkungen des illegalen Drogengebrauches geworden und entsprechen dem Niveau moderner Vorstellungen in der Sozialmedizin. Sie sind auf keine Weise ersetzbar. Vorstellungen, dass dem Drogengebrauch und seinen Auswirkungen nur mittels repressiver Maßnahmen begegnet werden kann, in deren Kontext dann gerne auch die Schadensreduktion ungünstig beurteilt oder gar als Katalysator illegalen Handelns verstanden wird, übersehen, dass es hier kein Entweder-oder geben kann, sondern dass es sich um Strategien auf verschiedenen Handlungsebenen auf der Grundlage verschiedener Interpretationsniveaus entsprechend verschiedenen Paradigmen handelt.

Auch bei massiver Kriminalisierung des Drogengebrauches wird sich die Erkenntnis, dass Abhängige kranke Menschen sind, die Hilfe benötigen, doch letztlich immer wieder aufdrängen; die Einsicht, dass Krankheit sich nicht verbieten lässt, sollte dann auch nicht weit sein. Die Notwendigkeit sozialmedizinischen Handelns wird durch Pönalisierung nicht aufgehoben. Bestenfalls wird sie dadurch lediglich aufgeschoben, schlimmstenfalls wird die therapeutische Möglichkeit in ihrer Wirksamkeit für den/die Einzelne/n und die Gemeinschaft behindert.

Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer

FA für Neurologie und Psychiatrie. Ausbildung in klassischer Psychoanalyse. Bis 2010 Leiter des außeruniversitären interdisziplinären Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung. Bis 2010 Herausgeber der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung gemeinsam mit Rudolf Mader. Zahlreiche Publikationen aus den Bereichen Psychiatrie, Suchtforschung, Sexualwissenschaft und Film.

Die Publikation von Montag und Elhaj zeigt sehr eindrücklich, wie komplex das Thema der Regulierung des Smartphonegebrauchs ist. Es braucht daher einen aufrichtigen und differenzierten Diskurs, um nicht ähnliche Fehler in einer überzogenen Radikalität zu machen, wie dies bei alten »Kulturgütern« wie z.B. dem Alkohol passiert ist.

In einem Artikel, der sich mit Gedanken zur Prävention und Risikominimierung bei intensivem oder exzessivem Smartphonegebrauch auseinandersetzt, dürfen – bei all der aufgezeigten Komplexität – praktische Empfehlungen dennoch nicht fehlen.

Beginnen wir zunächst mit einer Strategie, die kaum negative Reaktionen hervorruft, da sie nicht restriktiver Natur ist. »Benutzen Sie/Kaufen Sie Ihren Kindern eine Armbanduhr!« Die empirische Forschung (siehe Montag et al., 2015) konnte klar belegen, dass die Nutzung des Smartphones als Uhr zu einer nahezu 6-fachen Nutzungsdauer führt, da mit dem AbleSEN der Uhrzeit auch neue Notifications (Nachrichten) registriert werden, die unmittelbar, in fast zwanghafter Weise, eingesehen und unter Umständen auch beantwortet werden müssen. Gleiches gilt für die Nutzung des Smartphones als Wecker, wenngleich die Nutzungsdauer nicht dermaßen stark ansteigt wie beim Ablesen der Uhrzeit. Daher: »Benutzen Sie/Kaufen Sie Ihren Kindern einen Wecker« (siehe dazu auch Scheibenbogen, 2022).

Definieren Sie »Digital Detox Times« für sich bzw. Ihre Kinder. Gewohnheiten zu durchbrechen und auf das Smartphone temporär zu verzichten, ermöglicht, andere Erfahrungen zu machen, und hilft bei der Reflexion des Nutzungsverhaltens.

werden z.B. Eltern dabei unterstützt, Maßnahmen zu setzen, um den Konsum der Kinder positiv zu beeinflussen. Andererseits jedoch werden sie auch selbst in ihrer psychischen Gesundheit gestärkt, was eigenen Erkrankungen vorbeugt.

Was tun, wenn der Präventionszug schon abgefahren ist?

Nicht alle Situationen lassen sich so lösen, sodass alle Beteiligten damit einverstanden sind. Trotzdem ist es notwendig, dass sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch erziehende Personen weitestgehend psychisch gesund bleiben.

Kommt es zu einer intensiven Nutzung sozialer Medien, so sollten sich als grobe Empfehlung reale Kontakte/Freunde und virtuelle Kontakte/Freunde wenn möglich die Waage halten, sodass »echte« Begegnungen in der realen Welt nicht vernachlässigt werden.

Als Elternteil ist es wichtig, Regeln des Umgangs mit digitalen Endgeräten gemeinsam mit dem Kind zu erarbeiten, damit dieses die Möglichkeit der Mitbestimmung hat und den Grund der Maßnahmen auch ausreichend erfassen kann. Konsequentes und transparentes Handeln, um die besprochenen und vereinbarten Regeln einzuhalten, ist jedoch von Beginn an unumgänglich. Angedrohte Konsequenzen, die dann doch nicht folgen, konterkarieren die in der Familie mühsam erarbeiteten Regeln im Handumdrehen.

Auch müssen Sie sich als Elternteil ferner bewusst sein, dass Sie nur bedingten Einfluss auf das Medienkonsumverhalten Ihrer Kinder haben. Mit zunehmendem Alter sinkt der Einfluss des Elternhauses, jener der Peergroup steigt rapide.

Reflektieren Sie auch Ihren eigenen Medienkonsum. Sie sind ein Modell, an dem sich die Kinder orientieren. Ein Vorschulkind kann beispielsweise nicht unterscheiden, ob das berufliche E-Mail des Vaters, das das Abendessen unterbricht, tatsächlich notwendig war oder ob es sich beim beobachteten Verhalten des Vaters am Smartphone nicht um »Spielen« handelt.

Aus der Beratungs- und Therapieerfahrung wird deutlich, dass die hilfesuchenden Angehörigen oftmals sehr wenig Ahnung darüber haben, welche Applikationen (Spiele und andere Programme) ihr Kind an Smartphone & Co gerade in Betrieb hat. Daher heißt Prävention

Manchmal ist auch Abstand oder eine Unterbringung bzw. die Vermittlung in ein anderes Setting notwendig, sei es Fremdunterbringung, sei es Therapie (sowohl ambulant als auch stationär), eine präventive Maßnahme, die vor weiteren Schäden schützt.

Eine Beratungseinrichtung aufzusuchen, egal ob als direkt oder indirekt Betroffene_r, ist auf jeden Fall ein wichtiger Schritt und bringt meistens eine Verbesserung der Situation mit sich. Damit die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme so niedrig wie möglich bleibt, sind vielfältige Kontaktmöglichkeiten, aber auch ein Einblick in die Arbeitsweise von

auch gleichzeitig, sich für die Dinge, die Kinder am Smartphone so machen, zu interessieren und unter Umständen auch mitzulernen.

Literatur

Hadar, A., Hadas, I., Lazarovits, A., Alyagon, U., Eliraz, D., Zangen, A. (2017): Answering the missed call: Initial exploration of cognitive and electrophysiological changes associated with smartphone use and abuse. PLoS ONE.

Kushlev, K., Proulx, J., Dunn, E. W. (2016): »Silence Your Phones»: Smartphone Notifications Increase Inattention and Hyperactivity Symptoms. CHI 1011-1020.

Mader, R., Scheibenbogen, O. (2023): Always on. Verführung und Gefahren digitaler Medien. Maudrich.

Montag, C., Elhai, J. (2023): Do we need a digital school uniform? Arguments for and against a smartphone ban in schools. Societal Impacts, 1. <https://doi.org/10.1016/j.socimp.2023.100002>.

Montag, C., Kannen, C., Lachmann, B., Sariyska, R., Duke, E., Reuter, M., Markowitz, A. (2015): The importance of analogue zeitgebers to reduce digital addictive tendencies in the 21st century. Addictive Behaviors Reports 2, 23–27.

Scheibenbogen, O. (2022): Phono Sapiens. Über die psychoaktive Wirkung neuer mobiler Endgeräte. Berlin: Parodos.

Mag. Dr. Oliver Scheibenbogen

Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe am ANTON PROKSCH INSTITUT
Leitung klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung; Leitung Akademie Stabsstelle Leistungsentwicklung und Evaluation, Forschungskordinator

Prim. Dr. Roland Mader

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie; Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin; Abteilungsvorstand der Abteilung III im Anton Proksch Institut. Seit 2018 ist Roland Mader Leiter der Sektion Sucht der ÖGPP.

Facheinrichtungen förderlich, z.B. über einen Social-Media-Account.

»Dialog« findet man auf Instagram und alle Kontaktmöglichkeiten findet man unter: <https://www.dialog-on.at/>.

Fachstellen in den Bundesländern

<https://www.suchtvorbeugung.net/>

Martin Springer, BA

Sozialarbeiter und Trainer in der Suchtprävention. Er arbeitet seit vielen Jahren in einer Ambulanz von »Dialog – Individuelle Suchthilfe« für Menschen mit einer Suchterkrankung und in der Prävention an Schulen und in Organisationen.



prämiertes BIO-Olivenöl | feinste Essige



GENUSSESENZEN

www.gruenerkreis.at/de/landwirtschaft/genussensenzen



grüner kreis

Beratung & Hilfe

Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.^a Mirjam Ohr

Wien

Mag.^a Mirjam Ohr MA (W)

Tel.: +43 (0)664 8111021

mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 3840827

mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

DSA Birgit Handler-Puhl, MA (Justiz Wien)

Tel.: +43 (0)664 811 1665

mail: birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at

Lisa Kläring, BA

Tel.: +43 (0)664 811 1018

mail: lisa.klaering@gruenerkreis.at

Reinhard Krainer, BA

Tel.: +43 (0)664 180 97 09

mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)

Tel.: +43 (0)664 2305312

mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at

Wolfgang Kaufmann (NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 8111002

mail: wolfgang.kaufmann@gruenerkreis.at

Gabriele Stumpf (NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 8111676

mail: gabriele.stumpf@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Elisabeth Schnitzer, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

mail: elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

Armin Steiner-Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at

Steiermark

Anna-Maria Ranftl, MA

Tel.: +43 (0)664 8111023

mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

Sarah Maria Koberg MA

Tel.: +43 (0) 664 811 1041

mail: sarah.koberg@gruenerkreis.at

Wenzel Havlovec BA

Tel. Nr. 0664/8111663

mail: wenzel.havlovec@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler BA

Tel.: +43 (0)664 384 0280

mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Salzburg

Armin Steiner-Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Dipl. Päd. Marcel Kogler BA

Tel.: +43 (0)664 384 0280

mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Elisabeth Schnitzer, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

mail: elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40

mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11

Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22

mail: bwien3@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14

Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721

mail: ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12

Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40

mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Conrad-Platz 3

Tel.: +43 (0)664 384 0280 | Fax: +43 (0)463 590127

mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11

Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40

mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at



grüner kreis