

DIE NEUE STEIRISCHE SUCHTPOLITIK



Das Land
Steiermark

→ Gesundheit und Pflegemanagement



INHALT

01	VORWORT
04	SOUNDING BOARD
05	QUO VADIS, SUCHTPOLITIK?
06	ZEHN LEITLINIEN STEIRISCHER SUCHTPOLITIK
07	LEITLINIE 1: ORIENTIERUNG AM SCHADENSPOTENZIAL UND AN DER TATSÄCHLICHEN PROBLEMLAST VON SUBSTANZEN ODER VERHALTENSWEISEN MIT SUCHTPOTENZIAL
09	LEITLINIE 2: PRÄVENTION DURCH STRUKTURELLE MASSNAHMEN IN ALLEN POLITIKFELDERN
11	LEITLINIE 3: DIFFERENZIERTE ZIELGRUPPENORIENTIERUNG
13	LEITLINIE 4: INHALTLICHE AUSWEITUNG DER SUCHTPOLITIK AUF PSYCHOAKTIVE MEDIKAMENTE, SUBSTANZUNGBUNDENE SÜCHTE UND VERHALTENSWEISEN SOWIE PRODUKTE ZUR OPTIMIERUNG DER LEISTUNGSBEREITSCHAFT UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT
15	LEITLINIE 5: ANGEBOTSTEUERUNG
17	LEITLINIE 6: SICHERSTELLUNG EINES DIFFERENZIIERTEN UND INTEGRIERTEN HILFSANGEBOTS
19	LEITLINIE 7: ÖFFNUNG DER MEDIZINISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN REGELVERSORGUNG FÜR DIE BETROFFENEN
21	LEITLINIE 8: REGIONALISIERUNG UND WOHNORTNAHER AUSBAU DER SUCHTHILFE
23	LEITLINIE 9: EVIDENZBASIERTE SUCHTPOLITIK
25	LEITLINIE 10: AKTIVE SUCHTPOLITIK
26	ZIELE UND MASSNAHMEN FÜR DIE UMSETZUNG DER NEUEN STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK
26	ZIEL 1: SUCHTPRÄVENTION
28	ZIEL 2: SUCHTHILFE
31	ZIEL 3: STEUERUNG
32	IMPRESSUM
32	QUELLENVERZEICHNIS



Mag.ª Kristina EDLINGER-PLODER

Landesrätin für Wissenschaft & Forschung,
Gesundheit und Pflegemanagement

01

STARK FÜR DAS LEBEN MACHEN

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

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

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

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

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

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

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

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

HR Dr. med. Odo FEENSTRA

Landessanitätsdirektor



02

VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT

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

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

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

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

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

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

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



DSA Klaus Peter EDERER

Suchtkoordinator des Landes Steiermark

03

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

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

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

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

**Manfred H. GEISHOFER**

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

**DSA Renate HUTTER, MSc**

Organisation: Drogenberatung des Landes Steiermark
Funktion: Leitung

**DSA Claudia Kahr**

Organisation: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
Funktion: Geschäftsführung

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

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

**DSA Roland URBAN, MAS**

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

**Dr. Ulf ZEDER**

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



QUO VADIS, SUCHTPOLITIK?

Suchtpolitik ist seit jeher stark von unterschiedlichen Normvorstellungen und Werteorientierungen geprägt. Heutzutage verfolgen mit Ausnahme Schwedens keine westlichen Industrienationen das Ideal einer suchtfreien Gesellschaft, welches zu einer Nulltoleranzpolitik auch gegenüber Konsument/innen führt. Mittlerweile wird Substanzkonsum- und Suchtverhalten auch politisch als gesellschaftliches Phänomen toleriert, weil dadurch vernunftbegabte Problemlösungskapazitäten gesteigert werden können. Die Komplexität von Sucht selbst sowie von verschiedenen Sachzwängen und Interessenslagen fordert fortwährend suchtpolitische Entscheidungen, die durch die vorliegende Leitlinie zur neuen Steirischen Suchtpolitik unterstützt werden können.

Das von wesentlichen Expert/innen aus den Bereichen Suchtprävention sowie Suchthilfe und Schadensminimierung mitgetragene politische Konzept möchte dabei vermeiden, dass die Sichtweisen auf Suchtpolitik mit dem Legalstatus einzelner Substanzen und Verhaltensweisen begrenzt sind oder sich Suchtpolitik auf Suchthilfepolitik und in weiterer Folge auf Suchthilfe-Finanzierungspolitik beschränkt. In der Steirischen Suchtpolitik geht es um jenen gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit psychoaktiven Substanzen sowie Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial, der gesundheitspolitisch relevant ist. Diese Definition beinhaltet, dass nicht nur Abhängigkeit oder die Folgen von Abhängigkeit, sondern bereits schädliche Gebrauchsformen sowie Gewohnheitskonsum und -verhalten in ihrem gesellschaftlichen Kontext gesehen werden.

Vielmehr tritt die neue Steirische Suchtpolitik für eine Erweiterung der inhaltlichen Orientierung und strategischen Ausrichtung ein. Suchtpolitik darf sich nicht auf seine traditionelle Funktion beschränken, durch die Finanzierung von Suchthilfeangeboten eine bessere Versorgung von Betroffenen zu ermöglichen. Sie erreicht ihre Bestimmung dann, wenn eine aktive Suchtpolitik legislative und regulatorische Be-

stimmungen verhandelt und erlässt, die das Potenzial haben, Sucht in der Bevölkerung zu reduzieren.

Dabei wird die Bedeutung der jeweils mit einzelnen Substanzen und Suchtverhalten einhergehenden Krankheitslast für die steirische Bevölkerung zu einem Ausgangspunkt aller weiteren suchtpolitischen Entscheidungen: Tabak-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie Spiel- und Internetsucht erhalten künftig größere Relevanz als bisher und dies hat vor allem damit zu tun, dass die gesundheitlichen Folgen, die von ihnen für die Gesellschaft insgesamt ausgehen, größer sind als die negativen Konsequenzen des Konsums illegaler Drogen.

Umfassende suchtpolitische Maßnahmen müssen immer auf das Umfeld und das Angebot sowie auf den Konsum und die Nachfrage von Substanzkonsum und Suchtverhalten ausgerichtet sein. Dies bedeutet, auch in der Suchtpolitik nach der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für Substanzkonsum- und Suchtverhalten zu fragen und dabei die Rolle politischer Entscheidungen in verschiedenen Politikfeldern sowie die Rolle marktwirtschaftlicher Akteur/innen zu durchleuchten. In der Zukunft sollen die verschiedensten Anspruchsgruppen anerkennen, dass Suchthilfe zwar einen wichtigen Beitrag leistet, dass aber entscheidende Fortschritte zur Verbesserung der suchtbezogenen Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen erzielt werden können, die überwiegend außerhalb des derzeitigen Einflussbereiches des für Suchtfragen zuständigen Gesundheitsressorts liegen.

Bei der Umsetzung der im Folgenden vorgestellten zehn Leitsätze der neuen Steirischen Suchtpolitik und der dazugehörigen Maßnahmen werden Zahlen, Daten und Fakten sowie gesichertes Wissen über die Wirksamkeit der von der Steirischen Suchtpolitik finanzierten Maßnahmen zu einer wichtigen Steuerungsgrundlage.

ZEHN LEITLINIEN STEIRISCHER SUCHTPOLITIK

06



ORIENTIERUNG AM SCHADENS- POTENZIAL

UND AN DER TATSÄCHLICHEN PROBLEMLAST VON SUBSTANZEN
ODER VERHALTENSWEISEN MIT SUCHTPOTENZIAL

07



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

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

Die dargestellten Zahlen sind konservativ geschätzte absolute Zahlen auf der Basis von Befragungsdaten und Expert/innenschätzungen. Verschiedene Probleme führen dazu, dass die Informationen nur unzureichend vorliegen. Zum Beispiel sind die Befragten nicht immer willens oder in der Lage, wahrheitsgetreue Angaben über ihren Substanzkonsum und ihr Suchtverhalten zu machen, noch mehr, wenn es sich um Angaben über illegales und strafbares Verhalten handelt.

Auch andere Datenquellen wie etwa das bundeseinheitliche Dokumentationssystem im Rahmen des EU-Meldewesens „DOKLI“, die Statistik der Krankenhausentlassungen oder die Aufzeichnungen der Leistungserbringer/innen in der Suchthilfe sind mit erheblichen Schwächen in Bezug auf die Verwertbarkeit der Daten für die Steuerung der Suchthilfe behaftet.



PRÄVENTION DURCH STRUKTURELLE MASSNAHMEN IN ALLEN POLITIKFELDERN

2



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



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

Das „Regenbogenmodell“ der Gesundheitsdeterminanten¹³ hat in verschiedenen Prozessen dazu beigetragen, den Fokus und das Handeln der Akteur/innen zu erweitern. Persönliche Eigenschaften wie Alter, Geschlecht und Vererbung (zentraler Kreis) sind weitgehend unveränderlich. Gesundheit entsteht sozialepidemiologischen Kenntnissen zufolge überwiegend in psychosozialen Lebensbedingungen, die als soziale Gesundheitsressourcen und stärker in sozial ausgewogenen Gesellschaften zur Verfügung stehen (erster Bogen). Gesundheit manifestiert sich und entsteht auch in Folge eines zu- bzw. abträglichen Gesundheitsverhaltens (zweiter Bogen), für dessen Aufrechterhaltung Einzelne irrtümlicherweise oft ausschließlich selbst verantwortlich gemacht werden.

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



DIFFERENZIIERTE ZIELGRUPPEN- ORIENTIERUNG

3



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

Zu Recht fokussieren die Präventionsaktivitäten in der Steiermark auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Die Ursachen für Substanzkonsum- und Suchtverhalten sind in der (frühen) Kindheit verwurzelt, frühzeitige Interventionen stellen somit die Basis der Präventionsaktivitäten dar.

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

Präventionsprogramme sind in der Lage, spezifische Interventionen für verschiedene Gruppen von Betroffenen zu initiieren und zu koordinieren. Die Auswahl und Eingrenzung von Zielgruppen sollte dabei an der epidemiologischen Verteilung der Krankheitslast orientiert sein und sich auf eingegrenzte Altersgruppen beziehen.

Als weitere Kriterien sollten besondere Lebenslagen bzw. Zielgruppen herausgearbeitet werden, wenn bekannt ist, dass diese ein Risiko für die Suchtentwicklung darstellen bzw. diese Personen suchtfährdet sind. Solche eingrenzenden Zielgruppen sind z. B. arbeitslose Jugendliche, Väter nach der Geburt des ersten Kindes, Mütter nach dem Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt, Arbeitnehmer/innen am Übergang zum Ruhestand, Personen nach Trennungs- und Scheidungssituationen oder nach Todesfällen.

Migrant/innen sind beispielsweise eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Die Suchtproblematiken treten in verschiedenen ethnischen Gruppen nicht nur unterschiedlich auf, sondern hängen auch mit dem Zeitpunkt und den Ursachen der Migration, den Lebensbedingungen in der Steiermark und der Integrationsleistung zusammen. So können mehrere Subgruppen mit unterschiedlicher Belastung erkannt werden, zudem sind diese sehr unterschiedlich zugänglich. Die Suchthilfeeinrichtungen weisen auf einen Anstieg von süchtigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund hin.



INHALTLICHE AUSWEITUNG DER SUCHTPOLITIK

4

AUF PSYCHOAKTIVE MEDIKAMENTE, SUBSTANZUNGEBUNDENE SÜCHTE UND VERHALTENSWEISEN SOWIE PRODUKTE ZUR OPTIMIERUNG DER LEISTUNGSBEREITSCHAFT UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

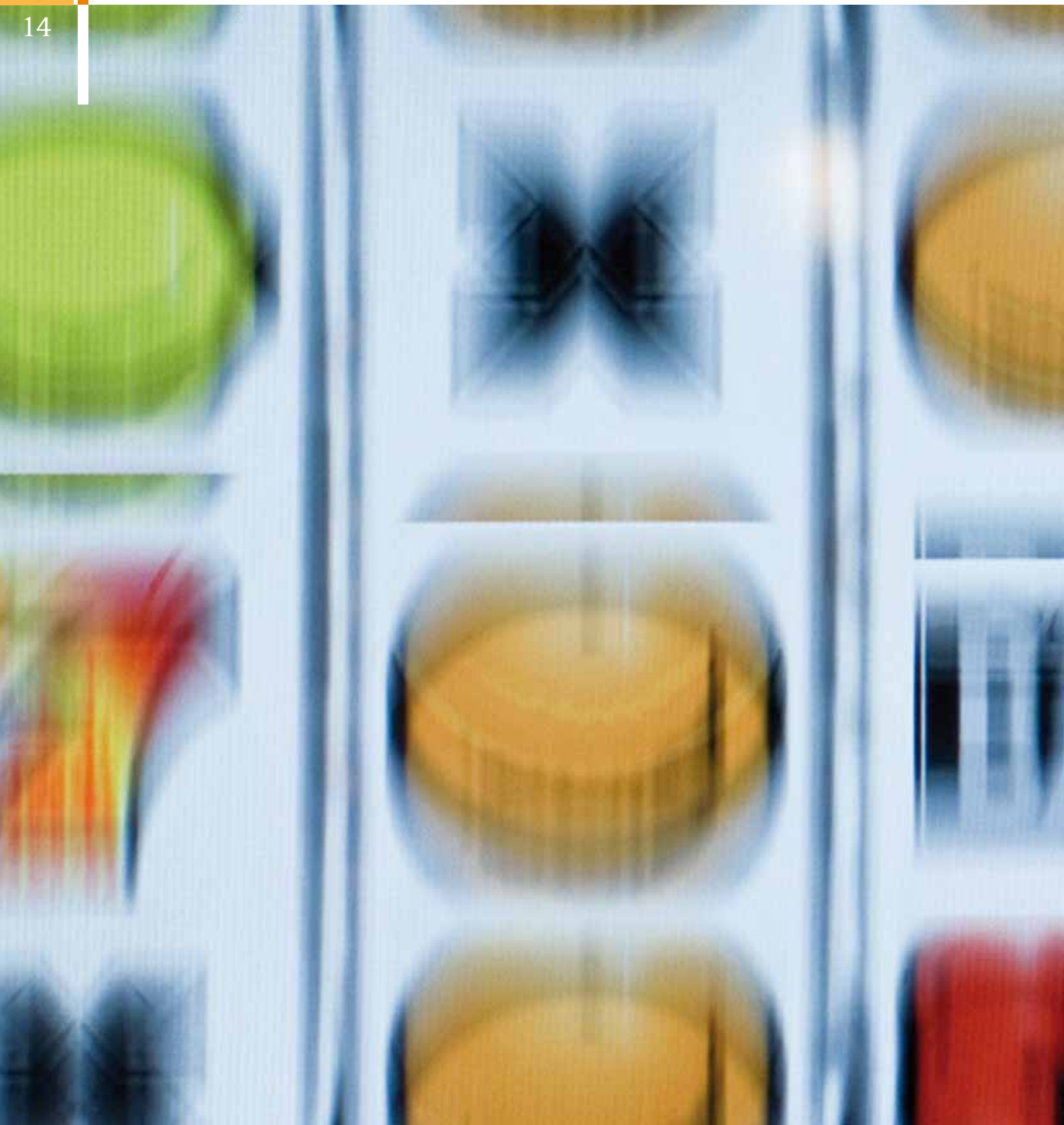
13



Als Problemfelder etablieren sich zunehmend der Konsum legaler Substanzen (Alkohol, Medikamente, Tabak) sowie Verhaltenssüchte (Spielsucht, Essstörungen, Internetsucht). Wichtig ist, dass eine Ausweitung der Suchtpolitik gezielt erfolgt und wissenschaftlich fundierte Situationsanalysen eine gemeinschaftliche Planung von Aktivitäten mit neuen Akteur/innen ermöglichen und die Umsetzung vielfältiger Maßnahmen und deren Evaluation beinhalten.

Zu den bedeutendsten Medikamenten mit Missbrauchspotenzial gehören Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel (z. B. Benzodiazepine), Antidepressiva, Appetitzügler, Parkinson-Mittel, Migräne-Medikamente, anregende Substanzen (z. B. Ritalin) und Potenzmittel. Die von Medikamentenabhängigkeit Betroffenen, es sind überwiegend Frauen¹⁴, erkennen ihren problemhaften Konsum erst spät, gehen mit dem Suchtproblem lange Zeit zurückhaltend um und suchen kaum Beratungsstellen auf, weshalb diese quantitativ große Gruppe relativ unauffällig bleibt, aber hohe Folgekosten für die soziale Krankenversicherung verursacht.

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



ANGEBOTS- STEUERUNG



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

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

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

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

Studien belegen zudem, dass eine Ausweitung der Öffnungszeiten von jenen Geschäften und gastronomischen Betrieben, die Alkohol anbieten, zu einer Zunahme der alkoholbedingten Gewalttätigkeiten führt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass eine Verkürzung der wöchentlichen Öffnungszeiten um 24 Stunden für Einzelhandelsbetriebe, die Alkohol anbieten, pro Jahr weltweit 123.000 Lebensjahre an Behinderung und vorzeitigem Tod vermeiden könnte, was Einsparungen in der Höhe von 98 Mrd. € jährlich entspricht.¹⁵



SICHERSTELLUNG EINES DIFFERENZIERTEN UND INTEGRIERTEN HILFSANGEBOTS

6



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

Die Suchthilfe lässt sich nach ihrer inhaltlichen Konzeption grob in niederschwellige (aufsuchende/nachgehende) und höherschwellige Angebote sowie in akzeptanzorientierte („Schadensminimierung“) und abstinenzorientierte („Therapie“) Angebote differenzieren. Hinsichtlich ihrer Organisationsform werden die Angebote entweder im ambulanten oder im stationären Sektor ausgeführt. Die Leistungen werden zum einen von Einrichtungen erbracht, die auf die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten spezialisiert sind, zum anderen von Einrichtungen der allgemeinen Krankenversorgung und von Beratungs- und Therapieeinrichtungen, die einen Teil ihrer Leistungen ergänzend auch für Abhängigkeitserkrankte anbieten.

Zu einer Unterversorgung kommt es in den Bereichen medizinische Grundversorgung, soziale Arbeit, bei psychosozialer Betreuung und Psychotherapie

für Menschen in Substitutionsbehandlung, für Jugendliche unter 16 Jahren sowie Abhängigkeitserkrankte, die über 45 Jahre alt sind und aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung bereits multiple Problemlagen aufweisen. Ebenso sind Migrant/innen stark von der unzureichenden psychosozialen Versorgung betroffen.

Die Beratung, Begleitung und Betreuung Abhängigkeitserkrankter ist aufgrund des Krankheitsbildes mit seinen typischen Verlaufsformen (z. B. psychiatrische Komorbidität) aufwändig und erfordert spezielle Qualifikation und Erfahrung. Klient/innen der Suchthilfe haben deshalb erschwerten Zugang zu den bestehenden, nicht auf Suchtfragen spezialisierten Hilfseinrichtungen. Das Angebot in den psychosozialen Bereichen ist allerdings auch für nicht suchterkrankte Klient/innen beschränkt.



ÖFFNUNG DER MEDIZINISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN REGELVERSORGUNG FÜR DIE BETROFFENEN

7



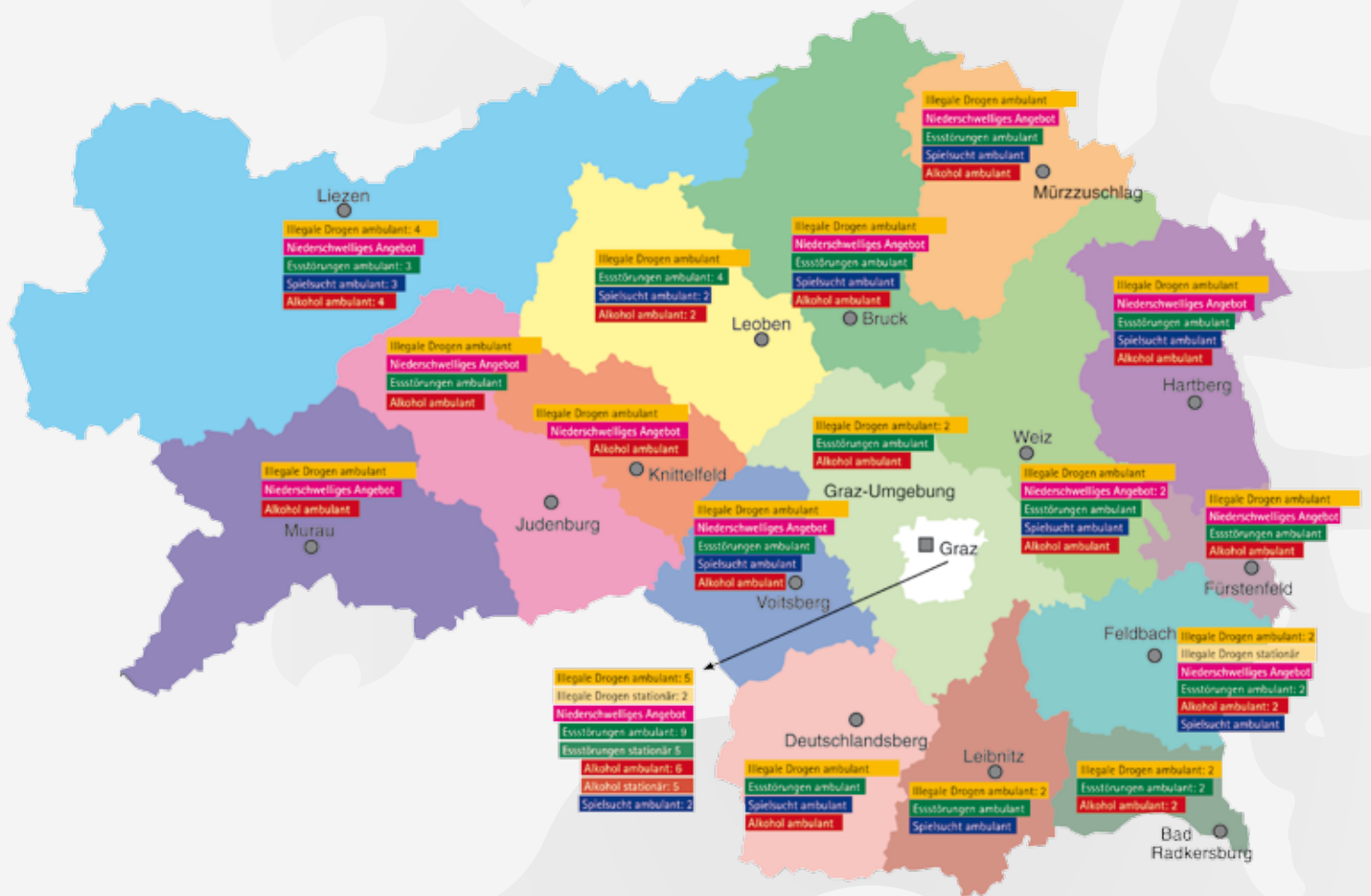
Verschiedene Probleme der medizinischen und psychosozialen Unterversorgung können mittel- und langfristig vermieden werden, wenn die Regelversorgung ihre Angebote für Abhängigkeitserkrankte öffnet. Dafür sind eine stärkere Verzahnung von Gesundheits- und Sozialwesen nötig und Konzepte der strukturellen,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

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

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

Adäquate Instrumente dafür sind Bewusstseinsarbeit, gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, gemeinsame Supervision und Intervention sowie konkrete Kooperationsprojekte von Einrichtungen der spezialisierten und der Regelversorgung, welche auch Sektoren übergreifend (niederschwellig, ambulant, teilstationär, stationär) integriert werden sollen und dadurch an allgemeine gesundheitspolitische Zielsetzungen anschlussfähig sind.

SUCHTHILFEINRICHTUNGEN IN DER STEIERMARK



REGIONALISIERUNG UND WOHNORTNAHER AUSBAU DER SUCHTHILFE

8



Das Angebot der Suchthilfe ist regional unterschiedlich ausgebaut, was zur Folge hat, dass vorwiegend Suchthilfe-Klient/innen und Patient/innen aus der Süd-, Südost und Weststeiermark geringere Chancen auf eine angemessene ambulante Beratung, Behandlung und Betreuung vorfinden oder bestehende Angebote in Graz überlasten.

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

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

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



EVIDENZBASIERTE SUCHTPOLITIK



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

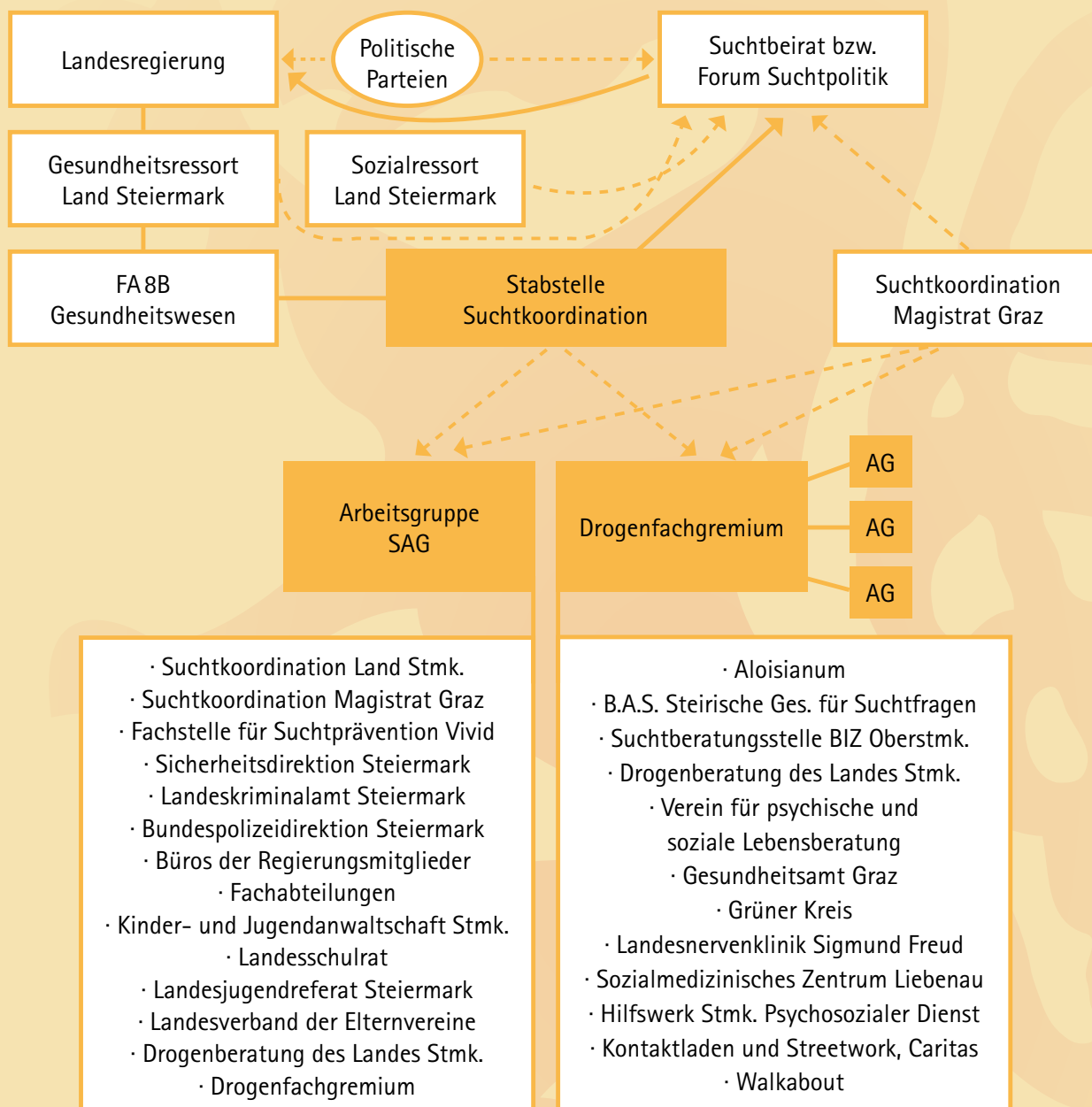
Von verschiedenen Maßnahmen, die im Rahmen der Suchtprävention und Suchthilfe gesetzt werden können, wird heute zu Recht verlangt, dass ausreichend Wissen und Erfahrung in ihre Entwicklung einfließen und sie effektiv durchgeführt werden, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig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

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

Auch die Angebote der Suchthilfe sind für die Evaluation zugänglich. Um die Effektivität der Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote in der Suchthilfe zu bewerten, bedarf es der wiederholten Messung des Gesundheitszustands von Klient/innen und Patient/innen und seiner Bewertung in Abhängigkeit von den eingesetzten Methoden, von der Intensität der Behandlung und vom Schweregrad der Erkrankung. Bei einer differenzierten Betrachtung der Wirksamkeit der Interventionen nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage ergeben sich Anhaltspunkte darüber, weshalb die Angebote im Versorgungssystem bei Subgruppen der Patient/innen bessere Erfolge erzielen als bei anderen.

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

INSTITUTIONALISIERTE NETZWERKE DER STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK



AKTIVE
SUCHTPOLITIK

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

Während Suchtpolitik vielschichtige Aushandlungsprozesse zwischen Individuum, Gesellschaft, Staat und Markt erfordert, setzt sich die Steirische Suchtpolitik besonders mit der öffentlichen Verantwortung auseinander. Steuerung (Governance) beinhaltet die strategische, Sektoren übergreifende Planung für Suchtprävention und Suchthilfe. Die Verantwortung in der Suchtpolitik wird in vielfältigen öffentlichen Handlungen sichtbar, und zwar durch Information und Präventionsmaßnahmen, Aufgabenübertragungen, Anreize, gesetzliche Regelungen, Marktregulierungen (und deren Durchsetzung) und Maßnahmen der Schadensminimierung. Diese Vielfalt wird in der medialen Diskussion um Verbote und repressive Maßnahmen gelegentlich vernachlässigt.

Ziele von Steuerung in der Steirischen Suchtpolitik sind:

- Vernetzung aller für Suchtpolitik relevanten Akteur/innen in unterschiedlichen Politikbereichen und
- Klärung von Verantwortung und Verbindlichkeit;
- interdisziplinäres Wissen für Prävention zu managen bzw. in den Kontext individueller Beratung, Betreuung und Behandlung zu übertragen;

- die in der Praxis der Suchtprävention und Suchthilfe tätigen Expert/innen darin zu unterstützen, ihre Konzepte den verschiedenen Entwicklungsdynamiken (verändertes Suchterkrankungsspektrum, veränderte Bedürfnisse der Klient/innen und Patient/innen, politische Umwelt) anzupassen;
- die Qualität der in den Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe geleisteten Arbeit sicherzustellen und kontinuierlich zu verbessern (inkl. der Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter/innen) und
- die Kompetenzen und Verantwortung für gemeinsame strategische Ausrichtungen transparent darzustellen.

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

ZIELE UND MASSNAHMEN

FÜR DIE UMSETZUNG DER NEUEN STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK

26

“ ZIEL 1 SUCHTPRÄVENTION

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

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

1 AKTIVITÄT

Thematische Aktionspläne sind eine Methode zur Vorbereitung und Durchführung wirksamer Präventionsmaßnahmen unter Beteiligung aller maßgeblichen Akteur/innen. Angesichts des Ausmaßes, mit dem vor allem Alkohol und Spielsucht auf der Gesundheit der Bevölkerung lasten, können bei diesen Themen große Präventionspotenziale erschlossen werden, weshalb sie sich für eine neue Ausrichtung der Suchtpolitik in der Steiermark besonders eignen.

Als notwendige Begleitmaßnahmen für die Entwicklung der Aktionspläne wird ein Indikatorensystem für ein gesundheitspolitisches Monitoring von Alkohol und Spielsucht eingesetzt, welches flexibel ver-

wendbar ist. Indikatorensysteme ermöglichen, den Gegenstandsbereich des jeweiligen Aktionsplanes partizipativ einzugrenzen, eine Politikfelder übergreifende Situationsanalyse, strategische Planung und politische, organisatorische und inhaltliche Steuerung von Interventionen in der Umsetzungsphase. Die Öffentlichkeit wird aktiv am Entwicklungsprozess beteiligt.

Als Folge von Aktionsplänen kann eine stärkere Verpflichtung von Herstellern, Vertreibern und Verkäufern von Alkohol sowie von Glücksspielanbietern zu einer aktiven Rolle in der Suchtprävention erreicht werden.

Erschließung neuer Zielgruppen und Angebote

2 AKTIVITÄT

Die bestehenden Präventionsprojekte in steirischen Schulen zielen unter anderem darauf ab, die Widerstandsressourcen von Kindern und Jugendlichen zu stärken und so ihre Lebenskompetenz zu erhöhen. Dennoch können Teile der Jugendlichen, und zwar jene mit einem höheren Suchtrisiko, durch die Aktivitäten nicht ausreichend gut erreicht werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um Kinder und Jugend-

liche mit Migrationshintergrund, um arbeitssuchende Jugendliche und um Kinder aus Suchtfamilien. Die epidemiologische und demografische Bedeutung anderer wichtiger Zielgruppen kann im Rahmen von Präventionsprojekten und -programmen berücksichtigt werden, die andere Kriterien als das Lebensalter zum Ausgangspunkt der Aktivitäten nehmen. So zählen etwa kritische Lebensereignisse, die

GOAL

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

ZIEL 1

ZIEL 2

ZIEL 3

Z I E L

SUCHT-
PRÄVENTION

27

Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppen mit erhöhtem Suchtrisiko oder auch die Früherkennung eines problematischen Konsum- oder Suchtverhaltens bei Kontakten mit dem Medizinsystem zu vielversprechenden Auswahlkriterien.

Im Rahmen seiner Möglichkeiten kann das Land Steiermark eine Stärkung der Wissensbasis für Suchtprävention initiieren und eine stärkere Vernetzung der Bereiche Suchtprävention und Gesundheitsförderung anregen. Darüber hinaus können Förderungskriterien für neue Projekte zielgerichtet eingesetzt werden. Für den Bereich der Suchtprävention besteht die Steuerungsaufgabe darin, durch

eine Stärkung der Evaluationskultur die Qualität der bestehenden und neuen Angebote sicherzustellen, um in weiterer Folge ein thematisch und inhaltlich abgestimmtes Vorgehen aller Akteur/innen zu ermöglichen.

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

AKTIVITÄT

3

Stärkung der Wissensbasis für Suchtprävention

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

Suchtberichterstattung ist eine wichtige Schnittstelle zwischen Politik, Wissenschaft und Gesellschaft. Alle Entscheidungen, die Gesundheit beeinflussen, sollten auf einer angemessenen Wissensbasis getroffen werden. Handlungsorientierte Suchtberichterstattung bildet die rationale Grundlage für eine gemeinsame Problemsicht und die Planung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien.

Ziel handlungsorientierter Suchtberichterstattung ist, vorhandene Daten zu analysieren und das vorhandene Wissen zu verständlichen Informationen aufzubereiten, anhand derer unterschiedliche Akteur/innen motiviert werden, wissenschaftsbasiert zu entscheiden und zu handeln.

Die künftigen Themen handlungsorientierter Suchtberichterstattung sind:

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

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

“ ZIEL 2 SUCHTHILFE

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

Case Management und Care Management in regionalen Suchthilfenetzwerken

4 AKTIVITÄT

Im Vergleich zur Versorgung anderer Erkrankungen sind die Anforderungen an die Organisation einer differenzierten Suchthilfe komplex. Für Suchtkranke und deren Angehörige ist der Einstieg in das vielgliedrige Suchthilfesystem mitunter schwierig. Der Beginn von Hilfsmaßnahmen kann sich durch fehlende Ressourcen sowie durch nicht optimierte Kooperationsstrukturen verzögern. Trotz bestehender Kommunikationsstrukturen der Trägereinrichtungen der Suchthilfe bedarf es verbindlicher Vereinbarungen aller an Suchthilfe Beteiligten, um die Versorgungslage zu verbessern.

Unter **CASE MANAGEMENT** versteht man die Begleitung eines individuellen „Falles“ (Patient/in und Angehörige) mit dem Ziel, Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu erschließen und die Behandlungsschritte besser zu koordinieren, wodurch die Qualität der Versorgung verbessert wird. Dabei müssen Case Manager/Innen ein besonders hohes Anforderungsprofil erfüllen.

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

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



Aufbau regionaler Suchthilfenetzwerke

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

Dies hängt mit der Verfügbarkeit von ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungsmöglichkeiten und komplementären Versorgungsstrukturen mit entsprechender Vernetzung ab. Deshalb müssen durch regionale Suchthilfenetzwerke die Leistungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung besser auf den Umgang mit Suchterkrankten abgestimmt und regional angepasste Problemlösungen erarbeitet werden. Wenn dies gelingt, können suchtkranke Menschen früher im Verlauf der Erkrankung erreicht und mit geringerem Aufwand stabilisiert werden. Dies erfordert auch eine verstärkte Kooperation der Akteur/innen im Hinblick auf die Finanzierung der Leistungen. Deshalb ist nötig,

dass die Kostenträger der Suchthilfe Sektoren übergreifend an den Netzwerken teilnehmen. Einige suchtttherapeutische Maßnahmen werden bereits von Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung durchgeführt. Es gilt aber, die Akteur/innen der medizinischen Primärversorgung vermehrt in eine qualifizierte Betreuung und Behandlung Suchtkranker einzubinden und sie dabei in ihrer Wirksamkeit zu stärken. Ziel der neuen Steirischen Suchtpolitik ist, durch Case Management den Vermittlungsaufwand für Allgemeinmediziner/innen, Fachärzt/innen für Psychiatrie, Krankenhausärzt/innen und Psychosoziale Zentren erheblich zu senken. Ferner sollen durch den Ausbau von Konsiliar- bzw. Liaisondiensten noch mehr Suchtpatient/innen motiviert werden, an der Verbesserung ihrer Situation mitzuwirken.

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

Nimmt man die geschätzte absolute Anzahl der von verschiedenen Substanzen und Verhaltenssüchten abhängigkeiterkrankten Steirer/innen auf Basis bestmöglicher Evidenz als Grundlage für eine Einschätzung des Versorgungsbedarfs und stellt sie den effektiv vorhandenen Angeboten gegenüber, so ergibt sich ein Bild der Unterversorgung. Von dieser strukturellen Unterversorgung sind derzeit alle Behandlungsbereiche (niederschwellig-nachgehend; ambulant; stationär) und komplementäre Angebote zur sozialen Integration und Rehabilitation sowie die psychosoziale Grundversorgung durch Psychosoziale Zentren und Beratungszentren in allen steirischen Bezirken betroffen.

Zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung sind derzeit etwa eine Spezialambulanz für die Substitutionstherapie in Graz sowie ein entsprechender Behandlungsschwerpunkt in der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz am LKH Bruck in Planung. Die derzeit wichtigsten Herausforderungen in der Versorgungsstruktur der Suchthilfe sind:

- In der Süd-, Südost- und Weststeiermark mangelt es an psychosozialen Angeboten der ambulanten Suchthilfe.

Abbau der Unterversorgung

5 AKTIVITÄT

- Es bestehen zu geringe Kapazitäten für die stationäre und tagesklinische Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung.
- In der Substitutionstherapie ist die psychosoziale Versorgung generell nur mangelhaft vorhanden, ebenso mangelt es an medizinischer Grundversorgung in ländlichen Regionen.
- Auch für Krisenintervention ist das Angebot unzureichend.

Und an Begleitangeboten benötigt man:

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

Mit einem Abbau der Unterversorgung sind ein gerechter Zugang zu Einrichtungen der Suchthilfe und eine Steigerung der Behandlungsqualität verbunden.

Vorbereitung einer leistungsorientierten Finanzierung der Suchthilfe

6 AKTIVITÄT

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

Die Einführung einer einheitlichen Basisdokumentation über verschiedene Merkmale von Klient/innen und Patient/innen in der Suchthilfe soll diese Situation verbessern. Als Voraussetzung für eine leistungsorientierte Finanzierung der Suchthilfe sollen die Leistungserbringer/innen in der ambulanten Suchthilfe beauftragt werden, ihre Leistungen in standardisierter

Form zu beschreiben. Inhaltlich soll die Basisdokumentation alle Suchtformen umfassen (auch legale Substanzen und substanzungebundene Süchte).

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

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

“ ZIEL 3 STEUERUNG

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

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

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

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

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

IMPRESSUM

TEXT

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

SOUNDING BOARD

DSA Roland URBAN, MAS

DSA Claudia KAHR

Manfred GEISHOFER

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

Dr. Ulf ZEDER

DSA Renate HUTTER, MSc

HERAUSGEBER UND VERLEGER

AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG

FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion

Friedrichgasse 9, 8010 Graz

2011

FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH

DSA Klaus Peter EDERER – Suchtkoordinator Steiermark

AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG

FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion

Friedrichgasse 9, 8010 Graz

T: +43 316 877-4693 | F: +43 316 877-4698

Email: klaus.ederer@stmk.gv.at

LAYOUT

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

LEKTORAT

Mag.^a Anneliese KAINER

FOTOS

Portraits: Veröffentlichungsrechte liegen b. d. Abgebildeten

Fotos Kern: © fotolia.com

DRUCK

Druckhaus Scharmer, Feldbach

QUELLENVERZEICHNIS

¹ Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005, 2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004 bzw. 2008. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.

² Gesundheitsinformationssystem Steiermark, Version 1.2. Auswertungen vom Juli 2006.

³ Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005 bzw. 2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004 bzw. 2008. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.

⁴ Land Steiermark (2009): Tabakpräventionsstrategie Steiermark, Jahresbericht 2008. Graz. [webpublished]

⁵ Soyka M., Queri S., Küfner H., Rösner S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt* 76. S. 72–77.

⁶ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2009): Bericht zur Drogensituation 2009. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien. [webpublished]

⁷ Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005 bzw. 2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004 bzw. 2008. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.

⁸ Kalke, J. et al.: (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention von Glücksspielsucht. Freiburg: Lambertus.

⁹ Land Steiermark (2008): Suchtbericht des Landes Steiermark 2007. Schwerpunktbericht „Emerging Disease – Kleines Glücksspiel“ S. 78–92. [webpublished]

¹⁰ Anton-Proksch-Institut (o.J.): Online zwischen Faszination und Sucht. URL: <http://www.api.or.at/typo3/startseite/information/nichtstoffliche-abhaengigkeiten/internetsucht.html>, Zugegriffen am: 25.05.2011.

¹¹ Lindblad, R., Lindberg, L., Hjern, A. (2006). Anorexia Nervosa in Young Men. *International Journal of Eating Disorders* 39. S. 8.

¹² Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2006): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. [webpublished]

¹³ Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992): Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization. [webpublished]

¹⁴ Soyka, M.; Queri, S.; Küfner, H.; Rösner, S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt* 76: S. 72–77.

Gerd Glaeske (2010): „Die Tablette ist wie ein Freund“ - Die unterschätzte Medikamentenabhängigkeit! *Public Health Forum* 18 (67). S. 32e1-S. 32e2.

¹⁵ Anderson, P. & Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. Europäische Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz S. 239–343. [webpublished]

WHO; Institute of Alcohol Studies (2008): Factsheet Alcohol: Tax, Price and Public Health. [webpublished]

