

Suchtbericht Steiermark 2017

Endbericht

Im Auftrag der Suchtkoordination des Landes Steiermark,
Amt der Steiermärkischen Landesregierung,
Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft (ABT08)

Suchtbericht Steiermark 2017

Endbericht

Autorinnen:

Ilonka Horvath
Judith Anzenberger
Martin Busch
Alexandra Puhm
Irene Schmutterer
Julian Strizek
Aida Tanios

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im November 2017

Im Auftrag der Suchtkoordination des Landes Steiermark, Amt der Steiermärkischen Landesregierung (ABT08)

Zitiervorschlag:

Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios Aida (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien 2017

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61-0, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort

Landesrat Mag. Christopher Drexler



Da die Sucht als eine jener Krankheiten gesehen werden muss, welche nur durch die Abhängigen selbst kuriert werden kann, spielt die Prävention und Aufklärung eine der wesentlichsten Rollen in der gesamten Debatte um Sucht. Denn das Suchtbild ist keineswegs einheitlich, und auch die Akzeptanz von Alltagssüchten ist weitverbreitet. Der Konsum von Alkohol und Zigaretten ist von der Gesellschaft weitgehend anerkannt, und der Medikamentenmissbrauch oder die Spiel- und Internetsucht sind meistens aus dem kollektiven Gedächtnis verbannt.

Wenn man sich heutzutage mit dem Thema Sucht auseinandersetzt, muss eines klar sein: Sucht ist eine der großen Herausforderungen einer modernen Konsumgesellschaft, viele Bereiche sind damit konfrontiert. Dazu kommt, dass Sucht eine Krankheit ist und nicht mit Gewohnheiten oder kontrollierbarem Problemverhalten gleichgesetzt werden darf. Wer Süchte bekämpfen möchte, muss dies an der Wurzel tun, denn der weitverbreitete Irrglaube, dass Sucht nur den Rand der Gesellschaft treffen würde, hat weitreichende Konsequenzen. Suchtprävention beginnt bereits in der frühen Kindheit, und genau diesen Weg gehen wir in der Steiermark. So setzt VIVID, die Fachstelle für Suchtprävention, mit ihren Maßnahmen schon bei den jüngsten Steirerinnen und Steirern an. Suchtprävention heißt nicht, dass man die mündige Bürgerin und den mündigen Bürger durch Repressionen (welche oft kaum Auswirkungen zeigen) entmündigt, sondern dass man Kinder und Jugendliche so früh als möglich in ihrer Persönlichkeit stärkt, damit sie gar nicht erst in Versuchung kommen, Abhängigkeiten zu entwickeln. Es muss das übergeordnete Ziel einer jeden aufgeklärten Gesellschaft sein, die Gesundheit der Bevölkerung zu steigern.

All jenen, die tagtäglich mit der vielfältigen Materie der Suchtprävention zu tun haben, all den Expertinnen und Experten, die maßgeblich für den Erfolg von Suchtberatungen und -therapien verantwortlich sind, spreche ich meinen Dank aus! Sie ermöglichen Familien wieder ein Stück normales Leben und leisten für die Gesellschaft einen unverzichtbaren Dienst, der jeden Tag gesehen werden kann.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'C' followed by a series of loops and a long horizontal stroke.

LR Mag. Christopher Drexler
Amt der Steiermärkischen Landesregierung

Vorwort

HR Dr. Odo Feenstra, Landessanitätsdirektor



Wer Suchtmittel gebraucht, kann abhängig werden.

Abhängigkeit zählt zu den großen Tabus in unserer Gesellschaft.

Über Abhängigkeit spricht man nicht.

Abhängigkeit gesteht man auch sich selbst gegenüber nicht ein, geschweige denn den Anderen gegenüber.

Die Übergänge zwischen regelmäßigem Gebrauch, riskantem Gebrauch und einer offensichtlichen Abhängigkeit sind fließend.

Trotzdem: Vielen eröffnet der Schritt, Unterstützung und Hilfe anzunehmen wieder den Zugang zu einem freien und unabhängigen Leben.

Über 80 Prozent der Suchtkranken, die sich wegen einer Abhängigkeit ambulant beraten und behandeln lassen und diese Behandlung planmäßig abschließen, berichten von einem positiven Ergebnis.

Die Arbeit mit betroffenen Angehörigen und das Wohl suchterkrankter Menschen erfordern also nicht nur gezielte Maßnahmen, sondern auch eine rasche und niederschwellige Unterstützung.

Dieser nunmehr vorliegende Steirische Bericht zeigt auf, dass Prävention, Früherkennung und Frühintervention sinnvoll sind, vor allem dann, wenn die notwendige Zusammenarbeit unterschiedlicher Spezialistinnen und Spezialisten auf institutioneller und überregionaler Ebene funktioniert.

Möge dieser Suchtbericht uns auf dem gemeinsamen Weg weiter voranbringen.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'O' and 'F' followed by a long horizontal stroke and a curved line above it.

HR Dr. Odo Feenstra
Leiter der Fachabteilung 8B

Kurzfassung

Der vorliegende Suchtbericht Steiermark 2017 gibt einen umfassenden Überblick über die aktuelle Situation hinsichtlich substanzgebundener wie auch substanzungebundener Suchtformen in der Steiermark. Der Bericht wurde von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH im Auftrag der Suchtkoordination des Landes Steiermark erstellt und schließt inhaltlich an den Suchtbericht 2008/2009 an. Die Entwicklungen in den Bereichen Suchtprävention, Epidemiologie der Suchterkrankungen, gesundheitliche und soziale Folgewirkungen sowie Versorgungslage werden für den Zeitraum 2011 bis 2016 dargestellt. Ein Schwerpunktkapitel widmet sich den Aktivitäten und Umsetzungsmaßnahmen der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* im Berichtszeitraum. In einem abschließenden Kapitel werden aus den Schlussfolgerungen Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Suchtprävention

Die *Neue Steirische Suchtpolitik* verfolgt einen substanzübergreifenden Ansatz und differenziert zwischen Zielgruppen und Vulnerabilitäten. Dieser Zugang spiegelt sich auch in den suchtpreventiven Angeboten der von der Suchtkoordination des Landes Steiermark geförderten Fachstelle für Suchtprävention VIVID wider. VIVID differenziert in ihrer Arbeit nach Ziel- und Altersgruppen, Settings und universeller, selektiver und indizierter Suchtprävention. Im Berichtszeitraum wurde die Diversifizierung der Angebote weiter ausgebaut, bspw. wurde das Thema Glücksspiel und neue Medien aufgegriffen. Durch die settingspezifischen Angebote konnten in den Jahren 2010–2016 in Summe fast 60.000 Personen unterschiedlichen Alters erreicht werden.

Der Schwerpunkt der Suchtpräventionsarbeit von VIVID bezieht sich auf Maßnahmen der universellen Suchtprävention. Diese setzen hauptsächlich bei der Förderung von Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen im Setting Schule (z. B. *Eigenständig werden* oder *plus*) an wie auch im Setting Familie. Neben der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen schult VIVID in diversen Präventionsprogrammen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus u. a. Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, aus der außerschulischen Jugendarbeit, aus Vereinen, Gemeinden. Maßnahmen der selektiven Suchtprävention richten sich in der Steiermark vorwiegend an Kinder/Jugendliche aus suchtbelasteten Familien (z. B. *Wirbelkiste*) bzw. an Jugendliche in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten. *Movin'* ist ein Fortbildungsangebot der indizierten Suchtprävention, welche Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, die sich an eine bereits riskant konsumierende Zielgruppe richten, in der Methode der motivierenden Gesprächsführung schult.

Im Berichtszeitraum wurden spezifische Präventionsstrategien in Abstimmung mit der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* auf Länderebene weitergeführt bzw. initiiert. Die *Tabakpräventionsstrategie* (seit 2005), der *Aktionsplan Alkoholprävention* (seit 2011) und das *Paket Glücksspiel* (seit 2009) umfassen jeweils diverse Angebote in unterschiedlichen Maßnahmenbündeln.

Epidemiologie der Suchterkrankungen

Acht Prozent der steirischen Schüler/Schülerinnen weisen einen **Alkoholkonsum** auf, der längerfristig als risikobehaftet bezeichnet werden kann, 13 Prozent der ab 15-jährigen Steirer/-innen

konsumieren Alkohol in einem Ausmaß, das längerfristig als problematisch zu beurteilen ist. Der Anteil der Personen, die täglich **Zigaretten** rauchen, liegt bei ab 15-Jährigen in der Steiermark bei 27 Prozent, bei Schülern/Schülerinnen bei 22 Prozent. Männer rauchen häufiger als Frauen. Bei Schülern/Schülerinnen zeigt sich ein Rückgang des Rauchens von Tabak über die letzten 10 Jahre. Die Lebenszeitprävalenz („jemals im Leben“) des **Cannabiskonsums** kann bei den Erwachsenen, wie auch in Gesamtösterreich, auf ein Drittel geschätzt werden. Unter den Schülern/Schülerinnen geben 10 Prozent an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben (Monatsprävalenz). 42 Prozent der Steirer/-innen ab 15 Jahren haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal an **Glücksspielen** teilgenommen, 0,7 Prozent haben täglich daran teilgenommen. Unter den Schülern/Schülerinnen weisen vor allem jene aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen einen erhöhten risikoreichen Konsum von Alkohol, einen erhöhten Konsum von tabak- und nikotinhaltigen Produkten und von Cannabis aus.

Geschätzte 1.700 bis 2.850 Steirer/-innen weisen einen risikoreichen Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden auf, dies entspricht 0,2 bis 0,3 Prozent der Steirer/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Steiermark kommt damit im Vergleich mit den meisten anderen Bundesländern auf einen niedrigeren Wert. Verfügbare Daten lassen auf einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre schließen (weniger Einsteiger/-innen). Hinsichtlich einer Verlagerung auf andere Substanzen oder NPS gibt es derzeit zumindest in den Daten keine Hinweise.

Die abgerechneten Verordnungen für **Benzodiazepine** und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe, deren Anzahl in den letzten fünf Jahren rückläufig ist, zeigen einen hohen Frauenanteil und betreffen vorwiegend die Altersgruppe ab 60 Jahren. Ein Rückschluss auf das Ausmaß des missbräuchlichen Konsums dieser psychotropen Medikamente kann aufgrund fehlender Daten nicht gezogen werden.

Gesundheitliche und soziale Folgewirkungen

Drogenassoziierte Infektionskrankheiten spielen eine wesentliche Rolle bei Personen mit intravenösem Substanzkonsum. Die HCV-Infektion ist mit einer Prävalenz von 70 Prozent die relevanteste Begleiterkrankung, wohingegen die HIV-Infektion im Berichtszeitraum kaum eine Rolle spielt. Die HBV-Rate sank von 36 Prozent 2010 auf rund 10 Prozent im Jahr 2011 und ist seither auf einem ähnlich niedrigen Niveau.

Eine konkrete **Mortalitätsrate** ist für Todesfälle durch Überdosierung mit Beteiligung mindestens einer illegalen Substanz verfügbar. Im Jahr 2015 können 9 Personen als direkt drogenbezogene Todesfälle klassifiziert werden. Die Zahlen entwickelten sich im Berichtszeitraum 2010–2015 vom Verlauf her ähnlich wie in den restlichen Bundesländern, liegen jedoch im gesamten Zeitverlauf unterhalb der österreichweiten Raten. Für mit Alkohol bzw. mit Rauchen assoziierte Todesfälle liegen nur grobe Schätzungen vor. 250 bis 500 Personen sterben jährlich in der Steiermark an direkten oder indirekten Auswirkungen des Alkoholkonsums (2–4 % aller Todesfälle). Das Risiko von Männern, an den Folgen von Alkoholkonsum zu sterben, ist aufgrund des bei ihnen deutlich größeren Konsumausmaßes etwa 5-mal so hoch als bei Frauen. Rund neun Prozent der verstorbe-

nen Steirer und sechs Prozent der verstorbenen Steirerinnen starben 2015 infolge von Lungenkrebs oder COPD, Todesursachen, die zum überwiegenden Großteil auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind.

Die **Suchtgiftanzeigen** spiegeln primär die Aktivitäten der Exekutive wider und lassen keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Verfügbarkeit oder Konsumhäufigkeit einzelner illegaler Substanzen zu. Die Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG haben sich zwischen 2010 und 2016 mehr als verdoppelt (2010: 1.607 vs. 2016: 3.363) und betreffen hauptsächlich Cannabis. Anzeigen wegen Verstoßes gegen das NPSG liegen seit 2014 mit 11 bis 15 Anzeigen/Jahr konstant auf einem niedrigen Niveau.

Im Mittel haben 11 Prozent jener Spielsüchtigen, die sich in Behandlung befinden, **glücksspielbezogene Straftaten** begangen. Im Jahr 2016 lag dieser Wert bei 14 Prozent. Männliche Klienten der Existenzsicherungsberatung zeigen im Vergleich zu den weiblichen Klientinnen ein höheres Ausmaß an Verschuldung.

Versorgungslage und Klientel

Niederschwellige Versorgungsangebote in der Steiermark haben einen eindeutigen Fokus auf illegale Substanzen und sind durch eine Heterogenität an szeneadäquaten Themen und Interventionen gekennzeichnet. Schadensminimierende Angebote wie bspw. Spritzenaustausch und niederschwellig angelegte Beratungen und Behandlungen sind genauso wie sozialintegrative Beschäftigungsangebote ausschließlich in Graz angesiedelt. Im Berichtszeitraum wurden neue zielgruppenspezifische niederschwellige Angebote im Bereich der medizinischen Versorgung (I.K.A.), der Arbeitsmarktintegration (Verein ERfA) und des Glücksspiels (Werkstatthof) geschaffen.

Niederschwelliges und präventiv ausgerichtetes **Jugend-Streetwork** wird in allen steirischen Bezirken angeboten und kann als Ergänzung der Angebote von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention im Bereich der selektiven Prävention gesehen werden. Das Jugend-Streetwork in den Regionen äußert den Wunsch, die fachliche Expertise um den Bereich der Schadensminimierung zu erweitern.

Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe ist in der Steiermark die am häufigsten angebotene Unterstützungsleistung bei Suchtproblemen. Die Ausrichtung der Angebote ist vorwiegend substanzübergreifend. Die insgesamt 27 ambulanten Standorte waren im Jahr 2016 um die 600 Stunden pro Woche geöffnet und verzeichneten dabei über 28.000 Klientenkontakte. Der Anteil der weiblichen Klientel macht etwa ein Drittel aller Kontakte aus. 40 Prozent aller Klientinnen/Klienten nehmen aufgrund von Alkohol diese Angebote in Anspruch und sind somit die größte Klientengruppe. Das Durchschnittsalter dieser Alkohol Klientel liegt bei 42 Jahren.

Die Klientel von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Spielsüchtige ist vergleichsweise jünger, durch einen sehr hohen Männeranteil gekennzeichnet und spielt überwiegend an Glücksspielautomaten. Diese Klientengruppe stellt auch in der Existenzsicherungsberatung die deutliche Mehrheit der Klientel dar. Männer nehmen die Beratung und Betreuung vorwiegend als Betroffene

wahr, Frauen hingegen nehmen die Unterstützungsleistung zumeist als Angehörige Spielsüchtiger in Anspruch.

Die **medizinische Versorgung Suchtkranker** erfolgt ambulant und (teil)stationär in suchtspezifischen Einrichtungen oder in suchtspezifischen Abteilungen der Psychiatrie. Im Berichtszeitraum wurde eine neue suchtmmedizinische Ambulanz im LKH Hochsteiermark geschaffen. Folgeerkrankungen von Suchterkrankungen werden größtenteils im Rahmen der medizinischen Regelversorgung abgedeckt.

In puncto Behandlungshäufigkeit infolge einzelner Diagnosen im legalen Substanzspektrum stehen in der Steiermark – wie auch in Gesamtösterreich – ausschließlich Daten aus dem Behandlungsbereich der Krankenanstalten zur Verfügung. Für den niedergelassenen Bereich sind solche Daten nicht verfügbar. Die vorliegenden Daten sind demnach nur eingeschränkt aussagekräftig.

Jährlich erhalten mehr als 2.000 Steirer/-innen – zumeist Personen im Alter von 35 bis 69 Jahren – die Diagnose Alkoholabhängigkeit. Etwa ebenso viele Personen – vermehrt in den Altersgruppen 15 bis 24 Jahre sowie 45 bis 69 Jahre – werden pro Jahr aufgrund einer Diagnose aus dem Bereich Alkoholrausch/Intoxikation behandelt. Etwa 1.500 Steirer/-innen erhalten jährlich eine Krebsdiagnose, die wahrscheinlich mit Tabakkonsum in Verbindung gebracht werden kann. Ein Viertel davon ist jünger als 60 Jahre, zwei Drittel davon betreffen Männer. Etwa 6.000 Personen erhalten pro Jahr die Diagnose Tabakmissbrauch bzw. -abhängigkeit, der Anteil der Frauen nähert sich dabei jenem der Männer an. Knapp weniger als 200 Steirer/-innen – fast ausschließlich Frauen zwischen 15 und 34 Jahren – sind aufgrund der Diagnose Essstörungen in stationärer Behandlung. Mit der Diagnose Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika sind 700–800 Steirer/-innen pro Jahr in stationärer Behandlung, 60 Prozent davon sind Frauen, diese vor allem im hohen Alter (ab 70 Jahren). Bei Männern ist diese Diagnose eher in der Altersgruppe ab 25 Jahren zu finden.

Insgesamt wurden im Jahr 2016 1.180 Personen in Einrichtungen der steirischen Drogenhilfe wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt, etwa die Hälfte davon wegen einer Opioidproblematik (meist polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung von Opioiden) und ca. ein Drittel wegen Cannabiskonsums. 2016 befanden sich 1.410 Steirer/Steirerinnen in Opioid-Substitutionsbehandlung. Hier zeigt sich im Berichtszeitraum, dass die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv erhöht werden konnte, was als Erfolg gewertet werden kann. Zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der Versorgungslage sind jedoch weitere Maßnahmen in Graz, aber auch in den Ballungszentren des ländlichen Raums notwendig.

Es existieren steiermarkweit diverse Angebote zur Tabakentwöhnung, die eine große Palette an unterschiedlichen Maßnahmen, Settings und Zielgruppen abdecken. Über das Ausmaß der Inanspruchnahme kann aber, aufgrund fehlender vergleichbarer Daten, keine Aussage getroffen werden. Das Konzept der integrierten Versorgung erfährt in der steiermärkischen Sucht- und Gesundheitspolitik auf strategischer Ebene vermehrt Aufmerksamkeit, in der Umsetzung werden unter diesem Begriff jedoch sehr uneinheitliche Maßnahmen getroffen.

Aktivitäten und Maßnahmen zur Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*

Sowohl strategisch als auch im Rahmen der praktischen Umsetzung lässt sich für die steirische Suchtpolitik im Berichtszeitraum ein positives Bild zeichnen. Die Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* waren in vielerlei Hinsicht handlungsleitend. Hinsichtlich der Suchtprävention, der Schadensminimierung sowie der Versorgung und Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen sind Anstrengungen erfolgt, die sich am Schadenspotenzial orientieren und differenziert und möglichst zeitnah auf die Herausforderungen einzelner Ziel- und Konsumgruppen eingehen. Vernetzung innerhalb der Suchthilfe, aber auch mit an die Suchtpolitik angrenzenden Politik- und Handlungsfeldern ist gepflegt worden.

Die Regionalisierung und der wohnortnahe Ausbau der Suchthilfe sowie die Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für suchtkranke Menschen sind Aufgaben, bezüglich deren die steirische Suchtpolitik weiterhin gefordert ist. Eine zukünftige Herausforderung stellt hier sicherlich die Bedarfsabdeckung der Opioid-Substitutionsbehandlung in Graz wie auch in den Ballungszentren des ländlichen Raums dar. Generell sind – neben anderen – die Schnittstellen sowohl zur Kinder- und Jugend- sowie zur Erwachsenenpsychiatrie wie auch zur niedergelassenen medizinischen Regelversorgung zielführende Handlungsfelder mit großer Effektivität und Wirksamkeit für die Betroffenen.

Dringender Handlungsbedarf besteht jedenfalls bei einer einheitlichen Dokumentation der Leistungen der Suchthilfe, die auch die Basis einer leistungsorientierten Finanzierung der Suchthilfe bietet. Entsprechende Vorarbeiten sollen jedenfalls weitergeführt werden, nur so kann auch die Datengrundlage für eine evidenzbasierte Suchtpolitik gewährleistet werden.

Im den folgenden Tabellen werden jene **Empfehlungen** bezüglich des Handlungsfelds Daten/Monitoring/Finanzierung (Tabelle 1), des Handlungsfelds Prävention (Tabelle 2) und des Handlungsfelds Versorgungslage (Tabelle 3) skizziert, die in Kapitel 7 ausführlich dargestellt sind.

Tabelle 1:
Empfehlungen Handlungsfeld Daten/Monitoring/Finanzierung

Empfehlungen Daten/Monitoring	
<p>Empfehlung A.1 Systematisches Monitoring über alle Suchtformen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Implementierung eines einheitlichen Kerndatensatzes für den Behandlungsbereich, der alle Suchtformen abdeckt. Dieser sollte auf der bereits entwickelten, aber noch nicht umgesetzten BADOS aufbauen und mit den Anforderungen der EBDD kompatibel sein » Entwicklung einheitlicher Erhebungsmodule für alle Suchthilfe-Einrichtungen jeweils für Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und pathologisches Spiel, die den internationalen Standards entsprechen, als Basis einer leistungsbezogenen Steuerung der Suchthilfe. » Definition von Indikatoren für Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und pathologisches Spielen, analog zu den fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren im illegalen Drogenbereich, die die Datensammlung systematisieren und ein Monitoring der Situation ermöglichen, um auf Basis beobachteter Veränderungen einen Handlungsbedarf ableiten zu können » Die im Rahmen von BADOS definierten Standards und Dokumentationstools könnten eine Basis für eine regelmäßige Suchtberichterstattung darstellen. Jeweils aktuelle suchtspezifische Themen könnten durch Schwerpunktkapitel abgedeckt werden.
<p>Empfehlung A.2 Trendanalyse risikoreicher Substanzkonsummuster</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Es wird empfohlen, der Frage risikoreicher Substanzkonsummuster bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Steiermark im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie nachzugehen. Dabei wird eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden vorgeschlagen.
Empfehlung Finanzierung	
<p>Empfehlung B.1 Bewertung der Förderanträge</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Definition einer generellen Zielsetzung der Bewertung der Förderanträge in der jetzigen Form » Ausarbeitung objektiver Kriterien unter Berücksichtigung der Tatsache, dass für die Planung, Steuerung und Finanzierung der Suchthilfe-Angebote den anwendungsorientierten Leitlinien eine stärkere Gewichtung beigemessen werden sollte » Einbeziehung dieser Grundlagen in das System der leistungsbezogenen Finanzierung auf Basis einer einheitlichen Dokumentation

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 2:
Empfehlungen Handlungsfeld Prävention

Empfehlungen Präventionsmaßnahmen	
<p>Empfehlung C.1 Zielgruppe Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Ausarbeitung maßgeschneiderter Angebote der selektiven Prävention für diese Zielgruppe unter Betrachtung der spezifischen Lebensumstände. Ansätze des Peer-Involvement und die Einbeziehung der Angebote des Jugend-Streetworks in den Regionen könnten die Zielgruppenerreichung erleichtern. » Aufbau eines maßnahmeninternen Krisenmanagements im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen in Berufsschulen und Lehrbetrieben. Ausgehend von dem schulinternen Krisenmanagement im Rahmen des § 13 Abs 1 SMG im Bereich der illegalen Substanzen, könnte dieses auch sowohl den problematischen Konsum legaler Substanzen als auch substanzungebundenes Suchtverhalten inkludieren. Dieser Zugang würde der Leitlinie 1 „Orientierung am Schadenspotenzial“ entsprechen. Die Entwicklung eines Handlungsleitfadens für Berufsschulen im Umgang mit problematisch konsumierenden Schülern/Schülerinnen könnte beispielsweise angedacht werden. » Ausbau von Schulungen in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen im Bereich des Jugend-Streetworks in den Regionen
<p>Empfehlung C.2 Zielgruppenorientierte Alkoholprävention</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die schulische Prävention sollte dem Umstand Rechnung tragen, dass Alkoholkonsum gleichermaßen Mädchen wie Burschen betrifft, in Berufsschulen und polytechnischen Schulen aber eine größere Rolle spielt als in anderen Schultypen.
<p>Empfehlung C.3 Zielgruppenorientierter Rauchausstieg</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Bei präventiven Maßnahmen, die auf den Rauchausstieg Erwachsener abzielen, sollten Personen mit niedrigerem Schulabschluss speziell berücksichtigt werden.
<p>Empfehlung C.4 Prävention des stoffungebundenen Suchtverhaltens</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Besonders im Bereich des stoffungebundenen Suchtverhaltens sollte man auch in Zukunft für neue Zielgruppen der Prävention offen sein. Aufgrund der ständigen Neuerungen bei den Angeboten in den Bereichen Internet, digitale Spiele und Glücksspiel wird es hier besonders wichtig sein, aktuelle Trends zu beobachten und gegebenenfalls mit entsprechenden Maßnahmen darauf zu reagieren
<p>Empfehlung C.5 Sportwetten</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Im Bereich Sportwetten sollte auf die Erfahrungen mit der Umsetzung von Spieler-schutzmaßnahmen im Bereich Glücksspiel zurückgegriffen werden, um auch hier das Risiko für riskantes Wettverhalten zu reduzieren. » Bereits etablierte präventive Maßnahmen sollen nicht nur die Glücksspielsucht, sondern auch den Bereich der Sportwetten verstärkt einbinden. Spezielles Augenmerk sollte dabei auf vulnerable Zielgruppen wie etwa sportliche Jugendliche oder Jugendliche mit Migrationshintergrund (auch in der zweiten Generation) gelegt werden.
<p>Empfehlung C.6 Vulnerable Lebenslagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die Leitlinie 3 sollte daher generell auf vulnerable Lebenslagen hinweisen und keine Aufzählung einzelner Vulnerabilitäten, Lebensphasen und Zielgruppen beinhalten. » Suchtpräventive Arbeit sollte sich an den Konzepten der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit orientieren. » Die Entwicklungen von Konsumgruppen/-trends sind kontinuierlich zu beobachten und hinsichtlich ihres Schadenspotenzials zu bewerten. Ein regelmäßiges Monitoring auf Basis eines einheitlichen Dokumentationssystems der Suchthilfe (BADOS) könnte einen wesentlichen Beitrag zur Problemeinschätzung liefern. Vorhandene Vernetzungsstrukturen wie etwa das Drogenfachgremium könnten für die Fachdiskussion und eine zeitnahe Maßnahmenplanung herangezogen werden.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 3:
Empfehlungen Handlungsfeld Versorgungslage

Empfehlungen niederschwellige, schadensminimierende Versorgung	
<p>Empfehlung D.1 Schadensminimierende Maßnahmen für Konsumierende illegaler Substanzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » zielgerichteter Ausbau des Spritzentausches außerhalb der Landeshauptstadt wie auch in den steirischen Haftanstalten » kostenlose Durchimpfung der Risikogruppe (i. v. Drogenkonsum und HAV/HBV negativ) beispielsweise durch substituierende Ärzte/Ärztinnen in den Regionen im Sinne der Infektionsprophylaxe » Erhebung des Bedarfs an zusätzlichen schadensminimierenden Angeboten außerhalb von Graz im Bereich der illegalen Substanzen
<p>Empfehlung D.2 HCV-Behandlung für i. v. Drogenkonsumierende</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Ausbau von Begleitmaßnahmen zur besseren Einbindung Suchterkrankter in die HCV-Behandlung durch engmaschige Betreuung, abgestimmt auf die individuelle Situation der Patienten/Patientinnen; bspw. Abgabe der HCV-Medikation, gekoppelt an die Substitutionstherapie (siehe Haltmayer/Gschwantler 2017) » Weiterführung der engmaschigen und spezialisierten Beratung/Behandlung HCV-positiver Drogenkonsumierender als Kooperation zwischen der niederschweligen Einrichtung Kontaktladen/Graz und dem LKH Hörgas-Enzenbach. Bei Bedarf Ausbau solch zielgruppenorientierter HCVB-Behandlungen in den steirischen Regionen
<p>Empfehlung D.3 Schadensminimierende Angebote für Alkoholkonsumierende</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Zusätzlich zum Ausbau von Kurzinterventionen sollte angedacht werden, schadensminimierende Angebote (z. B. Ziel der Trinkmengenreduktion, soziale Stabilisierung / Abfederung negativer sozialer Folgen des Konsums) im Alkoholbereich stärker zu etablieren, um somit die Angebotspalette zu verbreitern und bislang noch ungenügend erreichte Zielgruppen zu erschließen.
<p>Empfehlung D.4 Reduktion der drogenbezogenen Todesfälle</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die EU-weit vorgeschlagenen Maßnahmen zur Reduktion drogenbezogener Todesfälle wie bspw. Konsumräume, Erste-Hilfe-Training für Personen mit intravenösem Drogenkonsum und zielgruppenadäquate Rettungseinsätze bei Drogennotfällen sollen in der Steiermark diskutiert und hinsichtlich einer Umsetzung überprüft werden. » Das bereits bestehende Take-home-Naloxone-Umsetzungskonzept von Streetwork im Drogenbereich der Caritas Graz könnte österreichweit als Pilot-Initiative implementiert werden.
Empfehlungen ambulante, psychosoziale, psychologische und medizinische Beratung und Behandlung im Rahmen der Suchthilfe	
<p>Empfehlung E.1 Regionale Versorgung Suchtkranker</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die Formulierung der Leitlinie 8 sollte dahingehend geändert werden, dass der Schwerpunkt primär auf dem Ausbau vorhandener Versorgungs- und Kooperationsstrukturen, auch mit Unterstützung der Steirischen Suchtkoordination, liegen sollte. » Zur Gewährleistung einer regionalen Versorgung Suchtkranker besteht weiterhin die Notwendigkeit, die Kapazitäten der Suchthilfe für Beratung, Behandlung und Begleitung in der Süd-, Südost- und Weststeiermark auszubauen, auch um die Voraussetzung für Kooperationen garantieren zu können.
<p>Empfehlung E.2 Beratungs- und Hilfsangebote bei exzessiver Nutzung von Onlinespielen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die immer wieder geäußerten Bedürfnisse nach Unterstützung bei einer exzessiven Nutzung von Onlinespielen sollten in einem genauer zu definierenden Clearing-Prozess differenziert werden, um Betroffene an bedarfsgerechte Interventionen weitervermitteln zu können. » Betroffenen und ihren Angehörigen sollten Informationen (z. B. Broschüren) zur Verfügung gestellt werden, um besser zwischen einem problembehafteten Spielverhalten und einem ausschließlich zeitintensiven Spielverhalten unterscheiden zu können.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3: Empfehlungen Handlungsfeld Versorgungslage

Empfehlungen ambulante und (teil)stationäre medizinische Behandlung	
<p>Empfehlung F.1 Dezentrale Maßnahmen zur akuten Detoxikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die Entwicklung der dezentralen Maßnahme am LKH Hochsteiermark ist zu beobachten und langfristig sind in entsprechenden Schwerpunktspitälern analoge Maßnahmen zu setzen.
<p>Empfehlung F.2 Versorgungslage Substitutionsbehandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Eine Ausarbeitung von Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung mit Opioid-Substitutionsbehandlung wird empfohlen, welche auch die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer erfordert. » Die im Rahmen der Analyse des Zentrums für Suchtmedizin erarbeiteten Handlungsempfehlungen, nämlich u.a. die Heranziehung der nach § 15 SMG kundgemachten Einrichtungen, speziell zur Weiterbehandlung, bieten hierfür eine gute Ausgangsbasis.
<p>Empfehlung F.3 Erhöhung der Haltequote in der Opioid-Substitutionsbehandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Um eine weitere Steigerung der In-Treatment-Rate zu erreichen, sind innovative Ansätze notwendig (z. B. intravenöse Applikation des Substitutionsmittels, Heroinprogramme).
<p>Empfehlung F.4 Verordnungsrichtlinien Benzodiazepine</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Basierend auf den Empfehlungen der Fokusgruppe, wird angeregt, ein Angebot zur Beratung bezüglich problematischer Selbstmedikation aufzubauen bzw. das Behandlungsangebot der Suchthilfeeinrichtungen dahingehend zu erweitern. » Bewusstseinsbildende bzw. unterstützende Maßnahmen hinsichtlich der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für verschreibende Ärzte und Ärztinnen im stationären, aber vor allem im niedergelassenen Bereich werden empfohlen. » Die Ausarbeitung konsensueller Empfehlungen im Bereich der Verordnung von Benzodiazepinen im allgemeinmedizinischen Bereich würde steirische Ärzte und Ärztinnen bei einer bestmöglichen Behandlung unterstützen. Diese könnten sich inhaltlich an die „Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen“ (vgl. SDW 2016) anlehnen. » Hinsichtlich der Verschreibung von Benzodiazepinen im Rahmen einer Opioid-Substitutionsbehandlung ist auf die Leitlinie des BMGF hinsichtlich des Umgangs mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden gemäß § 23a Abs. 3 Suchtgiftverordnung wie auch auf die interne Verschreiberichtlinie für Benzodiazepine der I.K.A. (Hiden/Wachter 2012) zu verweisen.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3: Empfehlungen Handlungsfeld Versorgungslage

Empfehlungen Schnittstellen zu Systempartnern	
<p>Empfehlung G.1 Suchtpolitik als Querschnittsthematik</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Im Sinne des HiAP-Ansatzes sind suchtpolitische Anliegen vonseiten der Suchtkoordination adäquat und zielgerichtet in Form suchthilferelevanter Parameter in relevanten Strategien anderer Politikfelder zu befördern. Kooperationen mit ausgewählten Ressorts sind zu initiieren und zu pflegen, um suchtpreventives Handeln als gesamtgesellschaftliches Handlungsfeld verständlich zu machen sowie Problembewusstsein und Offenheit zu schaffen. » Im Bereich der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sind seitens der Steirischen Suchtkoordination auch im Sinne einer aktiven Suchtpolitik (Leitlinie 10) Schnittstellen zu vorhandenen Versorgungssystemen zu optimieren. Hier bedarf es gezielter Bewusstseinsarbeit und der Bereitstellung von Wissen über die Angebote der Suchthilfe für Systempartner, wie z. B. im Rahmen des lfd. Lehrganges zu Sozialpsychiatrie und Sucht. » Das Bewusstsein für und das Wissen um suchtspezifische Herausforderungen ist zudem bei allen medizinischen Berufsgruppen zu erweitern. Suchtspezifische Inhalte müssen in den universitären medizinischen Ausbildungen nachhaltig integriert werden. Diese Verankerung muss Ziel des suchtpolitischen Planens sein und dient der langfristigen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen spezifischen suchtmmedizinischen Behandlung wie auch einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Suchtpatienten/-patientinnen im Rahmen der medizinischen Regelversorgung.
<p>Empfehlung G.2 Schnittstelle zu Justiz und Haftanstalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Weiterführung der Kooperationen zwischen Einrichtungen der Suchthilfe und Haftanstalten » Eine Kooperation zwischen der Suchtkoordination und der Justiz ist empfehlenswert, um bestehende Angebote zu formalisieren und Herausforderungen in Bezug auf Suchtpatienten und Suchtpatientinnen in Haft frühzeitig identifizieren zu können.
<p>Empfehlung G.3 Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Er- wachsenenpsychiatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Ein vertiefender Austausch zwischen Suchtkoordination und Psychiatriekoordination mit dem Ziel, die Früherkennung und die niederschwellige, ambulante und stationäre Versorgung der Zielgruppe zu optimieren, Synergien zu nutzen und Ressourcen zu bündeln, ist zu empfehlen. » Eine starke Vernetzung und Kooperation mit den im RSG 2025 geplanten sozialpsychiatrischen Ambulatorien wird als sinnvoll erachtet und deckt sich auch mit der Leitlinie 6 „Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots“. » Im Sinne der Leitlinie 6 bzw. der Leitlinie 7 und im Verständnis von Sucht als Querschnittsthematik sind der Kontakt und die Kooperation zwischen den Suchthilfeeinrichtungen und den kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychiatrischen Abteilungen in den Krankenhäusern im Sinne von spezifischen, die Suchtdynamik betreffenden Verbindungsdiensten zu institutionalisieren.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3: Empfehlungen Handlungsfeld Versorgungslage

Empfehlungen Schnittstellen zu Systempartnern	
<p>Empfehlung G.4 Schnittstelle medizinische Regelversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Für eine verbesserte wohnortnahe Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen ist vonseiten der Steirischen Suchtpolitik vor allem im niedergelassenen Versorgungsbereich Überzeugungs- und Unterstützungsarbeit zu leisten. Zur Identifizierung von strukturellen Hürden und Handlungsmöglichkeiten zur Öffnung der ambulanten medizinischen Regelversorgung empfiehlt sich eine Systemanalyse, die von den im RSG 2025 geplanten Versorgungsstrukturen ausgeht und zusätzlich die regionale Ärzteschaft, Apotheken und Gesundheitszentren einbezieht. » Im ÖSG 2017 ist für den Bereich der Primärversorgung zumindest bei den (teambasierten) Primärversorgungseinheiten der Aufgabenbereich „Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen“ als Basisaufgabe definiert. Dieser umfasst unter anderem die Leistung Erkennen und ggf. Behandeln von Suchterkrankungen bzw. bei Bedarf Weiterleiten (vgl. BMGF 2017, S. 78). Diese Leistung ist auch im steirischen RSG zu berücksichtigen und in den Primärversorgungseinheiten umzusetzen. » Im Rahmen sowohl der Versorgungsplanung wie auch der Spezialversorgung von Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) empfiehlt sich die im ÖSG 2017 formulierte Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. Suchtkoordination im Sinne einer regionalen Gesamtplanung wie auch, im Rahmen von Kooperationen, bundesländerübergreifend (BMGF 2017).
<p>Empfehlung G.5 Schnittstelle niedergelassene medizinische Versorgung mit suchtmedizinischer Behandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Es empfiehlt sich, niedergelassene Allgemeinmediziner/-innen als wichtige Kooperationspartner/-innen auch künftig zu unterstützen. » Es sei in diesem Zusammenhang auch auf die wesentliche Rolle der Ärztekammer wie auch – in Hinblick auf die Leistungsverträge – der Sozialversicherungsträger in Zusammenhang mit der suchtmedizinischen Versorgung und Behandlung hingewiesen.
<p>Empfehlung G.6 Schnittstelle Wohnversorgung/ Arbeitsintegration/ Tagesstrukturangebote</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Um eine Öffnung der Angebote in den Bereichen Wohnversorgung, Tagesstruktur und mobile sozialpsychiatrische Begleitung (MSB) für Menschen mit Suchterkrankungen strukturell verankern zu können, ist eine Kooperation mit der im Land Steiermark zuständigen ABT11 anstrebenswert. » In Sozialbereichen, in denen Substanzkonsum einen Ausschlussgrund darstellt, sollte geklärt werden, wie entsprechende Alternativangebote für die marginalisierte Zielgruppe substanzkonsumierender Personen aussehen könnten. In diesem Zusammenhang muss auch geklärt werden, wer diese Angebote stellt und finanziert.
Empfehlungen integrierte Versorgung	
<p>Empfehlungen H.1 Differenzierte Ausarbeitung der Zielsetzung</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Im Sinne von Best Practice sollten Beispiele für gelungene integrierte Versorgung im Suchtbereich im Zuge einer systematischen und umsetzungsorientierten Untersuchung gesammelt werden. Herausforderungen und Voraussetzungen für ein Gelingen integrierter Versorgung sollten dabei anhand bisheriger und vergleichbarer Projekte erhoben und für zukünftige Umsetzungsideen nutzbar gemacht werden (Schulung von Professionisten, finanzielle Steuerungsmechanismen, Bereitstellung zeitlicher Ressourcen).

Quelle und Darstellung: GÖG

Inhalt

Vorwort Landesrat Mag. Christopher Drexler.....	III
Vorwort HR Dr. Odo Feenstra, Landessanitätsdirektor	III
Kurzfassung	VII
Inhalt	XIX
Abbildungen.....	XXIII
Tabellen	XXVI
Abkürzungen.....	XXIX
1 Einleitung	1
2 Suchtprävention.....	2
2.1 Überblick	2
2.2 Grundlagen und Organisation der Suchtprävention	3
2.3 Präventionsmaßnahmen	3
2.3.1 Universelle Suchtprävention.....	3
2.3.2 Selektive Suchtprävention.....	6
2.3.3 Indizierte Suchtprävention.....	6
2.4 Reichweite von Präventionsmaßnahmen	7
2.5 Überblick über Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Settings	8
2.5.1 Suchtprävention in Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen	9
2.5.2 Suchtprävention in der Familie	10
2.5.3 Suchtprävention in der Schule	11
2.5.4 Suchtprävention in Betrieben	13
2.5.5 Suchtprävention in der außerschulischen Jugendarbeit.....	14
2.5.6 Suchtprävention in Vereinen	15
2.5.7 Suchtprävention in Ausbildungseinrichtungen	16
2.5.8 Suchtprävention für Helfersysteme	18
2.5.9 Suchtprävention in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten	19
2.5.10 Suchtprävention in der Gemeinde	20
2.5.11 Settingübergreifende Suchtprävention	21
2.5.12 Suchtprävention im extramuralen Gesundheitsbereich	22
2.5.13 Suchtprävention in Krankenhäusern, Kur- und Rehabilitationsanstalten	22
2.6 Spezialkonzepte und Strategien	23
2.6.1 Tabakpräventionsstrategie	23
2.6.2 Gesamtpaket Glücksspiel.....	25
2.6.3 Aktionsplan Alkoholprävention.....	27
3 Epidemiologie.....	30
3.1 Überblick	30
3.2 Datenquellen und Methodik	31
3.3 Alkohol.....	32
3.3.1 Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern	32
3.3.2 Alkoholkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren	34
3.4 Tabak und verwandte Produkte	36

3.4.1	Tabakkonsum von Schülerinnen und Schülern	36
3.4.2	Tabakkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren.....	38
3.5	Cannabis	39
3.5.1	Cannabiskonsum von Schülerinnen und Schülern.....	39
3.5.2	Cannabiskonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren.....	41
3.6	Risikoreicher Konsum von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis	43
3.6.1	Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen	45
3.6.2	Der risikoreiche Konsum illegaler Drogen im Zeitverlauf	46
3.7	Psychopharmaka.....	50
3.7.1	Konsum verschreibungspflichtiger Schlaf- und Beruhigungsmittel laut Schülerbefragungen	50
3.7.2	Verordnungen ausgewählter Psychopharmaka laut Sozialversicherungsdaten	51
3.8	Glücksspiel und Sportwetten	57
3.8.1	Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Schülerbefragungen....	57
3.8.2	Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Bevölkerungsbefragung.....	58
3.9	Esstörungen	59
3.10	Internetnutzungsverhalten	60
3.10.1	Problematisches Internetnutzungsverhalten laut Schülerbefragungen	60
4	Gesundheitliche und soziale Folgewirkungen	61
4.1	Überblick	61
4.2	Begleiterkrankungen	62
4.3	Mortalität.....	64
4.3.1	Direkt drogenbezogene Todesfälle	64
4.3.2	Alkoholassoziierte Todesfälle	67
4.3.3	Tabakassoziierte Todesfälle	71
4.4	Suchtmittelbezogene Kriminalität	72
4.4.1	Anzeigen	72
4.5	Soziale Folgen.....	74
5	Versorgungslage und Klientel	78
5.1	Überblick	78
5.2	Versorgungsstruktur	81
5.3	Niederschwellige, schadensminimierende und sozialintegrative Versorgung	82
5.3.1	Einrichtungen und Maßnahmen	82
5.3.2	Beschreibung der Klientel	94
5.4	Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe.....	96
5.4.1	Einrichtungen und Maßnahmen	96
5.4.2	Beschreibung der Klientel	102
5.5	Ambulante und (teil)stationäre medizinische Versorgung.....	117
5.5.1	Einrichtungen und Maßnahmen	117
5.5.2	Beschreibung der Klientel	121
5.6	Opioid-Substitutionsbehandlung	136
5.6.1	Versorgungslage	136
5.6.2	Beschreibung der Klientel	139
5.6.3	Erfolgskriterium Haltequoten.....	140
5.7	Tabakentwöhnungsmaßnahmen	142
5.8	Integrierte Versorgung	144
5.8.1	Das Konzept der integrierten Versorgung	144
5.8.2	Integrierte Versorgung in der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i>	145

5.8.3	Beispiele für integrierte Versorgung im Suchtbereich in der Steiermark	146
5.8.4	Beispiele für integrierte Versorgung im Suchtbereich außerhalb der Steiermark	147
6	Schwerpunktkapitel: Aktivitäten und Maßnahmen zur Umsetzung der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i>	149
6.1	Umsetzung der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i> im Rahmen der Suchtprävention	151
6.2	Umsetzung der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i> im Rahmen der Suchtbehandlung	153
6.3	Ökonomische Aspekte: Leistungsbezogene Finanzierung	158
6.4	Leitlinien der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i>	161
6.4.1	Erfüllungsgrad der Leitlinien in den Förderungen der ABT08	161
6.4.2	Erfüllung der Leitlinien aus Sicht der Experten und Expertinnen	162
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	172
7.1	Handlungsfeld Daten / Monitoring / Finanzierung	172
A.	Empfehlungen bezüglich Daten/Monitoring	172
B.	Empfehlungen zur Finanzierung	175
7.2	Handlungsfeld Versorgung(sstruktur)	176
C.	Empfehlungen von Präventionsmaßnahmen	176
D.	Empfehlungen zur niederschwelligen, schadensminimierenden Versorgung	179
E.	Empfehlungen bezüglich ambulanter psychosozialer, psychologischer und medizinischer Beratung und Behandlung im Rahmen der Suchthilfe	181
F.	Empfehlungen im Bereich ambulanter und (teil)stationärer medizinischer Behandlung	182
G.	Empfehlungen Schnittstellen zu Systempartnern	183
H.	Empfehlungen im Bereich integrierte Versorgung	187
8	Literatur/Quellen	188
8.1	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	188
8.2	Literatur	188
Anhang	195
	Fokusgruppe: Geladene Institutionen/Einrichtungen	195

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 3.1: Alkoholkonsumgruppen auf Basis der täglichen Konsummenge nach Geschlecht und Alter, 2015	35
Abbildung 3.2: Lebenszeitprävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte bei Schülern/Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht bzw. Schultyp), 2015.....	36
Abbildung 3.3: Täglicher Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen bei Schülern/ Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht bzw. Schultyp), 2015 ..	37
Abbildung 3.4: Rauchen von Tabak in der Bevölkerung 15+ nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2014	38
Abbildung 3.5: Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz Cannabis bei Schülern/ Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht bzw. Schultyp), 2015	40
Abbildung 3.6: Konsum von Cannabis bei Schülern/Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Risikobehaftung), 2015.....	41
Abbildung 3.7: Cannabis Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015	42
Abbildung 3.8: Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich und in der Steiermark, 2016 *	44
Abbildung 3.9: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), 2015	46
Abbildung 3.10: Prävalenzschätzung des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen in der Steiermark, 1999-2015	47
Abbildung 3.11: Anteil der Personen unter 25 Jahren in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und bei Begutachtungen nach § 12 SMG in der Steiermark im Zeitverlauf, 2000- 2016	48
Abbildung 3.12: Alle im jeweiligen Jahr in den Einrichtungen der steirischen Suchthilfe begonnenen ambulanten Behandlungen nach Leitdrogen im Zeitverlauf (DOKLI), 2006- 2016.....	49
Abbildung 3.13: Lebenszeitprävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln unter Schülern/ Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht), 2015	51
Abbildung 3.14: Anzahl der Personen mit mindestens einer Verordnung in einer der betrachteten Wirkstoffgruppen (N05BA, N05CD, N05CF gemäß ATC-Code), Steiermark, 2012-2016.....	53

Abbildung 3.15: Anzahl der 30- bis 59-Jährigen mit mind. einer Verordnung der betrachteten Wirkstoffgruppen (N05BA, N05CD, N05CF gemäß ATC-Code), Steiermark, 2012-2016.....	54
Abbildung 3.16: Personen mit mind. einer Verordnung von Flunitrazepam bzw. Oxazepam, Steiermark, 2012-2016.....	55
Abbildung 3.17: Jahresprävalenz und wöchentliche Teilnahme an Glücksspiel bzw. Sportwetten mit Geldeinsatz unter Schülern und Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht und Schultyp), 2015.....	57
Abbildung 3.18: Art der Glücksspiel- bzw. Sportwettenteilnahme mit Geldeinsatz in den letzten zwölf Monaten unter Schüler/-innen der 9. und 10. Schulstufe, 2015	58
Abbildung 3.19: Glücksspiel-bzw. Sportwettenprävalenz mit Geldeinsatz in der Bevölkerung 15+ nach Geschlecht und Alter, 2015	59
Abbildung 4.1: Prävalenz der drogeninduzierten Infektionskrankheiten HIV, HCV und HBV, Kontaktladen und Streetwork im Drogenbericht Graz, 2010-2016	63
Abbildung 4.2: Direkt drogenbezogene Todesfälle in der Steiermark – Zeitreihe, geglättete 3-Jahres-Werte, 2010- 2015.....	66
Abbildung 4.3: Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren im regionalen Vergleich zwischen 2000 und 2015, geglätteter 3-Jahres-Wert, 2010-2015	66
Abbildung 4.4: Entwicklung der alkoholassoziierten Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen nach Geschlecht für die Steiermark und Österreich, 2001- 2015.....	69
Abbildung 4.5: Verteilung alkoholassoziierten Todesfälle nach Alter im Vergleich zu anderen Todesursachen, Österreich, 2015.....	70
Abbildung 4.6: Delikte von Klienten/Klientinnen der Spielsuchteinrichtungen, 2010-2016	75
Abbildung 4.7: Verschuldung bei Klienten/Klientinnen der Existenzsicherung für Spieler und Spielerinnen.....	76
Abbildung 4.8: Probleme durch den Alkoholkonsum anderer Personen innerhalb der letzten 12 Monate, 2015	77
Abbildung 5.1: Versorgungslage mit schadensminimierenden oder sozialintegrativen Angeboten, Wegzeit in Minuten, 2016.....	85
Abbildung 5.2: Versorgungslage Jugend-Streetwork inkl. Notschlafstellen für Jugendliche, Wegzeit in Minuten, 2016	86
Abbildung 5.3: Spritzentausch Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich Graz, 2010-2016	89
Abbildung 5.4: Versorgungslage durch Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe, Wegzeit in Minuten, 2016	100

Abbildung 5.5: Anzahl der Klienten und Klientinnen mit Beratungsschwerpunkt Alkohol bzw. anderem Beratungsschwerpunkt in ambulanten Einrichtungen in der Steiermark, 2014–2016.....	105
Abbildung 5.6: Art der Betreuung bei Schwerpunkt Alkohol, 2016.....	106
Abbildung 5.7: Form des Lebensunterhalts bei Klienten/Klientinnen in ambulanten Einrichtungen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol, 2016.....	110
Abbildung 5.8: Wohnsituation bei Klienten/Klientinnen in ambulanten Einrichtungen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol, 2016	111
Abbildung 5.9: Klienten/Klientinnen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspieler/-innen nach Altersgruppen und Jahr, 2010–2016	112
Abbildung 5.10: Klienten/Klientinnen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspieler/-innen nach Geschlecht, 2010–2016	112
Abbildung 5.11: Anteil der Raucher/-innen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspieler/-innen, 2010–2016.....	113
Abbildung 5.12: Bildungsstand von Spielern/Spielerinnen in Behandlung (2016) und in der steirischen Bevölkerung (2014)	114
Abbildung 5.13: Bevorzugte Glücksspielform der Spieler/-innen in Behandlung, 2016	114
Abbildung 5.14: Bevorzugte Spielformen der Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-innen, Durchschnittswert 2011–2016	115
Abbildung 5.15: Altersverteilung von Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-innen, Durchschnittswert 2011–2016.....	116
Abbildung 5.16: Berufstätigkeit von Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-spielerinnen, Durchschnittswert 2011–2016.....	117
Abbildung 5.17: Ambulante und (teil)stationäre medizinische und suchtspezifische Angebote, Wegzeit in Minuten, 2016.....	119
Abbildung 5.18: Personen aus der Steiermark, die sich 2016 in einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung befanden, nach hierarchischer Leitdrogendefinition* (EMCDDA - n = 1.180).....	134
Abbildung 5.19: Entwicklung der Zahl jährlicher Meldungen aktuell in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlicher Steirer/-innen, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2002–2016	136
Abbildung 5.20: Opioidabhängige Personen in der Steiermark, nach Integration in Opioid-Substitutionsbehandlung, 2000–2015	137
Abbildung 5.21: Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach steirischen Bezirken, 2016	138
Abbildung 5.22: Altersstruktur der in Opioid-Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, 1999–2016	139

Abbildung 5.23: Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 in der Steiermark eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 551).....	141
Abbildung 5.24: Dauer der bisherigen Behandlung der insgesamt 1.274 Steirerinnen und Steirer, die sich am 31. 12. 2016 in Substitutionsbehandlung befanden.....	142
Abbildung 6.1: Institutionalisierte Netzwerke der Suchtkoordination des Landes Steiermark ...	150
Abbildung 6.2: Wochenöffnungszeiten der Sucht- und Drogenhilfe in Stunden nach Angebotstyp, 2010–2016.....	157
Abbildung 6.3: Modell einer einheitlichen leistungsbezogenen Finanzierung der Suchthilfe	160

Tabellen

Tabelle 1: Empfehlungen Handlungsfeld Daten/Monitoring/Finanzierung.....	XII
Tabelle 2: Empfehlungen Handlungsfeld Prävention	XIII
Tabelle 3: Empfehlungen Handlungsfeld Versorgungslage.....	XIV
Tabelle 2.1: Erreichte Personen durch Maßnahmen von VIVID nach Setting 2010–2016	7
Tabelle 2.2: Anzahl der Veranstaltungen und Zugriffe auf Homepage von VIVID 2010–2016	7
Tabelle 2.3: Anzahl von Beratungen und erreichte Personen durch Maßnahmen der Kriminalprävention 2011–2015	8
Tabelle 2.4: Maßnahmen in Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, VIVID, 2010–2016	9
Tabelle 2.5: Maßnahmen in der Familie, VIVID, 2010–2016.....	10
Tabelle 2.6: Maßnahmen in der Schule, VIVID, 2010–2016	11
Tabelle 2.7: Maßnahmen in Betrieben, VIVID, 2010–2016	13
Tabelle 2.8: Maßnahmen in der außerschulischen Jugendarbeit, VIVID, 2010–2016.....	14
Tabelle 2.9: Maßnahmen in Vereinen, VIVID, 2010–2016.....	15
Tabelle 2.10: Maßnahmen in Ausbildungseinrichtungen, VIVID, 2010–2016	16
Tabelle 2.11: Maßnahmen für Helfersysteme, VIVID, 2010–2016	18
Tabelle 2.12: Maßnahmen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten, VIVID, 2010–2016	19
Tabelle 2.13: Maßnahmen in der Gemeinde, VIVID, 2010–2016	20
Tabelle 2.14: Settingübergreifende Maßnahmen, VIVID, 2010–2016	21
Tabelle 2.15: Maßnahmen im extramuralen Gesundheitsbereich, VIVID, 2010–2016	22
Tabelle 2.16: Maßnahmen in Krankenhäusern, Kur- und Rehabilitationsanstalten, VIVID, 2010–2016	22
Tabelle 2.17: Maßnahmenbereiche und Maßnahmen der Tabakpräventionsstrategie	25

Tabelle 2.18: Maßnahmen und Maßnahmenbereiche des Gesamtpakets Glücksspiel.....	27
Tabelle 2.19: Schwerpunkte des Aktionsplans Alkoholprävention (APA)	28
Tabelle 3.1: Übersicht über Alkoholkonsumindikatoren ESPAD (9. und 10. Schulstufe), 2015	33
Tabelle 3.2: Anteil der 15- bis 29-Jährigen an allen Anspruchsberechtigten mit mind. einer Verordnung aus den Gruppen N05BA, N05CD oder N05CF (gemäß ATC-Code), Steiermark, 2012–2016.....	53
Tabelle: 4.1: Direkt drogenbezogene Todesfälle in der Steiermark nach Todesursache (absolut), 2000–2015.....	65
Tabelle 4.2: Ausgewählte tabakassozierte Todesursachen von Steirern und Steirerinnen, 2015 71	
Tabelle 4.3: Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel in der Steiermark, 2010–2016.....	73
Tabelle 5.1: Überblick niederschwellige bzw. schadensminimierende Einrichtungen in der Steiermark	84
Tabelle 5.2: Übersicht niederschwellige sozialintegrative Angebote	87
Tabelle 5.3: Anzahl der Haftbesuche in der Einzelfallhilfe von Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, 2010–2016.....	89
Tabelle 5.4: Öffnungszeiten der von der ABT08 geförderten niederschwelligen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe (Stunden pro Woche), 2010–2016.....	91
Tabelle 5.5: Öffnungszeiten der von der ABT08 geförderten Angebote im Bereich Jugend- Streetwork der Sucht- und Drogenhilfe (Stunden pro Woche), 2010–2016	92
Tabelle 5.6: Persönliche Kontakte in den von der ABT08 geförderten niederschwelligen Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016.....	95
Tabelle 5.7: Persönliche Kontakte in den von der ABT08 geförderten Angeboten im Bereich Streetwork der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016	95
Tabelle 5.8: Übersicht Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe	101
Tabelle 5.9: Wochenöffnungszeiten der von der ABT08 geförderten Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote im Bereich der ambulanten Suchthilfe, in Stunden, 2010–2016	102
Tabelle 5.10: Persönliche Kontakte in den von der ABT08 geförderten Angeboten im Bereich psychoziale Beratung und Betreuung der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016	103
Tabelle 5.11: Liste der Einrichtungen, die in der Erhebung bezüglich des Betreuungsschwerpunkts Alkohol berücksichtigt wurden	104
Tabelle 5.12: Art der Zuweisung von Klienten/Klientinnen in ambulante Betreuungs- einrichtungen mit Schwerpunkt Alkohol, 2016	107

Tabelle 5.13: Regionale Verteilung der Inanspruchnahme ambulanter Suchthilfeangebote mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol in Relation zur Bevölkerungsverteilung, 2016	108
Tabelle 5.14: Bildungsstand von Personen in ambulanten Betreuungseinrichtungen mit Schwerpunkt Alkohol (2016) und in der steirischen Bevölkerung, 2014.....	109
Tabelle 5.15: Übersicht ambulante und (teil)stationäre medizinische Behandlungsangebote....	118
Tabelle 5.16: Wochenöffnungszeiten der vom Land Steiermark finanzierten ambulanten medizinischen Versorgungsangebote (in Stunden pro Woche), 2010–2016	120
Tabelle 5.17: Persönliche Kontakte in vom Land Steiermark finanzierten Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe im Bereich ambulante medizinische Versorgung (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016	120
Tabelle 5.18: Diagnosecluster Alkohol (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirerinnen und Steirer* in stationärer Behandlung, 2010–2015.....	123
Tabelle 5.19: Diagnosecluster Tabak (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen* in stationärer Behandlung, 2010–2015	125
Tabelle 5.20: Diagnosecluster Essstörungen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen* in stationärer Behandlung, 2010–2015	127
Tabelle 5.21: Diagnosecluster Medikamente (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen* in stationärer Behandlung, 2010–2015	128
Tabelle 5.22: Diagnosecluster pathologisches Spielen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen* in stationärer Behandlung, 2010–2015	130
Tabelle 5.23: Diagnosecluster illegale Drogen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen* in stationärer Behandlung, 2010–2015	131
Tabelle 5.24: Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und ausgewählte Indikatoren, 2016	135
Tabelle 6.1: Leitlinien der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i>	151
Tabelle 6.2: Ziel 1 der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i> : Suchtprävention	151
Tabelle 6.3: Ziel 2 der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i> : Suchthilfe.....	153
Tabelle 6.4: Ziel 3 der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i> : Steuerung	158
Tabelle 6.5: Erfüllungsgrad der Leitlinien der <i>Neuen Steirischen Suchtpolitik</i> in den Fördervergaben der ABT08, 2016.....	161

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
AGSB	ambulante Glücksspielberatung
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
ALK	Alkohol
AMS	Arbeitsmarktservice
APA	Aktionsplan Alkoholprävention
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (engl.: Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose Classification)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BADOS	Basisdokumentation Sucht
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BK	Bundeskriminalamt
BM	Bezirk Bruck-Mürzzuschlag
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium für Inneres
BS	Berufsschule
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
CAST	Cannabis Abuse Screening Tool
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CRC	Capture-Recapture-Methode
DDD	Defined Daily Dosis
DL	Bezirk Deutschlandsberg
DOKLI	einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl.: EMCDDA)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al.	et alii
etc.	et cetera
FAGP	Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement
FH	Fachhochschule
G	Graz
GSP	Glücksspiel
GSpG	Glücksspielgesetz
GU	Bezirk Graz-Umgebung
HF	Bezirk Hartberg-Fürstenfeld
HAK	Handelsakademie
HBLA	Höhere Bundeslehranstalt
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
HTL	höhere technische Lehranstalt

ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10
idgF	in der gängigen Fassung
ILL	illegale psychoaktive Substanzen
inkl.	inklusive
JSW	Jugend-Streetwork
LB	Bezirk Leibnitz
LBHMS	lehrerbildende höhere oder mittlere Schule
LE	Bezirk Leoben
LFHMS	land- und forstwirtschaftliche höhere oder mittlere Schule
LI	Bezirk Liezen
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid (Halluzinogen)
MB	(ambulante) medizinische Behandlung
MI	Motivational Interviewing
MSB	mobile sozialpsychiatrische Begleitung
MT	Bezirk Murtal
MU	Bezirk Murau
NPS	neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NST	Notschlafstelle
PLZ	Postleitzahl
PSB	psychosoziale Beratung und Betreuung
PSD	Psychosozialer Dienst
PSN	Psychosoziales Netzwerk
PTS	polytechnische Schule
SBS	sozialberufliche Schulen
SFK	Spielzeugfreier Kindergarten
SGVo	Suchtgiftverordnung
SM	Schadensminimierung
SMG	Suchtmittelgesetz
SO	Bezirk Südoststeiermark
ST.AT	Statistik Austria
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
StGSG	Steiermärkisches Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz
SÜ	suchtübergreifend
SV	Sozialversicherung
SVAGW	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TAB	Tabak
THC	Tetrahydrocannabinol
u. U.	unter Umständen
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VO	Bezirk Voitsberg
vs.	versus

wg.	wegen
WG	Wohngemeinschaft
WZ	Bezirk Weiz
XSB	Existenzsicherungsberatung
z. B.	zum Beispiel
15+	über 15-Jährige

1 Einleitung

Im Jahr 2011 wurde die *Neue Steirische Suchtpolitik* beschlossen, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt und sich neben der Abhängigkeit von verschiedenen (legalen und illegalen) Substanzen auch auf stoffungebundenes Suchtverhalten bezieht. Sie umfasst alle relevanten Bereiche von der Suchtvorbeugung über Beratung/Behandlung bis hin zur Schadensminimierung sowie Steuerung der Maßnahmen. Anhand von zehn Leitlinien werden Prioritäten für die Suchtpolitik bzw. die Weiterentwicklung von Suchtvorbeugung und Suchthilfe definiert. Die *Neue Steirische Suchtpolitik* sieht zudem eine regelmäßige Berichterstattung vor, der mit diesem Bericht Folge geleistet wird.

Der vorliegende *Steirische Suchtbericht 2017* schließt inhaltlich an den Suchtbericht 2011 an und stellt die Entwicklungen im Bereich Suchtprävention (Kapitel 2), Epidemiologie der Suchterkrankungen (Kapitel 3), gesundheitliche und soziale Folgen (Kapitel 4) und Versorgung (Kapitel 5) für den Berichtszeitraum 2010–2016 dar. Des Weiteren wird in einem Schwerpunktkapitel über die Maßnahmen, Aktivitäten und Auswirkungen der Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* berichtet (vgl. Kapitel 6). Abschließend werden aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen abgeleitet und Handlungsempfehlungen formuliert (Kapitel 7).

Der *Steirische Suchtbericht 2017* beinhaltet alle verfügbaren Daten zur Beschreibung der aktuellen epidemiologischen Situation sowie der Entwicklung seit 2010. Der Fokus wird dabei primär auf jene Angebote der Suchthilfe gerichtet, die durch den Einsatz von Mitteln des Gesundheitsressorts im Wege des Globalbudgets der ABT08- Suchtkoordination gefördert werden. Als Datenbasis werden sämtliche im Bereich legaler und illegaler Suchtmittel verfügbare Datenquellen (z. B. eSuchtmittel, ESPAD 2015, Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015, ATHIS 2014, Analysen der Haltequote in der Substitutionsbehandlung im Rahmen des Epidemiologiemonitorings Drogen, LKF-Statistik) herangezogen und steiermarkspezifisch ausgewertet. Zusätzlich wird ein Überblick über die seit 2010 umgesetzten Maßnahmen/Aktivitäten gegeben. Spezifische Erhebungen erfolgten über die Einrichtungen der Suchthilfe bzw. die Sozialversicherungsträger.

Um den Praxisbezug zu gewährleisten, wurde sowohl in der Phase der Datenanalyse als auch bei der Erarbeitung der Schlussfolgerungen und Empfehlungen jeweils eine moderierte Fokusgruppe mit relevanten steirischen Stakeholdern aus dem Präventions- wie auch dem Behandlungsbereich durchgeführt. Zudem erfolgten die Arbeiten im Projekt in enger Abstimmung mit der Steirischen Suchtkoordination.

Allen Mitwirkenden sei hiermit Dank ausgesprochen.

2 Suchtprävention

2.1 Überblick

Die Angebote der Suchtprävention in der Steiermark werden überwiegend durch die Fachstelle für Suchtprävention VIVID abgedeckt und durch weitere (regionale) Akteure/Akteurinnen ergänzt. VIVID bietet ein breites Feld an settingorientierten Angeboten für unterschiedliche Zielgruppen der Suchtprävention an. Über den Berichtszeitraum wurde die Diversifizierung der Angebote weiter ausgebaut. In Settings wie z. B. der Familie oder arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Betrieben konnte im Berichtszeitraum eine laufend wachsende Anzahl von Personen erreicht werden. Allein mit den Angeboten von VIVID konnten in den Jahren 2010–2016 in Summe fast 60.000 Personen erreicht werden.

Die *Tabakpräventionsstrategie* bündelt Maßnahmen im Bereich Tabak. Entwöhnangebote, die bereits vor dem Berichtszeitraum in unterschiedlichen Settings und für unterschiedliche Zielgruppen etabliert worden waren, wurden weiterhin umgesetzt und diversifiziert, etwa durch Umsetzung einer Rauchfrei-App. Weitere Schwerpunkte liegen auf der Öffentlichkeitsarbeit, der Vernetzung sowie Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, wofür in den Jahren 2010–2016 zahlreiche neue Kooperationspartner gewonnen werden konnten.

Im Bereich des Glücksspiels sind mit dem *Gesamtpaket Glücksspiel* der Beschluss und die Umsetzung einheitlicher Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen von Glücksspielanbietern – als Beitrag zur Minimierung von Interessenkonflikten –, die Erweiterung des Angebotsspektrums um Angebote für Angehörige und der Fokus auf besonders vulnerable und schwer erreichbare Zielgruppen wie Migranten als besonders positive Entwicklungen hervorzuheben. Mögliche Schwerpunkte zukünftiger Projekte könnten Maßnahmen für Jugendliche sein, die etwa die Vermittlung realistischer Gewinnerwartungen zum Ziel haben.

Der *Aktionsplan Alkohol* deckt mit seinen unterschiedlichen Schwerpunkten verschiedene Handlungsfelder ab. Ein Fokus liegt unter anderem auf der betrieblichen Prävention, ebenso finden die Bereiche Gastronomie und Handel Berücksichtigung. Zur Verbesserung der Versorgungslage trägt unter anderem die Implementierung von Kurzinterventionen bei.

2.2 Grundlagen und Organisation der Suchtprävention

Unterschiedliche Strategien – auf Bundesebene etwa die „neue österreichische Suchtpräventionsstrategie“ (BMG 2016), auf Ebene des Landes Steiermark die *Neue Steirische Suchtpolitik* (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011) – beschreiben die Ausrichtung der Suchtprävention. Betont wird die Notwendigkeit eines Konzepts, das einen ganzheitlichen, umfassenden und zielgruppenspezifischen Ansatz verfolgt und sowohl legale und illegale Substanzen als auch substanzungebundenes Suchtverhalten umfasst. Dabei ist Prävention als langfristiger Prozess zu verstehen, der bereits bei Kindern und Jugendlichen mit dem Ziel ansetzt, durch die Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung und der Lebenskompetenzen risikoreichen Konsum bzw. risikoreiche Verhaltensweisen, etwa im Bereich Glücksspiel, zu reduzieren (Weigl et al. 2016).

Eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen spielt in der Steiermark **VIVID – Fachstelle für Suchtprävention**. Gegründet 1997, setzt sie im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark suchtpreventive Maßnahmen um. Die Angebote der Fachstelle umfassen verschiedene Settings und Ansätze, wobei die Schwerpunkte auf universeller und selektiver Prävention liegen.

Neben der Fachstelle sind in der Steiermark noch **weitere Akteure und Akteurinnen** an der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen beteiligt. Zum einen sind dies Suchthilfeeinrichtungen oder kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungseinrichtungen, die zusätzlich zu ihren Hauptaufgabengebieten – Beratung, Betreuung und Behandlung – auch präventiv arbeiten. Weitere Akteure und Akteurinnen sind im schulischen Setting Schulärzte/-ärztinnen bzw. Schulpsychologen/-psychologinnen sowie die Polizei, die über für diese Aufgaben speziell geschulte Präventionsbeamten/-beamtinnen verfügt. Die Kooperation der unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen mit VIVID gewährleistet eine hohe Qualität der angebotenen Maßnahmen (Weigl et al. 2016).

2.3 Präventionsmaßnahmen

2.3.1 Universelle Suchtprävention

Ein Großteil der in der Steiermark umgesetzten Suchtpräventionsmaßnahmen besteht aus allgemein suchtpreventiven bzw. substanzübergreifenden Maßnahmen. Diese setzen auf die Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen und bilden die Grundlage für weiterführende (substanz)spezifische Maßnahmen. Beispiele dafür sind die Standardprogramme *Eigenständig werden* und *plus* (vgl. Tabelle 2.5), die nicht nur in der Steiermark, sondern österreichweit umgesetzt werden.

Substanzspezifische Maßnahmen zielen auf eine Auseinandersetzung mit dem Risikoverhalten und die Beeinflussung von Normen ab. Ein wichtiges Element ist die Schulung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, die deren Sensibilisierung für das jeweilige Thema bzw. die Erarbeitung von Handlungsstrategien im Umgang mit Betroffenen zum Ziel hat (Weigl et al. 2016).

Während Präventionsmaßnahmen mit substanzspezifischem Schwerpunkt schon seit vielen Jahren etabliert sind, wurden mit zunehmender Bedeutung von Glücksspiel und **neuen Medien**¹ die Maßnahmen um diese Themenbereiche erweitert. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention setzte in den Jahren 2010–2016 zahlreiche Maßnahmen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten und verschiedenen Zielgruppen um (Kap. 2.5). Zudem erarbeitete VIVID die Broschüre *Über Medien reden. Was Eltern wissen sollten*, die 2014 erschien. Eltern werden dabei unterstützt, ihre Kinder beim Medienkonsum zu begleiten. Die Broschüre enthält hilfreiche Tipps für Gespräche zum Thema Mediennutzung, Informationen zu unterschiedlichen Themenbereichen und zu rechtlichen Aspekten sowie Hinweise auf Beratungsstellen.

Im Bereich **Glücksspiel** gibt es sowohl im Glücksspielgesetz (GSpG) als auch im Steiermärkischen Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz (StGSG) Bestimmungen zum Spielerschutz, die Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen von Glücksspielanbietern vorsehen. In der Steiermark wurden diese Schulungsmaßnahmen von der Fachstelle für Suchtprävention VIVID, in Kooperation mit Suchtbehandlungseinrichtungen und der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, entwickelt. Die Bestimmung, Schulungsmaßnahmen für alle Lizenznehmer/-innen in der Steiermark einheitlich und verpflichtend zu gestalten, gewährleistet eine hohe Qualität (Kap. 2.6.2).

Suchtpräventionsmaßnahmen werden in unterschiedlichen Settings umgesetzt. Zentrales Element des Settings **Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen** bilden Fortbildungsveranstaltungen und Informationsmaterialien für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen. Diese beinhalten die Vermittlung von Wissen, Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung von Lebenskompetenzförderung und die Auseinandersetzung mit persönlichen Einstellungen. Ein weiterer Ansatz ist die Projektbegleitung, etwa bei der *Spielzeugfreien Kinderkrippe* bzw. dem *Spielzeugfreien Kindergarten*, mit der die Lebenskompetenzen der Kinder gefördert werden sollen (Kap. 2.5.1).

Maßnahmen im Setting **Familie** richten sich primär an Eltern, die in Informationsveranstaltungen, Seminarreihen und Gesprächsrunden nicht nur theoretische Inputs zu unterschiedlichen Themen erhalten, sondern auch die Möglichkeit haben, eigene Erfahrungen zu reflektieren und zu diskutieren. Die möglichen Themen orientieren sich an den spezifischen Herausforderungen der Alters- bzw. Entwicklungsphase der Kinder und Jugendlichen (Kap. 2.5.2).

Präventionsmaßnahmen im Setting **Schule** binden im Idealfall die gesamte Schulgemeinschaft ein, und dementsprechend richten sich die von VIVID angebotenen Maßnahmen an unterschiedliche Zielgruppen. Angebote zur Stärkung der Lebenskompetenzen der Schüler/-innen sind die beiden Programme *Eigenständig werden* und *plus*, die Schüler/-innen der 1.–4. bzw. 5.–8. Schulstufe adressieren bzw. Grundlagenworkshops als Einstieg in das Thema Suchtprävention. Eine weitere Zielgruppe sind Lehrkräfte, die durch Lehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen und Unterrichtsmaterialien zu Themen, die in engem Zusammenhang mit Suchtprävention stehen, unterstützt werden. Das Angebot umfasst ebenfalls die Projektbegleitung von Pädagogen/Pädagoginnen bei

1

Der Begriff neue Medien subsumiert internetbasierte Anwendungen, wie digitale Spiele und soziale Medien, die auf unterschiedlichen Geräten, bspw. Smartphones genutzt werden.

der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten an der Schule. Ergänzend dazu werden Elternabende veranstaltet (Kap. 2.5.3).

Der Fokus der Maßnahmen für **Betriebe** liegt darauf, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen bzw. jungen Menschen zu verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Verantwortlichen in den Betrieben durch Sensibilisierung, Reflexion und die Erarbeitung von Handlungsstrategien unterstützt bzw. bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen im Betrieb begleitet. Diese Maßnahmen werden ergänzt durch Workshops für Lehrlinge (Kap. 2.5.4).

Auch im Setting der **außerschulischen Jugendarbeit** steht die Schulung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen im Vordergrund. Neben Basiswissen werden auch Interventionsmöglichkeiten vermittelt, und die Begleitung von suchtpreventiven Projekten wird angeboten (Kap. 2.5.5).

Suchtprevention in **Vereinen** fokussiert primär den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol und wird in Kooperation mit den Schlüsselpersonen in unterschiedlichen Vereinen angeboten (Kap. 2.5.6).

Suchtpreventionsmaßnahmen in **Ausbildungseinrichtungen** umfassen im Wesentlichen die Schulung von Studierenden bzw. Teilnehmern- und Teilnehmerinnen an Lehrgängen wie z. B. in der Kinderbetreuung und in Gesundheitsberufen. Die Themen sind allgemeine Grundlagen der Suchtprevention oder aber substanzspezifisch, etwa im Bereich Tabak.

Bei Maßnahmen im Setting **Gemeinde** werden Verantwortliche auf Gemeindeebene bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen und der Sensibilisierung der Bevölkerung unterstützt. In diesem Zusammenhang sind die Eigeninitiative der Gemeinde, die Förderung der Partizipation und die Berücksichtigung der spezifischen regionalen Situation zentral.

Zu den **settingübergreifenden** präventiven Aufgaben der Fachstelle für Suchtprevention gehört die Unterstützung suchtpreventiver Initiativen, die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen und die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit. Letztere wird u. a. durch die Arbeitsgruppe SAG (Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe) gewährleistet, die sich aus der Suchtkoordination, der Fachstelle für Suchtprevention, verschiedenen Fachabteilungen, Vertretern/Vertreterinnen der Exekutive, der Kinder- und Jugendanwaltschaft, dem Landesschulrat, dem Landesjugendreferat, dem Landesverband der Elternvereine, der Drogenberatung des Landes und Vertretern/Vertreterinnen des Drogenfachgremiums zusammensetzt (Kap. 2.5.11, siehe auch Abbildung 6.1).

Maßnahmen der Suchtprevention im **extramuralen Gesundheitsbereich** umfassen zielgruppenadäquate Fortbildungen für verschiedene Gesundheitsberufe. Hier liegt der Schwerpunkt bei der *motivierenden Ansprache zum Rauchstopp* (Kap. 2.5.12).

Der Schwerpunkt von Maßnahmen im Setting **Krankenhaus, Kur- und Rehabilitationsanstalten** liegt ebenfalls auf dem Thema Tabak. Interessierte Einrichtungen werden inhaltlich und operativ auf dem Weg zur (Re-)Zertifizierung als „Rauchfreies Krankenhaus“ begleitet (Kap. 2.5.13).

2.3.2 Selektive Suchtprävention

Ein Beispiel für selektive Präventionsmaßnahmen² in der Steiermark sind die Angebote zum Thema elterliche Suchtbelastung. Für Kinder aus alkoholbelasteten Familien steht mit der *Wirbelkiste* ein mehrteiliges Gruppenangebot zur Verfügung, das von Elterntreffen begleitet wird (Kap. 2.5.2). Zentrales Element in diesem Kontext ist die Schulung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen und der aufsuchenden Familienarbeit. Die von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention angebotenen suchtpreventiven **Maßnahmen für Helfersysteme** sind sowohl Seminarreihen, die die Multiplikatoren/Multiplikatorinnen dabei unterstützen, schützende Faktoren im jeweiligen pädagogischen Umfeld zu fördern, als auch das ENCARE-Netzwerk (European Network for Children Affected by Risky Environments), eine (internationale) Vernetzung von Experten/Expertinnen zum Austausch von Erfahrungen zum Thema suchtblastete Familien (Kap. 2.5.8).

Selektive Präventionsmaßnahmen fokussieren auf Jugendliche in besonderen Settings wie z. B. in **arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten**. Ein Lehrgang für Suchtprävention, der sich an Multiplikatoren/Multiplikatorinnen richtet, beinhaltet neben allgemeinen Wissen zu Sucht bzw. Suchtvorbeugung und rechtlichen Grundlagen auch Handlungsmodelle im Umgang mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen und Basiswissen zur Methode des Motivational Interviewing. In dem mehrteiligen Programm *choice* können Jugendliche in diesem Setting als Basis für die Vorbeugung gegen Sucht Selbstwahrnehmung und Emotionsregulation schulen (Kap. 2.5.5).

2.3.3 Indizierte Suchtprävention

Maßnahmen der indizierten Suchtprävention beziehen sich primär auf Substanzkonsum, der problematisch ist, aber noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist. Diese Maßnahmen basieren auf einem beobachtbaren Risikoverhalten und sind oft substanzübergreifend konzipiert (Weigl et al. 2016).

Ein Beispiel für indizierte Suchtprävention ist *Movin'*, eine Fortbildung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen aus verschiedenen Bereichen zur motivierenden Gesprächsführung bei konsumierenden Jugendlichen (Kap. 2.5.5). Des Weiteren spielen hier auch die differenzierten Angebote der Drogenberatung des Landes für spezifische Gruppen von Jugendlichen im schulischen Bereich (Informationsworkshops) und in der Kooperation mit der Kinder und Jugendpsychiatrie eine wesentliche Rolle.

2

Maßnahmen der selektiven Prävention werden für Gruppen konzipiert, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein deutlich höheres Risiko aufweisen, in Kürze oder irgendwann in ihrem Leben eine Suchterkrankung zu entwickeln. (www.vivid.at/wissen/suchtprevention 14. 10. 2017).

2.4 Reichweite von Präventionsmaßnahmen

Im Berichtszeitraum 2010–2016 konnte **VIVID – Fachstelle für Suchtprävention** mit seinen Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Settings jährlich einen wachsenden Teil der Zielgruppe erreichen, 2016 waren das über 10.000 Personen (Tabelle 2.1). In einigen Settings wie z. B. der Familie oder arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Betrieben konnte im Berichtszeitraum eine laufend wachsende Anzahl von Personen erreicht werden. Die Anzahl der Veranstaltungen stieg kontinuierlich, von 376 Veranstaltungen im Jahr 2010 auf 600 Veranstaltungen im Jahr 2016 (Tabelle 2.2). Mit der Homepage von VIVID, die Informationen zu den Angeboten der Fachstelle sowie suchtrelevante Informationen für Interessierte und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen bietet, konnten weitere Zielpersonen erreicht werden (Tabelle 2.2).

Tabelle 2.1:
Erreichte Personen durch Maßnahmen von VIVID nach Setting 2010–2016

Setting	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	1.016	1.265	591	745	577	1.249	745
Familie	711	1.098	1.064	1.018	1.232	2.427	2.988
Schule	2.084	3.449	3.355	2.547	3.418	3.227	3.117
Betriebe	197	345	233	309	275	622	519
außerschulische Jugendarbeit	399	247	240	109	188	200	313
Vereine	120	144	120	56	189	164	69
arbeitsmarktpolitische Einrichtungen		23	325	380	496	447	722
Gemeinde	160	107	7	199	99	24	22
settingübergreifend	28	646	19	131	958	40	590
extramuraler Gesundheitsbereich	355	116	202	163	160	135	116
Krankenhäuser, Kur- und Rehabilitationsanstalten	610	413	925	218	180	255	66
Helfersystem	336	154	173	368	306	228	121
Ausbildungseinrichtungen	598	409	664	1.002	830	893	974
GESAMT	6.614	8.416	7.918	7.245	8.908	9.911	10.362

In der Darstellung wird nicht zwischen direkter Zielgruppe und indirekter Zielgruppe (Multiplikatoren/Multiplikatorinnen) unterschieden.

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

Tabelle 2.2:
Anzahl der Veranstaltungen und Zugriffe auf Homepage von VIVID 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anzahl der Veranstaltungen	376	442	418	459	538	628	631
Zugriffe Homepage	178.446	178.097	172.863	178.756	169.656	34.066*	32.462

*Seit 2015 erfolgt die Auswertung durch Google Analytics: Es wird der Besuch auf der Homepage gezählt, nicht mehr jeder einzelne Click auf den Unterseiten der VIVID-Homepage, wie in den Jahren davor.

Quelle: Tätigkeitsberichte von VIVID; Darstellung: GÖG

Präventionsbeamte/-beamtinnen der **Polizei** konnten in den Jahren 2011–2015 mit 1.221 Beratungen im Rahmen der Suchtprävention 36.668 Personen erreichen. Mit den beiden Jugendprojekten *Click & Check* und *All right – Alles was Recht ist* konnten zudem bei 617 Beratungen 17.170 Jugendliche erreicht werden (Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3:
Anzahl von Beratungen und erreichte Personen durch Maßnahmen der Kriminalprävention
2011–2015³

		2011	2012	2013	2014	2015
Präventionsbereich						
Suchtprävention	Anzahl Beratungen	173	164	416	242	226
	erreichte Personen	4.434	4.752	12.118	7.088	8.276
Jugendprojekte						
Click & Check	Anzahl Beratungen	63	85	58	38	35
	erreichte Personen	1.757	2.153	1.589	882	1.133
All right – Alles was Recht ist	Anzahl Beratungen	—	—	54	120	164
	erreichte Personen	—	—	1.780	3.596	4.280

Quelle: Bericht der Kriminalprävention; Darstellung: GÖG

2.5 Überblick über Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Settings

In der Steiermark besteht eine Vielzahl kleinerer und größerer suchtpreventiver Initiativen in unterschiedlichen Settings, die in diesem Bericht nicht umfassend beschrieben werden können. Die Darstellung der Präventionsmaßnahmen des Landes Steiermark 2010–2016 erfolgt ausschließlich anhand von Berichten der steirischen Fachstelle für Suchtprävention VIVID.

³

Zu Redaktionsschluss waren die Daten des Jahres 2016 noch nicht verfügbar.

2.5.1 Suchtprävention in Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen

Tabelle 2.4:

Maßnahmen in Kinderbildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme				Laufzeit						
		Kindergar- tenpädagogin- nen	Kinderbe- treuerinnen	Hortpädago- ginen	Tageseltern	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Seminarreihe <i>Suchtprävention im Kindesalter</i> für Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	Sechsteilige Seminarreihe. Die Teilnehmenden erwerben suchtvorbeugende pädagogische Kompetenzen und erfahren, wie sie diese in ihre alltägliche pädagogische Arbeit integrieren können.	✓	✓	✓	✓	→						
Seminare über Spezialthemen in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	Seminare über Spezialthemen, die in einem Zusammenhang mit der Suchtprävention stehen (Lebenskompetenzförderung, Bindung, Medienkompetenz, frühe Prävention von Essstörungen, spielzeugfreier Kindergarten, spielzeugfreie Kinderkrippe).	✓	✓	✓	✓	→ SFK, Medien, Essen						
Projektbegleitung Spielzeugfreier Kindergarten / Spielzeugfreie Kinderkrippe	Projektbegleitung durch die dreimonatige spielzeugfreie Zeit, welche die Förderung von Lebenskompetenzen zum Ziel hat und den Kindern eine Gegenerfahrung zu vorgefertigtem Spielzeug und festen und vorgegebenen Handlungsabläufen bietet.	✓	✓		✓	→ Kinderkrippe						
Seminarreihe <i>Darüber spricht man nicht – Kindern aus suchbelasteten Familien Halt geben</i>	Seminarreihe zum Themenkomplex „Kinder in suchbelasteten Familien“. Die Teilnehmenden lernen, wie die Förderung schützender Faktoren im jeweiligen beruflichen Kontext konkret aussieht.	✓	✓	✓	✓	→						
Seminare zu Spezialthemen für Tageseltern	Seminare zu Spezialthemen, die in einem Zusammenhang mit der Suchtprävention stehen (Lebenskompetenzförderung, Bindung, Medienkompetenz, frühe Prävention gegen Essstörungen, Kinder in suchbelasteten Familien)				✓	→ Essen, Tabak, Medien, ENCARE						

Quelle: VIVID, Darstellung: CÖG

2.5.2 Suchtprävention in der Familie

Tabelle 2.5:
Maßnahmen in der Familie, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme			Laufzeit						
		Eltern und Bezugs- personen von Kindern	Eltern und Bezugs- personen von Jugendlichen	Kinder und deren alkoholabhängige Eltern	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Elternvorträge zu speziellen Themen	Vorträge für Eltern, die in Zusammenhang mit der Suchtprävention stehen (Lebenskompetenzförderung, Kommunikation, Tabak, Alkohol, Medienkompetenz, Essstörungen, Bindung, Spielen, Basiswissen Sucht, Pubertät, Risikoverhalten & Entwicklungsaufgaben)	✓	✓		Essen, Medien						
Elterncafé	dreiteilige Seminarreihe für Eltern, in welcher Erziehungsfragen und Themenschwerpunkte aus suchtpreventiver Sicht beleuchtet werden (Ich-Stärke, Kommunikation, Medienkompetenz, Essstörungen, Bindung, Spielen, Tabak)	bis 10			Essen, Medien						
Elterngesprächsrunde <i>Was geht ab?</i>	mehrteilige Gesprächsrunde für Eltern von Jugendlichen zu suchtpreventiven Themen (Pubertät, Entwicklungsaufgaben, Risikoverhalten, Kommunikation, Erziehungsfragen)		ab 10								
Kindergruppe <i>Wirbelkiste</i> für Kinder aus alkoholbelasteten Familien	mehrteiliges pädagogisches Gruppenangebot für 8- bis 12-jährige Kinder aus alkoholbelasteten Familien mit begleitenden Elterntreffen			✓							

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.3 Suchtprävention in der Schule

Tabelle 2.6:
Maßnahmen in der Schule, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme						Laufzeit								
		Pädagoginnen und pädagogische Fachkräfte						Eltern	Schülerinnen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Volksschule	Sonderschule	Integration	Hort	Nachmittags- betreuung	Pädagoginnen											
<i>Eigenständig werden</i>	Programm zur Förderung der Lebenskompetenzen für die 1. bis 4. Schulstufe	✓	✓	✓	✓	✓				→						
schulbegleitendes Projekt	Projektbegleitung in Volksschulen zu den Themen Medien oder Tabak. Die Projektbegleitung umfasst eine Projektberatung und eine abschließende Reflexion mit den Pädagogen/Pädagoginnen, zwei Workshops mit den Schülern/Schülerinnen und einen Elternabend zu den Themen Medien oder Tabak	✓						✓	✓	→						
Seminare zu Spezialthemen in Volksschulen	Seminare zu Spezialthemen, die in engem Zusammenhang mit der Suchtprävention stehen (Grundlagen der Suchtprävention, Lebenskompetenzförderung, Medienkompetenz, Essstörungen, Tabak)	✓	✓	✓	✓	✓				→ Essen, Tabak						
<i>Seminarreihe Darüber spricht man nicht – Kindern aus suchtbelasteten Familien Halt geben</i>	Seminarreihe zum Themenkomplex „Kinder in suchtbelasteten Familien“ für pädagogisches Fachpersonal in Volksschulen. Die Teilnehmenden lernen, wie die Förderung schützender Faktoren im jeweiligen beruflichen Kontext konkret aussieht.	✓	✓	✓	✓	✓				→						
<i>plus</i>	plus – das österreichische Präventionsprogramm zur Förderung von Lebenskompetenzen für die 5. bis 8. Schulstufe						✓			→						
<i>SCHULE SUCHT VORBEUGUNG</i>	Projektbegleitung und Unterstützung von Schulen beim Umsetzen suchtpräventiver Schwerpunkte, etwa Grundlagen der Sucht, Alkohol, Tabak, neue Medien, Essstörungen und Workshop mit Schülern/Schülerinnen. Ab der 7. Schulstufe						✓		✓	→						

Fortsetzung Tabelle 2.6: Maßnahmen in der Schule, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme							Laufzeit											
		Pädagoginnen und pädagogische Fachkräfte						Eltern	Schülerinnen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016				
		Volksschule	Sonderschule	Integration	Hort	Nachmittags- betreuung	Pädagoginnen													
Seminare zu Spezialthemen für Pädagogen/Pädagoginnen ab der 5. Schulstufe	Durchführung von Seminaren zu Themen wie Grundlagen der Suchtprävention, Lebenskompetenzförderung, Alkohol, Tabak, Essstörungen, Internetsucht, Früherkennung						✓				Grundlagen, Alkohol, Tabak, Medien Essen Glückspiel									
<i>Step by Step</i> – Früherkennung und Krisenintervention an Schulen § 13 SMG	Seminar, das anhand des § 13 SMG („Helfen statt Strafen“) der Schule Möglichkeiten eröffnet, gezielte Unterstützung zu bieten, wenn der Verdacht besteht, dass ein Schüler / eine Schülerin illegale Substanzen konsumiert																			
Grundlagenworkshop für Schüler/-innen	Projektberatung und Workshop als Einstieg in das Thema Suchtprävention in der Schule, bei denen Jugendliche zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht und ihrem eigenen Konsumverhalten angeregt werden						✓		✓											
Projektberatung Schule	Beratung und Unterstützung von Pädagogen/Pädagoginnen in Bezug auf die Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktionen und Projekte in der Schule						✓													
Gesunde Schule Tabak	Entwicklung und Umsetzung spezifischer Maßnahmen zur Tabakprävention im Rahmen des Netzwerks „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ der STGKK						✓		✓											
<i>Take Control</i> – Der weniger rauchen Kurs	Jugendliche lernen ihr eigenes Rauchverhalten zu beobachten, zu kontrollieren, Alternativen zu entwickeln und ihr neues Verhalten zu festigen.								✓											

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.4 Suchtprävention in Betrieben

Tabelle 2.7:
Maßnahmen in Betrieben, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit						
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fortbildungen für Lehrlingsausbildner/-innen	Grundlagen der Suchtentwicklung und Suchtprävention; Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen	Lehrlingsausbildner/-innen diverser Betriebe	Tabak						
Fortbildungen für Lehrlingshäuser	Grundlagen der Suchtentwicklung und Suchtprävention; Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen	Mitarbeiter/-innen in Lehrlingshäusern							
Workshops für Lehrlinge	Lehrlinge sollen zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht und ihrem eigenen Konsumverhalten angeregt werden.	Lehrlinge diverser Betriebe							
<i>Take Control</i> - Der weniger rauchen Kurs	Jugendliche lernen ihr eigenes Rauchverhalten zu beobachten, zu kontrollieren, Alternativen zu entwickeln und ihr neues Verhalten zu festigen.	jugendliche abstinenzmotivierte Raucher/-innen zwischen 16 und 25 Jahren in Betrieben und Berufsschulen							
Glücksspielschulungen	VIVID setzt im Rahmen der Schulung Modul 2 um: Suchtformen und Grundlagen der Suchtentwicklung bzw. Suchtprävention	Mitarbeiter/-innen von Glücksspielanbietern							

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.5 Suchtprävention in der außerschulischen Jugendarbeit

Tabelle 2.8:
Maßnahmen in der außerschulischen Jugendarbeit, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Projektberatung außerschulische Jugendarbeit	Projektberatung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen im außerschulischen Setting in Bezug auf suchtpreventive Projekte und Maßnahmen	haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen in Jugendeinrichtungen, Jugendgruppen								
<i>Movin'</i> – Motivational Interviewing, ein Zugang zu (riskant) konsumierenden Jugendlichen	Seminarreihe für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, in der die Methode des Motivational Interviewing (MI) gelehrt wird. MI erleichtert die Kontaktaufnahme mit Menschen, die riskant konsumieren, aber wenig Änderungsbereitschaft aufweisen bzw. ein zwiespältiges Verhältnis zu ihrem Konsumverhalten haben.	Mitarbeiter/-innen in sozialpädagogischen Betreuungsformen, der offenen Jugendarbeit und der Jugendsozialarbeit bzw. Jugendberatung								
Seminare im außerschulischen Bereich	Durchführung von Seminaren zu suchtpreventiven Themen für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in der außerschulischen Jugendarbeit	haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen in Jugendeinrichtungen, Jugendgruppen								
<i>Take Control</i> – Der weniger rauchen Kurs	Jugendliche lernen ihr eigenes Rauchverhalten zu beobachten, zu kontrollieren, Alternativen zu entwickeln und ihr neues Verhalten zu festigen.	jugendliche abstinenzmotivierte Raucher/-innen zwischen 16 und 25 Jahren im Jugendzentrum oder in Jugend-WGs								

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.6 Suchtprävention in Vereinen

Tabelle 2.9:
Maßnahmen in Vereinen, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
<i>Brennpunkt.Sucht</i>	Seminar über Grundlagen der Suchtprävention im Rahmen des Ortsfeuerwehrjugendbeauftragten-Lehrgangs an der Landesfeuerwehrschule	Jugendbeauftragte der Landesfeuerwehr		▶						
<i>Kontrapunkt.Sucht</i>	Seminar über Grundlagen der Suchtprävention für Jugendreferenten/Jugendreferentinnen der steirischen Blasmusik	Jugendreferenten/Jugendreferentinnen der Blasmusik			▶					
Fortbildungen für das Rote Kreuz	Vorträge und Workshops über die Grundlagen der Suchtprävention bei Jugendverantwortlichen des Rotes Kreuzes	Jugendverantwortliche des Roten Kreuzes	▶						▶	
Fortbildungen Fußballverband	Seminare über Grundlagen der Suchtprävention für Jugendtrainer in Kooperation mit dem Steirischen Fußballverband	Jugendtrainer des Steirischen Fußballverbands	▶							
<i>Fest im Griff</i>	<i>Fest im Griff</i> ist eine Beratung und umfangreiche Ideensammlung für die Umsetzung einer verantwortungsvollen Festkultur, die unter der Domain www.festimgriff.info weitergegeben wird.	Festveranstalterinnen und Festveranstalter	▶							

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.7 Suchtprävention in Ausbildungseinrichtungen

Tabelle 2.10:
Maßnahmen in Ausbildungseinrichtungen, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme			Laufzeit						
		Studierende	Teilnehmende am Lehrgang	Ärzte/Ärztinnen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Seminare an der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik	Seminare zum Thema Sucht und Suchtprävention im Kindesalter an den Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik	✓			→						
Seminare über Grundlagen der Suchtprävention im Rahmen des Wahlpflichtfachs an der PH	Seminare im Rahmen der pädagogischen Ausbildung an der PH Steiermark	✓			→		→				
Modul Suchtprävention im Rahmen des Masterlehrgangs „Gesundheitsförderung und -pädagogik“ an der PH	Seminare im Rahmen des Masterlehrgangs „Gesundheitsförderung und -pädagogik“ an der PH Steiermark	✓					→			→	
Seminare über Suchtprävention im Zuge des Lehrgangs „Edelbrand- bzw. Mostsommelier“	Seminare über Grundlagen der Sucht und Suchtprävention, die den Lehrgang zum Edelbrand- bzw. Mostsommelier begleiten		✓		→					→	
Seminare über Tabakprävention im Zuge der Hebammenausbildung	Grundlagen der Tabakprävention mit den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“ im Zuge der Hebammenausbildung an der FH Joanneum	✓							→		
Seminare über Tabakprävention an der Medizinischen Universität	Grundlagen der Tabakprävention mit den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“ an der Medizinischen Universität	✓			→						
Seminare über Tabakprävention an der FH Joanneum, Studiengang Gesundheitsmanagement und Tourismus	Grundlagen der Tabakprävention den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“ an der FH Joanneum, Studiengang Gesundheitsmanagement und Tourismus	✓							→		






Fortsetzung Tabelle 2.10: Maßnahmen in Ausbildungseinrichtungen, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme			Laufzeit						
		Studierende	Teilnehmende am Lehrgang	Ärzte/Ärztinnen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Seminare über Tabakprävention am Lehrgang für Pflegehilfe	Grundlagen der Tabakprävention den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“ im Lehrgang für Pflegeassistenten an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege		✓								
Seminare über Tabakprävention am Lehrgang für Zahnprophylaxe	Grundlagen der Tabakprävention mit den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“ im Lehrgang für Zahnprophylaxe		✓								
20-stündiges Curriculum für Ärztinnen und Ärzte	20-stündiges Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung; Ausbildung zum/zur Tabakentwöhnexperten/-expertin in Kooperation mit der Ärztekammer Steiermark			✓							

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.8 Suchtprävention für Helfersysteme

Tabelle 2.11:
Maßnahmen für Helfersysteme, VIVID, 2010-2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Seminarreihe <i>Darüber spricht man nicht - Kindern aus suchtbelasteten Familien Halt geben</i>	Seminarreihe zum Themenkomplex „Kinder in suchtbelasteten Familien“ für Mitarbeiter/-innen in der Kinder- und Jugendhilfe und aufsuchenden Familienarbeit. Die Teilnehmer/-innen lernen, wie die Förderung schützender Faktoren im jeweiligen beruflichen Kontext konkret aussieht.	Mitarbeiter/-innen der Kinder- und Jugendhilfe und aufsuchenden Familienarbeit								
European Network for Children Affected by Risky Environments (ENCARE-Netzwerk)	Netzwerktreffen zugunsten von Kindern, die in suchtbelasteten Familien aufwachsen, zum fachlichen Austausch von Erfahrungen und zum Generieren von Fachwissen zwischen Expertinnen und Experten	Entscheidungsträger/-innen und Kooperationspartner/-innen								
Frühe Hilfen	Ziel des Projekts ist die bessere intersektorale Zusammenarbeit und Vernetzung der Berufsgruppen sowie die Schaffung nachhaltiger Strukturen zur Förderung der Gesundheit von Kindern im Alter von null bis sechs Jahren und ihrer Familien (Feldanalyse + Berichtslegung Steiermark, Vernetzung, Tagung)	Helfersystem, Entscheidungsträger/-innen								

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.9 Suchtprävention in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten

Tabelle 2.12:

Maßnahmen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten, VIVID, 2010-2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Lehrgang Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung	<p>Lehrgang mit folgenden Inhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sucht und Suchtvorbeugung im Jugendalter » <i>Movin</i>⁴: Motivational Interviewing – ein Zugang zu (riskant) konsumierenden Jugendlichen » psychotrope Substanzen – von A wie Amphetamine bis Z wie Zauberpilze » rechtliche Grundlagen » Handlungsmodelle für den Umgang mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen » vertiefende Spezialthemen wie Alkohol, Tabak, Glücksspiel- und Onlinesucht sowie Essstörungen 	Mitarbeiter/-innen, die mit Jugendlichen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten arbeiten								
Choice	8-teiliges Training zur Anregung der Selbstwahrnehmung und Regulationsfähigkeit von Gefühlen. Diese Kompetenzen bilden einen wesentlichen Eckpfeiler, um schädlichem Gebrauch oder Sucht vorbeugend entgegenzuwirken.	Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten								

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.10 Suchtprävention in der Gemeinde




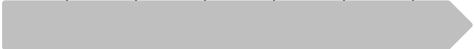

Tabelle 2.13:
Maßnahmen in der Gemeinde, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit						
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fortbildungsangebot des Katholischen Bildungswerks	Seminare und Vorträge über unterschiedliche suchtpräventive Themen (Alkohol, frühe Kindheit) für das Fortbildungsangebot des Katholischen Bildungswerks	Bewohner/-innen der steirischen Pfarren				▶			
Gemeindepaket	Das Gemeindepaket bietet Gemeinden Informationen, Praxisbeispiele, Tipps und Unterstützung zur gemeindenahen Suchtprävention.	Entscheidungsträger/-innen auf Gemeindeebene	▶						

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.11 Settingübergreifende Suchtprävention

Tabelle 2.14:
Settingübergreifende Maßnahmen, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit						
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ARGE Tagung Brennpunkt Alkohol	Fachtagung zum Thema Alkohol im Auftrag des Gesundheitsministeriums für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der österreichischen Suchtpräventionsstellen	Mitarbeiter/-innen der österreichischen Suchtpräventionsstellen							
SAG – Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe	Durch die Vernetzungstreffen wird ein kontinuierlicher Informationsaustausch zum Thema Suchtprävention sowie die fachliche Auseinandersetzung und Reflexion der SAG-Mitglieder gewährleistet.	Vertreter/-innen der zuständigen politischen Ressorts (Gesundheit, Familien, Jugend, Bildung, Soziales), Suchtkoordination, VIVID, Vertreter/-innen der Exekutive, ein Vertreter des Drogenfachgremiums, Drogenberatung, Landesschulrat, Schulpsychologie, Kinderbildungs- und -betreuungsreferat, Fachabteilung für Gesellschaft und Generationen, Landesverband der Elternvereine, Kinder- und Jugendanwaltschaft							
Medienanfragen	Anlaufstelle für Medienvertreter/-innen für alle Fragen rund um Sucht und Suchtvorbeugung	Medienvertreter/-innen, Öffentlichkeit							
Sensibilisierung	Information und Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit zum Thema Sucht und Suchtprävention (z. B. Infostand)	Öffentlichkeit							
Vernetzung und Kooperation	settingübergreifende Vernetzung und Kooperation	settingübergreifend							

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.12 Suchtprävention im extramuralen Gesundheitsbereich

Tabelle 2.15:
Maßnahmen im extramuralen Gesundheitsbereich, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Fortbildungen für Vertreter/-innen der Gesundheitsberufe	zielgruppenadäquate Fortbildungen für verschiedene Gruppen von Gesundheitsberufen mit den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“	Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Zahnprophylaxeassistenten/-assistentinnen, Physiotherapeuten und -therapeutinnen und andere Vertreter/-innen von Gesundheitsberufen								

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

2.5.13 Suchtprävention in Krankenhäusern, Kur- und Rehabilitationsanstalten

Tabelle 2.16:
Maßnahmen in Krankenhäusern, Kur- und Rehabilitationsanstalten, VIVID, 2010–2016

Name der Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Zielgruppe der Maßnahme	Laufzeit							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
rauchfreie Krankenhäuser	Inhaltliche und operative Begleitung von Krankenhäusern, Kur- und Rehabilitationsanstalten auf dem Weg zur Zertifizierung bzw. Rezertifizierung als „Rauchfreies Krankenhaus“	Mitarbeiter/-innen der steirischen Krankenhäuser, Kur- und Rehabilitationsanstalten								

Quelle: VIVID; Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Die Angebote der Suchtprävention in der Steiermark decken sehr unterschiedliche Settings und Zielgruppen ab. Ein großer Teil der Präventionsmaßnahmen wird durch VIVID abgedeckt und durch weitere Akteure/Akteurinnen ergänzt.
- » Allein mit den Angeboten von VIVID – der Fachstelle für Suchtprävention – konnten in den Jahren 2010–2016 in Summe fast 60.000 Personen erreicht werden.
- » In Settings wie z. B. der Familie oder arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Betrieben konnte im Berichtszeitraum eine laufend wachsende Anzahl von Personen erreicht werden.

2.6 Spezialkonzepte und Strategien

In den letzten Jahren wurden auf Länderebene für ausgewählte Themenfelder Strategien bzw. Aktionspläne in Abstimmung mit der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* entwickelt und umgesetzt, bzw. wurde mit deren Umsetzung begonnen. Die *Tabakpräventionsstrategie*, der *Aktionsplan Alkoholprävention* und das *Paket Glücksspiel* bündeln verschiedene Maßnahmen in unterschiedlichen Maßnahmenbereichen.

2.6.1 Tabakpräventionsstrategie

Die Tabakpräventionsstrategie wurde 2005 vom Land Steiermark (Ressort Gesundheit) und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse auf Grundlage eines Beschlusses des Gesundheitsfonds in Auftrag gegeben. Die Fachstelle für Suchtprävention VIVID ist seit 2007 für ihre Koordination zuständig. Die Tabakpräventionsstrategie umfasst ein Maßnahmenbündel zur Prävention des Tabakkonsums und zur Tabakentwöhnung.

Die **Globalziele** der Strategie sind:

- » weniger Menschen, die zu rauchen beginnen
- » mehr Menschen, die zu rauchen aufhören
- » Schutz der Menschen vor den Folgen des Passivrauchens
- » verbesserter Informationsstand der Bevölkerung hinsichtlich der Folgen des Rauchens und Passivrauchens

Die Umsetzung der vier Ziele der Tabakpräventionsstrategie erfolgt in den folgenden Maßnahmenbereichen (Überblick Tabelle 2.17):

Beratung und Entwöhnung

Zur Entwöhnung und Rauchreduktion steht Raucher/-innen ein differenziertes Angebot mit Maßnahmen im Einzel- und Gruppensetting, Unterstützung per Telefon, Internet und App zur Verfügung (Kap. 5.4.1). Jugendliche Raucher/-innen finden Unterstützung bei *Take Control – der weniger rauchen Kurs* (Kap. 5.4.1).

Aus- und Weiterbildung

Der Bereich der Aus- und Weiterbildung umfasst Bildungsangebote für Gesundheitsexperten/-expertinnen (Kap. 2.5.7). Inhalt der Seminare in den Ausbildungseinrichtungen sind die Grundlagen der Tabakprävention mit den Schwerpunkten „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ und „Entwöhnung“. Zur Umsetzung konnten in den Jahren 2010–2016 neue Kooperationspartner/-innen gewonnen werden, unter anderem die Medizinische Universität Graz, die Ärztekammer Steiermark, die Zahnärztekammer Steiermark, das LKH – Universitätsklinikum Graz, die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und die FH Joanneum.

Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying

Zu den Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und des Lobbyings⁴ zählen die laufende Betreuung der Homepage www.vivid.at und die regelmäßige Aktualisierung der Daten zum Thema Rauchen. Öffentlichkeitsarbeit findet laufend, etwa durch Pressemitteilungen, statt. In den Jahren 2011–2016 haben 16 Vorträge auf (inter)nationalen Konferenzen, 162 Medienbeiträge, 22 Radio- und Fernsehinterviews, 42 fachliche Stellungnahmen, 12 Positionspapiere, 13 Pressemitteilungen und eine Vielzahl von Medienbeiträgen, die von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Tabakpräventionsstrategie verfasst wurden, rund um das Thema Tabak stattgefunden⁵. Zudem werden jährlich schwerpunktmäßig die Entwöhnangebote beworben, etwa am Weltnichtrauchertag.

Prävention

Der Schwerpunkt der präventiven Maßnahmen von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention im Bereich Tabak liegt in der Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen in unterschiedlichen Settings, etwa der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen und der außerschulischen Jugendarbeit (Kap. 2.5). Ergänzt werden diese durch Angebote für Eltern und Angebote im schulischen Setting.

4
vormals *Information und Bewusstseinsbildung*

5
jährliche Tätigkeitsberichte: „Tabakpräventionsstrategie für das Bundesland Steiermark“

Vernetzung

Ein wesentlicher Beitrag zur Vernetzung im Bereich der Tabakpräventionsstrategie ist der vierteljährlich erscheinende *Newsletter zur Tabakprävention – Aktuelles zum Thema Tabak*. 2015 wurde die Webseite www.rauchfrei-dabei.at in die Webseite von VIVID integriert. Ergänzt werden die Maßnahmen durch Fachtagungen, Vernetzungsgespräche mit Stakeholdern und Kooperationspartnern/-partnerinnen sowie Treffen zum Erfahrungsaustausch für Tabakentwöhnungsexperten/-expertinnen der Tabakpräventionsstrategie.

Tabelle 2.17:

Maßnahmenbereiche und Maßnahmen der Tabakpräventionsstrategie

Maßnahmenbereich	Maßnahmen
Beratung und Entwöhnung	<ul style="list-style-type: none"> » Rauchfrei in 6 Wochen » <i>Take Control – Der weniger rauchen Kurs</i> » www.endlich-aufatmen.at » Rauchfrei Telefon und Rauchfrei-APP » STGKK-RaucherInnen-Helpline
Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> » Angebote für Gesundheitsexperten/-expertinnen
Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying	<ul style="list-style-type: none"> » Broschüre <i>Mama gibt's auf / Papa gibt's auf</i> (2010) » Broschüre <i>Start in ein rauchfreies Leben</i> (2010) » begleitende Öffentlichkeitsarbeit » Taschenbilderbuch <i>Wich und Wu</i> (2010)
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> » Angebote für Eltern und im schulischen Setting » Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> » Rauchfrei-Newsletter » Tagungen » Vernetzungstreffen/Erfahrungsaustausch

Darstellung: GÖG

2.6.2 Gesamtpaket Glücksspiel

Das *Gesamtpaket Glücksspiel* der Suchtkoordination Steiermark umfasst ein Maßnahmenbündel aus den Bereichen Beratung und Therapie, Spielerschutz und Prävention (Tabelle 2.18).

Infolge der zunehmenden Sensibilität für das Thema Glücksspiel und dessen wachsender Relevanz wurde 2009 im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark die **Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark** gegründet. Trägerin dieser Koordinationsstelle ist die *b.a.s.* – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Zu den Hauptaufgaben der Fachstelle zählen die Vernetzung von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Kooperationspartnern/-partnerinnen, wissenschaftlichen Experten/Expertinnen, dem Suchtkoordinator, den zuständigen Politikern/Politikerinnen und den Medien sowie die Dokumentation.

Im Rahmen der Glücksspiel-Vereinbarung wurde ein Dokumentationssystem entwickelt, das die Datenerhebung bei Klienten/Klientinnen mit problematischem/pathologischem Glücksspielverhalten in allen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in der Steiermark vereinheitlicht. Die

erhobenen Daten werden durch die Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark ausgewertet und u. a. in Form von Jahresberichten auf der Webseite www.fachstelle-gluecksspielsucht.at veröffentlicht.

In der Prävention von glücksspielbezogenen Problemen sind nicht nur personenbezogene Maßnahmen, sondern auch strukturelle Maßnahmen von großer Bedeutung. Von gesetzlicher Seite sind die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass möglichst viele Spieler/-innen kein problematisches bzw. pathologisches Spielverhalten entwickeln. Zentrale Maßnahmen des Spielerschutzes sind im Glücksspielgesetz (GSpG) und im Steiermärkischen Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz (StGSG) rechtlich geregelt.

Beratung und Therapie

Für Spielsüchtige und ihre Angehörigen stehen in der Steiermark verschiedene Beratungs- und Therapieangebote im ambulanten und stationären Setting zur Verfügung (Kap. 5.4.1). Ergänzt werden diese Angebote durch Existenzsicherungsberatung für Spieler/-innen und deren Angehörige im Großraum Graz und in der Obersteiermark sowie durch zwei Pilotprojekte, den *Werkstatthof* (Kap. 5.3.1) und *Trotzdem GESUND* (Kap. 5.4.1).

Spielerschutz

Das Steiermärkische Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz (StGSG) sieht Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen von Bewilligungsinhabern/-inhaberinnen vor. Zudem ist es mittels Verordnung möglich, Aufbau, Inhalt, Art und Weise dieser Schulungen zu vereinheitlichen. Auf dieser gesetzlichen Basis konzipierten die Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, die Fachstelle für Suchtprävention VIVID, verschiedene steirische Beratungseinrichtungen und das Amt der Steiermärkischen Landesregierung ein Curriculum für Mitarbeiter/-innen von Glücksspielanbietern. Das Curriculum mit inhaltlich verschiedenen Modulen umfasst sowohl die Grundschulung als auch die jährlich zu absolvierenden vertiefenden Schulungen. Die Schulungen durch unabhängige Dritte tragen dazu bei, bei Anbietern einen Interessenkonflikt zwischen Stammkundenbindung und Umgang mit problematischen Spielern/Spielerinnen zu vermeiden und einen einheitlichen Kenntnisstand zu schaffen. Die Umsetzung der Schulungen durch Vertreter/-innen von Suchthilfe- und Suchtpräventionseinrichtungen haben zudem den Vorteil, dass diese bereits Qualitätsstandards unterliegen und eine regionale Nähe gegeben ist, die es Mitarbeiter/-innen von Anbietern im Bedarfsfall erleichtert, Spieler/-innen an diese Einrichtungen zu verweisen.

Prävention

Im Bereich der Prävention von glücksspielbezogenen Problemen bietet die Fachstelle für Suchtprävention VIVID sowohl Workshops für Jugendliche als auch die Schulung und Projektbegleitung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in unterschiedlichen Settings an (Kap. 2.5). Ergänzt werden die Angebote durch Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen. Für die unmittelbare Zukunft sind weitere Projekte geplant.

Einen weiteren Beitrag im Bereich Prävention lieferte der Verein JUKUS mit den beiden Projekten *Spielsucht – die stille Sucht* (2012 bis 2013) und *Projekt Schnittstelle Spielsucht* (2014–2016). Beide Projekte zielten auf einen nachhaltigen diversitätssensiblen und interkulturellen Beitrag zur Prävention von glücksspielbezogenen Problemen ab. Der Fokus lag auf dem niederschweligen Zugang zu schwer erreichbaren Milieus wie etwa migrantischen Communitys und auf Vernetzungs- und Fortbildungsangeboten für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus Einrichtungen des Jugend-, Sozial- und Gesundheitsförderungsbereichs, der Spielsuchthilfe und -prävention. Aus den Projekterfahrungen wurden rechtliche Empfehlungen abgeleitet und entsprechenden politischen und behördlichen Stellen übermittelt (JUKUS 2013 und 2015).

Tabelle 2.18:
Maßnahmen und Maßnahmenbereiche des Gesamtpakets Glücksspiel

Maßnahmenbereich	Maßnahmen
Beratung und Therapie	<ul style="list-style-type: none"> » weiterer Ausbau der Glücksspielberatung » Existenzsicherungsberatung » Pilotprojekt Trotzdem GESUND » Pilotprojekt Werkstattthof
Spielerschutz	<ul style="list-style-type: none"> » einheitliche Schulungsmaßnahmen auf Grundlage des StGSG » Verordnung zu Schulungsmaßnahmen
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> » Workshops für Jugendliche und Projektbegleitungen für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in diversen Settings » Infolyer für Jugendliche und Downloadbereich für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen » animierter Aufklärungsfilm in Diskussion (da nur österreichweit umsetzbar)

Quelle: Suchtkoordination Steiermark; Darstellung: GÖG

2.6.3 Aktionsplan Alkoholprävention

Der steirische Landtag beschloss 2011 die Umsetzung eines Aktionsplans zur Alkoholprävention. Ziel dieses Aktionsplans Alkoholprävention (APA) ist die Verringerung der individuellen und gesamtgesellschaftlichen Belastungen durch missbräuchlichen, krankheitswertigen und abhängigen Konsum alkoholhaltiger Genussmittel sowie die Verringerung der indirekten Folgen von Alkoholkonsum wie etwa Unfällen, Gewalt oder Suizide⁶. Im Rahmen einer Vorbereitungsphase unter der Leitung der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark wurde von Juni 2012 bis Mai 2013 in drei Arbeitsgruppen mit insgesamt 69 Entscheidungsträgern bzw. -trägerinnen eine Bewertung erprobter Maßnahmen durchgeführt. Basierend auf der in den Arbeitsgruppen erfolgten Priorisierung von Maßnahmen wurden sieben Schwerpunkte identifiziert (vgl. Tabelle 2.19).

Die Maßnahmen sollen die steirische Bevölkerung als Ganzes sowie unterschiedliche Konsumgruppen – primär moderate und problematische Konsumgruppen – ansprechen, inhaltlich und

6

Das Land Steiermark: Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention. Empfehlungen für die Planungs- und Umsetzungsphase 2014–2020. Version Juli 2013

zeitlich abgestimmt implementiert werden und sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Komponenten beinhalten.

Es ist sowohl die Unterstützung und der Ausbau bereits kleinräumig durchgeführter Maßnahmen als auch die Initiierung neuer Aktivitäten geplant. Bereits bestehende Netzwerke von Organisationen und Ressourcen sollen genutzt werden.

Tabelle 2.19:
Schwerpunkte des Aktionsplans Alkoholprävention (APA)

Schwerpunkt 1	Investitionen in Suchtprävention bei Kindern, Jugendlichen und Familien
	<ul style="list-style-type: none"> » Elternfortbildung zur Alkoholprävention in der Familie » Weiterentwicklung und Ausbau von Lebenskompetenzprogrammen an steirischen Schulen » Unterstützungsangebote für belastete Zielgruppen » Fort- und Weiterbildungsangebote für pädagogische Berufe, aufsuchende Familienarbeit bzw. Jugendarbeit
Schwerpunkt 2	Investitionen in betriebliche Alkoholprävention
	<ul style="list-style-type: none"> » Informationsformate für Unternehmen » Begleitung steirischer Unternehmen in der betrieblichen Alkoholprävention » Förderung des Wissens- und Praxisfeldes durch Kapazitätsaufbau für betriebliche Alkoholprävention » Sensibilisierung und Vernetzung der Akteure der betrieblichen Alkoholprävention
Schwerpunkt 3	Selbstverpflichtung, Anreize und Schulungen in Gastronomie, Handel und Tankstellen
	<ul style="list-style-type: none"> » Informationsformate für Unternehmen » Schulungsangebote für Personal nach Bedarfserhebung » Sensibilisierung von Führungskräften
Schwerpunkt 4	Aktivierende Maßnahmen in Bezug auf Feste und Feiern
	<ul style="list-style-type: none"> » Sensibilisierung Vereine » Bedarfsermittlung bzgl. unterstützender Formate » Vernetzung und Unterstützung bzgl. Alkoholprävention
Schwerpunkt 5	Sicherstellen von Kapazitäten für steigenden Beratungs- und Therapiebedarf
	<ul style="list-style-type: none"> » Entwicklung und Implementierung von Kurzinterventionen » Verbesserung der Effektivität der Alkoholbehandlung durch Kooperation und Koordination » gesundheitsökonomische Evaluation
Schwerpunkt 6	Kommunikationskonzept im Rahmen des Steirischen Aktionsplans Alkoholprävention
	<ul style="list-style-type: none"> » Kampagne zur Information und Sensibilisierung » Homepage » Öffentlichkeitsarbeit
Schwerpunkt 7	Politische Gesundheitsarbeit
	<ul style="list-style-type: none"> » Lobbying und Vernetzung » öffentliche Diskussionsveranstaltungen » Alkohol als Thema für alle Politikbereiche

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark, <http://www.mehr-vom-leben.jetzt>; Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Die Entwicklung von Spezialkonzepten und Strategien in Bezug auf Tabak, Alkohol und Glücksspiel wird den vielfältigen Lebensbereichen gerecht, die von suchtbezogenen Problemen tangiert sind, und bildet unterschiedliche Maßnahmenbereiche gut ab.
- » Im Bereich Tabak wurden die bereits vor dem Berichtszeitraum etablierten Entwöhnangebote in unterschiedlichen Settings und für unterschiedliche Zielgruppen weiterhin umgesetzt und weiter diversifiziert, etwa durch Umsetzung einer Rauchfrei-App. Weitere Schwerpunkte liegen auf der Öffentlichkeitsarbeit, der Vernetzung sowie Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, wobei in den Jahren 2010–2016 zahlreiche neue Kooperationspartner gewonnen werden konnten.
- » Im Zusammenhang mit Glücksspiel sind der Beschluss und die Umsetzung einheitlicher Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen von Glücksspielanbietern – als Beitrag zur Minimierung von Interessenkonflikten –, die Erweiterung des Betreuungsangebotspektrums um Angebote für Angehörige und der Fokus auf besonders vulnerable und schwer erreichbare Zielgruppen wie etwa Migranten als besonders positive Entwicklungen hervorzuheben. Mögliche Schwerpunkte zukünftiger Projekte könnten Maßnahmen für Jugendliche sein, die etwa die Vermittlung realistischer Gewinnerwartungen zum Ziel haben.
- » Der Aktionsplan Alkohol deckt mit seinen unterschiedlichen Schwerpunkten verschiedene Handlungsfelder ab. Ein Fokus liegt dabei unter anderem auf der betrieblichen Prävention, ebenso finden die Bereiche Gastronomie und Handel Berücksichtigung. Zur Verbesserung der Versorgungslage trägt unter anderem die Implementierung von Kurzinterventionen bei.

3 Epidemiologie

3.1 Überblick

91 Prozent der steirischen Schüler/-innen haben bereits einmal **Alkohol** getrunken, und 70 Prozent haben in den letzten 30 Tagen zumindest einmal Alkohol getrunken. 22 Prozent waren in den letzten 30 Tagen zumindest einmal betrunken. Acht Prozent weisen einen Konsum auf, der längerfristig als risikobehaftet bezeichnet werden kann. Trunkenheit und risikobehafteter Konsum kommen vermehrt bei Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen vor.

13 Prozent der Steirer/-innen über 15 Jahren (15+) konsumieren Alkohol in einem Ausmaß, das längerfristig als problematisch zu beurteilen ist. 15 Prozent leben in Bezug auf Alkohol abstinent oder fast abstinent. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil problematisch Konsumierender zu. Männer konsumieren häufiger problematisch und sind seltener abstinent als Frauen.

57 Prozent der Schüler/-innen haben bereits Erfahrung mit traditionellen Zigaretten gemacht, 53 Prozent mit Wasserpfeifen und 32 Prozent mit E-Zigaretten. Schülerinnen haben häufiger Erfahrung mit herkömmlichen Zigaretten, während Schüler vermehrt Erfahrung mit dem Rauchen von Wasserpfeifen und dem Dampfen nikotinhaltiger E-Zigaretten haben. Täglich rauchen 22 Prozent der Schüler/-innen traditionelle Zigaretten. Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen liegen beim Konsum aller genannten **nikotinhaltigen Produkte** deutlich vorn. Der Anteil der täglich Rauchenden ist hier dreimal so hoch wie bei Schülern/Schülerinnen aus anderen Schulen. Insgesamt zeigt sich ein Rückgang des Rauchens von Tabak über die letzten 10 Jahre.

Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei Personen 15+ mit 22 Prozent genauso hoch wie bei Schüler/-innen und Schülern, was daran liegt, dass der Anteil der ab 60-Jährigen, die täglich rauchen, vergleichsweise niedrig ist. Bei den 15- bis 29-Jährigen sowie bei den 30- bis 59-Jährigen rauchen jeweils 27 Prozent täglich. Männer rauchen häufiger als Frauen, Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss (ohne Matura) häufiger als Personen mit einem höheren Abschluss (mit Matura).

21 Prozent der Schüler/-innen haben Erfahrung mit dem Konsum von **Cannabis**. Zehn Prozent haben in den letzten 30 Tagen mind. einmal Cannabis konsumiert. Ein Prozent weist einen mit Risiko behafteten Konsum auf. Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen konsumieren häufiger Cannabis als andere Schüler/-innen.

Für die Bevölkerung ab 15 Jahren kann die Lebenszeitprävalenz von Cannabis auf mindestens ein Drittel geschätzt werden. Männer berichten häufiger als Frauen von Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis. Zwei Prozent geben an, in den letzten 30 Tagen mind. einmal Cannabis konsumiert zu haben.

Beim **risikoreichen Konsum illegaler Drogen** macht der **Opioidkonsum** – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – in der Steiermark (wie auch in Gesamtösterreich) aktuell das Gros

aus, gefolgt vom **Cannabiskonsum**. Aktuell gibt es in der Steiermark zwischen 1.700 und 2.850 Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden. Das sind 0,2 bis 0,3 Prozent der Steirerinnen und Steirer im Alter von 15 bis 64 Jahren. Etwa ein Viertel von ihnen ist weiblich und ein Zehntel ist unter 25 Jahre alt.

Verordnungen für **Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe** waren in den letzten fünf Jahren rückläufig. Am häufigsten werden sie in der Altersgruppe der über 59-Jährigen abgerechnet. Deutlich ist hier der hohe Anteil an Frauen. Der Großteil der abgerechneten Verordnungen wird von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen ausgestellt.

Bei den Erwachsenen (Bevölkerung 15+) sind es 83 Prozent, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal an **Glücksspielen** teilgenommen haben, 42 Prozent in den letzten 30 Tagen. 0,7 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren nehmen täglich an Glücksspielen teil.

3,4 Prozent der steirischen Schüler/-innen zeigen ein mehr oder weniger dysfunktionales **Internetnutzungsverhalten**.

3.2 Datenquellen und Methodik

Für die Angaben zum risikoreichen Drogenkonsum (polytoxikomaner Konsum unter Beteiligung von Opioiden) bilden im Folgenden Behandlungszahlen, Anzeigenstatistiken sowie die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle die Basis für eine Schätzung mittels Capture-Recapture-Methode (CRC). Der Psychopharmakagebrauch wird in erster Linie über Verordnungen laut Sozialversicherungsdaten dargestellt. Datengrundlage für die übrigen Themenbereiche bilden Ergebnisse aus Bevölkerungsbefragungen (Schülerbefragungen und/oder Befragungen in der Bevölkerung 15+). Beim Konsum von Alkohol werden, aufbauend auf den Befragungsergebnissen, Schätzmodelle unter Berücksichtigung von Behandlungsdaten inklusive Dunkelzifferschätzung zur Gewichtung angewandt.

Aus dem Bereich der Schülerbefragungen werden im Folgenden Ergebnisse der letzten ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, 2015)⁷ beschrieben und – wo möglich – mit Ergebnissen aus den letzten HBSC-Erhebungen (Health Behaviour in School-aged Children, 2014, 2010, 2006) in Bezug gesetzt und ergänzt.⁸ Zudem wird auf Ergebnisse einer

7

In der ESPAD-Erhebung 2015 (Strizek et al. 2016) wurden österreichweit über 8.000 Schüler/-innen der 9. und 10. Schulstufe aus allen Schultypen befragt (d. h. 14- bis 17-Jährige mit einem Schwerpunkt auf den 15- bis 16-Jährigen). Für die Steiermark steht eine Stichprobe von 965 Schüler/-innen zur Verfügung. Dieser Datensatz wurde für die vorliegenden Auswertungen neu gewichtet, sodass die Stichprobe in Hinblick auf die Variablen Geschlecht und Schultyp (AHS, PTS/BS, HTL/HAK und sonstige mittlere Schulen) exakt der Verteilung der steirischen Schüler/-innen entspricht.

8

In der HBSC-Erhebung 2014 wurden österreichweit (Ramelow et al. 2015) rund 6.000 Schüler/-innen der 5., 7., 9., und 11. Schulstufe (außer in sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen) befragt. Für den Vergleich mit den Ergebnissen aus

2012 vom Land Steiermark in Auftrag gegebenen Studie über Internetsucht und Internetnutzung unter steirischen Schülerinnen und Schülern verwiesen (Lederer-Hutsteiner/Hinterreiter 2012).

Für die Bevölkerung 15+ werden im Folgenden für den Konsum von Alkohol Ergebnisse der letzten „Befragung zum Substanzkonsum“ aus dem Jahr 2015⁹ (Strizek/Uhl 2016) beschrieben, da es hierfür Korrekturschätzungen¹⁰ gibt. Für die Rauchprävalenz werden die Ergebnisse der letzten Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS 2014¹¹ (Austrian Health Interview Survey) (Klimont/Baldaszi 2015) herangezogen und mit Ergebnissen der Befragung zum Substanzkonsum in Bezug gesetzt.

3.3 Alkohol

3.3.1 Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern

Konsumerfahrungen mit Alkohol

Laut ESPAD-Erhebung haben ungefähr neun von zehn steirischen Schülern/Schülerinnen der neunten und zehnten Schulstufe bereits mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol getrunken. Ungefähr sieben von zehn Schülern/Schülerinnen haben das auch in den letzten 30 Tagen getan (vgl. Tabelle 3.1).¹²

ESPAD werden für diesen Bericht nur die 15-Jährigen in der HBSC-Erhebung befragten steirischen Schüler/-innen herangezogen. Das sind in den Stichproben je Erhebung (2006, 2010, 2014) rund 200 Personen (Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015).

9

Die Stichprobe der „Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015“ umfasst knapp über 4.000 Personen österreichweit, für die Analysen in der Steiermark standen 552 Fälle zur Verfügung.

10

Bei der Erfassung des Alkoholkonsums mittels Bevölkerungsbefragungen ist bekannt, dass die Alkoholmenge auf Basis selbstberichteter Konsumangaben nur etwa ein Drittel bis die Hälfte der Alkoholmenge abbildet, die sich auf Basis von Wirtschaftsdaten (Verkauf, Produktion, Import und Export) schätzen lässt, und somit der Alkoholkonsum in Befragungsdaten systematisch unterschätzt wird. Diese Unterschätzung wird auf zwei Phänomene zurückgeführt: die Unterrepräsentanz von Alkoholkranken („Undersampling“) und „Underreporting“ bei Vielkonsumierenden aus Gründen der sozialen Erwünschtheit. Details der hier angewandten Schätzmethode können in Uhl/Springer 1996 nachgelesen werden.

11

Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria bietet eine Stichprobe von 15.771 Personen österreichweit, davon 2.770 in der Steiermark.

12

Bei der HBSC-Erhebung 2014 gab im Vergleich dazu rund die Hälfte der steirischen Schüler/-innen im Alter von 15 Jahren an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben.

In dieser Altersgruppe (9. und 10. Schulstufe) berichten Schülerinnen häufiger als Schüler von Erfahrungen mit Alkoholkonsum. Dies ist einerseits durch Entwicklungsvorsprünge von Mädchen zu erklären, steht andererseits aber auch im Einklang mit der These einer zunehmenden Abnahme von Geschlechtsunterschieden im Erwachsenenalter (traditionell trinken Männer häufiger und mehr Alkohol als Frauen). Unterschiede zwischen Schultypen fallen insgesamt eher gering aus. In Bezug auf die 30-Tage-Prävalenz berichten Schüler/-innen aus AHS, HAK und HTL seltener von Alkoholkonsum als Schüler/-innen aus anderen Schulen.

Tabelle 3.1:
Übersicht über Alkoholkonsumindikatoren ESPAD (9. und 10. Schulstufe), 2015

	Lebenszeit- prävalenz Alkoholkonsum	Monats- prävalenz Alkoholkonsum	Lebenszeit- prävalenz Alkoholrausch	Monats- prävalenz Alkoholrausch	Durchschnitts- konsum über 40 bzw. 60 Gramm pro Tag
Gesamt	91 %	69 %	51 %	22 %	8 %
männlich	87 %	64 %	50 %	23 %	4 %
weiblich	95 %	75 %	52 %	21 %	12 %
AHS	92 %	64 %	44 %	19 %	5 %
PTS/BS	93 %	77 %	63 %	32 %	12 %
HTL/HAK	87 %	61 %	45 %	18 %	7 %
HBLA, LBHMS, LFHMS, SBS	90 %	77 %	56 %	25 %	10 %

Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

Rauscherfahrungen

Jugendlicher Alkoholkonsum ist dadurch gekennzeichnet, dass er im Vergleich zum Alkoholkonsum von Erwachsenen eher seltener stattfindet und aufs Wochenende beschränkt ist (von allen Jugendlichen, die in den letzten sieben Tagen Alkohol konsumiert haben, hat die Hälfte nur an einem Tag konsumiert). Andererseits führen gerade bei jungen Menschen mit geringer Konsumerfahrung bereits geringe Mengen an Alkohol zu einer merkbaren Berausung. Dennoch sollten Alkoholkonsumerfahrungen nicht mit Rauscherfahrungen gleichgesetzt werden.

Die Hälfte der befragten Schüler/-innen der 9./10. Schulstufe berichten (vgl. Tabelle 3.1), dass sie zumindest schon einmal in ihrem Leben so betrunken waren, dass sie „beim Gehen hin und her geschwankt“ sind, „nicht mehr ordentlich sprechen“ konnten, „sich übergeben“ mussten oder sich „am nächsten Tag an nichts mehr erinnern“ konnten (Fragewortlaut). Etwa ein Fünftel der Befragten gibt an, dass dies in den letzten 30 Tagen zumindest einmal passiert ist.¹³ Geschlechterunterschiede sind so gut wie keine zu sehen. Unterschiede zwischen Schultypen weisen jedoch wiederum darauf hin, dass Alkoholkonsum auch im Zusammenhang mit Berausung an polytechnischen Schulen und an Berufsschulen ein größeres Thema ist wie an anderen Schulen.

13

Bei der HBSC-Erhebung 2014 gab ebenfalls rund ein Fünftel der befragten steirischen Schüler/-innen (15-Jährige) an, in den letzten 30 Tagen mind. einmal betrunken gewesen zu sein.

Problematischer Alkoholkonsum

Akute Alkoholberauschung wird in erster Linie mit akuten Risiken in Verbindung gebracht – etwa einer Erhöhung des Risikos, in Unfälle verwickelt zu werden oder sich allgemein in Gefahrenlagen zu begeben. Längerfristig ist aus gesundheitlicher Perspektive in erster Linie die Höhe der durchschnittlichen Konsummenge ausschlaggebend, wenn es darum geht, ob Alkoholkonsum als bedenklich einzustufen ist oder nicht. Für gesunde Erwachsene werden dabei zum Beispiel die Grenzmengen von einem durchschnittlichen Tageskonsum von 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol für Männer verwendet¹⁴ (Uhl et al. 2016). Wird auf Basis der bei der ESPAD-Befragung angegebenen Konsummenge der letzten sieben Tage ein Durchschnittskonsum pro Tag errechnet und die obengenannte Grenzmenge für Erwachsene herangezogen, kann der Alkoholkonsum von acht Prozent der befragten Schüler/-innen, wenn er längerfristig fortgesetzt wird, als problematisch bezeichnet werden.¹⁵ Aufgrund der unterschiedlichen Grenzmengen für Frauen und Männer ist dieser Anteil unter Schülerinnen sogar deutlich höher als unter Schülern. Bei Schülern/Schülerinnen aus AHS, HAK und HTL ist der Anteil von Personen mit risikobehaftetem Konsum wiederum niedriger als im Falle von Schülern/Schülerinnen aus anderen Schulen.

Schlussfolgerungen

- » 91 Prozent der steirischen Schüler/-innen haben bereits einmal Alkohol getrunken. 70 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken. 22 Prozent waren in den letzten 30 Tagen mind. einmal betrunken. 8 Prozent weisen einen Konsum auf, der, längerfristig fortgesetzt, als problematisch bezeichnet werden kann.
- » Trunkenheit und risikobehafteter Konsum kommen vermehrt bei Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen vor.

3.3.2 Alkoholkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren

Die folgenden Zahlen beruhen auf den Ergebnissen einer Bevölkerungsbefragung, die mittels eines Schätzmodells unter Berücksichtigung von Behandlungsdaten inklusive Dunkelzifferschätzung hochgewichtet wurden.

¹⁴

Zur Veranschaulichung: 20 Gramm Reinalkohol entsprechen etwa einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei kleinen Schnäpsen.

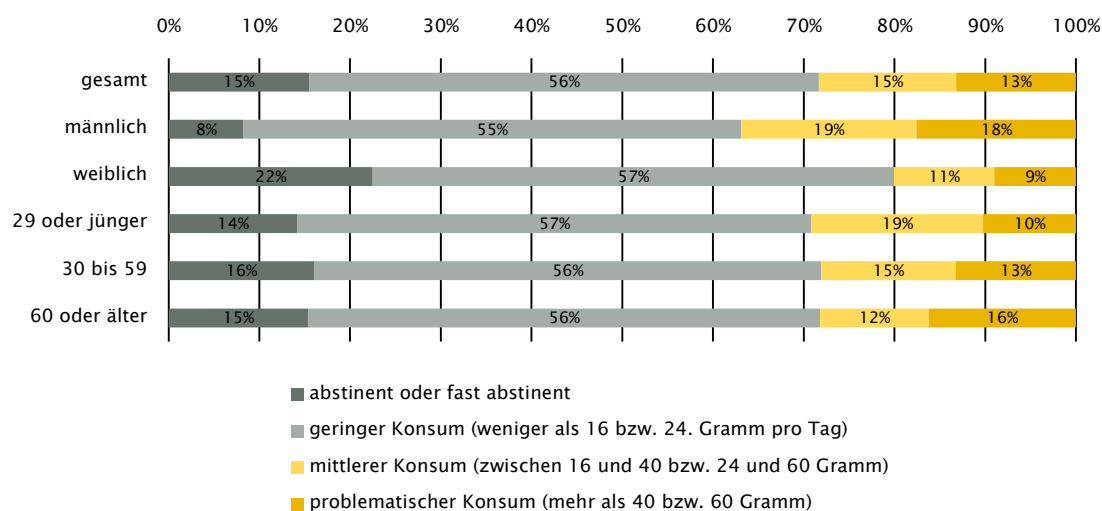
¹⁵

Hier ist allerdings wiederum anzumerken, dass der Konsum von Alkohol, erhoben mittels Schülerbefragungen im Gegensatz zu Befragungen in der Erwachsenenbevölkerung, eher überschätzt wird. Das ergab jedenfalls eine Validierungsstudie im Rahmen der österreichischen ESPAD-Erhebung 2007 (Schmutterer et al. 2008).

Problematischer Alkoholkonsum

Insgesamt dreizehn Prozent der über 15-jährigen Steirer/-innen (15+) konsumieren Alkohol in einem Ausmaß, das längerfristig als problematisch zu beurteilen ist (je nach Geschlecht mehr als 60 bzw. 40 Gramm Reinalkohol pro Tag¹⁶). Obwohl der Wert, ab dem Alkoholkonsum als problematisch eingestuft wird, bei Männern höher angesetzt wird als bei Frauen, ist unter Männern der Anteil problematisch Konsumierender doppelt so hoch wie unter Frauen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil problematisch Konsumierender zu. 15 Prozent der Steirer/-innen leben in Bezug auf Alkohol abstinent oder fast abstinent. Unter Frauen ist dieser Wert fast dreimal so hoch wie unter Männern. Unterschiede zwischen Altersgruppen sind kaum zu sehen.

Abbildung 3.1:
Alkoholkonsumgruppen auf Basis der täglichen Konsummenge nach Geschlecht und Alter, 2015



Quelle: Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 552 bzw. n = 568, Berechnung und Darstellung: GÖG

Weitere Konsumindikatoren

Täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum (an 5 Tagen pro Woche oder häufiger) wird insgesamt von 12 Prozent der befragten Steirer/-innen berichtet. Männer tun dies dreimal (18 %) so häufig wie Frauen (6 %). Auch bei diesem Indikator nimmt die Intensität des Alkoholkonsums mit dem Alter zu (29 oder jünger = 5 %; 30 bis 59 = 12 %; 60 oder älter: 18 %).

16

Zur Veranschaulichung: 20 Gramm Reinalkohol entsprechen etwa einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei kleinen Schnäpsen.

Schlussfolgerungen

- » 13 Prozent der Steirer/-innen (15+) konsumieren Alkohol in einem Ausmaß, das längerfristig als problematisch zu beurteilen ist. 15 Prozent leben in Bezug auf Alkohol abstinenter oder fast abstinenter.
- » Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil problematisch Konsumierender zu.
- » Männer konsumieren häufiger problematisch und sind seltener abstinenter als Frauen.

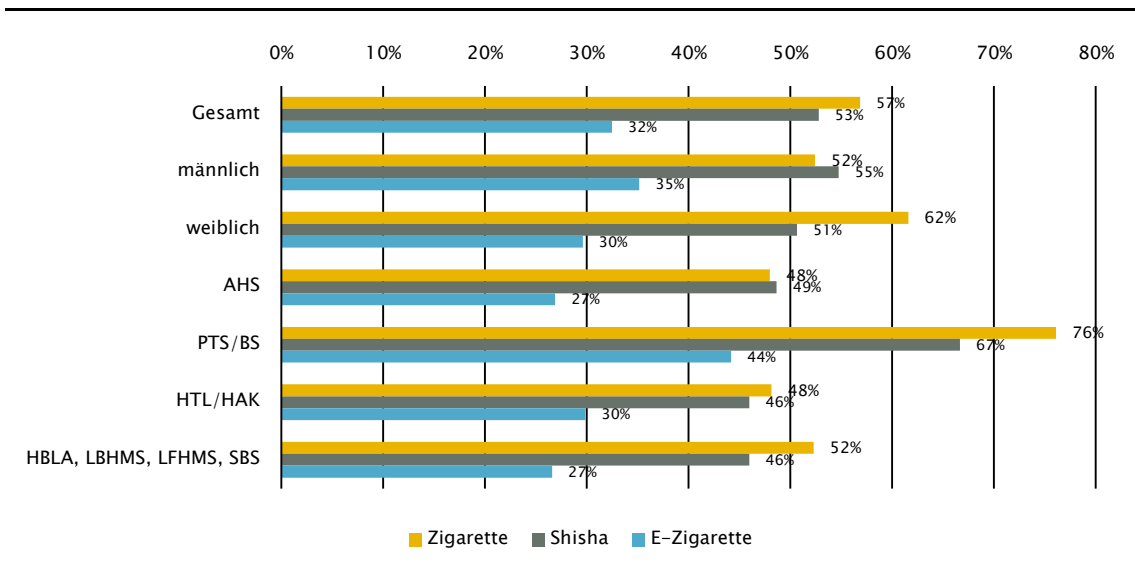
3.4 Tabak und verwandte Produkte

3.4.1 Tabakkonsum von Schülerinnen und Schülern

Die Lebenszeiterfahrung mit unterschiedlichen nikotinhaltenen Produkten zeigt, dass bereits mehr als die Hälfte der befragten Schüler/-innen der 9. und 10. Schulstufe Erfahrungen mit traditionellen Zigaretten (57 %) gemacht hat. Der Anteil an Jugendlichen, die bereits mindestens einmal eine Wasserpfeife geraucht haben, liegt nur geringfügig darunter (53 %). Erfahrungen mit E-Zigaretten werden hingegen deutlich seltener gemacht (32 %; vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:

Lebenszeitprävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte bei Schülern/Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht bzw. Schultyp), 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

In diesem Bereich sind Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen: Schülerinnen berichten häufiger von Erfahrungen mit dem Konsum traditioneller Zigaretten (62 % vs. 52 %), während der Konsum von Shisha und E-Zigaretten häufiger von Schülern berichtet wird.

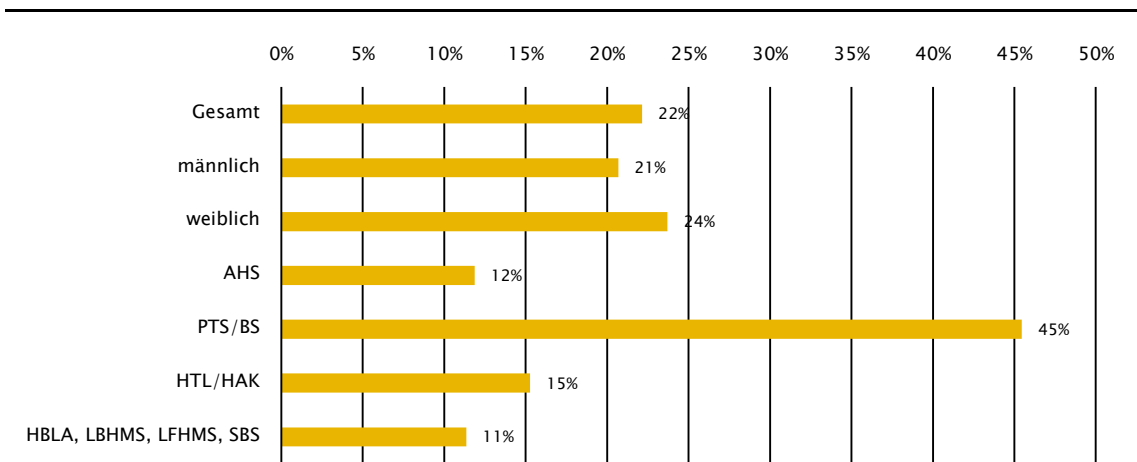
Im Vergleich unterschiedlicher Schultypen sticht insbesondere eine Sonderstellung von Schülern/Schülerinnen in polytechnischen Schulen und Berufsschulen ins Auge: Bei allen nikotinhaltenigen Substanzen werden bei diesen Schulformen deutlich höhere Prävalenzraten berichtet als in anderen Schultypen.

Besonders eklatant fallen die Unterschiede in Bezug auf Schultypen beim täglichen Rauchen traditioneller Zigaretten aus. Laut ESPAD-Daten rauchen Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen in der Steiermark mehr als dreimal so oft täglich Zigaretten als Schüler/-innen aus anderen Schulen (vgl. Abbildung 3.3).

Wie für Gesamtösterreich deutlich erkennbar (Busch et al. 2016; Schmutterer 2017), zeigt sich in den HBSC-Ergebnissen ein Rückgang des Rauchens von Tabak über die letzten zehn Jahre auch bei steirischen Schülerinnen und Schülern (HBSC 2006, 2010 und 2014).

Abbildung 3.3:

Täglicher Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen bei Schülern/Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht bzw. Schultyp), 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » 57 Prozent der Schüler/-innen haben bereits Erfahrungen mit traditionellen Zigaretten gemacht, 53 Prozent mit Wasserpfeifen und 32 Prozent mit E-Zigaretten.
- » Schülerinnen haben häufiger Erfahrung mit herkömmlichen Zigaretten, während Schüler vermehrt Erfahrung mit dem Rauchen von Wasserpfeifen und dem Dampfen von E-Zigaretten haben. Täglich traditionelle Zigaretten rauchen 22 Prozent der Schüler/-innen.

- » Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen liegen beim Konsum aller genannten tabakhaltigen Produkte deutlich vorn. Der Anteil der täglich Rauchenden ist hier dreimal so hoch wie bei Schülern/Schülerinnen aus anderen Schulen.
- » Insgesamt zeigt sich ein Rückgang des Rauchens von Tabak über die letzten 10 Jahre.

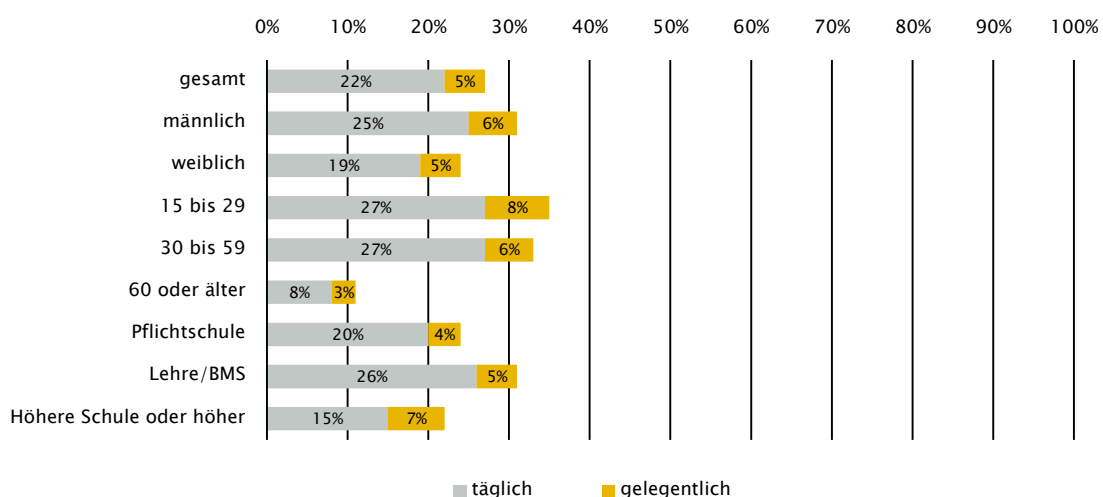
3.4.2 Tabakkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren

Laut der aktuellen Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 rauchen 22 Prozent der Steirer/-innen im Alter von 15 Jahren und älter täglich und weitere fünf Prozent gelegentlich. Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen (täglich 25 % vs. 19 %, gelegentlich 6 % vs. 5 %).

Der Anteil der täglich Rauchenden ist mit 27 Prozent in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen und in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen gleich hoch. In der Gruppe der ab 60-Jährigen ist er deutlich geringer. Der Anteil der Gelegenheitsrauchenden sinkt mit steigendem Alter von 8 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 6 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen und 3 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist der Anteil der täglich Rauchenden bei Personen am ausgeprägtesten, deren höchster Schulabschluss eine Lehre oder BMS ist (Männer: 27 %, Frauen: 25 %), gefolgt von Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (Männer: 25 %, Frauen: 17 %). Am geringsten ist der Anteil bei Personen mit Abschluss einer höheren Schule oder höher (Männer: 18 %, Frauen: 12 %).

Abbildung 3.4:
Rauchen von Tabak in der Bevölkerung 15+ nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2014



Quelle: ATHIS 2014; Auswertung für die Steiermark, n = 2.770, Berechnung und Darstellung: GÖG

37 Prozent der täglich rauchenden Steirer und Steirerinnen im Alter von 15 Jahren und älter gaben an, im letzten Jahr ernsthaft versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören (ATHIS 2014).

Schlussfolgerungen

- » Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei Personen 15+ mit 22 Prozent genauso hoch wie bei Schülern/Schülerinnen, was damit in Verbindung steht, dass der Anteil der ab 60-Jährigen, die täglich rauchen, vergleichsweise niedrig ist. Bei den 15- bis 29-Jährigen sowie bei den 30- bis 59-Jährigen rauchen jeweils 27 Prozent täglich.
- » Männer rauchen häufiger als Frauen, Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss (ohne Matura) häufiger als Personen mit einem höheren Abschluss (mit Matura).

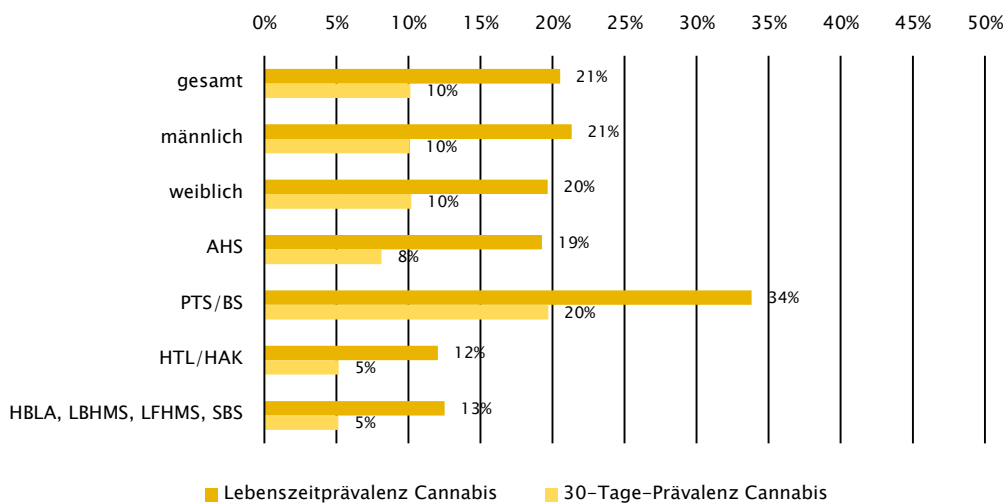
3.5 Cannabis

Der Konsum illegaler Substanzen ist deutlich weniger stark verbreitet als der Konsum legaler Substanzen. Die Bereitschaft zur wahrheitsgemäßen Beantwortung von Fragen ist für diesen Bereich nochmals geringer einzustufen als bei Fragen zum Konsum legaler Substanzen. Cannabis nimmt innerhalb der illegalen Substanzen eine Sonderrolle ein, weil es weiter verbreitet ist als andere illegale Substanzen und moderate Konsumerfahrungen im Falle von Cannabis auch gesellschaftlich stärker akzeptiert sind als solche mit anderen illegalen Substanzen.

3.5.1 Cannabiskonsum von Schülerinnen und Schülern

Ungefähr jeder fünfte Schüler / jede fünfte Schülerin in der Steiermark berichtet davon, zumindest einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, jeder zehnte Schüler / jede zehnte Schülerin berichtet, dies auch in den letzten 30 Tagen gemacht zu haben. Geschlechtsunterschiede sind dabei nicht zu beobachten. Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen berichten hingegen deutlich häufiger von Cannabiskonsum als solche aus anderen Schulen (vgl. Abbildung 3.5).

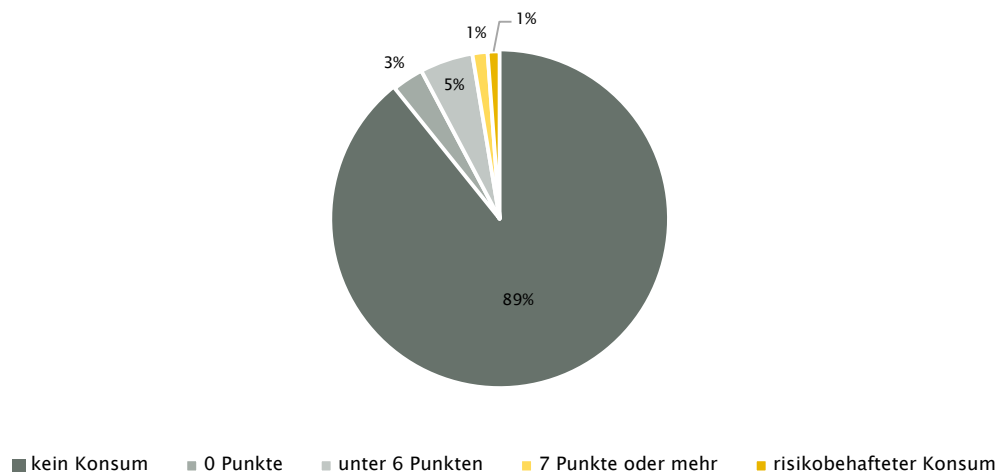
Abbildung 3.5:
Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz Cannabis bei Schülern/Schülerinnen
der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht bzw. Schultyp), 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

Von den zehn Prozent der Stichprobe steirischer Schüler/-innen, die aktuelle Erfahrungen mit Cannabis angeben (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert haben), sollten jene abgegrenzt werden, die Cannabis in einem risikobehafteten Ausmaß konsumieren. Zu dieser Gruppe ist etwa ein Prozent der Stichprobe zu zählen (vgl. Abbildung 3.6). Risikobehaftet heißt hier: ein Cannabiskonsum von mehr als 6-mal pro Monat, gekoppelt mit einem erhöhten Belastungsscore (7 Punkte oder mehr laut CAST [Cannabis Abuse Screening Test]).

Abbildung 3.6:
Konsum von Cannabis bei Schülern/Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe
(nach Risikobehaftung), 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » 21 Prozent der Schüler/-innen haben Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis. 10 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Cannabis zumindest einmal konsumiert. Ein Prozent weist einen mit Risiko behafteten Konsum auf.
- » Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen konsumieren häufiger Cannabis als andere Schüler/-innen.

3.5.2 Cannabiskonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren

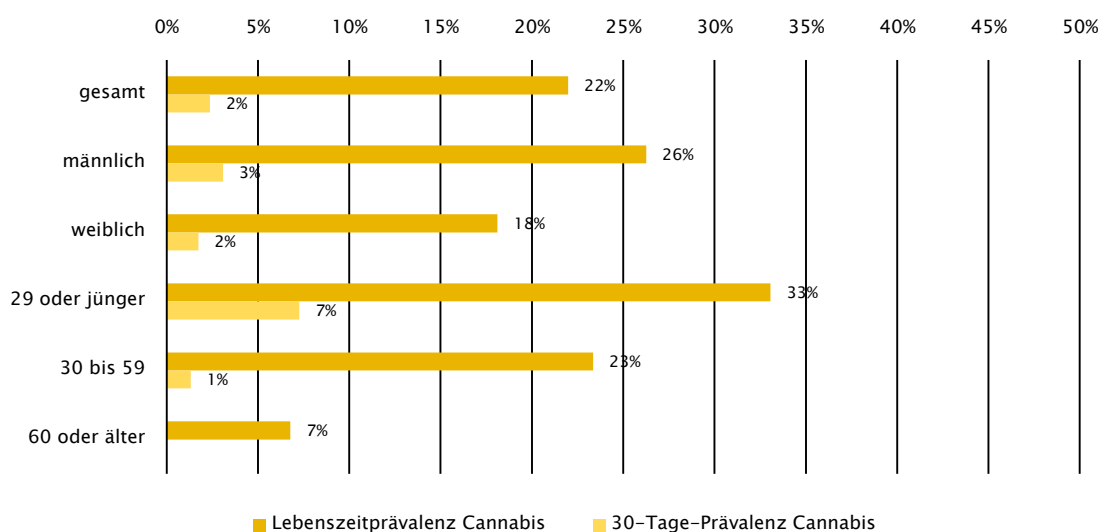
Laut Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 berichtet ungefähr jeder fünfte Befragte / jede fünfte Befragte aus der Steiermark, zumindest einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz). Da ältere Personen Cannabiserfahrung in Interviews häufig nicht wahrheitsgemäß angeben, ist anzunehmen, dass dieser empirische Rohwert eine Unterschätzung darstellt. Wird die Lebenszeitprävalenz von unter 30-Jährigen als Indikator für jene in der Gesamtbevölkerung herangezogen¹⁷, kann der tatsächliche Anteil an Personen mit Cannabiserfahrung auf mindestens ein Drittel der steirischen Bevölkerung geschätzt werden.

¹⁷

Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis unter 30-Jährigen liegt bei unterschiedlichen Erhebungen seit Jahrzehnten konstant bei ca. einem Drittel. Da diese Personen eher wahrheitsgemäß antworten als Personen, die in einem höheren Alter nach ihren Cannabiserfahrungen gefragt werden und der Anteil an cannabiserfahrenen Personen mit zunehmendem Alter nicht kleiner

Der Vergleich von Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz legt jedenfalls nahe, dass es sich nur in sehr wenigen Fällen um einen regelmäßigen Konsum handelt: Nur jede zehnte Person, die Cannabiskonsum berichtet, gibt auch an, dass sie in den letzten 30 Tagen Cannabis zumindest einmal konsumiert hat (vgl. Abbildung 3.7). Bezüglich des risikoreichen Konsums von Cannabis in der Gesamtbevölkerung siehe Kapitel 3.6.

Abbildung 3.7:
Cannabis Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015



Quelle: Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 546, Berechnung und Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis in der erwachsenen steirischen Bevölkerung kann auf mindestens ein Drittel geschätzt werden. Zwei Prozent geben an, in den letzten 30 Tagen Cannabis zumindest einmal konsumiert zu haben.
- » Männer berichten häufiger als Frauen, Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis gemacht zu haben.

werden kann (sondern durch „Späteinsteiger“ bzw. „Späteinsteigerinnen“ tendenziell noch größer werden kann) und auch junge Menschen zu einem gewissen Teil Konsumerfahrungen leugnen, ist anzunehmen, dass dies eine sinnvolle Untergrenze für die Schätzung des Anteils in der Gesamtbevölkerung darstellt (Strizek/Uhl 2016).

3.6 Risikoreicher Konsum von Opioiden, Kokain, Stimulanzen und Cannabis

Unter risikoreichem Konsum illegaler Drogen wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt, verstanden.

Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) der Drogenhilfeeinrichtungen gezogen werden¹⁸. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Auch die Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, wonach Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen¹⁹, stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Abbildung 3.8 zeigt deutlich, dass im Rahmen des risikoreichen Konsums illegaler Drogen in der Steiermark Opiode als Leitdroge dominieren. Das entspricht dem österreichischen Trend. Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert. Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opiode zurückzuführen ist. In den meisten Fällen wurden neben Opioiden auch noch andere illegale Substanzen, Alkohol oder Psychopharmaka festgestellt. Überdosierungen ohne Opiode sind eher selten (siehe auch Tabelle: 4.1).

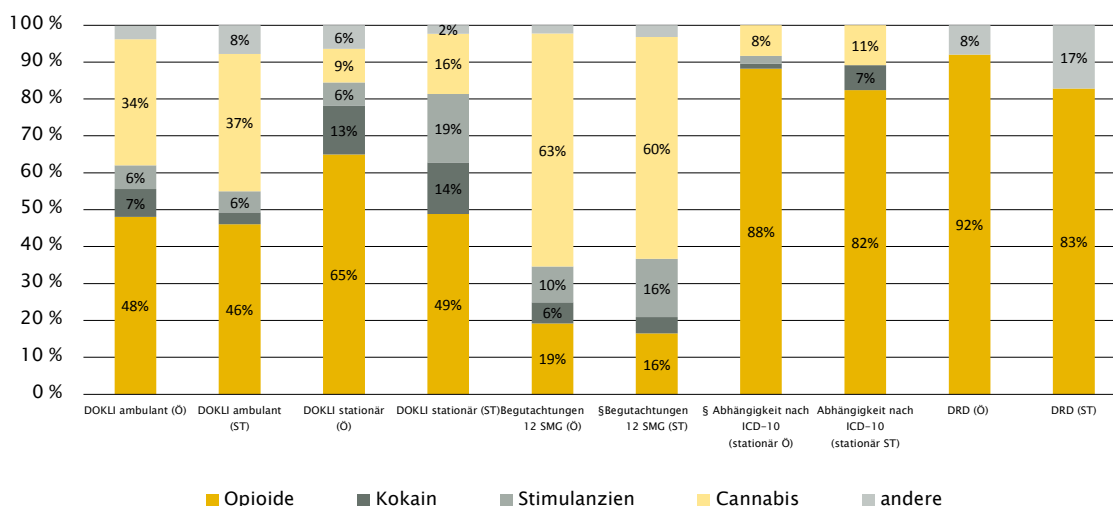
18

Die niedergelassene medizinische Versorgung wie auch die Drogenambulanzen der Krankenhäuser sind in DOKLI nicht erfasst.

19

Einschränkend muss dazu aber angemerkt werden, dass gesetzliche Regelungen (wie z. B. die Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen) dazu führen können, dass Personen ohne risikoreichen Drogenkonsum eine drogenspezifische Betreuung beginnen, um rechtliche Konsequenzen eines an sich nicht risikoreichen Drogenkonsums zu vermeiden. Dies trifft in erster Linie in relevantem Ausmaß auf den Konsum von Cannabis zu, wie im Schwerpunktkapitel des Epidemiologieberichts Drogen 2012 erläutert wird.

Abbildung 3.8:
 Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich und in der Steiermark, 2016 *



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2016 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, mit gültiger Leitdroge (Österreich: n = 3.161; Steiermark n = 282)

DOKLI stationär = Personen, die 2016 mit einer stationären Betreuung begonnen haben, mit gültiger Leitdroge (Österreich: n = 560; Steiermark n = 43),

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2016 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (Österreich: n = 1.729; Steiermark n = 158). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (Österreich n = 999, Steiermark n = 74) von 2015 (aktuellste verfügbare Daten)

DRD/ drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen aus dem Jahr 2015 (aktuellstes Jahr, das zu Redaktionsschluss vorlag). Werte der Steiermark wurden aufgrund der niedrigen Fallzahlen über 3 Jahre gemittelt (2013, 2014 und 2015)

Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere (Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis) – bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es die Kategorie „andere“ nicht.

* Datenquelle Abhängigkeit nach ICD-10 bezieht sich auf das Jahr 2015; Datenquelle DRD auf den gemittelten Wert der Jahre 2013 – 2015

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMGF: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis ohne risikoreichen Konsum anderer illegaler Drogen. Dieser Anteil ist auch bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, sehr groß (siehe Abbildung 3.8). Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum vor Beginn der Behandlung ausgegangen werden.

Die vertiefende Analyse im Rahmen des Schwerpunktkapitels *Analyse der Routedaten zum Cannabiskonsum* im Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 führt zu nachstehender Schlussfolgerung für Gesamtösterreich, die auch auf die Steiermark übertragen werden kann:

Schlussfolgerungen

- » Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Konsums illegaler Drogen in der Steiermark (wie auch in Gesamtösterreich) aus.
- » Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen bzw. steirischen Drogenhilfeeinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil von ihnen befindet sich jedoch aufgrund gesetzlicher Auflagen in Betreuung.

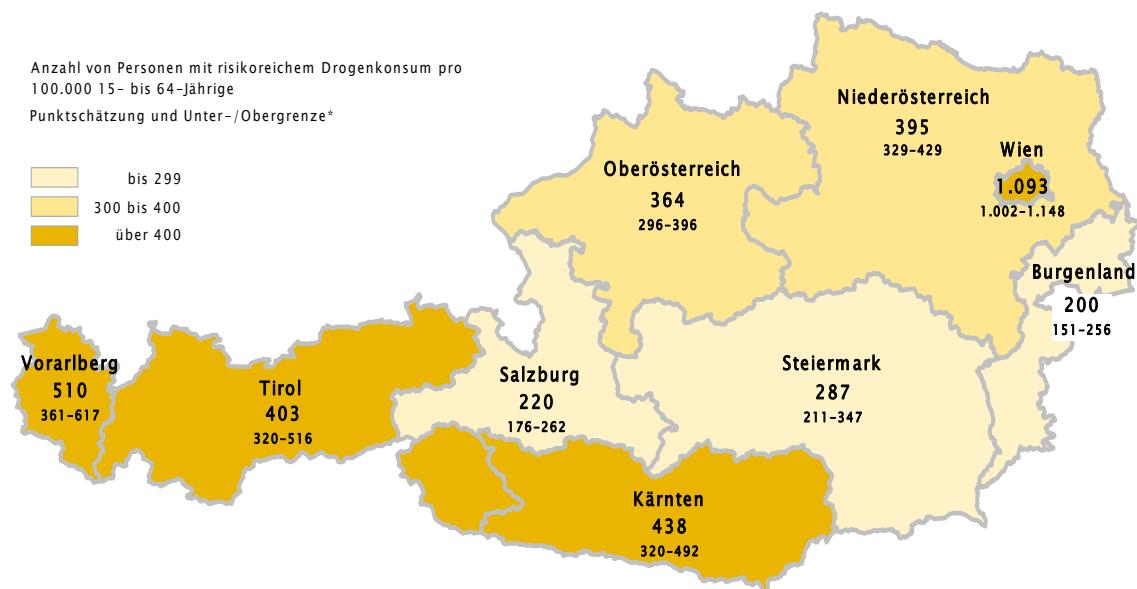
3.6.1 Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen

Bei der Schätzung der Anzahl der Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen handelt sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich und die einzelnen Bundesländer liegen ausschließlich Schätzungen des risikoreichen polytoxikomanen Konsums illegaler Drogen unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2013 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Die aktuellsten Schätzungen kommen in der Steiermark für die Jahre 2014 und 2015 auf eine Anzahl von 1.700 bis 2.850 Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden. (Österreich 29.000 bis 33.000 Personen). Mit 211 bis 347 Betroffenen pro 100.000 15 bis 64-Jährige liegt die Steiermark damit im Vergleich mit den meisten anderen Bundesländern niedriger (vgl. Abbildung 3.9). Alters- bzw. geschlechtsspezifische Schätzungen liegen aufgrund der Größe der Zielgruppe für die Steiermark nicht vor. Da sich diese Variablen in den vorliegenden Datenquellen jedoch kaum von den Österreichwerten unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass das Geschlechtsverhältnis 3:1 (Männer zu Frauen) und auch die Altersstruktur (10 % unter 25 Jahre, 41 % 25 bis 34 Jahre und 49 % über 34 Jahre) auf die Steiermark übertragen werden können.

Abbildung 3.9:

Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen nach Bundesländern
(Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), 2015



*Anmerkung: Um Zufallsschwankungen über die Jahre auszugleichen, wird als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen.

Quelle: Prävalenzschätzungen 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Aktuell gibt es in der Steiermark zwischen 1.700 und 2.850 Personen mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden. Dies entspricht 211 bis 347 Betroffenen pro 100.000 15- bis 64-Jährige.
- » Etwa ein Viertel ist weiblich, und ein Zehntel ist unter 25 Jahre alt.

3.6.2 Der risikoreiche Konsum illegaler Drogen im Zeitverlauf

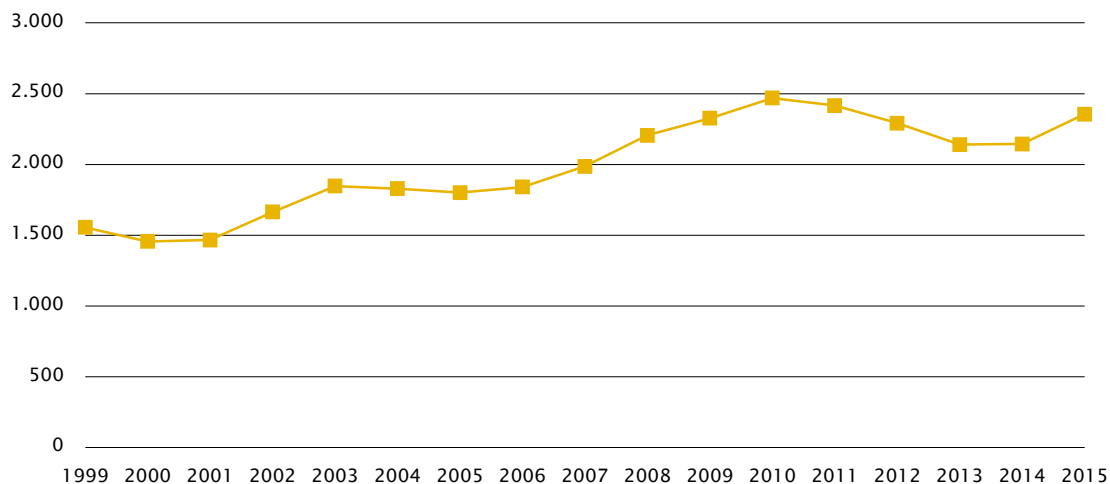
Der Verlauf der geschätzten Prävalenz²⁰ des risikoreichen Konsums illegaler Drogen zeigt einen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre bis 2010 und seither Werte, die zwischen 2.000 und 2.500 Betroffenen schwanken (vgl. Abbildung 3.10). Diese Entwicklung entspricht exakt jener für Österreich ohne Wien (siehe Epidemiologiebericht Sucht 2016).

20

Die Prävalenzschätzung des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden wurde lange Zeit durch das „Ghost Case“-Problem im Register der Substitutionsbehandlungen erschwert. Personen, deren Behandlungsende nicht

Abbildung 3.10:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen in der Steiermark, 1999–2015



Anmerkung: Für den Zeitraum 1999 bis 2014 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert von 1998 bis 2000) herangezogen, für 2015 der Schätzwert für 2015.

Quellen: Prävalenzschätzungen 2016, GÖG/ÖBIG 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

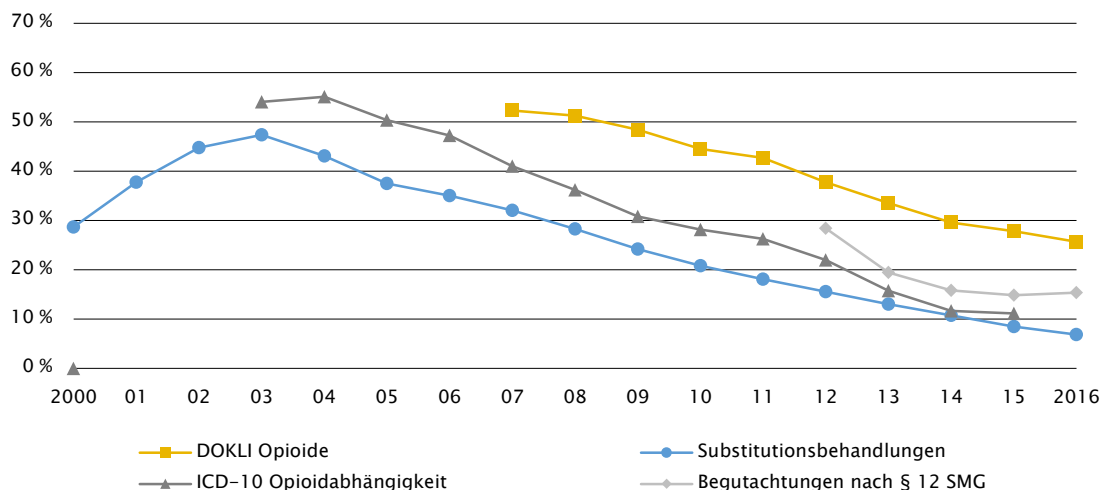
Vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen, die allerdings lediglich für Österreich insgesamt möglich sind. Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/-innen). Die Anzahl der Personen unter 25 Jahren reduzierte sich 2015 im Vergleich zu 2004 auf weniger als ein Drittel. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl an älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und aktuell in der Altersgruppe über 34) kontinuierlich weiter an.

Der deutliche Rückgang von jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich für die Steiermark auch bei den Substitutionsbehandlungen, bei den Spitalsentlassungsdiagnosen, bei den Begutachtungen nach § 12 SMG und in DOKLI beobachten (vgl. Abbildung 3.11) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis.

gemeldet wurde, verblieben fälschlicherweise als in Betreuung stehend im Register. Dieser Fehler vergrößerte sich kumulativ über die Jahre bis 2007, als erste Korrekturmaßnahmen im Register der Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden. Mit eSuchtmittel konnte das „Ghost Case“-Problem endgültig beseitigt werden. Für die Schätzungen mit Daten aus früheren Jahren muss jedoch eine für das Jahr 2004 anhand einer Zusatzstudie ermittelte „Ghost Case“-Korrektur durchgeführt werden. Um den „Ghost Case“-Fehler in der Zeitreihe auszugleichen, wurden für die Jahre 1999 und 2000 unkorrigierte Schätzungen, für 2001 und 2007 der Mittelwert aus korrigierter und unkorrigierter Schätzung und ab 2008 unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

Abbildung 3.11:

Anteil der Personen unter 25 Jahren in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und bei Begutachtungen nach § 12 SMG in der Steiermark im Zeitverlauf, 2000– 2016



DOKLI-Opiode: alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode;
ICD-10 (Opioidabhängigkeit): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung;

Begutachtungen nach § 12 SMG: amtsärztliche Begutachtungen, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde

Bei allen Datenquellen wurde für 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: Busch et al. 2015, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Da mithin auch immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt bedeutet oder eine Veränderung risikoreicher Konsummuster hin zum Konsum anderer Drogen.

Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle kann aufgrund der kleinen Fallzahlen keine Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen abgeleitet werden. Die Dominanz von Opioiden ist weiterhin hoch (vgl. Abbildung 3.8).

Schlussfolgerungen

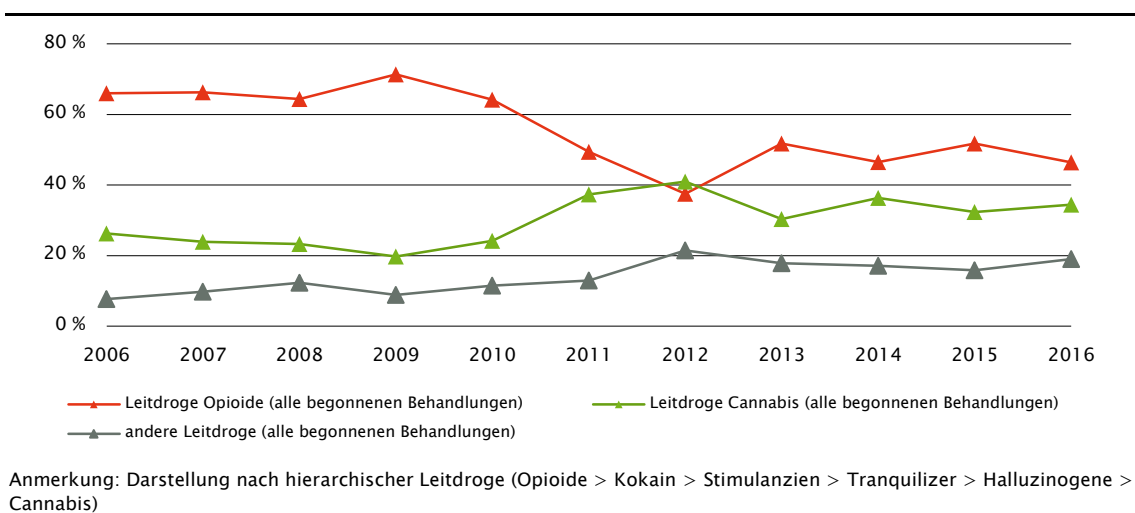
- » Zwischen Beginn der 2000er-Jahre und 2010 stieg die Prävalenz des risikoreichen Konsums illegaler Drogen in der Steiermark aufgrund einer erhöhten Anzahl Jugendlicher und junger Erwachsener, die ihren risikoreichen Konsum illegaler Drogen in der ersten Hälfte der 2000er-Jahre starteten. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit risikoreichem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Dies ist ein Indiz dafür, dass aktuell immer weniger Personen in den risikoreichen Opioidkonsum einsteigen.

» An der Dominanz von Opioiden bei drogenbezogenen Todesfällen hat sich in den letzten Jahren nichts geändert.

Die steirischen DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2012 eine deutliche Abnahme des Anteils an Opioiden als Leitdroge und einen Anstieg bei Cannabis bzw. anderen Leitdrogen – in erster Linie Kokain und Stimulanzen (vgl. Abbildung 3.12). Bei der Interpretation der Zahlen ist aber zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

Abbildung 3.12:

Alle im jeweiligen Jahr in den Einrichtungen der steirischen Suchthilfe begonnenen ambulanten Behandlungen nach Leitdrogen im Zeitverlauf (DOKLI), 2006– 2016



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die dargestellten Entwicklungen lassen drei unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zu:

- » Der risikoreiche Drogenkonsum in der Steiermark verlagert sich in Richtung Cannabis. Aus der Praxis wird berichtet, dass auch das Problembewusstsein hinsichtlich des Cannabiskonsums bei Jugendlichen gestiegen sei und im ambulanten Bereich mehr Angebote für diese Personen existieren würden, was den Anstieg des Cannabisanteils im Behandlungsbereich miterklären könnte. Weitere Faktoren, die möglicherweise eine Rolle spielen, sind der gestiegene THC-Anteil im Cannabis (problematischeres Konsummuster), aber auch das Aufscheinen von Personen mit unproblematischem Cannabiskonsum im Behandlungssystem aufgrund rechtlicher Auflagen (Fokusgruppe).
- » Der Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden ist dadurch zu erklären, dass eine Verlagerung in Richtung Stimulanzen wie Methamphetamin oder Mephedron stattfindet. Bezüglich Mephedron gab es in der Steiermark um das Jahr 2010 eine größere Szene. Derzeit beschränkt sich der Konsum von Mephedron in der Steiermark jedoch auf eine kleine Gruppe. Für den oft in diesem Zusammenhang diskutierten Anstieg des risikoreichen Konsums neuer psychoaktiver Substanzen gibt es derzeit keine Hinweise im Drogenmonitoring.

- » Der risikoreiche Drogenkonsum in der Steiermark geht insgesamt zurück. Der Anstieg des Anteils der Personen mit Leitdroge Cannabis in DOKLI ist dadurch zu erklären, dass auch weniger problematische Fälle aufgrund frei werdender Kapazitäten in Betreuung genommen werden können.

Welche der drei Hypothesen in welchem Ausmaß tatsächlich zutrifft, werden erst die Entwicklungen der nächsten Jahre zeigen. Insgesamt gibt es zwar relevante Anzeichen für eine Veränderung der Drogensituation in der Steiermark, dennoch darf nicht aus den Augen verloren werden, dass Opioide nach wie vor den behandlungsrelevanten Drogenkonsum dominieren.

Schlussfolgerungen

- » Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre schließen (weniger Einsteiger/-innen). Hinsichtlich einer Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) oder NPS gibt es derzeit in den Daten keinerlei Hinweise.

3.7 Psychopharmaka

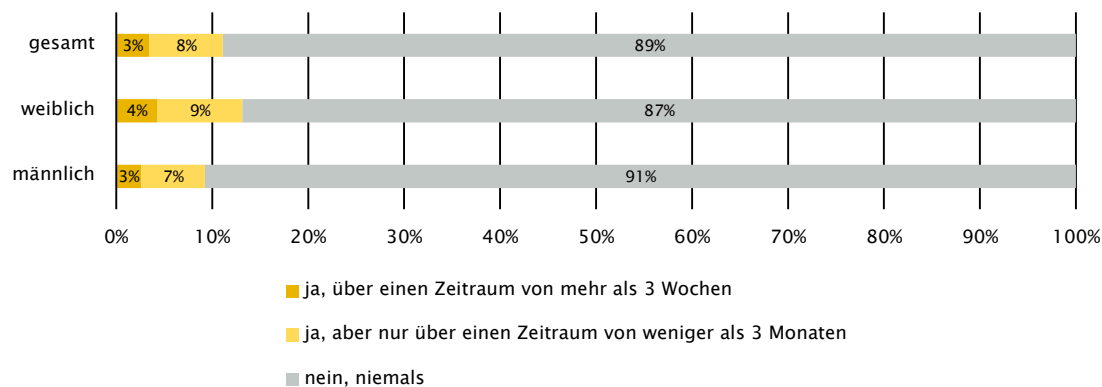
3.7.1 Konsum verschreibungspflichtiger Schlaf- und Beruhigungsmittel laut Schülerbefragungen

Informationen zum Konsum von u. U. durch Missbrauch abhängig machenden Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind nur schwer mittels Befragungsdaten zu erfassen, da es bei der Frage nach Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufig zu Verwechslungen mit Hausmitteln, die ebenfalls zur Beruhigung oder zum leichteren Einschlafen eingesetzt werden – wie etwa Baldriantropfen oder Kräutertees – kommt.

In der Schülerbefragung ESPAD wurde wegen des eingangs erwähnten Problems im Fragebogen explizit darauf verwiesen, dass mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln ausschließlich verschreibungspflichtige Medikamente gemeint sind. Dieser Erhebung zufolge berichtet jeder zehnte Schüler / jede zehnte Schülerin davon, bereits mindestens einmal in seinem bzw. ihrem Leben Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel eingenommen zu haben. Zumeist wurden diese nur über einen kurzen Zeitraum eingenommen – Mädchen berichten dies etwas häufiger als Burschen (vgl. Abbildung 3.13).

Abbildung 3.13:

Lebenszeitprävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln unter Schülern/Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht), 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

3.7.2 Verordnungen ausgewählter Psychopharmaka laut Sozialversicherungsdaten

Die nachstehend dargestellten Zahlen beziehen sich auf Daten der maschinellen Heilmittelabrechnung, die von den steirischen Krankenkassen BVA, STGKK, SVAGW, SVB und VAEB bereitgestellt wurden. Abgefragt wurden Benzodiazepine (N05BA und N05CD gemäß ATC-Code²¹) sowie benzodiazepinähnliche Wirkstoffe (N05CF gemäß ATC-Code), die auch als „Z-Drugs“ bekannt sind.²².

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass Benzodiazepine, deren Kosten häufig unter der Rezeptgebühr liegen, nur für rezeptgebührenbefreite Versicherte ersichtlich sind. Die Daten beziehen sich auf den niedergelassenen Bereich (bei den Zahlen der StGKK sind auch jene aus Krankenanstalten mit Rezepturbefugnis eingerechnet, die jedoch äußerst gering sind). Bei den Zahlen der StGKK sind nicht alle Medikamente der jeweiligen Wirkstoffgruppen enthalten, diese machen jedoch einen sehr geringen Anteil aus.

21

Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (engl. Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose Classification)

22

vgl. www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.754452&portal:componentId=gtna73a3e84-a1cc-4e87-b5f7-edb37b6c979a&viewmode=content, S. 329–331 (15.11.2017)

Die beschriebenen Wirkstoffgruppen werden vorwiegend von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen verschrieben (Grundlage ist hier die Menge der DDD²³ pro Ärztesgruppe). Über den Beobachtungszeitraum 2012 bis 2016 bleibt die Verteilung zwischen den Ärztesgruppen stabil: Je nach Wirkstoff wurden zwischen 88 und 95 Prozent der gegenständlichen Arzneimittel von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen und zwischen zwei und acht Prozent von Fachärztinnen/-ärzten für Psychiatrie und/oder Neurologie verordnet. Auf andere Facharztgruppen entfielen zwischen zwei und vier Prozent. Dem Hausarzt bzw. der Hausärztin kommt demnach eine zentrale Rolle in der Behandlung mit Psychopharmaka und in der diesbezüglichen Patientenaufklärung zu. Aus den Daten ist nicht ersichtlich, ob erstmalige Verordnungen vorwiegend von Fachärztinnen/-ärzten der Psychiatrie und/oder Neurologie vorgenommen werden und Allgemeinmediziner/-innen hauptsächlich Folgeverordnungen ausstellen.

Abbildung 3.14 zeigt die Anzahl der Frauen und Männer mit *mindestens* einer Verordnung in einer der betrachteten Wirkstoffgruppen (N05BA, N05CD, N05CF gemäß ATC-Code). Die Zahl der Verordnungen pro Person ist nicht ersichtlich. Insgesamt wurde im Jahr 2016 für 36.513 Personen mindestens eine gegenständliche Verordnung bei den SV-Trägern abgerechnet. 2012 waren es noch 41.106 Personen. Dies entspricht einem Rückgang von rund elf Prozent. Während bei den Männern über die Jahre ein Rückgang von rund acht Prozent zu verzeichnen ist, sinkt der Anteil bei den Frauen um fast dreizehn Prozent. Dennoch lag die Zahl der Frauen mit mindestens einer gegenständlichen Verordnung 2016 mehr als doppelt so hoch als jene der Männer. Dass Frauen deutlich häufiger Psychopharmaka-Verordnungen erhalten als Männer, ist ein international bekanntes, aber nicht eindeutig geklärtes Phänomen (vgl. Glaeske, G., Schickel, C. 2012 mit Verweis auf Glaeske 2002).

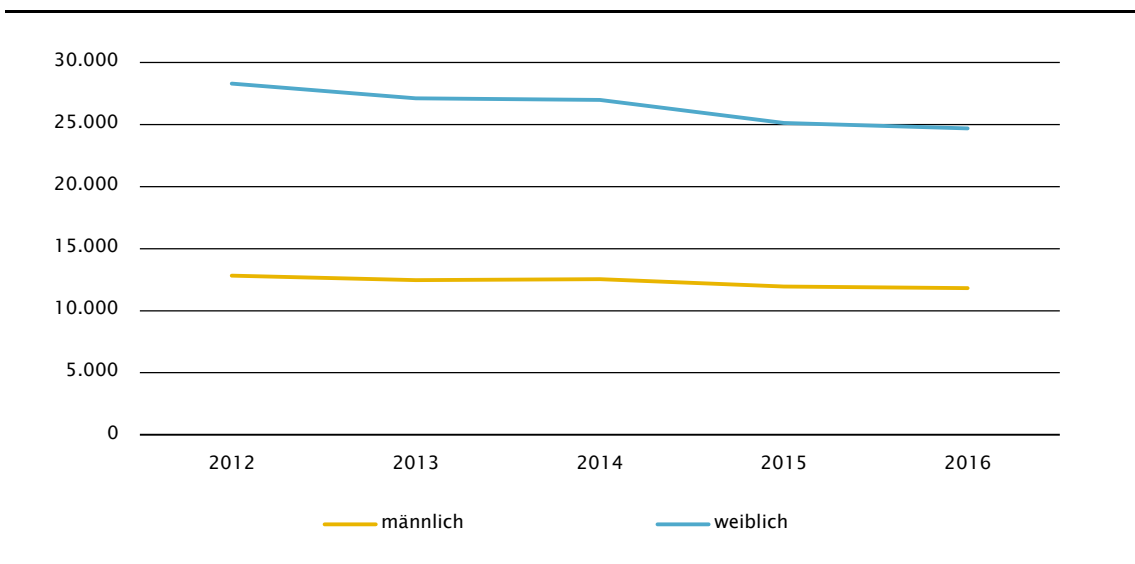
Im Zeitraum 2012 bis 2015 wurde bei rund drei Prozent aller Anspruchsberechtigten mindestens eine Verordnung im Bereich der untersuchten Wirkstoffgruppen bei den Sozialversicherungsträgern abgerechnet. Im Jahr 2016 waren es rund zwei Prozent. Während konstant rund zwei Prozent der anspruchsberechtigten Männer mindestens eine Verordnung einlösten, sank bei den Frauen der Wert von ca. vier (2012 bis 2014) auf rund drei Prozent (2015 und 2016).

23

DDD (Defined Daily Dosis) ist eine international standardisierte Messgröße, die die durchschnittliche Tagesdosis für einen Erwachsenen für die Hauptindikation eines Wirkstoffes beschreibt. Sie erlaubt keine Aussage bezüglich der tatsächlichen therapeutischen Dosis.

Abbildung 3.14:

Anzahl der Personen mit mindestens einer Verordnung in einer der betrachteten Wirkstoffgruppen (N05BA, N05CD, N05CF gemäß ATC-Code), Steiermark, 2012–2016



Quelle: Steirische SV-Träger BVA, STGKK, SVAGW, SVB, VAEB; Darstellung: GÖG

Verordnungszahlen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Bei den 15- bis 29-Jährigen zeigt sich, dass zwischen 2012 und 2016 der Anteil der Personen mit Verordnungen aus den abgefragten Psychopharmaka-Wirkstoffgruppen von 0,35 Prozent auf 0,32 Prozent zurückging (Tabelle 3.2). Männer erhielten zumeist häufiger als Frauen eine oder mehrere Verordnungen – ein Verhältnis, das sich im späteren Alter umkehrt, wie weiter oben im Zusammenhang mit Abbildung 3.14 beschrieben wurde.

Tabelle 3.2:

Anteil der 15- bis 29-Jährigen an allen Anspruchsberechtigten mit mind. einer Verordnung aus den Gruppen N05BA, N05CD oder N05CF (gemäß ATC-Code), Steiermark, 2012–2016

	2012	2013	2014	2015	2016
15- bis 29-Jährige insgesamt	0,35 %	0,33 %	0,33 %	0,31 %	0,32 %
männlich	0,37 %	0,34 %	0,32 %	0,33 %	0,35 %
weiblich	0,34 %	0,31 %	0,34 %	0,28 %	0,29 %

Quelle: Steirische SV-Träger BVA, STGKK, SVAGW, SVB, VAEB; Darstellung: GÖG

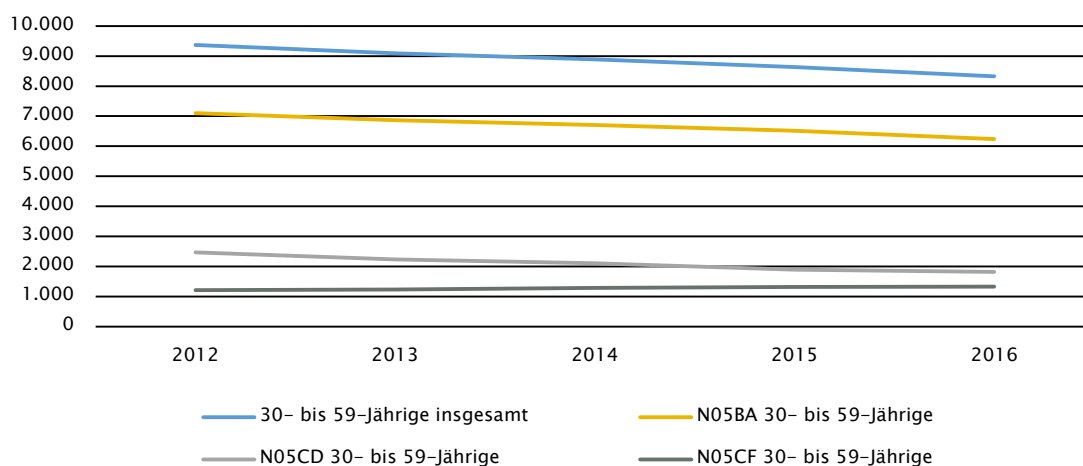
Verordnungszahlen bei 30- bis 59-Jährigen

Bei den 30- bis 59-Jährigen zeigt sich insgesamt eine sinkende Tendenz bei den abgerechneten Wirkstoffgruppen (Abbildung 3.15). Dies trifft auch bei einzelner Betrachtung der ATC-Code

Gruppen N05BA und N05CD (beides Gruppen für Benzodiazepine) zu. Bei den benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen (N05CF gemäß ATC-Code) wird hingegen seit 2012 eine leichte Zunahme verzeichnet. Auch von Expertenseite gibt es Hinweise auf eine Zunahme der sogenannten „Z-Drugs“ aus dieser Wirkstoffgruppe (vgl. Tanios 2016).

Abbildung 3.15:

Anzahl der 30- bis 59-Jährigen mit mind. einer Verordnung der betrachteten Wirkstoffgruppen (N05BA, N05CD, N05CF gemäß ATC-Code), Steiermark, 2012–2016



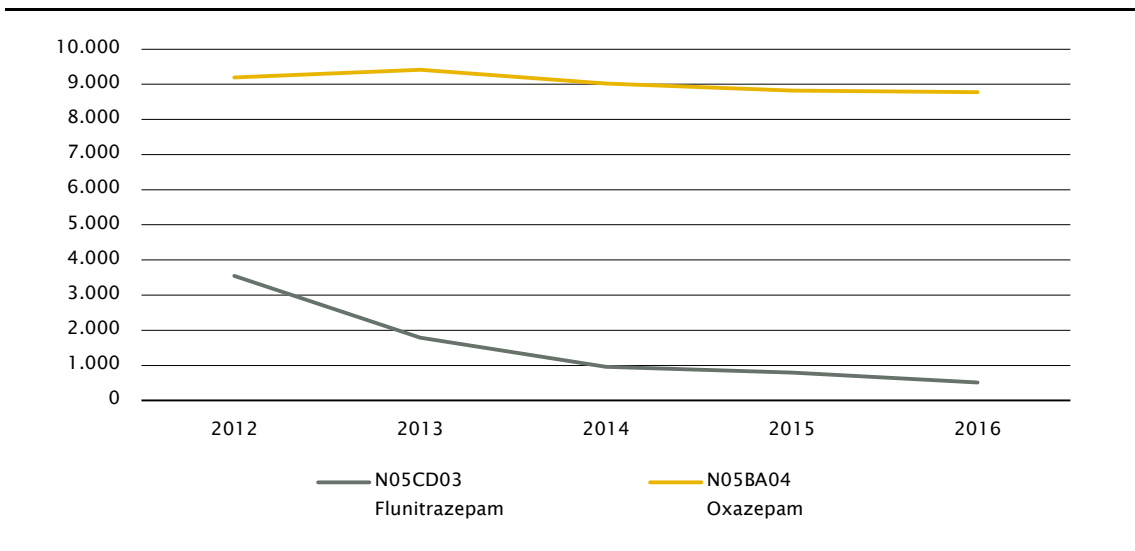
Quelle: Steirische SV-Träger BVA, STGKK, SVAGW, SVB, VAEB; Darstellung: GÖG

Verordnungszahlen bei Personen ab 60 Jahren

Der Großteil der abgerechneten Rezepte aus den betrachteten Wirkstoffgruppen entfällt auf die Altersgruppe der über 59-Jährigen. Betrachtet man in dieser Gruppe jene, die mindestens eine Verordnung aus den betrachteten Wirkstoffgruppen erhielten, sind darin Frauen mit einem Anteil von 68 bis 84 Prozent (je nach Jahr) deutlich häufiger als Männer vertreten (vgl. auch Abbildung 3.14 für Geschlechtsunterschiede). Anspruchsberechtigte Frauen machen in dieser Altersgruppe je nach betrachtetem Jahr zwischen 55 und 56 Prozent aus. 2016 wurde für fast 27.000 Anspruchsberechtigte in dieser Altersgruppe mindestens eine Verordnung aus den betrachteten Wirkstoffgruppen abgerechnet. Das entspricht rund sechs Prozent aller Anspruchsberechtigten in der Altersgruppe (neun Prozent der Frauen und vier Prozent der Männer innerhalb dieser Gruppe). Im Betrachtungszeitraum weist diese Zahl eine sinkende Tendenz auf. Der Rückgang betrifft vor allem die Benzodiazepine (N05BA und N05CD gemäß ATC-Code), wohingegen sich benzodiazepinähnliche Wirkstoffe (N05CF gemäß ATC-Code) relativ konstant auf niedrigem Niveau hielten.

Verordnungszahlen für Flunitrazepam und Oxazepam

Abbildung 3.16:
Personen mit mind. einer Verordnung von Flunitrazepam bzw. Oxazepam, Steiermark,
2012–2016



Quelle: Steirische SV-Träger BVA, STGKK, SVAGW, SVB, VAEB; Darstellung: GÖG

Die Anzahl der Personen, die pro Jahr zumindest eine Verordnung für Oxazepam erhielten, weist zwischen 2012 und 2016 eine leicht sinkende Tendenz auf, bewegt sich insgesamt jedoch auf weitaus höherem Niveau als bei Flunitrazepam (vgl. Abbildung 3.16; Flunitrazepam 2012: 3.542 vs. 2016: 512; Oxazepam 2012: 9.192 vs. 2016: 8.773). Der starke Rückgang bei Flunitrazepam kann unter anderem mit der „Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ in Zusammenhang stehen, die 2012 vom BMGF herausgegeben wurde. Zudem wurde Flunitrazepam, das über hohes Suchtpotenzial verfügt, der verpflichtenden Verschreibung auf Suchtgiftrezept unterstellt, was u. a. dem Fälschungsschutz von Rezepten dienen soll. Auch für ganz Österreich betrachtet, sinken die Verordnungszahlen für dieses Arzneimittel (vgl. Busch et al. 2016).

Exkurs: Pregabalin

Aus dem Suchtbehandlungsbereich in der Steiermark kam der Hinweis, dass der Wirkstoff Pregabalin (ein Antiepileptikum und Adjuvans in der Schmerztherapie) in der Suchtmedizin zunehmend Probleme bereitet (Hiden, p. M.). In einer deutschen Untersuchung von 263 Patientendokumentationen einer Abteilung für klinische Toxikologie für den Zeitraum 2008 bis 2015 zeigte sich ein starker Anstieg an Personen, die (auch) Pregabalin konsumierten: Pregabalin war die fünfthäufigste missbräuchlich konsumierte Substanz (nach Opiaten, Benzodiazepinen, Methadon, Buprenorphin und Heroin). Personen, die Pregabalin konsumierten, verwendeten durchschnittlich mehr

Substanzen als andere und waren auch häufiger in Opioid-Substitutionsprogrammen. Patientinnen/Patienten mit Substanzmissbrauch in der Vergangenheit waren besonders gefährdet für den schädlichen Gebrauch von Pregabalin (Zellner et al. o. J.). Die internationale Fachliteratur liefert Hinweise auf eine zunehmende Problematik im Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch von Pregabalin (siehe etwa Schjerning et al. 2016). Es empfiehlt sich, diesen möglichen Trend im Bereich der Suchtmedizin zu beobachten, um bei Bedarf rechtzeitig schadensminimierende Maßnahmen einleiten zu können.

Schlussfolgerungen:

- » Der Großteil der abgerechneten Verordnungen für Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Wirkstoffe wurde von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner ausgestellt. Erst- und Folgeverordnungen können dabei nicht unterschieden werden. Die Zahlen unterstreichen die zentrale Rolle, die den Hausärztinnen-/ärzten in der Behandlung mit und Patientenaufklärung über Psychopharmaka zukommt.
- » Im Betrachtungszeitraum kam es insgesamt zu einem Rückgang der Verordnungen in allen betrachteten Wirkstoffgruppen: 41.106 abgerechnete Verordnungen im Jahr 2012 stehen 36.513 Verordnungen im Jahr 2016 gegenüber, was einem Rückgang um rund elf Prozent entspricht.
- » In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen war der Anteil an Personen mit abgerechneten Verordnungen für die betrachteten Gruppen der Benzodiazepine und benzodiazepinähnlichen Wirkstoffe generell gering. Im Betrachtungszeitraum war er zudem rückläufig (2012: 0,35 % vs. 2016: 0,32 %). In dieser Altersgruppe sind Männer etwas häufiger als Frauen bei den abgerechneten Verordnungen vertreten.
- » Bei den 30- bis 59-Jährigen zeigt sich insgesamt eine sinkende Tendenz bei den Verordnungen der betrachteten Wirkstoffgruppen. In dieser Altersgruppe waren Frauen häufiger vertreten als Männer.
- » Die meisten Verordnungen aus den gegenständlichen Wirkstoffgruppen wurden in der Altersgruppe der über 59-Jährigen abgerechnet. Deutlich ist hier der hohe Anteil an Frauen, auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in dieser Altersgruppe mehr Frauen vertreten sind.
- » Die Verordnungszahlen für das Benzodiazepin Flunitrazepam lagen 2016 bei unter 15 Prozent des entsprechenden Wertes von 2012. Oxazepam-Verordnungen wurden über die Jahre 2012-2016 deutlich häufiger als Flunitrazepam abgerechnet, waren zuletzt jedoch ebenfalls leicht rückläufig.
- » Es empfiehlt sich, einen möglichen Trend zum schädlichen Pregabalin-Konsum im Bereich der Suchtmedizin zu beobachten, um bei Bedarf rechtzeitig schadensminimierende Maßnahmen einleiten zu können.
- » Daten bezüglich Psychopharmaka-Verordnungszahlen im Rahmen eines Suchtberichts wurden in dieser Form in Österreich erstmalig dargestellt.

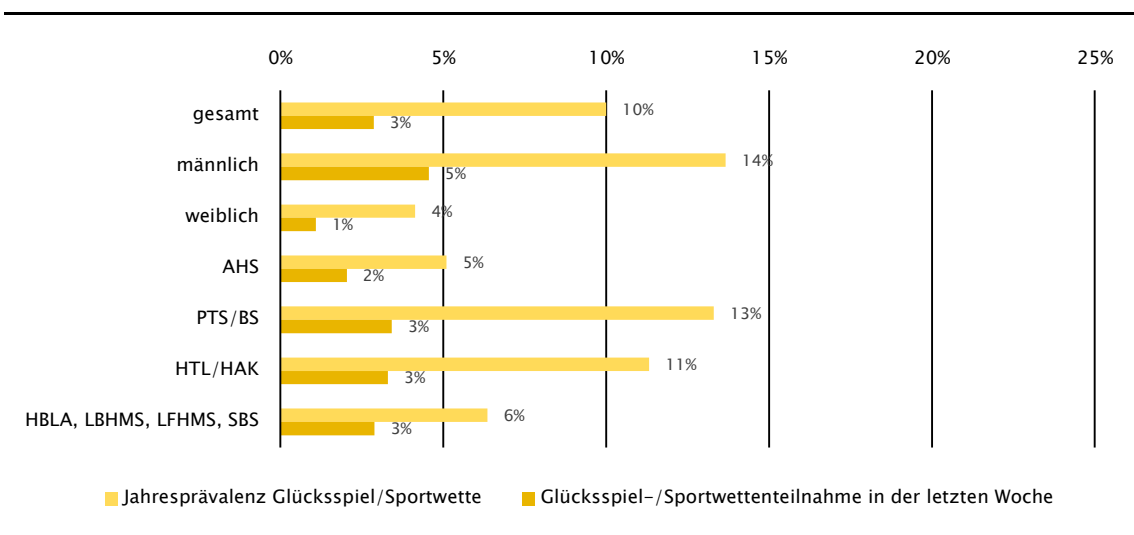
3.8 Glücksspiel und Sportwetten

3.8.1 Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Schülerbefragungen

Laut ESPAD-Erhebung 2015 haben zehn Prozent der befragten steirischen Schüler/-innen in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal an einem Glücksspiel bzw. an einer Sportwette teilgenommen. Glücksspiel und Sportwetten sind unter Schülern deutlich beliebter als unter Schülerinnen. Schüler/-innen aus AHS nehmen seltener an Glücksspielen bzw. Sportwetten teil als solche aus polytechnischen Schulen, Berufsschulen, HAK und HTL (vgl. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:

Jahresprävalenz und wöchentliche Teilnahme an Glücksspiel bzw. Sportwetten mit Geldeinsatz unter Schülern und Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (nach Geschlecht und Schultyp), 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

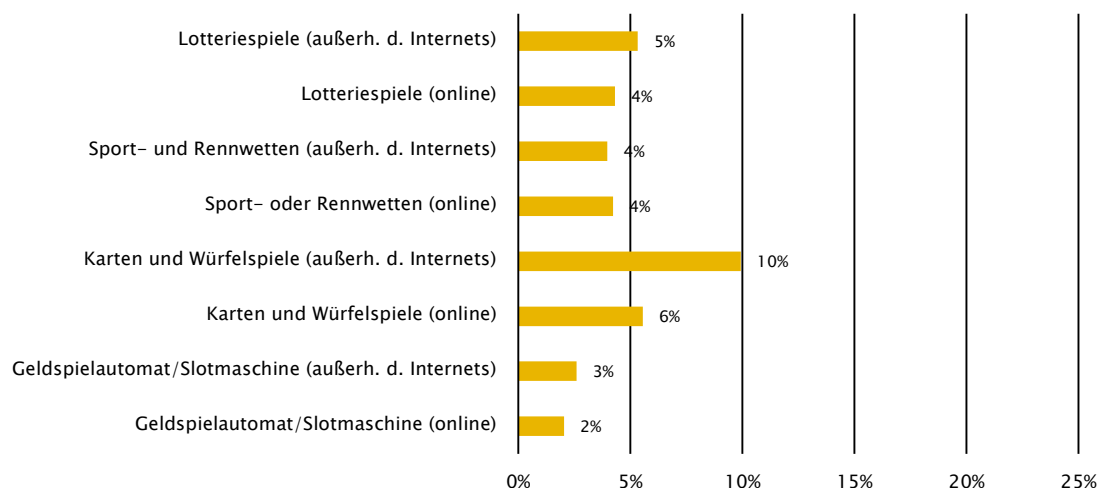
Unter allen Offline- und Onlineglücksspiel- und -Sportwettenangeboten sind Karten- und Würfelspiele um Geld außerhalb des Internets am beliebtesten: Der Anteil der Jugendlichen mit Spielerfahrung in den letzten 12 Monaten ist hier genauso groß jener wie für Glücksspiele und Sportwetten im Allgemeinen. D.h. fast jede Person, die in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel bzw. an einer Sportwette teilgenommen hat, hat in diesem Zeitraum auch an Karten- und Würfelspielen außerhalb des Internets teilgenommen. Am seltensten wird an Geldspielautomaten bzw. an Slotmaschinen gespielt (vgl. Abbildung 3.18).

Bei der Interpretation des hohen Anteils an Jugendlichen mit Glücksspielerfahrung in den letzten 12 Monaten sollte deswegen berücksichtigt werden, dass diese Erfahrungen zu einem Großteil in einem Setting bzw. mit einem Glücksspiel gemacht werden, dem ein eher geringes Suchtpotenzial zu gesprochen wird. Außerdem sei darauf hingewiesen, dass insbesondere für relativ unerfahrene

Jugendliche die Abgrenzung von Glücks-, Geschicklichkeits- und Unterhaltungsspielen eine große Herausforderung darstellt und entsprechend die Erhebung eines bestimmten Spielverhaltens (nämlich des Glücksspiels) mittels quantitativer Methoden ein relativ schwieriges Unterfangen darstellt.

Abbildung 3.18:

Art der Glücksspiel- bzw. Sportwettenteilnahme mit Geldeinsatz in den letzten zwölf Monaten unter Schüler/-innen der 9. und 10. Schulstufe, 2015



Quelle: ESPAD 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 965, Berechnung und Darstellung: GÖG

Schlussfolgerung

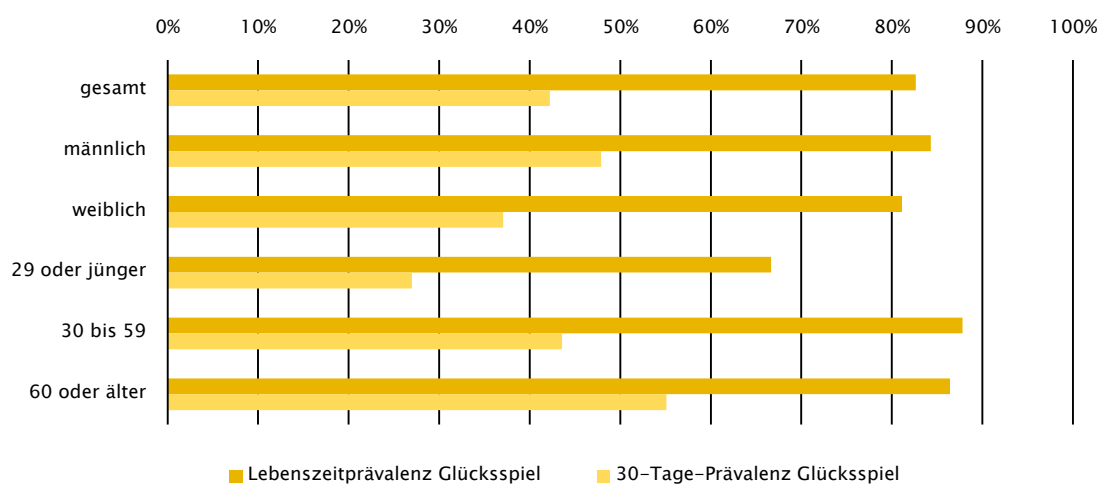
- » Insgesamt lässt sich ableiten, dass die Nutzung von Glücksspielen durch Jugendliche ein Thema darstellt, das durchaus Relevanz besitzt, aber weiterer (qualitativer) Forschungsarbeiten bedarf, um tatsächliche Problembereiche besser identifizieren zu können.
- » Im Zuge zukünftiger Erhebungen sollten die spezifischen Fragestellungen geschärft und eindeutig verständlich definiert werden. Die Ergebnisse weiterführender Erhebungen sind wesentlich für die präventiven Bemühungen der Fachstellen.
- » Schüler/-innen machen am häufigsten Erfahrungen mit Karten- und Würfelspielen im herkömmlichen Setting, d. h. mit Freunden und außerhalb des Internets. Erfahrungen mit Glücksspiel sind unter männlichen Jugendlichen deutlich häufiger anzutreffen als unter weiblichen Jugendlichen.

3.8.2 Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Bevölkerungsbefragung

In der Bevölkerung 15+ ist die Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten weitverbreitet: acht von zehn Befragten berichten, zumindest einmal in den letzten zwölf Monaten gespielt bzw. gewettet

zu haben, und vier von zehn geben an, dass sie dies auch in letzten 30 Tagen getan haben. Regelmäßige Teilnahme an Glücksspiel bzw. Sportwetten (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage) ist unter Männern häufiger als unter Frauen (48 % vs. 37 %) und bei älteren Personen häufiger als bei jüngeren (vgl. Abbildung 3.19).

Abbildung 3.19:
Glücksspiel-bzw. Sportwettenprävalenz mit Geldeinsatz in der Bevölkerung 15+ nach Geschlecht und Alter, 2015



Quelle: Bevölkerungserhebung zum Substanzkonsum 2015; Auswertung für die Steiermark, n = 547, Berechnung und Darstellung: GÖG

Hochfrequentes Glücksspiel – als Indiz für ein mögliches problematisches Verhalten – wird hingegen nur selten berichtet: 0,7 Prozent geben an, täglich an Glücksspielen teilzunehmen.

Schlussfolgerung

» 83 Prozent der Steirer/-innen 15+ haben in den letzten 12 Monaten an Glücksspielen bzw. Sportwetten teilgenommen, 42 Prozent in den letzten 30 Tagen. 0,7 Prozent nehmen täglich an Glücksspielen teil.

3.9 Essstörungen

Für den Bereich Essstörungen liegen steiermarksspezifisch weder Ergebnisse aus Befragungsdaten noch Schätzungen auf Basis anderer Datenquellen vor. Siehe hierzu aber Ergebnisse aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten unter dem Punkt „Essstörungen“ in Kapitel 5.5.2.1.

3.10 Internetnutzungsverhalten

Im Zusammenhang mit im Internet zur Nutzung angebotenen Anwendungen, wie digitale Spiele oder Soziale Medien, und deren Inanspruchnahme gewinnt der Diskurs über problematische Nutzungsweisen dieser Angebote an Bedeutung. Die ständige Weiterentwicklung dieser Angebote sowie das Fehlen eines einheitlichen Konzepts sowie jenes von Kriterien und Messinstrumenten zur Erfassung problematischer Nutzungsweisen erschweren jedoch die Bezifferung des Problemausmaßes (Puhm/Strizek 2016).

3.10.1 Problematisches Internetnutzungsverhalten laut Schülerbefragungen

2012 wurde vom Land Steiermark eine Studie über Internetsucht und Internetnutzung unter steirischen Schülern und Schülerinnen in Auftrag gegeben. Bei dieser repräsentativen Untersuchung wurden 2.095 Schüler und Schülerinnen ab der neunten Schulstufe befragt. Das Sample umfasst Schüler und Schülerinnen im Alter von 14 bis 22 Jahren. Für die Beurteilung, ob eine Sucht bzw. Gefährdung vorliegt, wurde die Internetsuchtskala²⁴ herangezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass rund 0,8 Prozent der Schüler/-innen als internetsüchtig und weitere 2,6 Prozent als internetsuchtgefährdet eingestuft werden. Damit zeigen 3,4 Prozent der steirischen Schüler/-innen ein mehr oder weniger dysfunktionales Nutzungsverhalten. Unterschiede bezüglich Geschlecht, Schultyp und Migrationshintergrund zeigten sich in dieser Erhebung nicht (Lederer-Hutsteiner/Hinterreiter 2012).

Schlussfolgerung

- » 0,8 Prozent der steirischen Schüler/-innen zeigen ein Internetnutzungsverhalten, das sie als süchtig einstuft. Weitere 2,6 Prozent werden aufgrund ihres Verhaltens als suchtgefährdet eingeschätzt.

24

Die Internetsuchtskala (ISS) verfügt über fünf Subskalen, die im Wesentlichen die diagnostischen Kriterien einer Suchtentwicklung abbilden.

4 Gesundheitliche und soziale Folgewirkungen

4.1 Überblick

Die HCV-Infektion ist mit einer Prävalenz von 70 Prozent die relevante Begleiterkrankung bei Opioidkonsumierenden, wohingegen die HIV-Infektionen scheinbar kaum eine Rolle spielen. Die Senkung der HBV-Rate von 36 Prozent (2010) auf rund zehn Prozent ab 2011 könnte durch eine erhöhte Durchimpfungsrate in der Allgemeinbevölkerung erklärt werden.

Im Jahr 2015 verstarben in der Steiermark neun Personen an einer Überdosierung mit Beteiligung mindestens einer illegalen Droge (direkt drogenbezogene Todesfälle). Die Zahlen der direkten drogenbezogenen Todesfälle entwickeln sich vom Verlauf her ähnlich wie in den anderen Bundesländern, liegen jedoch im gesamten Zeitverlauf unterhalb der österreichweiten Raten.

Mit Alkohol assoziierte Todesfälle machen nach groben Schätzungen 2 bis 4 Prozent aller Todesfälle in der Steiermark aus (direkte und indirekte Auswirkungen), das sind ca. 250 bis 500 Personen pro Jahr. Das Risiko von Männern, wegen Alkohol zu sterben, ist etwa fünfmal so groß wie jenes bei Frauen. Alkoholassoziierte Tode treffen im Vergleich zu nichtalkoholassoziierten Todesursachen verhältnismäßig häufig bereits jüngere Personen. Im Zeitverlauf der letzten 15 Jahre ist der Anteil der Personen, die aufgrund einer alkoholassoziierten Todesursache versterben, leicht rückläufig.

Rund 9 Prozent der 2015 verstorbenen Steirer und rund 6 Prozent der 2015 verstorbenen Steirerinnen starben infolge von Lungenkrebs oder COPD – Todesursachen, die zum Großteil auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind. Dazu kommen Todesfälle infolge anderer Erkrankungen, die aber neben dem Rauchen noch viele andere Ursachen haben, wodurch eine Schätzung der insgesamt an den Folgen von Tabakkonsum Verstorbenen schwierig ist. Wie auch für Gesamtösterreich zeigt sich für die Steiermark allerdings folgendes Geschlechterphänomen: eine kontinuierliche Zunahme der Todesfälle infolge von Lungenkrebs bei Frauen über die letzten 35 Jahre (1980–2015) bei einer gleichzeitigen kontinuierlichen Abnahme des entsprechenden Wertes bei Männern. Insgesamt blieb die Sterberate infolge von Lungenkrebs über die letzten 35 Jahre dadurch annähernd gleich hoch.

Die Suchtgiftanzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG haben sich zwischen 2010 und 2016 mehr als verdoppelt (2010: 1.607 vs. 2016: 3.363). Der Anstieg ist in erster Linie auf Anzeigen wegen Cannabis zurückzuführen. Von 2015 auf 2016 stabilisierten sich die Zahlen. Die in absoluten Zahlen sehr wenigen Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG bzgl. psychotroper Substanzen sind von 2010 bis 2016 um etwa drei Viertel gesunken. Anzeigedaten wegen Verstoßes gegen das NPSG deuten für den Zeitraum 2012–2016 auf ein konstant niedriges Niveau von 11 bis 15 Anzeigen pro Jahr seit 2014 hin. Die Anzeigen und Sicherstellungen spiegeln vor allem die Aktivitäten (z. B. Schwerpunktaktionen) der Exekutive wider.

Rund 8,4 Prozent der Insassen/Insassinnen (106 Personen) der steirischen Justizanstalten sind in Substitutionsbehandlung.

Im Mittel haben 11 Prozent der Spielsüchtigen, die sich in Behandlung befinden, glücksspielbezogene Straftaten begangen, 2016 lag der Wert bei über 14 Prozent. Männliche Klienten der Existenzsicherungsberatung zeigen im Vergleich zu deren weiblichen Klientinnen ein höheres Ausmaß an Verschuldung.

Alkoholmissbrauch kann neben negativen Auswirkungen auf die konsumierende Person auch negative Auswirkungen auf andere Personen haben. Diese Auswirkungen decken eine hohe Bandbreite ab (von Ruhestörung bis hin zu dauerhaften familiären Problemen). Stark belastet sind insbesondere jene Personen, die sich im Nahumfeld von Menschen befinden, die exzessiv Alkohol konsumieren.

4.2 Begleiterkrankungen

Begleiterkrankungen im Rahmen von Opioidkonsum beziehen sich vor allem auf drogeninduzierte Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis C (HCV) und Hepatitis B (HBV). Für die Steiermark gibt es im Zeitverlauf entsprechende Daten aus der niederschweligen Einrichtung *Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich* in Graz. Die Datenquelle basiert auf freiwilligen Statuserhebungen bzw. freiwilligem Reporting und gibt demnach nur ein eingeschränktes Bild wieder. Die dargestellten Prävalenzen entsprechen aber grundsätzlich jenen der restlichen Bundesländer (vgl. Weigl et al. 2017). Wie in Abbildung 4.1 ersichtlich, bewegt sich die HIV-Prävalenz in der niederschweligen Einrichtung seit 2010 mit 0 Prozent auf sehr niedrigem Niveau. Die Prävalenz von Hepatitis B sank von 36 Prozent im Jahr 2010 auf zwölf Prozent im Jahr 2016. Die Hepatitis-C-Prävalenz wiederum bewegt sich mit einem Wert um die 70 Prozent konstant auf hohem Niveau, aktuell 68 Prozent im Jahr 2016. Von diesen HCV-Ab-Positiven waren 40 Prozent HCV-RNA²⁵ positiv. Aktuelle jährliche Screeningdaten von *I.K.A.* (N = 267) weisen auf eine HCV-Ab-Rate von 75 Prozent hin, davon hatten 44 Prozent eine HCV-RNA-Positivität. 14 Prozent der Patienten/Patientinnen hatten zumindest eine HBV-Infektion (HBVc Ab positiv). Von aktuell 65 getesteten Patienten/Patientinnen der *dislozierten suchtmmedizinischen Ambulanz des LKH Graz Süd/West Standort Süd am LKH Hochsteiermark, Standort Bruck* waren 40 Prozent HCV-Ab positiv und davon fast 58 Prozent HCV-RNA positiv. Drei Prozent der getesteten Patienten/Patientinnen waren HBV positiv. In beiden Einrichtungen wurde niemand auf HIV positiv getestet (Hilden, Pillich p. M.)

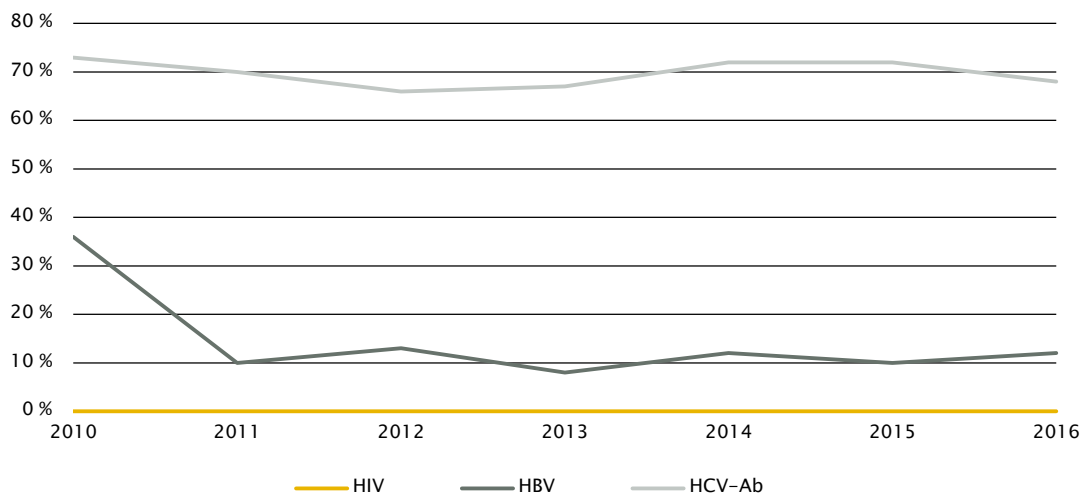
Die niedrige HIV-Rate kann als Erfolg des Spritzentausches gewertet werden (vgl. Kapitel 5.3). Aus der suchtmmedizinischen Ambulanz am LKH Hochsteiermark wird berichtet, dass von den 65 getesteten Patienten/Patientinnen 40 keinen ausreichenden Impfschutz gegen HBV haben.

25

Diese HCV-PCR-Positivität weist auf eine floride Hepatitis C hin.

Abbildung 4.1:

Prävalenz der drogeninduzierten Infektionskrankheiten HIV, HCV und HBV, Kontaktladen und Streetwork im Drogenbericht Graz, 2010–2016



Quelle: Kontaktladen/Caritas Diözese Graz-Seckau; Darstellung: GÖG

In Hinblick auf die psychiatrische Komorbidität im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es in der Steiermark keine Routinedaten. Berichte aus den suchtmmedizinischen Behandlungsangeboten *I.K.A. (Graz)* und *Suchtmmedizinische Ambulanz Bruck an der Mur* zeigen aber, dass bei drei Viertel der Suchtpatienten neben einer suchtspezifischen Diagnose auch eine weitere psychiatrische Diagnose (F-Diagnose nach ICD-10) vergeben wurde (Hiden, Pillich, p. M.)²⁶.

Chronischer problematischer Alkoholkonsum kann zahlreiche somatische Folgen nach sich ziehen, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und solche des Nervensystems. Zusätzlich stellen auch die akute Intoxikation durch größere Mengen Alkohol sowie das damit verbundene erhöhte Risiko von Unfällen und Psychosen ein Gesundheitsrisiko dar (Bühringer/Kraus 2011). Die Darstellung der Behandlung alkoholbedingter Erkrankungen in der stationären Versorgung in der Steiermark erfolgt in Kap. 5.5.2.1.

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und zählt deshalb zu den bedeutendsten Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu seinen Spätfolgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Siehe dazu auch Kapitel 4.3.3: Tabakassoziierte Todesfälle.

26

Aus dem Zentrum für Suchtmedizin (ZSM) sind keine Daten eingelangt.

Schlussfolgerungen

- » Die HCV-Infektion ist mit einer Prävalenz von 70 Prozent die relevante Begleiterkrankung bei Opioidkonsumierenden, wohingegen die HIV-Infektionen scheinbar kaum eine Rolle spielen.
- » Die Senkung der HBV-Rate von 36 Prozent (2010) auf rund zehn Prozent ab 2011 könnte durch eine erhöhte Durchimpfungsrate in der Allgemeinbevölkerung erklärt werden.

4.3 Mortalität

4.3.1 Direkt drogenbezogene Todesfälle

Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge akuter Intoxikationen („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 idgF). Mit einbezogen werden auch Überdosierungen nach Konsum neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011). Die Klassifizierung der Todesfälle basiert auf gerichtsmedizinischen Unterlagen oder amtlichen Totenbeschauscheinen. Nähere Erläuterungen zum Hintergrund und zur Datengrundlage finden sich im vom Kompetenzzentrum Sucht erstellten jährlichen Epidemiologiebericht Sucht (z. B. Busch et al. 2016).

Tabelle: 4.1 zeigt die absolute Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle in der Steiermark ab dem Jahr 2000²⁷. Aufgrund der – statistisch gesehen – kleinen Fallzahl fallen Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren stark ins Gewicht. Zur Beschreibung des Trends wurden daher die gemittelten Werte von drei Jahren herangezogen. Dadurch ergibt sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 4.2): Bis zum Jahr 2007 zeigt sich ein Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in der Steiermark, gefolgt von einem Sinken der Todesfälle bis 2013 auf das Niveau des Jahres 2000. Ab 2014 steigen die Zahlen wieder ein wenig (auch österreichweit). Im regionalen Vergleich²⁸ zeigt sich in der Steiermark eine ähnliche Entwicklung wie in Österreich (ohne Wien²⁹). Die Raten der Steiermark liegen jedoch im gesamten Zeitverlauf unterhalb der österreichweiten Raten (ohne Wien; vgl. Abbildung 4.3).

27

Zu Redaktionsschluss war das Todesjahr 2015 das aktuellste vorliegende Jahr bezüglich drogenbezogener Todesfälle.

28

Um einen sinnvollen regionalen Vergleich zu ermöglichen, wurden die direkt drogenbezogenen Todesfälle auf 100.000 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren bezogen.

29

Drogenkonsumierende leben häufiger in Ballungszentren als in ländlichen Gebieten. Wien als Großstadt nimmt daher auch in Bezug auf die Daten (Fallzahlen) eine Sonderrolle ein.

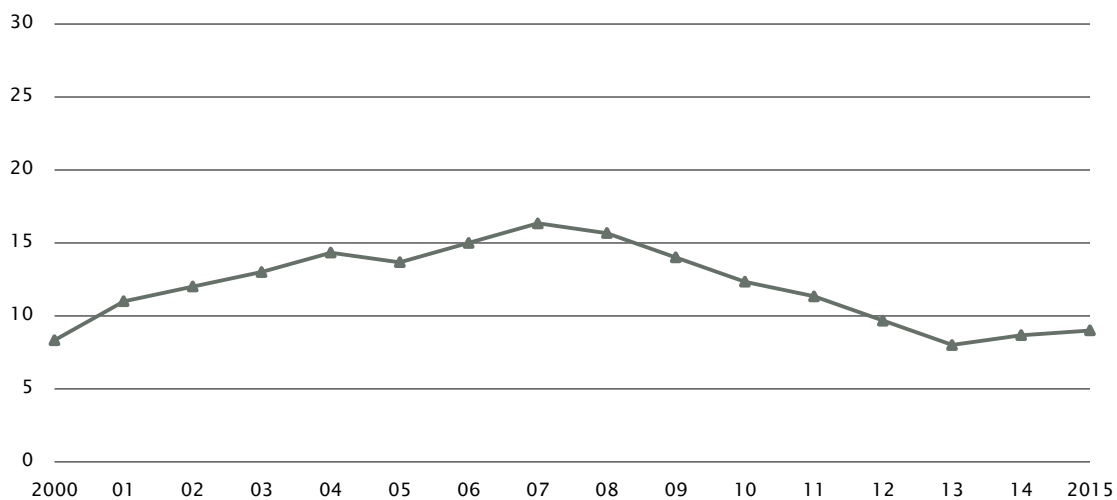
Tabelle: 4.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in der Steiermark nach Todesursache (absolut), 2000-2015

	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	2015
ein Opiat (ohne andere Suchtgifte)	0	0	2	4	0	4	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0
mehrere Opiate (ohne andere SG)	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Opiat(e) inkl. Alkohol	1	2	1	3	0	3	0	1	1	2	1	0	1	0	0	1
Opiat(e) inkl. psychoaktiver Medikamente	1	0	3	2	6	6	9	7	13	6	7	6	2	3	5	4
Opiat(e) inkl. Alkohol und psychoaktiver Medikamente	0	3	1	2	2	3	2	6	3	0	1	1	0	1	1	1
Opiate und andere Suchtgifte	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
... inkl. Alkohol	1	0	3	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
... inkl. psychoaktiver Medikamente	2	0	2	0	1	1	0	1	2	0	1	4	2	1	1	0
... inkl. Alkohol und psychoaktiver Medika- mente	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ausschließlich andere Suchtgifte	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
... inkl. Alkohol	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
... inkl. psychoaktiver Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
... inkl. Alkohol und psychoaktiver Medika- mente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgiftintoxikation unbekannter Art	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0
Gesamt	11	9	13	14	12	17	12	16	21	10	11	16	7	6	11	9
Rate pro 100.000 EW zwischen 15 und 64 Jahren	1,3	1,1	1,6	1,7	1,5	2,1	1,5	2,0	2,6	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes;
Berechnung und Darstellung: GÖG

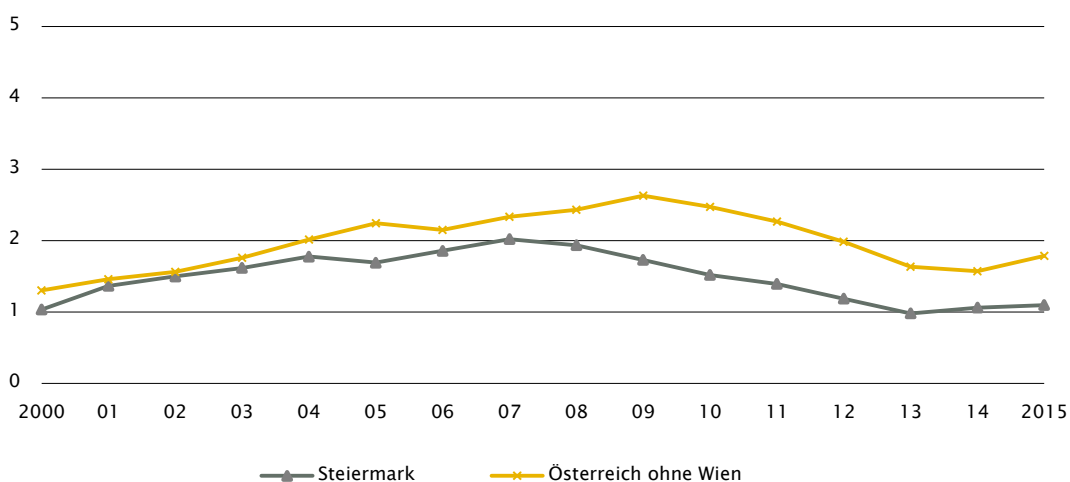
Abbildung 4.2:
Direkt drogenbezogene Todesfälle in der Steiermark - Zeitreihe, geglättete 3-Jahres-Werte,
2010- 2015



Anmerkung: Für die Jahre 2000 bis 2014 wird zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das 2015 Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 4.3:
Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren im
regionalen Vergleich zwischen 2000 und 2015, geglätteter 3-Jahres-Wert, 2010-2015



Anmerkung: Für die Jahre 2000 bis 2014 wird zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das 2015 Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; ST.AT - Statistik des Bevölkerungsstandes;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Das mittlere Alter (Median) von direkt drogenbezogenen Todesfällen Betroffener liegt im gesamten Zeitverlauf um die 30 Jahre. Im Zeitverlauf zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, wie auch in Österreich sterben jedoch mehr Männer als Frauen an einer Überdosierung.

Schlussfolgerung

» Im Jahr 2015 verstarben in der Steiermark neun Personen an einer Überdosierung. Die Zahlen der direkt drogenbezogenen Todesfälle entwickeln sich vom Verlauf her ähnlich wie in den anderen Bundesländern, liegen jedoch im gesamten Zeitverlauf unterhalb der österreichweiten Raten.

4.3.2 Alkoholassoziierte Todesfälle

Bei **direkten alkoholbedingten Todesopfern**, d. h. bei einem Vergiftungsfall mit alleiniger Beteiligung von Alkohol, werden nur selten routinemäßig ausführliche Obduktionen durchgeführt, dementsprechend sind diesbezügliche Aussagen auf Schätzungen angewiesen, die von etwa 0,1 % direkt alkoholbedingten Todesfällen ausgehen³⁰. Bei **indirekten Todesfällen** infolge von Alkoholkonsum, das sind Todesfälle durch Unfälle oder Krankheitsspätfolgen, bei denen Alkoholkonsum erwiesenermaßen eine begünstigende Wirkung hat, muss ein sogenannter attribuierbarer Anteil geschätzt werden³¹, was weitere methodische Herausforderungen zeitigt³².

30

Auf Basis gerichtsmedizinischer Untersuchungen schätzen Uhl et al. (2009), dass etwa 0,1 Prozent aller Todesfälle pro Jahr in Österreich auf akute Alkoholvergiftungen (im Sinne einer unbeabsichtigten Überdosierung) zurückgeführt werden können. Diese Personen sind zum überwiegenden Teil Personen mit einer bestehenden Alkoholabhängigkeit bzw. einem chronischen Alkoholmissbrauch und werden, wenn Krankengeschichte und Begleitumstände auf ein solches Grundleiden schließen lassen, in der Todesursachenstatistik unter „Alkoholabhängigkeit“ kodiert, auch wenn bei dem/der Toten eine sehr hohe Alkoholkonzentration festgestellt wurde. Vergiftungen im Sinne eines irrtümlichen Konsums von Alkohol sind hingegen sehr selten und sollten als Alkoholmissbrauch bzw. -vergiftung kodiert werden. Die Schätzung von 0,1 Prozent direkt alkoholbedingter Todesfälle kann auch für die Steiermark übernommen werden.

31

Solche attribuierbaren Anteile wurden etwa im Rahmen der Global-Burden-of-Disease-Studie (für einen Überblick siehe Murray et al. 2012) geschätzt und in zahlreichen Publikationen verbreitet (für einen kritischen Kommentar siehe Strizek/Uhl 2014). Gemäß der Datenbank der Global-Burden-of-Disease-Studie (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>) ergeben diese Berechnungen eine Schätzung, der zufolge im Jahr 2015 4,2 Prozent aller Toten (3.425 Fälle) in Österreich dem Risikofaktor Alkoholkonsum attribuierbar sind. Für regionale Auswertungen stellt die Global-Burden-of-Disease-Studie hingegen keine Schätzungen zur Verfügung.

32

Häufig fehlt eine eindeutige definitorische Abgrenzung, ab wann von einer Alkoholassoziation gesprochen werden kann und in welchen Fällen dies nicht sinnvoll ist, da die Assoziation zwischen Alkoholkonsum und der zum Tod führenden Erkrankung bzw. dem zum Tod führenden Unfall unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Bei Todesarten, bei denen Alkohol explizit als Todesursache angeführt wird, kann die österreichische Todesursachenstatistik als Quelle dienen. Seitens der österreichischen Todesursachenstatistik sollten insbesondere Todesopfer infolge von Leberzirrhosen, Suizid und alkoholassozierten Unfällen mit Todesfolge im Straßenverkehr berücksichtigt werden. Bei all diesen drei Todesursachen, für die auch **regionale Auswertungen** möglich sind, besteht Konsens, dass Alkoholkonsum einen wesentlichen begünstigenden Faktor darstellt (im Falle von Suizid vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression).

Für **alkoholbedingte Lebererkrankungen** steht in der österreichischen Todesursachenstatistik ein eigener Diagnosecode (K70.x, Alkoholische Leberkrankheit) zur Verfügung. Da alkoholbedingte Lebererkrankungen nicht immer mit diesem Code erfasst werden, werden etwa bei internationalen Vergleichsstudien andere Lebererkrankungen mitberücksichtigt (K73.x, Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert, und K74.x, Fibrose und Zirrhose der Leber), und von dieser Summe wird ein Anteil als alkoholassoziiert geschätzt. Auf Basis von Totenscheinen schätzen etwa Uhl et al. (2016), dass sich bei einem Drittel der Personen mit chronischer Lebererkrankung ein ausdrücklicher Hinweis auf Alkoholkonsum findet und diese dann zumeist – aber nicht immer – unter dem Code K70.x erfasst werden.

Bei **Unfällen im Straßenverkehr** mit Verletzungen oder Todesfolge wird explizit erhoben, ob mindestens eine unfallbeteiligte Person alkoholisiert war. Im Jahr 2015 war bei 378 Unfällen (österreichweit: 2.226 Unfälle) mindestens eine alkoholisierte Person beteiligt, und insgesamt wurden 486 Personen (österreichweit: 2.834) verletzt. Drei Personen verloren ihr Leben (österreichweit: 27 Tote; Statistik Austria 2016a). Keine Daten liegen hingegen darüber vor, inwieweit Alkohol sonstige Unfälle mit tödlichem Ausgang begünstigt, etwa Unfälle im Haushalt oder bei der Arbeit.

Viele Studien belegen, dass Suchterkrankungen zu den wichtigsten **Risikofaktoren für Suizid** zählen (Schneider/Wetterling 2016). Substanzkonsum ist dabei sowohl ein proximaler (d. h. unmittelbar, als Folge der Intoxikation) als auch ein distaler (d. h. mittelbar, als Folge chronischen Konsums) Risikofaktor. Metastudien kommen zu dem Ergebnis, dass das Suizidrisiko bei Alkoholabhängigkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sechsfach erhöht ist. Ein Teil dieses erhöhten Risikos ist dabei auf das Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen zurückzuführen. In psychologischen Autopsiestudien von männlichen und weiblichen Suizidopfern aller Altersstufen wurde wiederum festgestellt, dass zwischen 15 und 60 Prozent aller Suizidopfer von einer Alkoholkrankung betroffen waren (Schneider/Wetterling 2016).

Andere mit Alkohol assoziierte Todesursachen umfassen **Erkrankungen des Verdauungstrakts** wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x), Gastritis und Duodenitis (K29.x) oder Ösophagusvarizen (I85). In Summe sind im Jahr 2015 in der Steiermark 17 Personen an diesen drei Erkrankungen verstorben, wobei keine Informationen darüber vorliegen, zu welchem Anteil diese Tode auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückgeführt werden können.

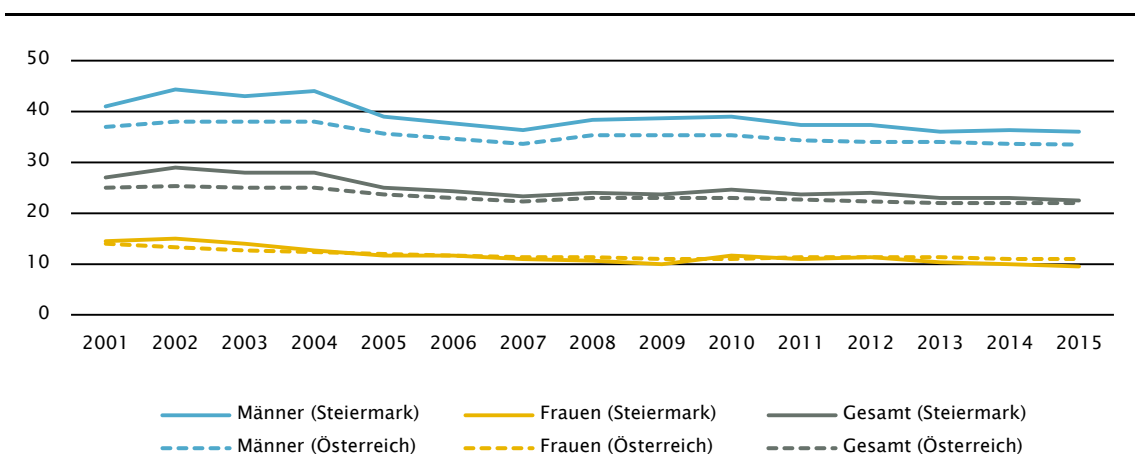
Werden zur groben Schätzung alle Todesfälle der aufgezählten Todesursachen summiert, ergibt sich ein Anteil von knapp über vier Prozent an Todesfällen (direkt und indirekt), die auf Alkohol zurückzuführen sind. Dies ist insofern als Obergrenze zu interpretieren, als bei dieser Berechnung alle Suizide und alle chronischen Lebererkrankungen dazugezählt wurden. Werden hingegen nur

die nachweislich alkoholassoziierten Todesfälle (d. h. ohne sonstige chronische Lebererkrankungen und Verdauungserkrankungen) zusammengezählt und wird nur ein Teil der Suizidopfer³³ mitgezählt, ergibt sich eine Schätzung von etwa zwei Prozent der Todesfälle, die auf Alkohol zurückgeführt werden können. Dies ist wiederum als Untergrenze zu verstehen, weil anzunehmen ist, dass auch bei anderen Erkrankungen Alkohol eine begünstigende Rolle spielt und der Einfluss von Alkohol nicht immer kodiert wird. Der Anteil alkoholassoziierter Todesfälle kann also grob auf **zwei bis vier Prozent**³⁴ geschätzt werden. Dies entspricht bei über 12.000 Toten im Jahr 2015 etwa einer Anzahl von 250 bis 500 Personen in der Steiermark.

Unabhängig von der Schätzmethode zeigt sich, dass Männer deutlich häufiger als Frauen von alkoholassoziierten Todesfällen betroffen sind: Steirische Männer haben je nach Schätzmethode ein vier- bis fünffach höheres Risiko, an einer alkoholassoziierten Todesursache zu sterben als steirische Frauen. Die Entwicklung der alkoholassoziierten Todesursachen im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 4.4) zeigt in den letzten 15 Jahren eine leichte Abnahme der alkoholassoziierten Todesfälle.

Abbildung 4.4:

Entwicklung der alkoholassoziierten Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen nach Geschlecht für die Steiermark und Österreich, 2001–2015



Berücksichtigt wurden die Diagnosegruppen F10.x, K70.x, K73.x, K74.x

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2001–2015; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Nach Altersgruppen unterschieden, ergibt sich, dass alkoholassoziierte Todesfälle deutlich häufiger auch jüngere Personen betreffen als andere Todesursachen. In Abbildung 4.5 werden die Kur-

33

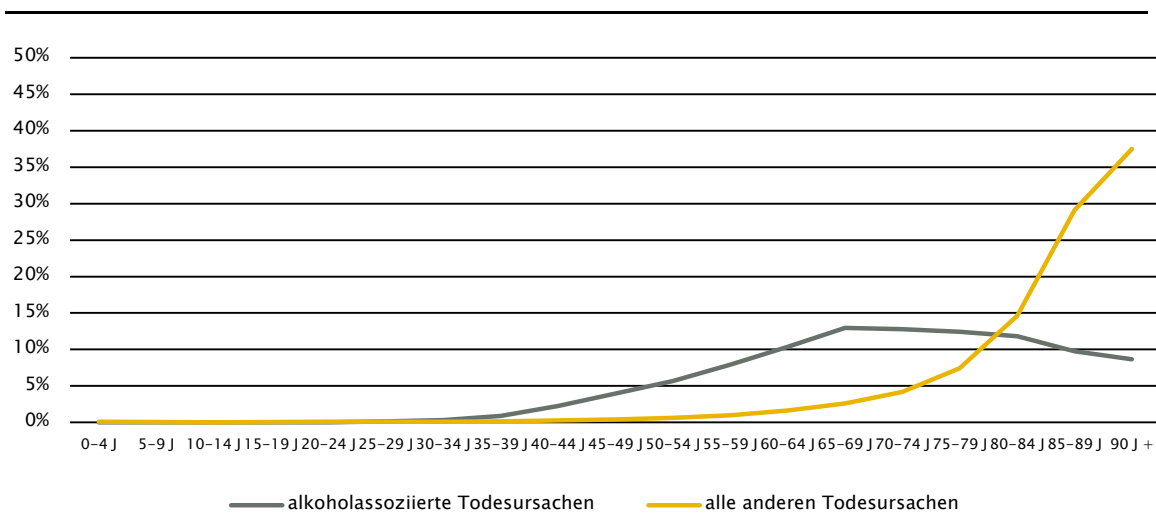
Im Sinne der obengenannten Bandbreite ein Wert von 37,5 % als Mittelwert zwischen 15 und 60

34

Diese Schätzung bewegt sich in etwa im Rahmen des Schätzwertes der Global-Burden-of-Disease-Studie. Ein direkter Vergleich mit dieser Zahl ist aber nicht zulässig, da gänzlich andere Schätzmethoden angewendet werden.

venverläufe nach Altersgruppen für alkoholassoziierte sowie für alle anderen Todesursachen gegenübergestellt. Alkoholbedingte Mortalität steigt bei etwa 40-jährigen Personen an, erreicht einen Gipfel zwischen 60 und 80 Jahren und nimmt in den höchsten Altersgruppen wieder leicht ab. Dem steht der Verlauf der allgemeinen Mortalität gegenüber, der später aber dafür steiler ansteigt (rund um 75 Jahre) und stetig zunimmt.

Abbildung 4.5:
Verteilung alkoholassoziierter Todesfälle nach Alter im Vergleich zu anderen Todesursachen, Österreich, 2015



alkoholassoziierte Diagnosegruppen = F10.x, K70.x, K73.x, K74.x
 alle anderen Todesursachen = alle Diagnosen außer F10.x, K70.x, K73.x, K74.x

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Nach groben Schätzungen können 2 bis 4 Prozent aller Todesfälle in der Steiermark mit Alkoholkonsum assoziiert werden (direkte und indirekte Auswirkungen), das sind ca. 250 bis 500 Personen pro Jahr.
- » Das Risiko von Männern, wegen Alkohol zu sterben, ist etwa fünfmal so groß wie jenes von Frauen. Alkoholassoziierte Tode betreffen im Vergleich zu nichtalkoholassoziierten Todesursachen verhältnismäßig häufig bereits jüngere Personen.
- » Im Zeitverlauf der letzten 15 Jahre ist der Anteil an Personen, die aufgrund einer alkoholassoziierten Todesursache versterben, leicht rückläufig.

4.3.3 Tabakassoziierte Todesfälle

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten. Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

Viele dieser Erkrankungen können auf mehrere Ursachen, nicht nur auf den Konsum von Tabak, zurückgeführt werden. Bei Lungenkrebs sowie bei COPD wird allerdings davon ausgegangen, dass die weitaus überwiegende Ursache dafür das Rauchen von Tabak ist. Bei Todesfällen infolge von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) zeigte sich etwa, dass 90 Prozent der Männer Raucher und 80 Prozent der Frauen Raucherinnen waren (Newcomb/Carbonne 1992).

Tabelle 4.2:

Ausgewählte tabakassoziierte Todesursachen von Steirern und Steirerinnen, 2015

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil*	Anzahl	Anteil*	Anzahl	Anteil*
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom, C34, ICD 10)	333	5,4	217	3,2	550	4,3
COPD (J44, ICD 10)	229	3,7	168	2,5	391	3,0
Todesfälle von Steirerinnen und Steirern 2015 gesamt	6.134	100	6.687	100	12.821	100

*Anteil an Todesfällen von Steirern 2015 gesamt, von Steirerinnen 2015 gesamt sowie von Steirerinnen und Steirern 2015 gesamt in Prozent

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Rund 9 Prozent der 2015 verstorbenen Steirer und rund 6 Prozent der 2015 verstorbenen Steirerinnen starben infolge von Lungenkrebs oder COPD – Todesursachen, die zum überwiegenden Großteil auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind (vgl. Tabelle 4.2). Dazu kommen Todesfälle infolge von Erkrankungen, die eingangs als mögliche Spätfolgen von Tabakkonsum aufgezählt wurden, die hier zahlenmäßig jedoch nicht dargestellt werden, da diese auch von vielen anderen Verhaltensweisen (Alkoholkonsum, Bewegung, Ernährung ...) zu nicht unwesentlichen Teilen beeinflusst werden. Eine Schätzung darüber, wie viel Prozent der Todesfälle in der Steiermark mit Tabakkonsum assoziiert werden können, ist daher schwierig.

Wie auch für Gesamtösterreich (Busch et al. 2016; Schmutterer 2017) zeigt sich für die Steiermark über die letzten 35 Jahre (1980–2015) eine kontinuierliche Zunahme an Todesfällen infolge von Lungenkrebs bei Frauen, bei einer gleichzeitig kontinuierlichen Abnahme der Todesfälle infolge von Lungenkrebs bei Männern. Insgesamt bleibt die Lungenkrebssterberate (Verstorbene je 100.000 EW) über die letzten 35 Jahre dadurch annähernd gleich hoch.

Schlussfolgerungen

- » Rund 9 Prozent der 2015 verstorbenen Steirer und rund 6 Prozent der 2015 verstorbenen Steirerinnen starben infolge von Lungenkrebs oder COPD – Todesursachen, die zum Großteil auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind. Dazu kommen Todesfälle infolge von anderen Erkrankungen, die aber neben dem Rauchen noch viele andere Ursachen haben, wodurch eine Schätzung der insgesamt an den Folgen von Tabakkonsum Verstorbenen schwierig ist.
- » Wie auch für Gesamtösterreich zeigt sich für die Steiermark allerdings folgendes Geschlechterphänomen: eine kontinuierliche Zunahme an Lungenkrebstodesfällen bei Frauen über die letzten 35 Jahre (1980–2015), bei einer gleichzeitig kontinuierlichen Abnahme bei Männern. Insgesamt bleibt die Lungenkrebssterberate über die letzten 35 Jahre dadurch annähernd gleich hoch.

4.4 Suchtmittelbezogene Kriminalität

Die Jahresberichte zur Suchtmittelkriminalität des BMI veröffentlichen Daten in Hinblick auf Anzeigen nach SMG, auch differenziert nach Art der Substanz, wie auch auf Sicherstellungen illegaler Suchtmittel. Auf Basis der vorliegenden Daten können aber keine verlässlichen Rückschlüsse auf die tatsächliche Verfügbarkeit, auf die Konsumhäufigkeit einzelner Substanzen wie auch auf die Erkrankungshäufigkeit gezogen werden. Vielmehr ergeben sie ein Bild der Intensität und Schwerpunktsetzung der sicherheitsbehördlichen Aktivitäten. Die im Folgenden dargestellten Zahlen beziehen sich auf die Steiermark – teilweise im Vergleich mit Gesamtösterreich. Detailliertere Vergleiche mit Österreich bzw. weiteren Bundesländern sind in den nationalen Drogenberichten bzw. im Epidemiologiebericht Sucht verfügbar (vgl. Weigl et al. 2017, Busch et al. 2015).

4.4.1 Anzeigen

Die Suchtgiftanzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in der Steiermark haben sich zwischen 2010 und 2016 mehr als verdoppelt (2010: 1.607 vs. 2016: 3.363). Der Anstieg ist in erster Linie auf Anzeigen wegen Cannabis zurückzuführen. Nach einem sanften Anstieg von 2010 bis 2013 folgten zwei Jahre mit starken Zuwächsen. 2015 und 2016 stabilisierten sich die Zahlen. In Österreich hingegen beträgt der Zuwachs im gesamten Betrachtungszeitraum rund 60 Prozent (BMI 2011 bis 2017). Der Anteil der steirischen Anzeigen an den gesamtösterreichischen Anzeigen betrug im Jahr 2016 rund neun Prozent (BMI 2017).

Steiermarkweit wurde im Jahr 2016 zehnmals ein Verstoß gegen das SMG in Bezug auf psychotrope Substanzen angezeigt. Dieser Wert ist seit 2012 auf etwa ein Viertel des Ausgangswertes von 2010 ($n = 41$) gesunken. Für Anzeigen wegen Verstoßes gegen das NPSG stehen im Zeitraum 2012–2016 Daten zur Verfügung, die auf ein konstant niedriges Niveau von 11 bis 15 Anzeigen pro Jahr seit 2014 hindeuten (2016: 10 Anzeigen).

Tabelle 4.3:

Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel in der Steiermark, 2010–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis	1.495	1.500	1.706	2.307	3.131	3.044	3.083
Heroin und Opiate	107	63	28	17	27	13	25
Kokain und Crack	117	120	93	92	96	112	131
Amphetamin	108	232	196	112	218	308	245
Methamphetamin	*	*	*	24	68	30	23
LSD	7	13	10	7	27	8	12
Ecstasy	42	83	36	36	117	187	225
Mephedron	71	494	152	114	49	55	38
suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	216	204	139	108	86	33	50
sonstige Suchtgifte**	14	21	26	14	20	36	57
psychotrope Substanzen	1	4	1	2	2	1	2
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	60	63	76	33	19	9	8
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	0	0	1	0

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Summe von der Gesamtanzahl der Anzeigen.

* unter Amphetaminen subsumiert

**Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Die Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG aufgrund von Cannabis und Amphetaminen haben sich seit 2010 in etwa verdoppelt, jene wegen Heroins und Opiaten sowie suchtgifthältigen Medikamenten hingegen machten 2016 nur noch rund ein Viertel der Anzeigen von 2010 aus. Ein starker Anstieg ist bei Ecstasy zu verzeichnen, 225 Anzeigen im Jahr 2016 stehen hier 42 Anzeigen im Jahr 2010 gegenüber (vgl. Tabelle 4.3). Dennoch sind die absoluten Zahlen eher niedrig.

Schlussfolgerungen

- » Die Suchtgiftanzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG haben sich zwischen 2010 und 2016 mehr als verdoppelt (2010: 1.607 vs. 2016: 3.363). Der Anstieg ist in erster Linie auf Anzeigen wegen Cannabis zurückzuführen. Von 2015 auf 2016 stabilisierten sich die Zahlen.
- » Die in absoluten Zahlen sehr niedrigen Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG bzgl. psychotroper Substanzen sind von 2010 bis 2016 um etwa drei Viertel gesunken.
- » Anzeigedaten wegen Verstoßes gegen das NPSG deuten für den Zeitraum 2012–2016 auf ein konstant niedriges Niveau von 11 bis 15 Anzeigen pro Jahr seit 2014 hin.
- » Die Anzeigen und Sicherstellungen spiegeln vor allem die Aktivitäten (z. B. Schwerpunktaktionen) der Exekutive wider.

4.5 Soziale Folgen

Im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen ist **Haft** eine wesentliche soziale Folge. Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes mit einer eigenen Sektion im Bundesministerium für Justiz (BMJ). In der Steiermark gibt es drei Justizanstalten: Graz-Jakomini mit 538 Haftplätzen, Graz-Karlau mit 522 Haftplätzen ausschließlich für erwachsene Männer und Leoben mit 205 Haftplätzen.

Zum Ausmaß des illegalen Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, die die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Zum Stichtag 1. April 2017 waren insgesamt 106 Insassen/Insassinnen in den steirischen Justizanstalten in Substitutionsbehandlung, dies entspricht etwa 8,4 Prozent aller Insassen/Insassinnen und liegt unter dem österreichischen Durchschnitt (9,7 %) (vgl. Weigl et al. 2017).

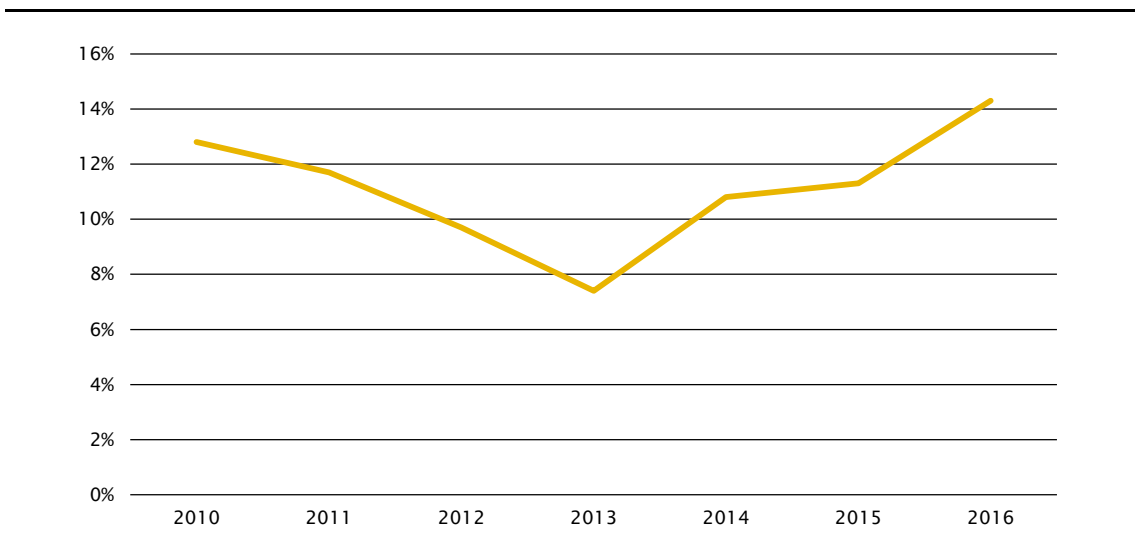
Schlussfolgerung

- » Rund 8,4 Prozent der Insassen/Insassinnen (106 Personen) in den steirischen Justizanstalten sind in Opioid-Substitutionsbehandlung.

Exzessives Glücksspiel ist in der Regel mit hohen Geldausgaben verbunden, was bei vielen betroffenen Spielern/Spielerinnen zu Verschuldung und bei einigen im Laufe ihres Lebens auch zu **glücksspielbezogenen Straftaten** führt. Diese sind meist Eigentumsdelikte, die auf die Beschaffung weiterer Spieleinsätze und/oder die Rückzahlung entstandener (Spiel-)Schulden abzielen.

In der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark werden jene Daten gesammelt und ausgewertet, die in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Spielsucht erhoben werden. Die dabei erhobenen Angaben zu Delikten zeigen, dass im Mittel elf Prozent der Spielsüchtigen, die sich in Behandlung befinden, glücksspielbezogene Straftaten begangen haben. 2016 lag der Wert mit 14,3 Prozent über dem Mittel (Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:
Delikte von Klienten/Klientinnen der Spielsuchteinrichtungen, 2010-2016



Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark; Darstellung: GÖG

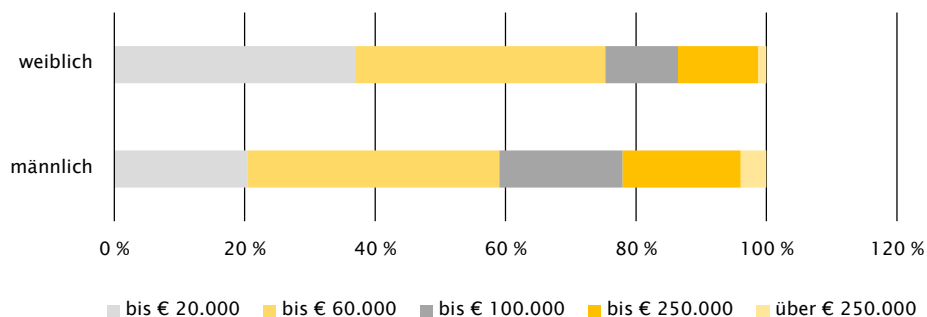
Eine weitere **relevante Folge der Spielsucht** ist die **Verschuldung**. Die Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark bietet in Kooperation mit der Schuldnerberatung Graz ein Angebot zur Existenzsicherung für Glücksspieler/-innen und ihre Angehörigen an³⁵. Erhebungen dieser Einrichtung bezüglich der **Schuldenhöhe** zeigen Unterschiede bei Männern und Frauen: Der Anteil der Spielerinnen, die eine Verschuldung bis 20.000 Euro aufweisen, ist mit 37 Prozent höher als der Anteil der Spieler, die Schulden in dieser Höhe aufweisen (20,5 %). Männliche Spielsüchtige hingegen weisen eher Verschuldungen in einem höheren Ausmaß auf: 41 Prozent der Männer, aber nur 24,7 Prozent der Frauen in Beratung haben einen Schuldenstand von 60.000 Euro und mehr (Abbildung 4.7).

35

<http://www.schuldnerinnenberatung.at/existenz.html>

Abbildung 4.7:

Verschuldung bei Klienten/Klientinnen der Existenzsicherung für Spieler und Spielerinnen



Quelle: XSB, Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Im Mittel haben 11 Prozent der Spielsüchtigen, die sich in Behandlung befinden, glücksspiel-bezogene Straftaten begangen, 2016 lag der Wert bei über 14 Prozent.
- » Klienten der Existenzsicherungsberatung zeigen im Vergleich zu deren weiblichen Klientel ein höheres Ausmaß an Verschuldung.

In Analogie zum Diskurs über Passivrauchen im Tabakbereich hat der Schutz unbeteiligter Dritter auch im Alkoholbereich unter dem Namen *harm to others* zunehmend an Bedeutung gewonnen, wobei im Alkoholbereich weniger Übereinstimmung herrscht als in Diskursen zum Thema Passivrauchen.³⁶ **Schäden/Probleme durch den Alkoholkonsum anderer** wurden etwa im Rahmen der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch (Strizek/Uhl 2016) auf unterschiedlichen Ebenen erhoben (Schäden durch Erziehungs- oder Bezugspersonen in der Kindheit, Schäden durch Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld und Schäden von bekannten oder unbekanntem Personen aus dem weiteren sozialen Umfeld).

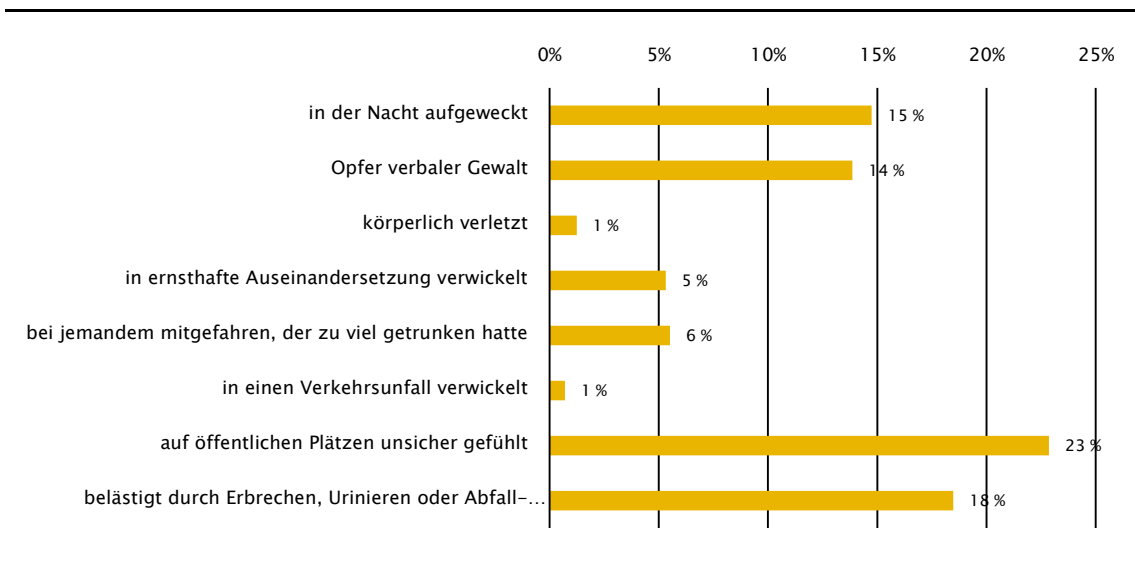
Etwa 15 Prozent der befragten Steirer/-innen geben an, dass sie in ihrer Kindheit mit einer Person in einem gemeinsamen Haushalt lebten, die sie selber als „starken Trinker“ (zumeist der Vater) einschätzen, wiederum jeder/jede Vierte dieser Personen gibt an, dass sie davon stark beeinträchtigt waren. 38 Prozent der befragten Steirer/-innen geben an, dass sie aktuell eine Person in ihrem sozialen Umfeld (z. B. Haushaltsmitglieder, Familie, Freunde, Arbeitskollegen) kennen, die sehr viel Alkohol konsumiert. Wenig überraschend wird häufiger eine starke Beeinträchtigung durch dieses Konsumverhalten angegeben, je näher diese Bezugsperson der befragten Person steht.

36

Zweifellos fügt problematischer Alkoholkonsum nicht nur den konsumierenden Personen Schaden zu, sondern kann zudem das soziale Umfeld negativ beeinträchtigen. Allerdings ist die Beurteilung des Ausmaßes dieser Beeinträchtigung mit unterschiedlichen methodologischen Problemen verbunden (z. B. Beurteilung der Kausalität, hohe Bandbreite des Ausmaßes an Schädigung), die sich signifikant von der Eindeutigkeit der Auswirkungen von Passivrauch unterscheiden.

Abbildung 4.8:

Probleme durch den Alkoholkonsum anderer Personen innerhalb der letzten 12 Monate, 2015



Quelle: Strizek/Uhl 2016; Auswertung für die Steiermark, n = 563, Berechnung und Darstellung: GÖG

In Bezug auf unterschiedliche Probleme in Verbindung mit dem Alkoholkonsum anderer Personen (vgl. Abbildung 4.8) zeigt sich, dass ein relativ großer Anteil im letzten Jahr negative Dinge in zumindest einer Form erlebt hat. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Probleme, die zumeist nur eine geringe Schädigung nach sich ziehen (wie etwa Ruhestörung in der Nacht, Vandalismus, verbale Auseinandersetzungen oder eine allgemeine Unsicherheit auf öffentlichen Plätzen) deutlich häufiger genannt werden als Probleme, die zumeist eine hohe Schädigung nach sich ziehen (körperliche oder ernsthafte Auseinandersetzungen, Unfälle im Straßenverkehr).

Schlussfolgerung

- » Alkoholkonsum kann neben negativen Auswirkungen auf die konsumierende Person auch negative Auswirkungen auf andere Personen haben. Diese Auswirkungen decken eine hohe Bandbreite ab (von Ruhestörung bis hin zu dauerhaften, familiären Problemen). Stark belastet sind insbesondere jene Personen, die sich im Nahumfeld von Menschen befinden, die exzessiv Alkohol konsumieren.

5 Versorgungslage und Klientel

5.1 Überblick

Niederschwellige Angebote in der Steiermark haben einen eindeutigen Fokus auf **illegale Substanzen** und werden sowohl von suchtspezifischen als auch von nichtsuchtspezifischen Einrichtungen angeboten. Sie sind durch eine hohe Heterogenität der Themen und Interventionen gekennzeichnet. Schadensminimierende Angebote wie Spritzentausch sowie sozialintegrative Beschäftigungsprojekte sind ausschließlich in Graz vorhanden. Die Wochenöffnungszeiten in den niederschweligen Angeboten haben sich seit 2010 mehr als verdoppelt, wobei im Jahr 2016 ein kleiner Rückgang feststellbar ist. Es wurden neue niederschwellige Angebote im Bereich medizinische Versorgung (IKA), Arbeitsmarktintegration (Verein Erfa) und Glücksspiel (Werkstatthof) geschaffen. Um die Anbindung drogenkonsumierender Inhaftierter an die Suchthilfe auch während der Haft aufrechtzuerhalten werden Klienten/Klientinnen im Rahmen der Einzelfallhilfe weiterbetreut, spezifische Angebote gibt es auch im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung.

Niederschwelliges und präventiv ausgerichtetes **Jugend-Streetwork** wird in allen Bezirken angeboten. Die Wochenöffnungszeiten in den von der ABT08 geförderten Jugend-Streetwork-Angeboten sind im Berichtszeitraum konstant geblieben. Die Anzahl der Klientenkontakte sowohl in niederschweligen Angeboten als auch im Streetwork wurde seit 2010 deutlich gesteigert, sowohl durch die Schaffung neuer Angebote als auch durch eine höhere Frequenz bei bestehenden Angeboten. Ein Ausbau der Angebote wird insbesondere an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (z. B. aufsuchende Ansätze, Versorgung Jugendlicher in Haft) als notwendig erachtet.

Beratung, Betreuung und Behandlung in der ambulanten Suchthilfe ist die am häufigsten angebotene Unterstützungsleistung bei Suchtproblemen, die, über die Steiermark verteilt, im Ausmaß von 600 Stunden pro Woche angeboten wird. Die insgesamt 27 Angebote umfassen einmalige oder auch mehrmalige Kontakte mit Klienten/Klientinnen und sind prinzipiell substanzübergreifend ausgerichtet, wobei sich die Schwerpunkte je nach Einrichtung unterscheiden. Teilweise bestehen auch Angebote für Angehörige. Im Bereich der psychosozialen Betreuung und Beratung kam es im Jahr 2016 zu knapp über 28.000 Klientenkontakten. Im Zeitverlauf zeigen sich insgesamt eher geringe Schwankungen, auf Einrichtungsebene hingegen relativ deutliche Schwankungen. Der Anteil der weiblichen Klientel macht etwa ein Drittel aller Kontakte aus.

Patienten und Patientinnen, die psychosoziale Beratung und Betreuung aufgrund von **Alkohol** in Anspruch nehmen, stellen mit über 40 Prozent die wichtigste Gruppe an Klienten/Klientinnen dar (gerundet 1.700 von 4.000 Personen). Ein Drittel dieser Alkoholklienten/-klientinnen ist weiblich. Bei den betroffenen Männern zeigt sich ein leicht rückläufiger Trend. Im Durchschnitt nimmt ein Alkoholklient / eine Alkoholklientin 10 Stunden an Beratungstätigkeit in Anspruch, wovon ein Großteil auf Psychologie und Sozialarbeit entfällt. Kurz- und langfristige Betreuungen sind etwa gleich häufig, niederschwellige Angebote spielen hingegen eine untergeordnete Rolle. Am häufigsten erfolgt ein Kontakt auf Eigeninitiative, Zuweisungen durch die Justiz (Weisung, Therapie-

auflage) spielen bei Männern eine stärkere Rolle als bei Frauen. Das Durchschnittsalter der Alkoholklienten/-klientinnen liegt bei 42 Jahren, insbesondere sehr junge und ältere nehmen diese Angebote eher selten in Anspruch. In der Klientel sind Personen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie Personen mit Bezug von Arbeitslosengeld bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung überrepräsentiert. Eine gesicherte Wohnsituation ist hingegen bei einem Großteil der Klientel gegeben.

Die Klientel von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für **Spielsüchtige** ist im Vergleich zu substanzspezifischen Angeboten im Bereich psychosozialer Beratung und Betreuung im Durchschnitt jünger und durch einen sehr hohen Männeranteil charakterisiert. Die große Mehrheit der Personen, die eine Beratung oder Betreuung wegen Spielsucht in Anspruch nehmen, spielt überwiegend an Glücksspielautomaten. Wie auch bei substanzbezogenen Beratungs- und Betreuungsangeboten überwiegen auch in der Klientel der Spielsuchthilfe bzw. -beratung Personen mit einem vergleichsweise niedrigen Bildungsabschluss. Um zeitliche Trends, etwa in Bezug auf die Entwicklung von Glücksspielangeboten vor dem Hintergrund gesetzlicher Änderungen, abbilden zu können, ist darauf zu achten, Änderungen bei den Erhebungsmodalitäten zu vermeiden.

Personen, die überwiegend Glücksspielautomaten benutzen, stellen auch in der **Existenzsicherungsberatung** die deutliche Mehrheit der Klientel dar. Männer überwiegen in der Beratung und Betreuung von Betroffenen, Frauen hingegen in der Beratung und Betreuung von Angehörigen.

Die **medizinische Versorgung von Suchtkranken** erfolgt ambulant und stationär in suchtspezifischen Einrichtungen oder in suchtspezifischen Abteilungen innerhalb der Psychiatrie. In den Bezirken Murau und Murtal sowie in Weiz und Hartberg-Fürstenfeld fehlen derartige Angebote, woraus sich für die dortige Bevölkerung entsprechend längere Fahrtzeiten ergeben. Die Behandlung der Folgeerkrankungen von Suchterkrankungen wird größtenteils außerhalb der spezialisierten Versorgung abgedeckt. Das Ausmaß der ambulanten Versorgung konnte durch die Schaffung einer neuen suchtmmedizinischen Ambulanz erhöht werden. Insgesamt kam es im Jahr 2016 zu (gerundet) 18.600 Kontakten in durch die ABT08 geförderten ambulanten medizinischen Angeboten. Diese Anzahl an Kontakten war zwischen 2010 und 2013 leicht ansteigend – insbesondere durch die Etablierung neuer Einrichtungen –, ist aber seit 2014 leicht rückläufig.

Jährlich erhalten ein wenig mehr als 2.000 Steirer/-innen die **Diagnose Alkoholabhängigkeit**. Dies betrifft vor allem Personen im Alter von 35 bis 69 Jahren. Etwa ebenso viele Personen werden jährlich wegen einer Alkoholintoxikation bzw. einem Alkoholrausch behandelt. Dies betrifft vermehrt Altersgruppen zwischen 15 und 24 Jahren sowie zwischen 45 und 69 Jahren. Der Wert explizit auf Alkohol zurückzuführender Leberzirrhosen (etwa 800 Personen jährlich) ist ein wenig gesunken, wobei anzunehmen ist, dass der wahre Wert höher liegt. Von allen Diagnosen entfallen etwa drei Viertel auf männliche Patienten.

Etwa 1.500 Steirer/-innen erhalten jährlich eine Krebsdiagnose, die sehr wahrscheinlich mit **Tabakkonsum** in Verbindung gebracht werden kann, ein Viertel davon ist jünger als 60 Jahre. Etwa viermal so viele Menschen (etwa 6.000) erhalten jährlich die Diagnose Tabakmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Als Folge der Angleichung des Rauchverhaltens nähert sich der Anteil der Frauen bei Tabakabhängigkeit jenem der Männer an, Krebsdiagnosen betreffen hingegen nach wie vor zu zwei Drittel männliche Patienten.

Knapp weniger als 200 Steirer/-innen – fast ausschließlich Frauen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren – sind aufgrund der **Diagnose Essstörung** in stationärer Behandlung.

Im **Diagnosecluster Medikamente** betrifft der weitaus größte Anteil an vergebenen Diagnosen jene des Medikamentenmissbrauchs bzw. der -abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (700–800 Steirer/-innen pro Jahr). Generell sind Frauen häufiger als Männer (60:40) wegen dieser Diagnose in stationärer Behandlung. Bei den Männern ist die Diagnosehäufigkeit ab dem Alter von 25 Jahren relativ stabil. Frauen sind vor allem im hohen Alter (70 bis 89 Jahre) wegen Medikamentenmissbrauchs bzw. -abhängigkeit in Behandlung. Die Diagnose Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch wird vergleichsweise selten vergeben. Die Diagnose Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen, darunter fallen bspw. Schmerzmittel, Antidepressiva und Laxativa, wird jährlich um die 100-mal vorwiegend als Nebendiagnose vergeben.

Abhängigkeit von multiplen Substanzen oder anderen psychotropen Substanzen – wahrscheinlich häufig die Folge eines polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden – und Abhängigkeit von Opioiden sind die beiden häufigsten **Krankenhausdiagnosen im Bereich illegaler Substanzen**. Davon betroffen sind vor allem Personen zwischen 20 und 34 Jahren und mehr Männer als Frauen (2:1)

Insgesamt wurden in den an DOKLI beteiligten **Einrichtungen der Drogenhilfe** im Jahr 2016 1.180 Personen wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt, etwa die Hälfte wegen einer Opioidproblematik (meist polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung von Opioiden) und etwa ein Drittel wegen Cannabiskonsums. Die Klientel ist großteils männlich (Opioide 69 %, Cannabis 89 %). Personen mit der Leitdroge Cannabis sind jünger und haben zu einem höheren Prozentsatz eine Therapieaufgabe. Fast 90 Prozent der Klientel mit Opioidproblemen haben bereits einmal intravenös Drogen konsumiert. Probleme hinsichtlich des Wohnens gibt es bei der Klientel nur in wenigen Fällen.

Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2016 befanden sich 1.410 Steirer und Steirerinnen in **Opioid-Substitutionsbehandlung**. Zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der Versorgungslage sind jedoch weitere Maßnahmen – in Graz, aber vor allem im ländlichen Raum – notwendig. Aufgrund der epidemiologischen Situation, des chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit und der protektiven Wirkung der Substitutionsbehandlung hinsichtlich Mortalität kommt es in den letzten Jahren in der Steiermark zu einer kontinuierlichen Alterung der Population in Substitutionsbehandlung. Etwas weniger als 60 Prozent der Personen, die eine Substitutionsbehandlung beginnen, sind nach zwei Jahren noch ohne Unterbrechung in Behandlung. Die Substitutionsbehandlung in der Steiermark weist demnach eine sehr hohe Haltequote auf. Für viele Betroffene stellt Substitutionsbehandlung eine Langzeitbehandlung dar.

Maßnahmen der Tabakentwöhnung in der Steiermark umfassen Gruppenseminare, Seminare in Betrieben, Einzelberatungen, spezifische Angebote für Jugendliche, Onlineangebote sowie telefonische Unterstützungsangebote. Zahlen in Betreff der erreichten Personenanzahl sind allerdings nicht immer verfügbar und nur schwer vergleichbar.

Das Konzept **integrierte Versorgung** erfährt in der steirischen Sucht- und Gesundheitspolitik auf strategischer Ebene immer mehr Aufmerksamkeit und soll sowohl die Versorgungsqualität verbessern als auch den Ressourceneinsatz optimieren. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass unter dem Schlagwort integrierte Versorgung teilweise unterschiedliche Maßnahmen gesetzt werden. Die Offenheit dieses Konzepts erlaubt zwar einerseits ein bedarfsorientiertes Vorgehen, erschwert andererseits aber die Vergleichbarkeit derartiger Maßnahmen. Ein fortgesetzter Austausch von Erfahrungen auf Planungsebene sowie auf Umsetzungsebene wie auch eine Definition der Zielsetzungen sind daher anzuraten.

5.2 Versorgungsstruktur

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen bzw. Verhaltensweisen mit Abhängigkeitspotenzial (z. B. Spielsucht), die über einen risikoarmen Konsum bzw. ein risikoarmes Verhalten hinausgehen, können zu Problemen mit unterschiedlichem Schweregrad und zu einem entsprechenden Bedarf an Versorgung führen. Die *Neue Steirische Suchtpolitik* (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011) unterscheidet etwa in Hinblick auf das Problemausmaß zwischen „problembehaftetem Konsum und Verhalten“ und „Abhängigkeit“. Die Bandbreite des Problemausmaßes und die Bandbreite an Unterstützungsbedürfnissen von Patienten und Patientinnen erfordern seitens der Suchthilfe einerseits eine Differenzierung der Versorgungsangebote, die andererseits gleichzeitig dem Anspruch einer integrierten Versorgung (siehe Kap. 5.7) gerecht werden sollen.

Auf strategischer Ebene definiert der *Regionale Strukturplan Gesundheit* (RSG 2025) die zukünftig vorzuhaltenden Strukturen bis zum Jahr 2025 in allen Versorgungsbereichen und gibt Empfehlungen hinsichtlich Prozessentwicklung, Abstimmungen und Kooperationen im Sinne einer effizienten Strukturnutzung. Ambulante Beratungsangebote für den Bereich Alkohol und Sucht stellen etwa ein Element der psychosozialen/sozialpsychiatrischen Versorgung dar, deren Planung im RSG 2025 erfolgt (Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Darüber hinaus bestehen substanz- bzw. versorgungsspezifische Strategien. Beispielsweise ist die „Sicherstellung von Kapazitäten für [einen] steigenden Beratungs- und Therapiebedarf“ einer von fünf Schwerpunkten des *Aktionsplans Alkoholprävention* (vgl. Kapitel 2.6.3). Notwendige Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Substitutionspatienten/-patientinnen werden im „Substitutionsmodell Steiermark“ (Zentrum für Suchtmedizin 2015) thematisiert.

Zur Beschreibung unterschiedlicher suchtspezifischer Versorgungsangebote können unterschiedliche Kategorien verwendet werden: niederschwellige oder hochschwellige Angebote, stationäre oder ambulante Angebote, akzeptanzorientiert oder abstinenzorientiert, spezialisierte Angebote und allgemeine Versorgungsangebote. Teilweise beziehen sich diese Begriffspaare auf ähnliche Dimensionen, bzw. stellt eine Eigenschaft die Voraussetzung für eine andere dar (z. B. Akzeptanzorientierung als Voraussetzung für Niederschwelligkeit).

Die zentralen Pfeiler der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in der Steiermark bilden ein flächendeckendes Netz ambulanter Suchtberatungsstellen (gemäß § 15 SMG kundgemachte Einrichtungen, teilweise gekoppelt mit stationären Versorgungsangeboten), niedergelassene Ärzte

und Ärztinnen ambulante und stationäre Behandlungsangebote. Im vorliegenden Bericht werden primär jene Angebote dargestellt, die von der ABT08 und hier aus dem Budget der Suchtkoordination eine Förderung erhalten. In diesem Kapitel werden in Hinblick auf den spezifischen Versorgungsbedarf folgende Versorgungsbereiche unterschieden:

- » niederschwellige, schadensminimierende und sozialintegrative Versorgung
- » Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe
- » ambulante und (teil)stationäre medizinische Versorgung
- » Opioid-Substitutionsbehandlung

Für jeden Versorgungsbereich erfolgt eine Beschreibung der Versorgungsstruktur (wo bestehen welche Angebote?) sowie – soweit verfügbar – eine Beschreibung der Klientel. Die Anzahl an Behandlungen in unterschiedlichen Settings erlaubt auch Rückschlüsse auf Häufigkeit und Verteilung bestimmter Suchterkrankungen und assoziierter Folgeerkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Kapitel 3 und 4). Bei diesen Rückschlüssen ist allerdings zu bedenken, dass erkrankte Personen immer nur zu einem Teil auch in die Versorgung finden und damit immer nur einen Teil jener Personen abdecken, die tatsächlich eine Behandlung benötigen würden.

5.3 Niederschwellige, schadensminimierende und sozialintegrative Versorgung

Die Leitlinie 6 der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011) betont die Differenzierung zwischen nieder- und höherschwelligen bzw. akzeptanz- und abstinenzorientierten Hilfsangeboten. Dies entspricht auch der im Jahr 2016 veröffentlichten *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2016), die ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung beinhaltet. Niederschwellige Angebote im Bereich der Suchthilfe bieten eine unbürokratische sozialarbeiterische und sozialintegrative Betreuung und im Bereich der Schadensminimierung auch eine medizinische Behandlung. Schadensminimierende Angebote setzen sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssüchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2016). Traditionell kommt niederschwelligen Angeboten insbesondere im Bereich der illegalen Substanzen eine bedeutende Rolle zu.

5.3.1 Einrichtungen und Maßnahmen

Die Angebotspalette niederschwelliger Behandlungsangebote in der Steiermark lässt sich kategorisieren in Streetwork, Schadensminimierung (z. B. Spritzentausch), sozialintegrative Maßnahmen (Integration bzw. Reintegration in den Arbeitsmarkt durch Beschäftigungsprojekte) und ergänzende medizinische Angebote (siehe Tabelle 5.1). Die regionale Abdeckung durch diese Angebote fällt sehr unterschiedlich aus: Während Jugend-Streetwork weitverbreitet angeboten wird und nur wenige Gemeinden bestehen, in denen überhaupt keine entsprechenden Angebote vorliegen (vgl.

Abbildung 5.2), werden Angebote der Schadensminimierung (z. B. Spritzentausch) im Bereich der illegalen Drogen sowie Beschäftigungsprojekte ausschließlich in Graz angeboten (vgl. Abbildung 5.1 sowie exemplarische Beschreibung der Tätigkeiten und Angebote auf Seite 89), deren Inanspruchnahme somit für viele Steirer/-innen nicht bzw. nur bei sehr langen Anfahrtswegen möglich ist. Die Stadt Graz bietet zudem ein Streetwork im Sinne einer mobilen Sozialarbeit an, welches oftmals auch Alkoholiker/-innen als Zielgruppe hat.³⁷

37

https://www.graz.at/cms/beitrag/10168181/7761791/Mobile_Sozialarbeit_Streetwork_und_Anlaufstelle.html (28. 9. 2017)

Tabelle 5.1:

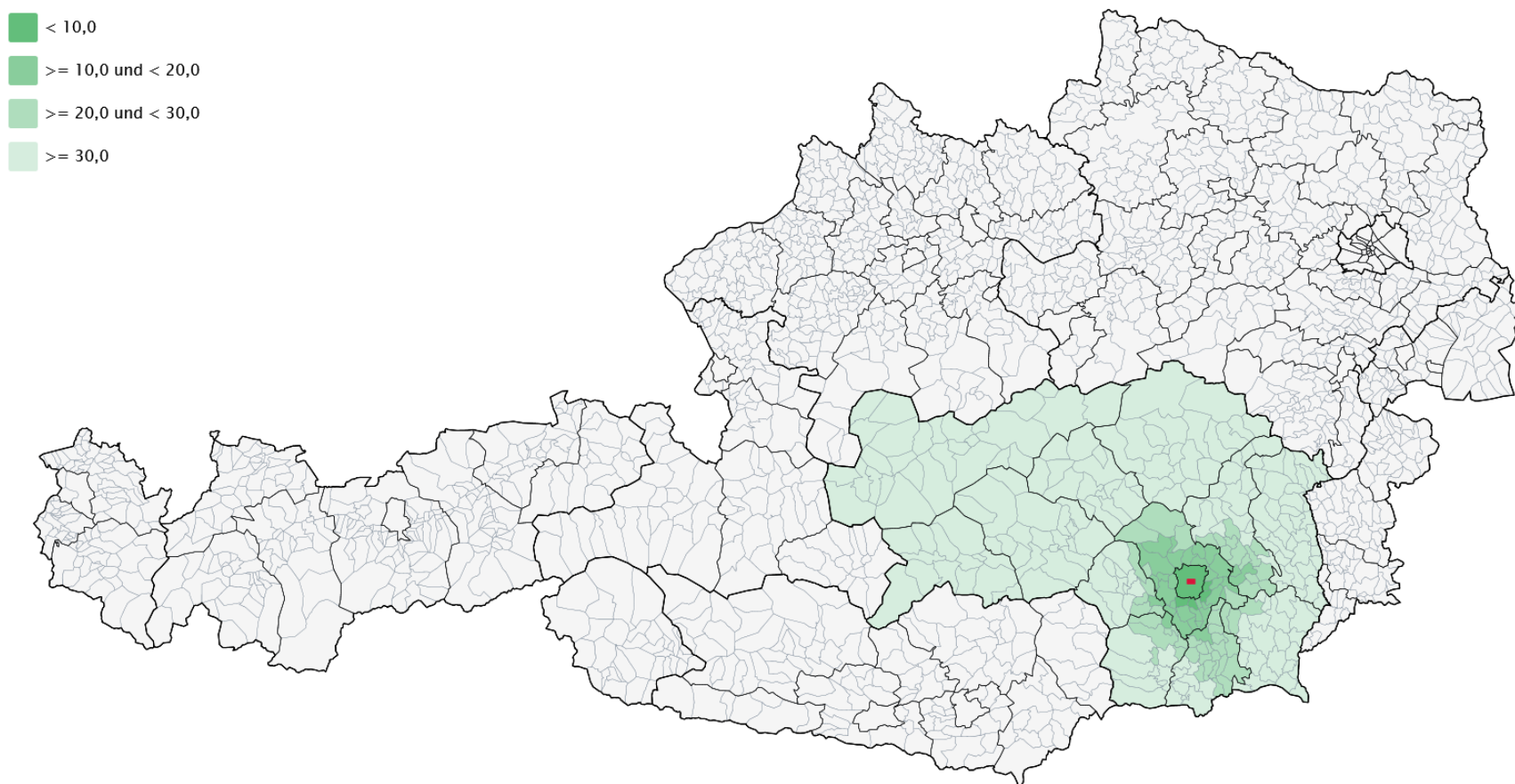
Überblick niederschwellige bzw. schadensminimierende Einrichtungen in der Steiermark

Trägerverein	Projektname	Ort (Bezirk)	Einrichtung gemäß § 15 SMG	Angebotspalette
Verein Avalon – Verein für soziales Engagement	Avalon, Jugendstreetwork und Notschlafstelle	Liezen (LI)	x	SM, JSW, MB, NST
Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin	IKA (Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle) Papiermühlgasse / Graz	Graz (G)	x	SM, MB
Caritas Diözese Graz-Seckau	Kontaktladen und Streetwork Graz	Graz (G)		SM, JSW, MB
Caritas Diözese Graz-Seckau	Caritas Schlupfhaus	Graz (G)		NST
Caritas Diözese Graz-Seckau	Jugendstreetwork	Graz (G)		JSW
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	PSD-Streetwork Hartberg-Fürstenfeld	Fürstenfeld (HF)	x	JSW
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	PSD-Streetwork	Feldbach (SO)	x	JSW
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	PSD-Streetwork	Hausmannstätten (GU)	x	JSW
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	PSD-Streetwork	Bad Radkersburg (SO)	x	JSW
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	PSD-Streetwork	Mureck (SO)		JSW
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	PSD-Streetwork	Lieboch (GU)		JSW
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH	Streetwork Murtal und Murau	Judenburg (MT)	x	JSW
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH	Streetwork Murtal und Murau	Knittelfeld (MT)	x	JSW
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH	Streetwork Murtal und Murau	Murau (MU)	x	JSW
Jugend am Werk Steiermark GmbH	Streetwork Voitsberg	Voitsberg (VO)		JSW
Stadtgemeinde Weiz – Jugendhaus KG	Streetwork Weiz, Jugendhaus Arena 52	Weiz (WZ)		JSW
Sozialverein Deutschlandsberg	Streetwork Deutschlandsberg	Deutschlandsberg (DL)		JSW
ISOP – Innovative Sozialprojekte GmbH	Streetwork Oberes Mürztal	Mürzzuschlag (BM)		JSW
ISOP – Innovative Sozialprojekte GmbH	Streetwork Bruck/Kapfenberg	Bruck, Kapfenberg (BM)	x	JSW

JSW = Jugend-Streetwork; MB = (ambulante) medizinische Behandlung, NST = Notschlafstelle, SM = Schadensminimierung

Quelle: Drogenkoordination Steiermark

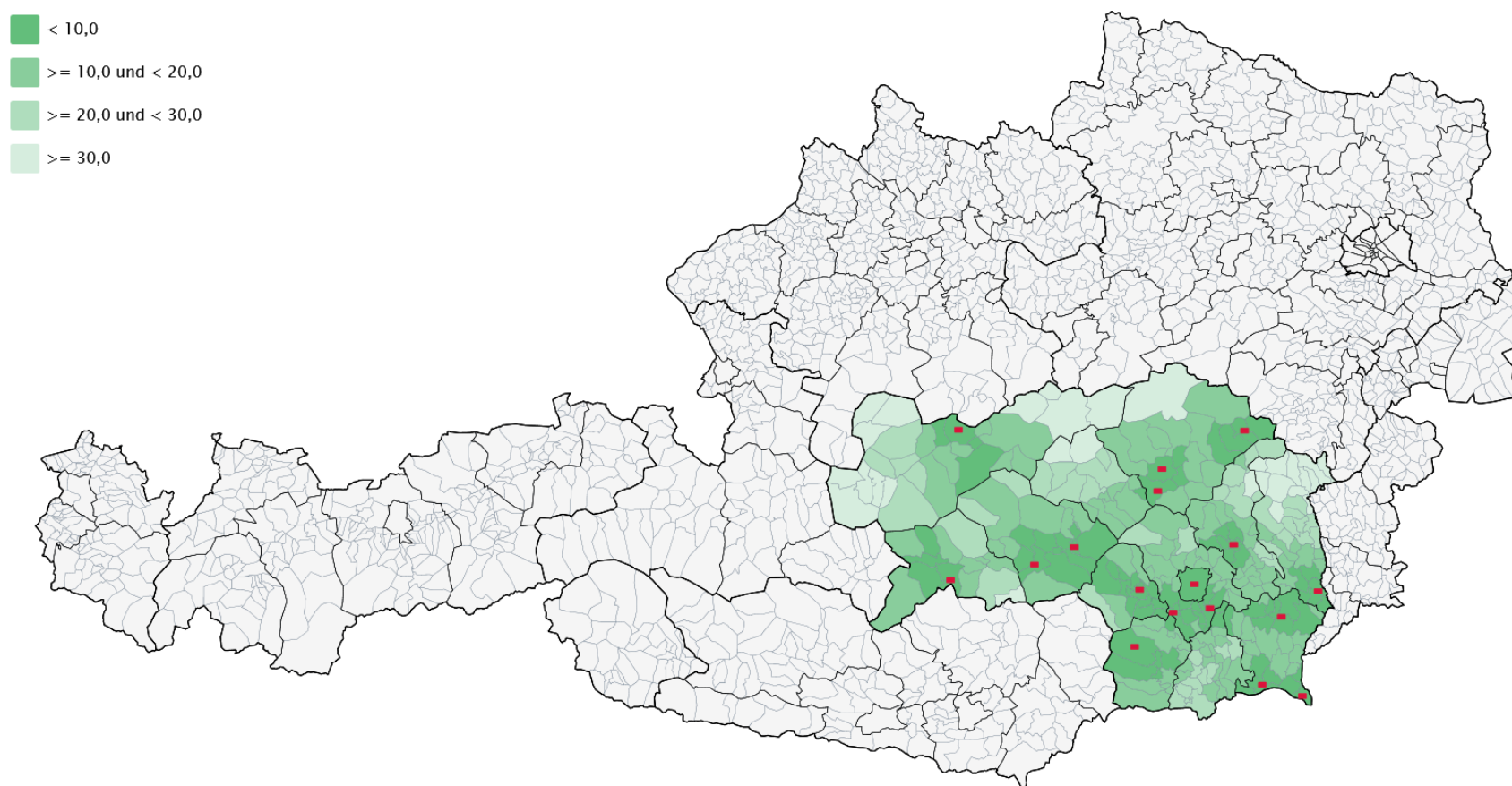
Abbildung 5.1:
Versorgungslage mit schadensminimierenden oder sozialintegrativen Angeboten, Wegzeit in Minuten, 2016



Die Angaben in Minuten beruhen auf der Kürzeste-Wege-Matrix (KWM). Die KWM Straßenverkehr basiert auf einem Netzgraph, der alle Gemeindezentren Österreichs als Knoten und alle Straßen zwischen allen Gemeindezentren für den motorisierten Individualverkehr als Kanten mit der Information Distanz in Kilometern und durchschnittliche Fahrzeit im motorisierten Individualverkehr in Minuten enthält. Die Matrix enthält Werte für den kürzesten bzw. schnellsten Weg von jeder Gemeinde Österreichs zu jeder anderen Gemeinde Österreichs. Die Fahrzeit innerhalb jeder Gemeinde ist per definitionem 0.

Quellen: Drogenkoordination Steiermark und GeoMagis GmbH – Kürzeste-Wege-Matrix Straßenverkehr 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.2:
Versorgungslage Jugend-Streetwork inkl. Notschlafstellen für Jugendliche, Wegzeit in Minuten, 2016



Die Angaben in Minuten beruhen auf der Kürzeste-Wege-Matrix (KWM). Die KWM Straßenverkehr basiert auf einem Netzgraph, der alle Gemeindezentren Österreichs als Knoten und alle Straßen zwischen allen Gemeindezentren für den motorisierten Individualverkehr als Kanten mit der Information Distanz in Kilometern und durchschnittliche Fahrzeit im motorisierten Individualverkehr in Minuten enthält. Die Matrix enthält Werte für den kürzesten bzw. schnellsten Weg von jeder Gemeinde Österreichs zu jeder anderen Gemeinde Österreichs. Die Fahrzeit innerhalb jeder Gemeinde ist per definitionem 0.

Quellen: Drogenkoordination Steiermark und GeoMagis GmbH – Kürzeste-Wege-Matrix Straßenverkehr 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Fokus sozialintegrativer Angebote liegt auf einer **sozialen Stabilisierung** durch Maßnahmen im Bereich Arbeit. Für einen Überblick der ausschließlich in Graz angesiedelten Angebote siehe Tabelle 5.2.

Tabelle 5.2:
Übersicht niederschwellige sozialintegrative Angebote

Trägerverein	Projektname	Ort (Bezirk)	Einrichtung gemäß § 15 SMG	Kernangebot	zusätzliches Angebot
				sozial-integrative Maßnahmen	Schadensminimierung
Jugend am Werk Steiermark GmbH	<i>Werkstatthof</i>	Graz (G)	nein	ja	ja
Verein Fensterplatz – Initiative für Arbeitssuchende	<i>heidenspass</i>	Graz (G)	nein	ja	nein
Verein ERfA	<i>ERfA</i> – Case-Management für Suchtklienten/-klientinnen im Rahmen des Beschäftigungsprojekts Betreuung und Beschäftigung von arbeitsmarktfremden Personen	Graz (G)	nein	ja	nein
Caritas Diözese Graz-Seckau	<i>Offline</i> (finanziert durch Stiftung Anton Paar)	Graz (G)	nein	ja	nein

Quelle: Drogenkoordination Steiermark; Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Niederschwellige Angebote in der Steiermark haben einen eindeutigen Fokus auf illegale Substanzen und werden sowohl von suchtspezifischen als auch von nichtsuchtspezifischen Einrichtungen angeboten.
- » Während Jugend-Streetwork flächendeckend zur Verfügung steht, sind schadensminimierende Angebote wie Spritzentausch sowie sozialintegrative Beschäftigungsprojekte ausschließlich in Graz vorhanden.

Beispiele sozialintegrativer Angebote

Seit 2003 bietet der *Verein ERfA* – Erfahrung für Alle – stunden- und fallweise Beschäftigung wie auch sozial- und berufspädagogische Begleitung für Menschen, die am freien Arbeitsmarkt geringe Chancen haben. 2009 wurde das Angebot um eine Sozialwerkstatt inklusive eines Frauenprojekts erweitert.

Das Projekt *heidenspass* wiederum bietet seit 2006 Jugendlichen unter 25 Jahren die Möglichkeit einer niederschweligen tageweisen Beschäftigung.³⁸

Im Dezember 2016 wurde der *Werkstatthof für Spielsüchtige* eröffnet, ein anonymes und niederschwelliges Angebot für Betroffene, die erste Schritte aus der Spielsucht setzen möchten. Der Werkstatthof bietet Kontakt und Austausch mit (ehemals) spielsüchtigen Menschen bzw. aktive und kreative handwerkliche Betätigungsmöglichkeiten als Handlungsalternativen und Informationen zu spezifischen Therapie- und Hilfsangeboten an.³⁹

Offline unterstützt mit primär stundenweiser Beschäftigung Menschen mit einer Suchterkrankung beim (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsprozess. Die Teilnehmer/-innen werden dabei sozialpädagogisch begleitet und betreut. Ziele dieses Projekts sind die Schaffung eines niederschweligen Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebots, soziale Integration und die Stärkung sozialer und arbeitsmarktrelevanter Soft Skills (z. B. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit), ein Ressourcenstärken durch Orientierung an individuellen Bedürfnissen sowie die nachhaltige Stabilisierung der Teilnehmer/-innen und die Stärkung des Durchhaltevermögens bzw. Förderung der Mobilität und Flexibilität.⁴⁰

Beispiele akzeptanzorientierter Angebote

Opiatabhängige, Substitutionspatienten und -patientinnen oder Personen mit einer polytoxikomanen Drogenproblematik erhalten im Rahmen eines niederschweligen Kommunikationsraums im *Kontaktladen* der Caritas Diözese Graz-Seckau lebenspraktische Hilfe und psychosoziale Beratung und Betreuung. Zudem existieren ein Frauencafé und Freizeitangebote. Die aufsuchende Arbeit des *Streetworks im Drogenbereich* dient der Aufnahme des Kontakts mit der Straßenszene. Die Arbeitsschwerpunkte beider liegen auf der **Einzelfallhilfe** (Beziehungs-, Beratungs- und Informationsgespräche, Begleitungen zu Behörden, Haftbesuche) und schadensminimierenden Maßnahmen vor allem in den Bereichen der **Infektionsprophylaxe** (HIV, HBV, HCV) mit Sprizentauschangeboten und Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie der Notfallprophylaxe. Sprizentausch ist sowohl im Kontaktladen wie auch über das Streetwork und zwei Präventionsautomaten möglich. Neben sterilen Spritzen und Nadeln wird auch steriles Injektionszubehör bereitgestellt. Die Anzahl der im Rahmen des Sprizentauschs abgegebenen Sets findet sich in Abbildung 5.3. Im Zuge der niederschweligen **allgemeinmedizinischen Beratung** und Versorgung bei drogenassoziierten Problemen werden kostenlose HIV- und Hepatitis-Statusbestimmungen wie auch Hepatitis-Impfungen (HAV/HBV) angeboten. Zusätzlich findet eine regelmäßige Hepatitis-Sprechstunde statt,

38

<https://www.heidenspass.cc> (9. 5. 2017)

39

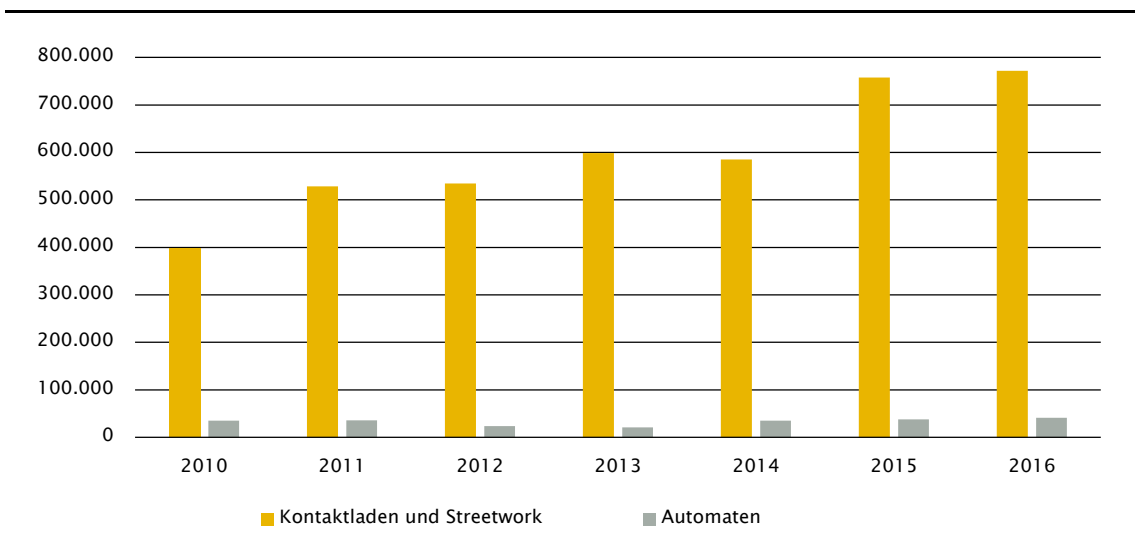
<https://jaw.or.at/ueber-uns/standorte/einrichtung/s/werkstatthof> (9. 5. 2017)

40

<http://projekt-offline.org/das-projekt>

die Betroffene seit 2013 an eine aufbauende höherschwellige medizinische Untersuchung und HCV-Therapie im LKH Hörgas-Enzenbach weitervermittelt.

Abbildung 5.3:
Spritzentausch Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich Graz, 2010–2016



Quelle: Kontaktladen / Caritas Diözese Graz-Seckau, Darstellung: GÖG

Unter den gleichen Bedingungen wie die Bewährungshilfe ist dem Besuchsdienst des *Kontaktladens Graz* der Kontakt zu Klientinnen und Klienten in Haft möglich (Anzahl/ Jahr siehe Tabelle 5.3). Diese Haftbesuche im Rahmen der Einzelfallhilfe haben vorrangig das Ziel, die Personen in Haft hinsichtlich einer weiterführenden medizinischen Behandlung (Substitutionsbehandlung und HCV-Behandlung) nach der Entlassung vorzubereiten. Relevante Themen betreffen weiters die Wohnversorgung, die Notfallprophylaxe nach der Entlassung und den Themenbereich der drogenassoziierten Infektionskrankheiten.

Tabelle 5.3:
Anzahl der Haftbesuche in der Einzelfallhilfe von Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Haftbesuche/Jahr	115	109	174	212	280	134	159

Quelle: Kontaktladen / Caritas Diözese Graz-Seckau; Darstellung: GÖG

Auch vonseiten der Einrichtung *b.a.s.* und der *Drogenberatung des Landes Steiermark* werden im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, deren Ziel es ist, die Anbindung an die Suchtberatung nach der Entlassung zu optimieren. Die Beantragung einer Krankenversicherung ist vor allem im Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung ein dringendes Thema.

Zielgruppe der *Interdisziplinären Kontakt- und Anlaufstelle I.K.A.* Graz sind opiatabhängige Menschen mit medizinischen und psychosozialen Problemstellungen sowie deren Angehörige. Seit 2012 decken die Angebote von *I.K.A.* eine basismedizinische Suchtkrankenversorgung im Großraum Graz ab und bieten Substitutionsbehandlung sowie die Behandlung und Prävention von (Begleit-)Erkrankungen an. Zusätzliche Arbeitsschwerpunkte sind Krisenintervention und psychosoziale Grundversorgung der Zielgruppe. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 387 Personen von *I.K.A.* behandelt, wobei der Männeranteil bei 67 Prozent und das Durchschnittsalter bei 35 Jahren liegt. Regional verteilen sich die Klienten/Klientinnen vorwiegend auf die Wohnbezirke Graz und Graz-Umgebung.

Beispiele von Angeboten im Bereich Jugend-Streetwork

In den steirischen Bezirken werden niederschwellige Angebote von nicht ausschließlich auf Suchthilfe spezialisierten Einrichtungen übernommen. Hier sind es vor allem Angebote des Jugend-Streetworks und der aufsuchenden Jugendarbeit, die in ihrer Arbeit das Thema Sucht neben einem Beratungsfokus auf Arbeit, Wohnen und sonstigen sozialarbeiterischen Beratungsbedarf mit abdecken. In Tabelle 5.1 und Abbildung 5.2 sind die entsprechenden Standorte bzw. Beratungsthememen dargestellt.

Beispielsweise bietet das *Psychosoziale Netzwerk (PSN) Streetwork* im Oberen Murtal an. Neben der aufsuchenden Arbeit in Knittelfeld, Judenburg und Murau werden Einzelberatungen (inkl. Krisenintervention), Suchtberatungen und Workshops in umliegenden Schulen angeboten. Im Jahr 2016 fanden seitens vier Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen insgesamt 4.554 Kontakte zu Jugendlichen statt. Die Beratungsinhalte bezogen sich vorwiegend auf die Themenbereiche „illegale Süchte“, „Arbeit/Schule“ und „psychische Probleme“, wobei bei der weiblichen Klientel die psychischen Probleme und Fragen der Lebenssituation im Vordergrund standen, während bei dem männlichen Klientel die Themen „illegale Süchte“, „Arbeit/Schule“ und „Schulden“ vordergründig waren (vgl. PSN 2017).

In Liezen bietet der *Verein Avalon* neben Streetwork auch eine Notschlafstelle für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 26 Jahren an. Diese bietet den jungen Menschen eine kurzfristige und unbürokratische Unterbringung und – unabhängig von einer Übernachtung – auch die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs an. Insgesamt nahmen im Jahr 2016 517 Jugendliche dieses Angebot in Anspruch, wobei der größte Anteil der Jugendlichen (N = 263) zwischen 12 und 15 Jahre alt waren. Davon wurden 40 Jugendliche – vorwiegend zwischen 16 und 20 Jahren – von der Einrichtung in Bezug auf eine Suchtproblematik betreut (Avalon 2017).

Eine weitere Notschlafstelle steht seit 1996 Jugendlichen zwischen 14 und 21 Jahren mit dem *Caritas Schlupfhaus* in Graz zur Verfügung. Diese hat per se keinen suchtspezifischen Auftrag, bietet aber seit 2000 zudem ambulante Kontakt- und Betreuungsangebote inkl. Einzelfallhilfe für Jugendliche und junge Erwachsene mit multiplen Problemlagen (auch mit aktuellem Drogenkonsum) an (Caritas Schlupfhaus 2016).

Schlussfolgerungen

- » Die Angebotspalette im Bereich niederschwelliger, schadensminimierender und sozialintegrativer Angebote ist durch eine hohe Heterogenität an Themen und Interventionen gekennzeichnet.
- » Um die Anbindung drogenkonsumierender Inhaftierter an die Suchthilfe auch während der Haft aufrechtzuerhalten, werden deren Klientel im Rahmen der Einzelfallhilfe weiterbetreut, spezifische Angebote gibt es auch im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung.

Tabelle 5.4:
Öffnungszeiten der von der ABT08 geförderten niederschweligen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe (Stunden pro Woche), 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle	9	15	19	31	31	31	30
Kontaktladen / Streetwork im Drogenbereich	17	22	23	30	30	30	27
Jugend am Werk – Werkstatthof	0	0	0	0	0	0	18
Verein ERfA – Beschäftigungsprojekt	0	0	38	38	38	38	20
Verein Fensterplatz, heidenspass	37	45	45	52	52	52	52
Wochenöffnungszeiten gesamt	63	82	125	151	151	151	147

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

In Tabelle 5.4 wird ersichtlich, dass sich die Wochenöffnungszeiten im Bereich der niederschweligen Angebote seit 2010 mehr als verdoppelt haben. Zum einen konnte das Angebotsspektrum mit den Einrichtungen *I.K.A.*, *Verein ERfA* oder *Werkstatthof* erweitert werden, zum anderen wurden bestehende Angebote stundenmäßig ausgebaut. Im Jahr 2016 sind die Öffnungszeiten bei einigen Angeboten rückläufig. Das von der ABT08 geförderte Jugend-Streetwork ist in fast allen Regionen der Steiermark ortsspezifisch vertreten, die Wochenöffnungszeiten sind je nach Ort und Bedarf regional sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 5.5). In der gesamten Steiermark werden im Rahmen der Sucht- und Drogenhilfe insgesamt etwa 210 Stunden Jugend-Streetwork pro Woche gefördert. Dieses Ausmaß ist über den Berichtszeitraum konstant, wobei im Bezirk Deutschlandsberg seit 2014 ein Angebot hinzugekommen ist.

Tabelle 5.5:

Öffnungszeiten der von der ABT08 geförderten Angebote im Bereich Jugend-Streetwork der Sucht- und Drogenhilfe (Stunden pro Woche), 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH Streetwork	105	121	121	121	117	100	100
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH Streetwork	17	17	17	20	17	20	20
Verein Avalon Streetwork	38	38	38	38	38	38	38
Jugendhaus Arena 52 Streetwork Weiz	10	10	10	10	10	10	10
ISOP Innovative Sozialprojekte GmbH Mürztal	15	12	13	13	13	13	14
ISOP Innovative Sozialprojekte GmbH Bruck/Mur	14	14	14	14	14	14	15
Jugend am Werk Streetwork Voitsberg	9	9	9	9	9	9	8
Sozialverein Streetwork Deutschlandsberg	0	0	0	0	10	5	5
Gesamt	208	221	222	225	228	209	210

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Ein Handlungsbedarf wird – aufgrund der hohen psychiatrischen Komorbidität der Suchterkrankten – im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gesehen. Experten und Expertinnen plädieren hier zur verbesserten Zielgruppenerreichung für einen Ausbau im Rahmen der Regelversorgung. Gefordert werden Angebote einer aufsuchenden Versorgung in den Regionen wie auch Angebote für Jugendliche in Haftanstalten. Traumatisierte und komorbide Jugendliche, z. T. unter 14 Jahre alt, werden als Risikogruppe für die Entwicklung von Suchterkrankungen beschrieben. Hier ist die enge Kooperation zwischen dem ZSM und der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung im LKH Südwest, Standort Süd, sowie der Drogenberatung des Landes Steiermark hervorzuheben, die hier einen seit Jahren bewährten Verbindungsdienst kontinuierlich leisten.

Bereits zum zweiten Mal wurde in der Steiermark ein multiprofessionell ausgerichteter Fortbildungslehrgang zum Thema Sozialpsychiatrie und Sucht angeboten, der das Thema Komorbidität von psychischen Diagnosen und Abhängigkeitserkrankungen im Fokus hat. Der Lehrgang wurde als Kooperation des Zentrums für Suchtmedizin im LKH Graz Süd-West, Standort Süd, und der Suchtberatung Obersteiermark im Auftrag der Suchtkoordination des Landes Steiermark veranstaltet⁴¹.

41

<http://suchtberatung-obersteiermark.at/wp-content/uploads/2012/08/Schulungsprogramm-Detail.Referenten1.pdf>
(17.07.2017)

Schlussfolgerungen

- » Die Wochenöffnungszeiten in den niederschweligen Angeboten haben sich seit 2010 mehr als verdoppelt, wobei im Jahr 2016 ein kleiner Rückgang feststellbar ist.
- » Es wurden neue niederschwellige Angebote in den Bereichen medizinische Versorgung (*I.K.A.*), Arbeitsmarktintegration (*Verein ERfA*) und Glücksspiel (*Werkstatthof*) geschaffen.
- » Die Wochenöffnungszeiten der von der ABT08 geförderten Jugend-Streetwork-Angebote sind im Berichtszeitraum konstant geblieben.
- » Ein Ausbau der Angebote wird insbesondere an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (z. B. aufsuchende Ansätze, Versorgung Jugendlicher in Haft) als notwendig erachtet.

Niederschwellige Angebote im Bereich des legalen Substanzkonsums

Im Bereich legaler und gesellschaftlich weitgehend akzeptierter Substanzen (Alkohol, Tabak) kommt diesem Versorgungssegment hingegen traditionell eine geringere Bedeutung zu, da die geringere Stigmatisierung der Konsumenten/Konsumentinnen dazu führt, dass auch höher-schwellige Angebote (z. B. stationäre Therapie) durchaus genutzt werden. Dennoch wird auch hier der Begriff „Niederschwelligkeit“ zunehmend verwendet, wenn auch mit einer leicht abweichenden Bedeutung. In internationalen Diskursen erlangen im Alkoholbereich etwa Angebote eine zunehmende Bedeutung, die nicht ausschließlich Abstinenz als Therapieziel festlegen, sondern stattdessen bei einer entsprechenden Indikation alternativ oder zusätzlich eine Stabilisierung der Begleitumstände (Reintegration bzw. Aufrechterhaltung der sozialen Integration) zum Ziel haben bzw. eine Eskalationsminimierung der Begleitumstände des Konsumverhaltens anstreben (z. B. kein Konsum während der Arbeitszeit, Vermeidung von Vollräuschen). Im Vergleich zu abstinenzorientierten Angeboten sind derartige Angebote aber nach wie vor selten.

In der Steiermark nahmen gemäß einer Erhebung durch den Gesundheitsfonds Steiermark unter Einrichtungen mit ambulanten Angeboten neun Prozent aller ambulant betreuten Personen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol (1.771 Personen im Jahr 2016) niederschwellige Angebote in Anspruch. Die Definition von „niederschwellig“ basiert dabei auf dem Dokumentationsmanual von DOKLI (Busch et al. 2013b). Laut Aussagen von Experten im Rahmen einer Fokusgruppe sind niederschwellige Angebote im Bereich legaler Suchtmittel in der Steiermark in erster Linie durch die Zielorientierung gekennzeichnet (z. B. zieloffene Beratung oder Maßnahmen zur Konsumreflexion und -reduktion im Gegensatz zu abstinenzorientierten Angeboten), aber auch durch bestimmte Interventionsformen (KIT, Kurzinterventionen, Hotlines, Onlineberatung⁴²).

42

Dabei zeigt sich ein fließender Übergang zu kurzfristigen Angeboten aus dem Bereich psychosoziale Beratung und Betreuung.

5.3.2 Beschreibung der Klientel

Im Folgenden werden ausschließlich Merkmale von Klienten/Klientinnen aus dem Bereich der illegalen Substanzen beschrieben. Diese Beschreibung stützt sich auf Daten aus Anhang 1 des Tätigkeitsberichts (Einrichtungen, die von ABT08 gefördert werden). Diese Beschränkung resultiert daraus, dass niederschwellige Angebote im Bereich Tabak und Glücksspiel eher eine untergeordnete Rolle spielen und die vorhandenen Daten aus der ambulanten Alkoholbetreuung nicht nach Betreuungsart (niederschwellig, kurzfristig ambulant, langfristig ambulant) differenziert werden können⁴³.

Insgesamt kam es in Einrichtungen, die von ABT08 gefördert wurden, im Jahr 2016 zu 34.778 persönlichen Kontakten (vgl. Tabelle 5.6). Diese hohe Fallzahl entfällt zu über 99 Prozent auf die beiden Einrichtungen Kontaktladen und *I.K.A.* in Graz und umfasst somit in erster Linie (tendenziell kurzfristige) schadensminimierende Maßnahmen wie Spritzentausch. Insgesamt 115 Kontakte fanden in sozialintegrativen Einrichtungen im Rahmen von (tendenziell langfristigen) Reintegrations- und Beschäftigungsprogrammen statt. Sofern Daten verfügbar sind, sind sowohl im Bereich der Schadensminimierung als auch in den Beschäftigungsprojekten Klientinnen deutlich in der Unterzahl (Geschlechterverhältnis zwischen Klienten und Klientinnen im *Kontaktladen*: 70 zu 30; Geschlechterverhältnis der zwischen Klienten und Klientinnen in *Werkstatthof* und *ERfA*: 9:1). Insgesamt liegt der Frauenanteil in diesem Bereich relativ konstant bei etwa einem Viertel aller Kontakte (2016: 4 %). Im Zeitverlauf zeigt sich eine deutliche Zunahme der Klientenkontakte im Bereich der Schadensminimierung, der sich zwischen 2010 und 2016 nahezu verdoppelt hat. Die wesentlichste quantitative Veränderung im Bereich von Beschäftigungsangeboten ergab sich durch die Schaffung des *Vereins ERfA* im Jahr 2012.

43

Eine Beschreibung der Klienten/Klientinnen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol findet sich in Kapitel 5.4.2.

Tabelle 5.6:

Persönliche Kontakte in den von der ABT08 geförderten niederschweligen Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kontaktladen / Streetwork im Drogenbereich	17.944	19.613	20.446	20.209	23.708	26.468	27.988
I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle	819	1.348	3.590	5.817	6.004	6.319	6.675
Verein Fensterplatz heidenspass	11	11	9	8	11	13	10
Verein ERfA – Beschäftigungsprojekt	—	—	105	105	105	105	105
Jugend am Werk – Werkstatt *	—	—	—	—	—	—	n. v.
Kontaktanzahl gesamt	18.774	20.972	24.150	26.139	29.828	32.905	34.778

* Anmerkung: Der Werkstatt * wurde im Jahr 2016 ins Leben gerufen, es liegen allerdings noch keine Zahlen hinsichtlich der Anzahl an Klientenkontakten vor.

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Mit knapp über 18.000 Kontakten im Jahr 2016 erfolgen im Rahmen von Angeboten des Jugend-Streetworks deutlich weniger Kontakte (vgl. Tabelle 5.7). Auch in diesem Bereich wurde seit 2010 die Intensität erhöht, wodurch eine deutliche Steigerung der Kontaktanzahl verzeichnet werden konnte, teilweise durch die Etablierung neuer Angebote und teilweise durch einen Anstieg der Kontakte in bereits bestehenden Einrichtungen.

Tabelle 5.7:

Persönliche Kontakte in den von der ABT08 geförderten Angeboten im Bereich Streetwork der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH Streetwork	3.560	6.230	7.436	6.564	5.229	5.071	4.556
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH Streetwork	6.798	6.578	8.298	8.774	10.340	10.544	9.692
Verein Avalon Streetwork	374	954	1.004	793	1.124	2.220	2.676
Jugendhaus Arena 52 Streetwork Weiz	140	293	315	198	134	187	156
ISOP Innovative Sozialprojekte GmbH Mürztal	250	200	150	180	140	160	250
ISOP Innovative Sozialprojekte GmbH Bruck/Mur	200	250	250	280	250	300	330
Jugend am Werk Streetwork Voitsberg	0	0	534	346	618	621	435
Sozialverein Streetwork Deutschlandsberg	0	0	0	0	408	30	43
Kontaktanzahl gesamt	11.322	14.505	17.987	17.135	18.243	19.133	18.138

* Anmerkung: der Verein Fensterplatz heidenspass wurde im Jahr 2016 gegründet, es liegen allerdings noch keine Zahlen in Bezug auf die Anzahl an Klientenkontakten vor.

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Schlussfolgerung

- » Die Anzahl der Klientenkontakte stieg sowohl in niederschweligen Angeboten als auch im Streetwork seit 2010 deutlich, und zwar sowohl durch die Schaffung neuer Angebote als auch durch eine höhere Frequenz bei bestehenden Angeboten.

5.4 Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe

5.4.1 Einrichtungen und Maßnahmen

An insgesamt 27 Standorten wird in der Steiermark Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe angeboten. Dieses weitgestreute Angebot bietet Unterstützung bei suchtspezifischen Fragen und Problemlagen für Betroffene und Angehörige.⁴⁴ An vielen Standorten beschränkt sich das Angebot auf die psychosoziale Beratung und Betreuung. An einem Standort wird darüber hinaus Jugend-Streetwork angeboten (Verein Avalon in Liezen), sechs Standorte bieten zudem ambulante bzw. teilstationäre medizinische Betreuung an. Eine Liste aller Standorte findet sich in Tabelle 5.8, die Darstellung der regionalen Verteilung erfolgt in Abbildung 5.4. Das Ausmaß des Unterstützungsangebots lag steiermarkweit zuletzt bei 600 Stunden pro Woche, die für Beratung und Betreuung zur Verfügung standen (vgl. Tabelle 5.9, S. 102). Ganz allgemein ist darauf hinzuweisen, dass Essstörungen nicht als Suchterkrankung gelten. Da die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe aber von jeher auch Menschen mit Essstörungen beraten und betreuen, werden sie im vorliegenden Suchtbericht in der Beschreibung des Versorgungsangebots dargestellt.

In der Steiermark wird in den Suchthilfeeinrichtungen wie bspw. Drogenberatung des Landes, *b.a.s.*, Walkabout, Suchtberatung Obersteiermark, Zentrum für Suchtmedizin zudem die komplementäre Methode NADA⁴⁵ angeboten, eine spezialisierte Form der Ohr-Akupunktur, die darauf abzielt die körperliche und mentale Situation der Betroffenen – unabhängig von Substanz und Diagnose – zu stärken. NADA wird in zahlreichen steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe und der allgemeinen Psychiatrie angewendet. Zwischen 2010 und 2016 wurden in der Steiermark insgesamt 233 NADA-Therapeutinnen und -therapeuten (auch in kooperierenden medizinischen Einrichtungen/ Krankenhäusern) ausgebildet (Cichy p.M.).

44

Inkludiert sind psychosoziale, klinisch-psychologische, psychotherapeutische und medizinische Interventionen. Nicht inkludiert ist der niedergelassene medizinische, psychotherapeutische und klinisch-psychologische Bereich.

45

Der Verein NADA-Akupunktur Österreich e.V. (nada-akupunktur.at) wurde 2007 in Graz gegründet.

Ausgewählte Beispiele für Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe

Der *Verein b.a.s.* bietet Informationsberatung bei unterschiedlichen Suchtphänomenen an. Informationsberatungen der *b.a.s.* werden unterteilt in einmalige und in mehrmalige Beratungstätigkeiten.

Im Bereich der **mehrmaligen** Kontakte entfällt ziemlich genau die Hälfte der knapp 1540 Beratungsepisoden auf das Thema Alkohol (759 oder 49 %). Es folgen die Themen Glücksspiel und illegale Drogen (19 % bzw. 18 %) gefolgt von Essstörungen (7 %), Medikamenten (4 %) sowie Internet und sonstigen Themen (jeweils 1 %; b.a.s. 2016).

Auch im Rahmen der **einmaligen** Informationsberatungstätigkeiten im Jahr 2015 (n = 3223) des Vereins *b.a.s.* überwiegt das Thema Alkohol (47 % aller Informationsberatungen) eindeutig alle anderen Suchtphänomene. Die Informationsbedarfe bezüglich illegaler Drogen sowie in Hinblick auf Glücksspiel halten sich in etwa die Waage (18 % bzw. 17 %). Sechs Prozent der einmaligen Beratungsgespräche werden dem Bereich Essstörung zugewiesen. Suchtformen wie exzessiver Internetgebrauch, Kauf-, Sexsucht und Ähnliches werden im Bereich der einmaligen Beratungen stärker nachgefragt (11 %) als bei mehrmaligen Beratungsfrequenzen (b.a.s. 2016). Letzteres kann als Indiz dafür verstanden werden, dass in diesen Bereichen häufig eine höhere Unsicherheit bei Betroffenen herrscht, mehrmalige Beratungen aber weniger häufig indiziert sind als bei anderen Suchtphänomenen. Im Zeitverlauf zeigen sich zwischen 2010 und 2016 nur geringfügige Veränderungen in der Nachfrage nach unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten.

Der *Verein PSN* (Psychosoziales Netzwerk – Streetwork Oberes Murtal; PSN 2017) hat im Jahr 2016 an drei Standorten (Judenburg, Knittelfeld, Murau) unterschiedliche Beratungsangebote durchgeführt (Männer nahmen dies etwas häufiger als Frauen wahr). Unterteilt wird die Beratungstätigkeit in drei Kategorien:

- » in **Einzelberatungen** wird nach vorheriger Terminvereinbarung (per Telefon, E-Mail, Facebook, persönlich während der Öffnungszeiten) in ein- bis zweistündigen Einheiten ressourcenorientiert nach individuellen Lösungen gesucht.
- » **Suchtberatung** erfolgt in erster Linie durch eine Informationsweitergabe sowie kurze Beratungsgespräche (auch Gruppendiskussionen) über unterschiedliche suchtrelevante Themenbereiche.
- » **Kriseninterventionen** unterscheiden sich von Beratungen dadurch, dass sich die Problemlagen der Klienten/Klientinnen durch außergewöhnliche Härte und absolut unvorhersehbare Problemlagen auszeichnen.

Die Beratungsthemen umfassen Lebenssituation, Familie, Sexualität/Beziehung, Arbeit/Schule, legale, illegale Substanzen und Verhaltenssuchte, Gewalt/Aggression, sexuellen Missbrauch, Schulden, Recht/Gesetz, psychische Probleme und Themen aus dem Bereich Streetwork. In etwa einem **Viertel der Beratungsgespräche** stehen suchtspezifische Fragestellungen im Mittelpunkt: Illegale Süchte bilden dabei häufiger den zentralen Schwerpunkt des Beratungsgesprächs (18 % aller Gespräche) als legale Süchte (6 %). Häufig thematisierte zusätzliche Beratungsgebiete sind Arbeit/Schule (17 %), psychische Probleme (16 %) und Lebenssituation (14 %).

Betont wird zudem die hohe Heterogenität der Klientel in Einzelberatungen, die unterschiedliche Probleme mit sich bringt. Drei Herausforderungen für die Beratungstätigkeit werden skizziert:

- » Klienten/Klientinnen mit psychischen Erkrankungen, Haftentlassene, Obdachlose bzw. von Obdachlosigkeit Bedrohte oder Klienten/Klientinnen mit massiven Suchtproblemen, die alle-
samt einen **hohen und längerfristigen Betreuungsbedarf** haben.
- » Klienten/Klientinnen, die sich aufgrund einer Weisung von Gericht, Schule oder Bezirks-
hauptmannschaft einer Therapie unterziehen und sich meist durch eine **gering ausgeprägte
Problemeinsicht** auszeichnen. Diese Gruppe hat in letzter Zeit zugenommen.
- » Klienten/Klientinnen, die auf Eigeninitiative eine Betreuung oder Beratung in Anspruch neh-
men wollen, müssen aufgrund von Kapazitätsproblemen teilweise **lange auf einen Ersttermin
warten**.

Die *Psychosozialen Dienste Steiermark (PSD)* bieten an insgesamt fünf Drogenberatungsstellen Beratung und Unterstützung für Suchtgefährdete, Abhängigkeitserkrankte, Menschen mit einer Auflage nach dem Suchtmittelgesetz sowie Angehörige von Betroffenen an (PSD 2017). . Das An-
gebot umfasst:

- » Beratung, Betreuung und Behandlung von Menschen mit Rauschmittelproblemen
- » Motivation zur Entzugsbehandlung
- » Unterstützung der Abstinenz
- » Hilfe bei Rückfällen
- » Entlastung durch Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen
- » Betreuung Alkohol- und Drogengeschädigter
- » Angebote gemäß § 11 Suchtmittelgesetz

Zusätzlich wird auch ambulante Entzugsbehandlung angeboten.

Ausgewählte Maßnahmen im Bereich Glücksspiel

Im Jahr 2009 erfolgte die Gründung einer Koordinationsstelle im Glücksspielsuchtbereich, in Auf-
trag gegeben durch das Gesundheitsressort des Landes Steiermark. Trägerin dieser *Fachstelle
Glücksspielsucht Steiermark* ist die *b.a.s.* – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Zu ihren Haupt-
aufgaben zählt die effiziente Vernetzung von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Koope-
rationspartnern/-partnerinnen, wissenschaftlichen Experten/Expertinnen, dem Suchtkoordinator,
den zuständigen Politikern/Politikerinnen und Medien.

Zahlreiche Beratungsstellen stehen betroffenen Spielern/Spielerinnen und deren Angehörigen zur
Verfügung (Tabelle 5.8). Der Schwerpunkt liegt auf ambulanten Angeboten, es gibt aber steier-
markweit auch ein Gruppenangebot, ein Angebot zur Existenzsicherung in Graz und seit 2016
eines in Leoben sowie zwei stationäre Angebote.

Das Projekt *Trotzdem gesund* mit Projektstart 2016 fokussiert auf die Bedürfnisse von Angehöri-
gen Spielsüchtiger. Es umfasst eine dreimonatige Entlastungsgruppe für Angehörige, in der Be-
troffene mit Unterstützung von Experten/Expertinnen wichtige Informationen, Tipps und Strate-

gien für einen neuen Umgang mit dem Spieler / der Spielerin erhalten. Weitere Elemente des Projekts sind ein strategisches Netzwerk Angehörigenarbeit im Glücksspielkontext (Frauenservice Graz, die Fachstelle Glücksspielsucht, der Verein JUKUS, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention und die Schuldnerberatung Steiermark), Fortbildungen zum Thema Angehörigenarbeit und ein Handbuch über gender- und diversitätssensible Angehörigenarbeit⁴⁶.

Schlussfolgerungen

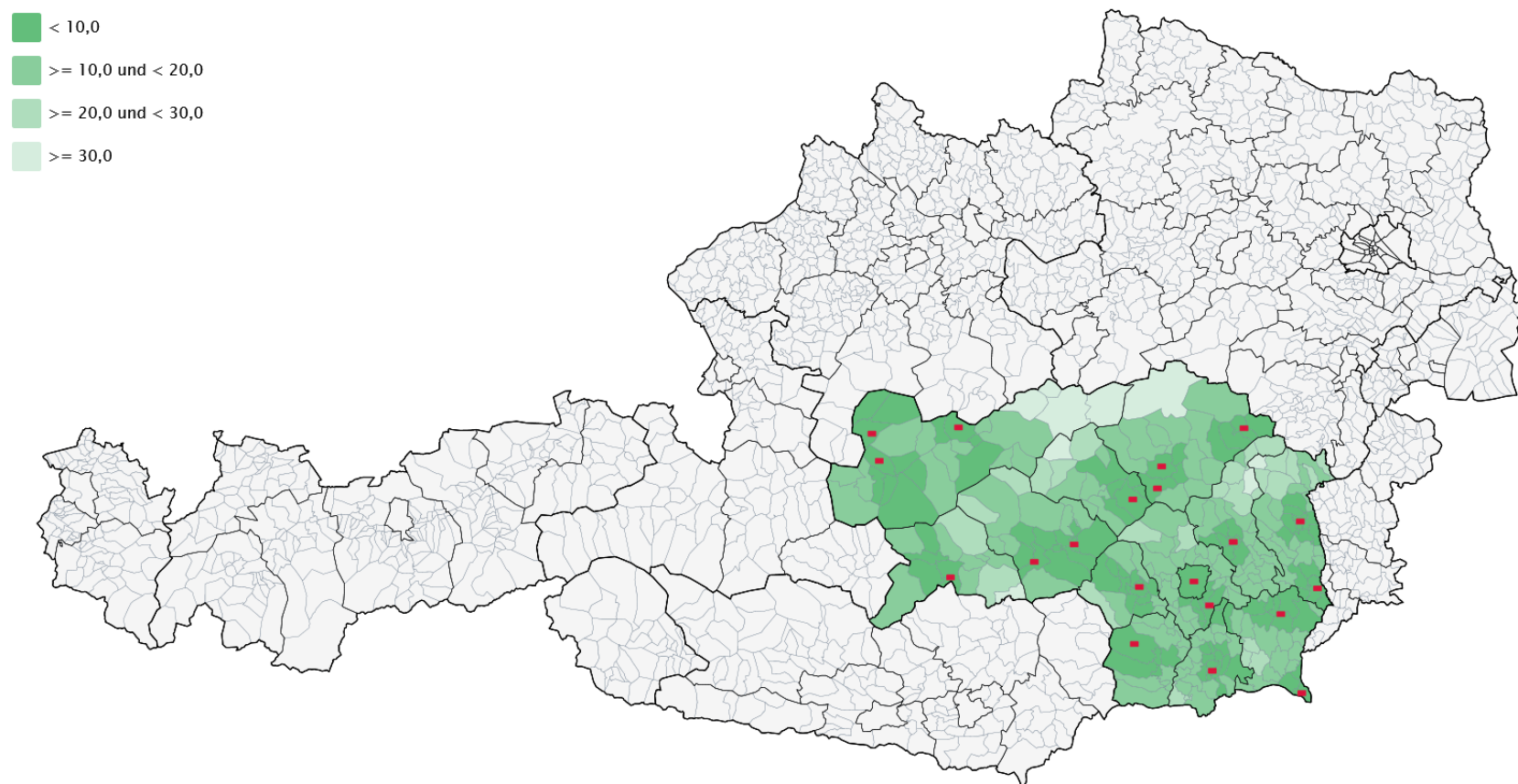
- » Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe ist die am häufigsten angebotene Unterstützungsleistung bei Suchtproblemen in der Steiermark und wird, über die Steiermark verteilt, im Ausmaß von 600 Stunden pro Woche angeboten.
- » Die insgesamt 27 Angebote umfassen einmalige oder auch mehrmalige Kontakte mit Klienten/Klientinnen und sind prinzipiell substanzübergreifend ausgerichtet, wobei sich die Schwerpunkte je nach Einrichtung unterscheiden. Teilweise bestehen auch Angebote für Angehörige.

46

<https://www.frauenservice.at/projekte/trotzdem-gesund>

Abbildung 5.4:

Versorgungslage durch Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe, Wegzeit in Minuten, 2016



Die Angaben in Minuten beruhen auf der Kürzeste-Wege-Matrix (KWM). Die KWM Straßenverkehr basiert auf einem Netzgraph, der alle Gemeindezentren Österreichs als Knoten und alle Straßen zwischen allen Gemeindezentren für den motorisierten Individualverkehr als Kanten mit der Information Distanz in Kilometern und durchschnittliche Fahrzeit im motorisierten Individualverkehr in Minuten enthält. Die Matrix enthält Werte für den kürzesten bzw. schnellsten Weg von jeder Gemeinde Österreichs zu jeder anderen Gemeinde Österreichs. Die Fahrzeit innerhalb jeder Gemeinde ist per definitionem 0.

Quellen: Drogenkoordination Steiermark und GeoMagis GmbH - Kürzeste-Wege-Matrix Straßenverkehr 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 5.8:

Übersicht Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe

Träger	Projekt-/Einrichtungsname	Ort (Bezirk)	Einrichtung gemäß § 15 SMG	Angebotspalette
Verein Avalon	Avalon, Zentrum für soziale Integration und Wohnen	Liezen (LI)	x	BBB, JSW
b.a.s.	b.a.s. Graz (Zentrale und Beratungsstelle Graz)	Graz (G)	x	BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Hartberg	Hartberg (HF)	x	BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Kapfenberg	Kapfenberg (BM)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Leibnitz	Leibnitz (LB)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Liezen	Liezen (LI)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Mürzzuschlag	Mürzzuschlag (BM)	x	BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Voitsberg	Voitsberg (VO)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Weiz	Weiz (WZ)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Bad Aussee	Bad Aussee (LI)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Deutschlandsberg	Deutschlandsberg (DL)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Gröbming	Gröbming (LI)		BBB, AGSB
b.a.s.	b.a.s. Bruck/Mur	Bruck/Mur (BM)		BBB, AGSB
Grüner Kreis	ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Graz	Graz (G)	x	BBB, AGSB
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum (SMZ) Liebenau	Graz (G)	x	BBB, MB
SBO	Suchtberatung Obersteiermark	Leoben (LE)	x	BBB, MB, AGSB
PSD	PSD-Beratungsstelle	Fürstenfeld (HF)	x	BBB, MB
PSD	PSD-Beratungsstelle	Feldbach (SO)	x	BBB, MB
PSD	PSD-Beratungsstelle	Hausmannstätten (GU)	x	BBB, MB
PSD	PSD-Beratungsstelle	Bad Radkersburg (SO)	x	BBB, MB
PSN	Suchtberatungsstelle Murtal und Murau	Judenburg (MT)	x	BBB, AGSB
PSN	Suchtberatungsstelle Murtal und Murau	Knittelfeld (MT)	x	BBB, AGSB
PSN	Suchtberatungsstelle Murtal und Murau	Murau (MU)	x	BBB, AGSB
Land Steiermark	Drogenberatung des Landes Steiermark *	Graz (G)	x	BBB, AGSB

BBB = Beratung, Betreuung und Behandlung; JSW = Jugend-Streetwork; AGSB = ambulante Glücksspielberatung;

MB = (ambulante) medizinische Behandlung

* Die Drogenberatung des Landes Steiermark wird nicht von der ABT08 gefördert, sondern direkt vom Land Steiermark betrieben.

Quelle: Drogenkoordination Steiermark; Darstellung: GÖG

Tabelle 5.9:

Wochenöffnungszeiten der von der ABT08 geförderten Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote im Bereich der ambulanten Suchthilfe, in Stunden, 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Verein Avalon, Zentrum für soziale Integration und Wohnen	38	38	38	38	38	38	38
b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen	181	210	197	209	213	164	201
Grüner Kreis, Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Graz	30	30	30	30	30	30	30
Suchtmedizinisches Zentrum Liebenau	26	26	26	26	26	26	24
Suchtberatung Obersteiermark	48	48	48	48	48	48	48
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	210,5	186	100,5	160	161	160	159
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH	38	38	38	40	47,5	40	40
Drogenberatung des Landes Steiermark	60	60	60	60	60	60	60
Wochenöffnungszeiten gesamt	631,5	636	537,5	611	623,5	566	600

Anmerkungen: 2015 ist die Beratungsstelle des b.a.s. in Feldbach geschlossen worden; die Drogenberatung des Landes Steiermark wird nicht von der ABT08 gefördert, sondern direkt vom Land Steiermark betrieben.

Quelle: Suchtkoordination Steiermark; Darstellung: GÖG

5.4.2 Beschreibung der Klientel

Zur Beschreibung der Klientel im Bereich der Beratung, Betreuung und Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchthilfe stehen insgesamt drei Datenquellen zur Verfügung:

- » Auswertungen auf Basis des Anhangs 1 des Tätigkeitsberichts, die Tätigkeiten ambulanter Einrichtungen umfassen und Auskunft über die Anzahl an Klientenkontakten in Einrichtungen geben, die von der ABT08 gefördert werden
- » Daten bezüglich der Patientenstruktur und Beratungstätigkeiten von 25 Versorgungseinrichtungen, die im Rahmen einer Erhebung im Auftrag des steirischen Gesundheitsfonds generiert wurden und sich ausschließlich auf Patienten und Patientinnen beziehen, die wegen Alkohol Angebote in Anspruch genommen haben
- » Daten erhoben in ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Bereich von Glücksspiel und ausgewertet von der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, ergänzt durch Daten der Existenzsicherungsberatung

Klientenkontakte in von der ABT08 geförderten Einrichtungen

In Einrichtungen, die von der ABT08 gefördert werden, kam es im Jahr 2016 zu insgesamt 28.118 Kontakten. Ein Drittel davon entfällt seit 2010 relativ konstant auf Kontakte mit weiblichen Klientel (2016: 34 %), d. h. die Geschlechterdisparität ist in diesem Angebotssegment etwas weniger stark ausgeprägt als bei niederschweligen Angeboten (vgl. Kap. 5.3.2). Einrichtungen von *b.a.s.* weisen die mit Abstand meisten Klientenkontakte aus (gerundet 11.700), gefolgt von der Drogenberatung

des Landes Steiermark (gerundet 6.600). Alle anderen Einrichtungen bewegen sich zwischen 600 und 2.400 Kontakten (vgl. Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10:
 Persönliche Kontakte in den von der ABT08 geförderten Angeboten im Bereich psychosoziale Beratung und Betreuung der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
b.a.s – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen	12.242	13.046	12.360	12.415	13.037	10.917	11.702
PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH	2.229	1.357	1.399	1.477	1.548	1.515	1.601
PSD Hilfswerk Steiermark GmbH	1.296	2.174	1.655	1.705	1.828	1.699	2.113
Suchtmedizinisches Zentrum Liebenau	1.046	914	1.945	787	649	671	623
Suchtberatung Obersteiermark	1.999	1.940	2.268	2.316	2.004	2.231	2.361
Verein Avalon, Zentrum für soziale Integration und Wohnen	947	1.506	1.165	838	949	1.734	1.304
Grüner Kreis, Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Graz	2.698	2.768	2.318	1.684	1.945	2.290	1.820
Drogenberatung des Landes Steiermark	6.755	6.967	6.143	6.584	6.596	6.306	6.594
Gesamt	29.212	30.672	29.253	27.806	28.556	27.363	28.118

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Im Zeitverlauf sank zwischen 2011 und 2013 die gesamte Kontaktanzahl in diesem Bereich um über 2.000 Kontakte, stieg jedoch 2015 wieder um etwa 1.000 Kontakte an und ist seitdem stabil. Auf Einrichtungsebene zeigen sich teilweise noch größere Schwankungen: So stieg etwa die Anzahl der Kontakte im *Verein Avalon* zwischen 2014 und 2015 um 82 Prozent (von 949 auf 1734 Kontakte) oder ist etwa im *Suchtmedizinischen Zentrum Liebenau* ein enormer Peak für das Jahr 2012 zu beobachten. Im letzten Jahr ist im Vergleich zum Vorjahr (2015) der größte Anstieg bei Einrichtungen des *PSD-Hilfswerks* zu verzeichnen, auch bei Einrichtungen von *b.a.s.* (nach einem zuvor erfolgten Rückgang), in Einrichtungen des *Psychosozialen Netzwerks* (PSN), der *Suchtberatung Obersteiermark* und *Drogenberatung des Landes Steiermark* wuchs die Zahl der Klientenkontakte zwischen 3 und 7 Prozent. Eine rückläufige Zahl an Kontakten zeigte sich zuletzt beim *Verein Avalon*, im ambulanten Beratungs- und Betreuungszentrum des *Grünen Kreises* Graz sowie im *Suchtmedizinischen Zentrum Liebenau*.

Schlussfolgerungen

- » Im Bereich der psychosozialen Betreuung und Beratung kam es im Jahr 2016 zu knapp mehr als 28.000 Klientenkontakten. Im Zeitverlauf zeigen sich insgesamt (= steiermarkweit) eher geringe Schwankungen, auf Einrichtungsebene hingegen relativ deutliche Schwankungen.
- » Der Frauenanteil (etwa ein Drittel aller Kontakte) ist deutlich höher als bei niederschweligen Angeboten.

Klienten und Klientinnen in der ambulanten Beratung mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol

Im Gegensatz zu Patienten/Patientinnen mit Betreuungsschwerpunkt illegale Substanzen (Erfassung mittels DOKLI) werden Beratungs- und Betreuungstätigkeiten bei Patienten/Patientinnen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol nicht routinemäßig erfasst. Stattdessen stehen Daten zur Verfügung, die im Rahmen einer Erhebung im Auftrag des steirischen Gesundheitsfonds unter insgesamt 25 Standorten von 9 Trägereinrichtungen gewonnen wurden (vgl. Tabelle 5.11). Erhoben wurden dabei die Patientenstruktur sowie die Betreuungstätigkeit betreffende Daten für die Jahre 2014, 2015 und 2016 (Robl et al. 2017).

Da sämtliche patientenbezogenen Daten nicht nach der Art des Betreuungsverhältnisses (kurz- oder langfristig bzw. niederschwellig) unterschieden werden können, sind die folgenden Daten auf die Gesamtheit **aller Klienten mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol** zu beziehen.

Tabelle 5.11:

Liste der Einrichtungen, die in der Erhebung bezüglich des Betreuungsschwerpunkts Alkohol berücksichtigt wurden

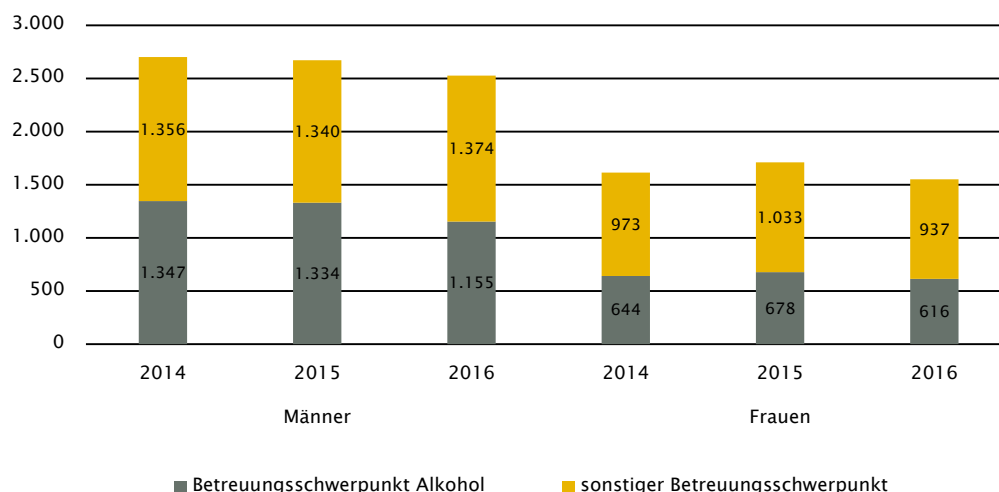
Träger	Einrichtung
Aloisianum der Caritas (Graz)	stationäre Wohngemeinschaft
Avalon Liezen	sozialer Beratungsdienst und Suchtberatung, Wohnbegleitung
b.a.s.	12 Einrichtungen; Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Drogenberatung des Landes Steiermark	ambulante Suchtberatungseinrichtung
Grüner Kreis	ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum in Graz; Rehabilitationseinrichtung in Johnsdorf
Hilfswerk Steiermark	4 Beratungsstellen; Beratung, Betreuung und Behandlung
PSN Psychosoziales Netzwerk	3 Beratungsstellen (JU, KF, MU); Beratung und Begleitung
Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau	medizinische und psychologische Beratung und Begleitung
Suchtberatung Obersteiermark (Leoben)	medizinische, psychologische, psychotherapeutische und psychosoziale Beratung/Behandlung

Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

Insgesamt wurden im letzten verfügbaren Jahr (2016) 1.771 Personen ambulant in steirischen Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Alkohol betreut. Männer nehmen deutlich häufiger ein solches Betreuungsangebot in Anspruch wie Frauen (Verhältnis 65:35). Beratungen aufgrund von Alkoholproblemen bilden den wichtigsten Beratungsschwerpunkt innerhalb der Einrichtungen (in Summe finden 43 % aller Beratungen aufgrund von Alkohol statt). Im Zeitverlauf ist die Anzahl der männlichen Klientel seit 2014 leicht rückläufig, während sich bei der weiblichen Klientel kein eindeutiger Trend ergibt (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:

Anzahl der Klienten und Klientinnen mit Beratungsschwerpunkt Alkohol bzw. anderem Beratungsschwerpunkt in ambulanten Einrichtungen in der Steiermark, 2014–2016



Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

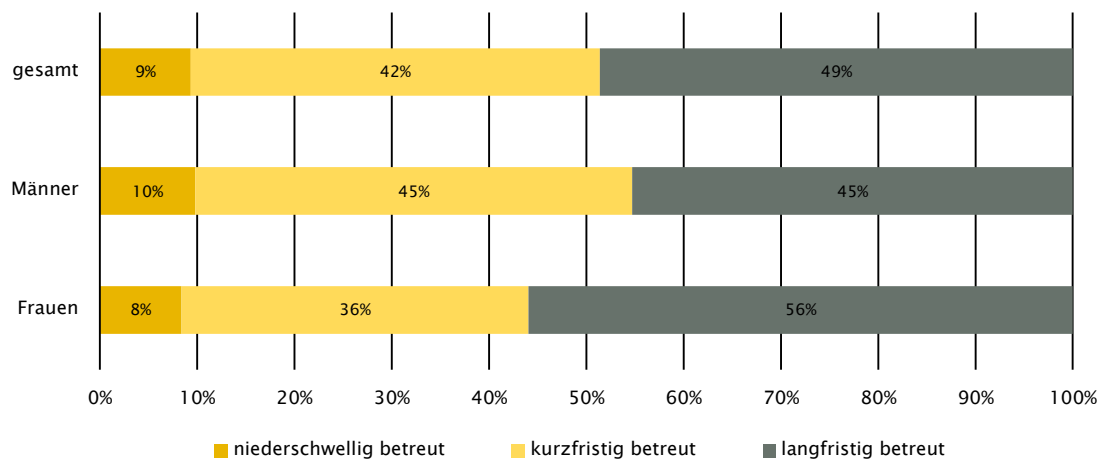
Schlussfolgerungen

- » Patienten, die psychosoziale Beratung und Betreuung aufgrund von Alkoholproblemen in Anspruch nehmen, stellen mit über 40 Prozent die wichtigste Gruppe der Klienten/Klientinnen in ambulanten Einrichtungen dar (gerundet 1.700 Personen von 4.000 Personen).
- » Ein Drittel dieser Alkoholklientel ist weiblich. Bei den betroffenen Männern zeigt sich ein leicht rückläufiger Trend.

Insgesamt kam es im Jahr 2016 zu **19.183 Kontakten** mit Klientinnen und Klienten mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol in einem Zeitausmaß von 18.775 Stunden. Im Durchschnitt kommt es somit pro Patient/-in zu zehn Kontakten und ebenso vielen Betreuungsstunden. Unterteilt nach Berufsgruppen, entfielen diese Betreuungsstunden zu einem Großteil auf Psychologie (41 %) und Sozialarbeit (38 %), während nur 13 Prozent der Betreuungsstunden der Psychotherapie und 8 Prozent der medizinischen Versorgung zugewiesen werden können.

Am häufigsten nehmen Klienten/Klientinnen kurzfristige (42 %) bzw. langfristige (49 %) ambulante Betreuung in Anspruch. Deutlich seltener nutzen Klienten/Klientinnen ein niederschwelliges Beratungsangebot (9 %). Männer nehmen etwas häufiger kurzfristige Betreuung in Anspruch, wohingegen Frauen etwas häufiger langfristige Betreuung in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Art der Betreuung bei Schwerpunkt Alkohol, 2016



Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

Die deutlich häufigste Form der **Zuweisung** (Tabelle 5.12) zu einer betreuenden Einrichtung erfolgt auf Eigeninitiative (Selbstzuweisung = 41 %), gefolgt von der Kontaktaufnahme durch Familienangehörige oder Freunde/Freundinnen (15 %). Bei insgesamt 16 Prozent der Klienten/Klientinnen erfolgt die Zuweisung aus dem nichtdrogenspezifischen niedergelassenen bzw. institutionellen medizinischen Bereich. Sechs Prozent werden hingegen von anderen drogenspezifischen Einrichtungen weitervermittelt. Bei insgesamt 14 Prozent der Klienten/Klientinnen erfolgt die Zuweisung seitens unterschiedlicher Behörden wie Justiz, AMS, Jugendwohlfahrt oder Gesundheitsbehörden. Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich zwischen Selbstzuweisungen (Frauen häufiger als Männer) und bei Weisungen von der Justiz (Männer häufiger als Frauen).

Tabelle 5.12:

Art der Zuweisung von Klienten/Klientinnen in ambulante Betreuungseinrichtungen mit Schwerpunkt Alkohol, 2016

	Männer	Frauen	Gesamt
Selbstzuweisung	36%	50%	41%
Kontaktaufnahme durch Familie oder Freunde/Freundinnen	15%	13%	15%
Zuweisung durch niedergelassene Ärzte	6%	8%	6%
Zuweisung durch Krankenhaus und andere nichtdrogenspezifische medizinische Einrichtungen	10%	9%	10%
Zuweisungen durch Sozialamt, Jugendwohlfahrt, Gesundheitsbehörde	5%	4%	5%
Zuweisungen durch AMS	2%	1%	1%
Zuweisungen durch Justiz (Weisung, Therapieauflage)	11%	3%	8%
Zuweisungen durch Schule	0%	0%	0%
Zuweisungen durch andere drogenspezifische Einrichtungen	6%	6%	6%
Kontaktaufnahmen durch andere Wege/Einrichtungen	6%	6%	6%
unbekannte Kontaktaufnahmen	3%	1%	2%

Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Im Durchschnitt nimmt ein Alkohol klient / eine Alkohol klientin 10 Stunden an Beratungstätigkeit in Anspruch, wovon ein Großteil auf Psychologie und Sozialarbeit entfällt. Kurz- und langfristige Betreuungen sind etwa gleich häufig, niederschwellige Angebote spielen hingegen eine untergeordnete Rolle.
- » Am häufigsten erfolgt ein Kontakt auf Eigeninitiative, Zuweisungen durch die Justiz (Weisung, Therapieauflage) spielen bei Männern eine stärkere Rolle als bei Frauen.

Das **Durchschnittsalter** der betreuten Personen beträgt 42 Jahre. Nur in Ausnahmefällen sind Klienten/Klientinnen 18 Jahre oder jünger (4 %) oder älter als 65 Jahre (5 %). Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind in Bezug auf das Alter zu vernachlässigen.

Die **regionale Verteilung** der Inanspruchnahme ambulanter Betreuungsangebote mit Schwerpunkt Alkohol auf Basis des Wohnorts der Klienten/Klientinnen entspricht weitestgehend der Verteilung der steirischen Wohnbevölkerung (vgl. Tabelle 5.13). Zwei Ausnahmen sind dabei zu beobachten: Personen aus Graz-Umgebung nehmen in Relation zur ihrem Bevölkerungsanteil verhältnismäßig selten ambulante Betreuungsangebote mit Schwerpunkt Alkohol in Anspruch (12 % Bevölkerungsanteil vs. 5 % Klientenanteil), Personen aus dem Bezirk Mur tal indes machen verhältnismäßig häufig Gebrauch von ambulanten Betreuungsangeboten (6 % Bevölkerungsanteil vs. 15 % Klientenanteil).

Tabelle 5.13:

Regionale Verteilung der Inanspruchnahme ambulanter Suchthilfeangebote mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol in Relation zur Bevölkerungsverteilung, 2016

Bezirk	Bevölkerung Steiermark auf Bezirksebene		Klienten/Klientinnen ambulanter Einrichtungen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol	
	Anzahl	prozentueller Anteil	Anzahl	prozentueller Anteil*
Bruck-Mürzzuschlag	100.349	8 %	118	7 %
Deutschlandsberg	60.657	5 %	45	3 %
Graz (Stadt)	280.258	23 %	435	25 %
Graz-Umgebung	148.830	12 %	95	5 %
Hartberg-Fürstenfeld	90.546	7 %	83	5 %
Leibnitz	81.315	7 %	82	5 %
Leoben	61.558	5 %	105	6 %
Liezen	79.860	6 %	173	10 %
Murau	28.390	2 %	53	3 %
Murtal	73.150	6 %	268	15 %
Südoststeiermark	86.144	7 %	134	8 %
Voitsberg	51.851	4 %	36	2 %
Weiz	89.104	7 %	87	5 %
anderes Bundesland oder Ausland	6		6	
unbekannter Wohnort	53		53	
	1.232.012		1.773	

*prozentuelle Verteilung, berechnet ohne Klienten aus einem anderen Bundesland, aus dem Ausland oder mit unbekanntem Wohnort

Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

In Bezug auf den **Bildungsstand** der steirischen Klienten/Klientinnen in ambulanten Einrichtungen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol zeigt sich ein überproportional hoher Anteil an Personen mit einem vergleichsweise niedrigen formalen Bildungsabschluss (vgl. Tabelle 5.14). Etwa 30 Prozent der Personen verfügen maximal über einen Pflichtschulabschluss (Anteil in der steirischen Bevölkerung⁴⁷ = 20 %). Auch weibliche Personen mit einem Lehrabschluss sind häufiger in Behandlung anzutreffen, als dies aufgrund ihres Anteils in der steirischen Bevölkerung zu erwarten wäre (bei männlichen Personen mit Lehrabschluss trifft dies nicht zu). Personen mit einem Hochschulabschluss oder einem vergleichbaren Abschluss sind hingegen unterrepräsentiert (7 % in Betreuungseinrichtungen im Gegensatz zu 17 % in der steirischen Bevölkerung).

47

Die verfügbaren Zahlen aus dem Bildungsstandregister der Statistik Austria stammen aus dem Jahr 2014 (Statistik Austria 2016b).

Tabelle 5.14:

Bildungsstand von Personen in ambulanten Betreuungseinrichtungen mit Schwerpunkt Alkohol (2016) und in der steirischen Bevölkerung, 2014

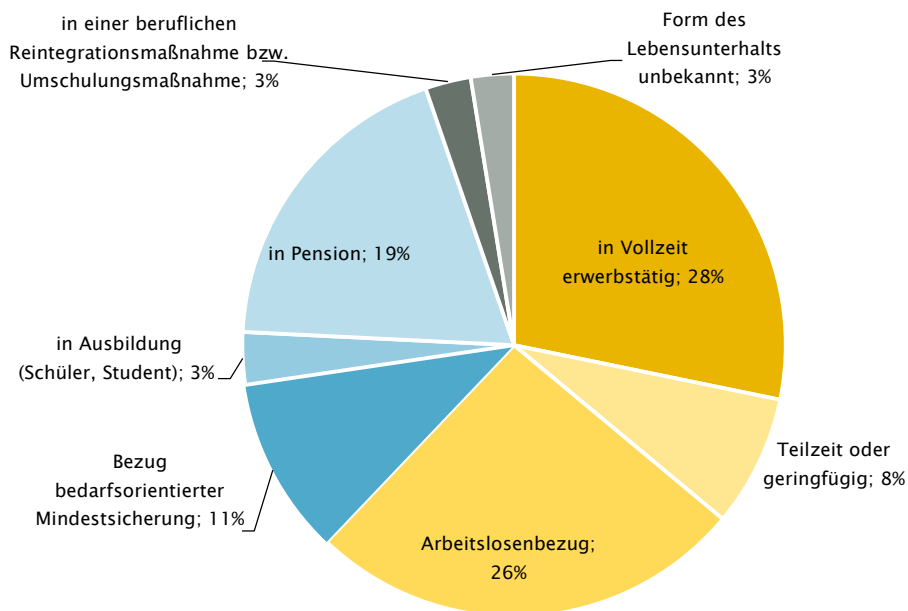
	Personen in ambulanten Betreuungseinrichtungen mit Schwerpunkt Alkohol (2016)			Bildungsstand in der steirischen Bevölkerung (2014)		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
maximal Pflichtschulabschluss	31 %	32 %	31 %	12 %	20 %	16 %
Lehrabschluss	45 %	34 %	41 %	48 %	32 %	40 %
BMS	8 %	15 %	10 %	12 %	19 %	15 %
AHS, BHS	10 %	11 %	10 %	13 %	13 %	13 %
Hochschule oder hochschulverwandt	7 %	8 %	7 %	14 %	17 %	16 %

Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017) bzw. Bildungsstandregister 2014 (Statistik Austria 2016b);
Darstellung: GÖG

In Bezug auf die **Form des Lebensunterhalts** (vgl. Abbildung 5.7) zeigt sich im Vergleich zur steirischen Gesamtbevölkerung in diesem Bereich ein überproportional hoher Anteil an Personen mit Bezug von Arbeitslosengeld- bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung (insgesamt 37 % aller Klienten und Klientinnen) sowie ein unterproportionaler Anteil an Personen, die über ein aufrechtes Arbeitsverhältnis (Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig) verfügen (insgesamt 36 %).

Abbildung 5.7:

Form des Lebensunterhalts bei Klienten/Klientinnen in ambulanten Einrichtungen mit Betreuungsschwerpunkt Alkohol, 2016



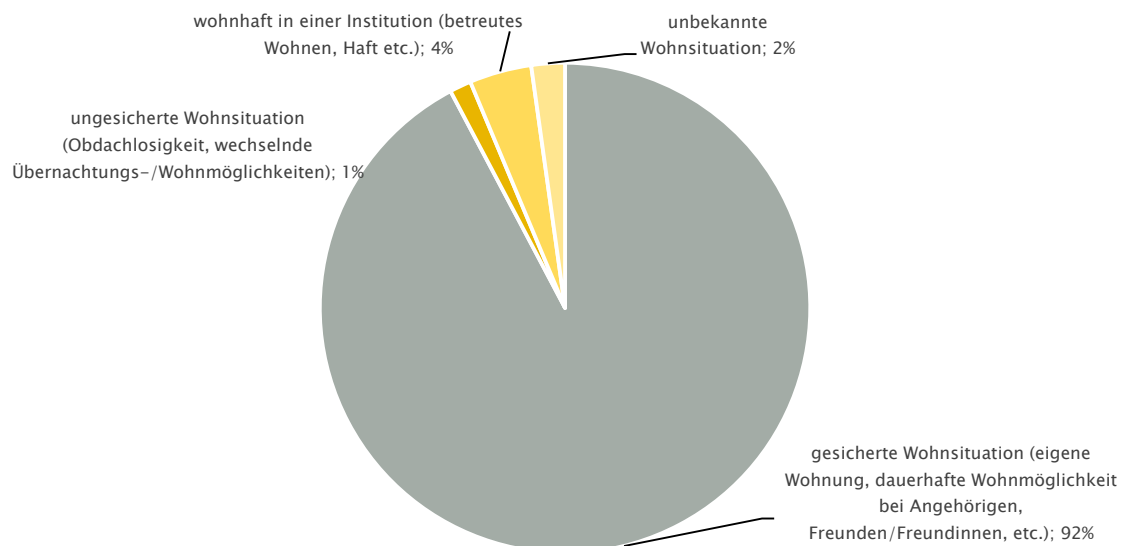
Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

Die große Mehrheit der mit Beratungsschwerpunkt Alkohol betreuten Personen verfügt über eine gesicherte **Wohnsituation** (92 %). Personen, die in einer Institution wohnhaft sind (z. B. in Haft befindlich bzw. in einer betreuten Wohngemeinschaft), machen ebenso wie Personen mit einem unsicheren Wohnverhältnis nur einen geringen Anteil aus (4 % bzw. 2 %; vgl. Abbildung 5.8).

Schlussfolgerungen

- » Das Durchschnittsalter der Alkoholkunden/-klientinnen liegt bei 42 Jahren, insbesondere sehr junge und ältere nehmen diesbezügliche Angebote eher selten in Anspruch.
- » In der Klientel sind Personen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie Personen mit Bezug von Arbeitslosengeld bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung überrepräsentiert. Eine gesicherte Wohnsituation ist hingegen bei einem Großteil der Klientel gegeben.

Abbildung 5.8:
Wohnsituation bei Klienten/Klientinnen in ambulanten Einrichtungen mit
Betreuungsschwerpunkt Alkohol, 2016



Quelle: Erhebung Gesundheitsfond Steiermark (Robl et al. 2017); Darstellung: GÖG

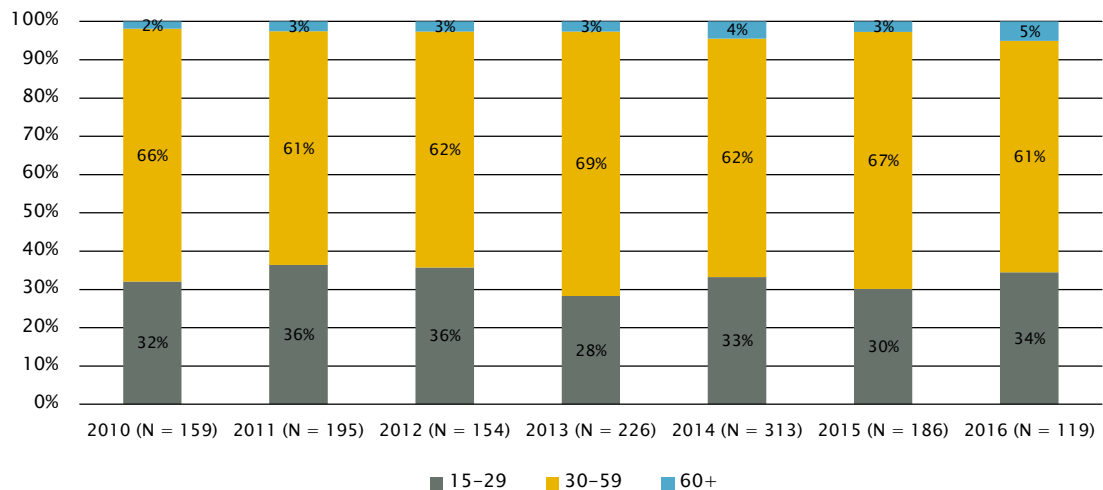
Klienten/Klientinnen mit Betreuungsschwerpunkt Glücksspiel

Den folgenden Darstellungen hinsichtlich der Klientel im Bereich Glücksspiel liegen zum einen Daten zugrunde, die in ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungseinrichtungen erhoben und von der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark ausgewertet wurden, zum anderen Daten der Existenzsicherungsberatung. Bei den Daten der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen kann nicht zwischen ambulante und stationärem Betreuungsverhältnis unterschieden werden, d. h. die folgenden Daten beziehen sich auf die **Gesamtheit aller Klienten und Klientinnen mit problematischem bzw. pathologischem Glücksspielverhalten**. Da im Berichtszeitraum mehrfach Änderungen bei den erhobenen Kategorien erfolgt sind, sind Zeitreihen nur bei einigen Variablen möglich.

In Bezug auf das **Alter** der Klienten/Klientinnen zeigt sich ein vergleichsweise hoher Anteil an unter 30-Jährigen (Abbildung 5.9). Die Klientel der steirischen Einrichtungen ist zum überwiegenden Teil männlich (Abbildung 5.10).

Abbildung 5.9:

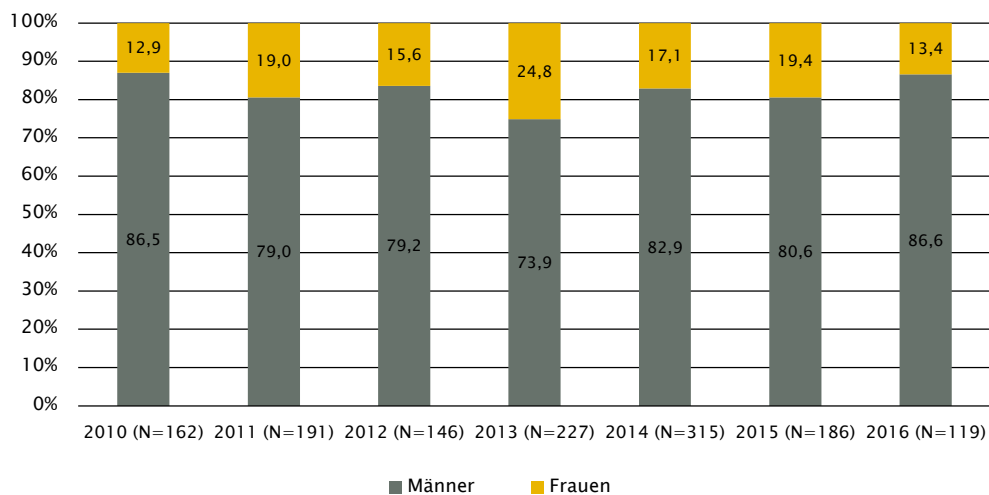
Klienten/Klientinnen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspieler/-innen nach Altersgruppen und Jahr, 2010-2016



Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark; Darstellung: GÖG

Abbildung 5.10:

Klienten/Klientinnen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspieler/-innen nach Geschlecht, 2010-2016



Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark; Darstellung: GÖG

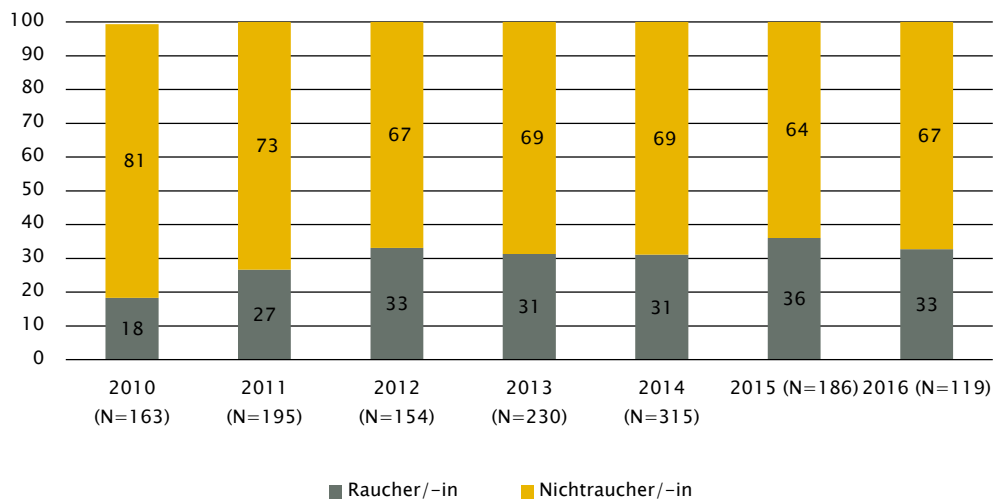
Schlussfolgerung

- » Die Klientel von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Spielsüchtige ist im Vergleich zu jener bei substanzspezifischen Angeboten im Bereich psychosozialer Beratungen und Betreuung im Durchschnitt jünger und durch einen sehr hohen Männeranteil charakterisiert.

Der **Anteil der Raucher/-innen** unter den Spielern/Spielerinnen in Behandlung ist in den letzten Jahren – entgegen dem Trend in der Gesamtbevölkerung – gestiegen und lag 2016 bei 32,8 % (Abbildung 5.11). Dieser Trend ist insofern von Bedeutung, als dass problematisches Glücksspiel häufig mit Alkohol- und Tabakkonsum einhergeht. Die Forderung nach einem generellen Alkohol- und Rauchverbot in den Spielstätten ist ein zentrales Element des Spielerschutzes und basiert unter anderem auf der Hoffnung, dass Spieler/-innen den Spielort verlassen und dadurch die Handlung des Spielens unterbrochen wird. Im Steiermärkischen Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz 2014 (StGSG) ist ein Alkohol- und Rauchverbot verankert.

Abbildung 5.11:

Anteil der Raucher/-innen in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspieler/-innen, 2010–2016



Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark; Darstellung: GÖG

In Bezug auf den **Beziehungsstatus** der Klienten/Klientinnen der steirischen Spielsuchteinrichtungen zeigt sich, dass sich ca. 50 Prozent der Spieler/Spielerinnen verheiratet sind bzw. sich in einer aufrechten Beziehung befinden.

In Bezug auf den **Bildungsstand** der Spieler/-innen zeigt sich ein hoher Anteil an Personen mit einem vergleichsweise niedrigen formalen Bildungsabschluss. 28 Prozent der Klienten/Klientinnen verfügen maximal über einen Pflichtschulabschluss, im Gegensatz zu 16 Prozent der steirischen Bevölkerung. Zudem können nur sieben Prozent einen Hochschul- oder hochschulverwandten Abschluss vorweisen, im Gegensatz zu 16 Prozent der steirischen Bevölkerung (Abbildung 5.12).

Abbildung 5.12:

Bildungsstand von Spielern/Spielerinnen in Behandlung (2016) und in der steirischen Bevölkerung (2014)

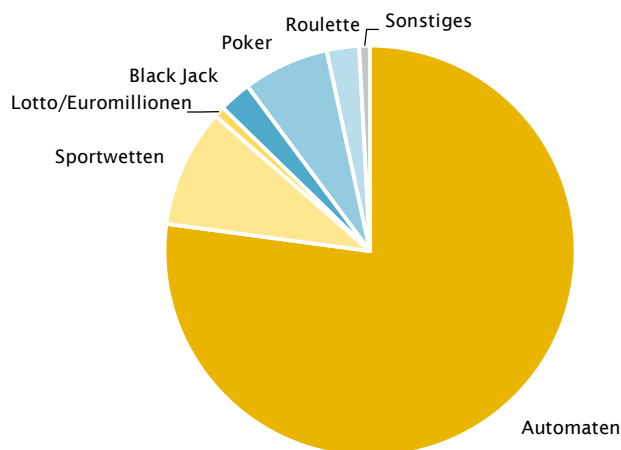
	Personen in Betreuungseinrichtungen mit Schwerpunkt Glücksspiel (2016)	Bildungsstand in der steirischen Bevölkerung (2014)
	gesamt	gesamt
maximal Pflichtschulabschluss	28 %	16 %
Lehrabschluss	45 %	40 %
BMS	8 %	15 %
AHS, BHS	13 %	13 %
Hochschule oder hochschulverwandt	7 %	16 %

Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark bzw. Bildungsstandregister 2014 (Statistik Austria 2016b); Darstellung: GÖG

Hinsichtlich der bevorzugten Spielform zeigt sich, dass mit 77 Prozent die Mehrheit der Klienten/Klientinnen Glücksspielautomaten (GSA) bevorzugt (Abbildung 5.13). Der hohe Anteil problematischer/pathologischer Spieler/-innen, die primär an Glücksspielautomaten spielen, entspricht Aussagen in der Literatur und bestätigt das vergleichsweise hohe Gefährdungspotenzial dieser Glücksspielform (Kalke et al. 2011; Meyer et al. 2010).

Abbildung 5.13:

Bevorzugte Glücksspielform der Spieler/-innen in Behandlung, 2016



Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Die große Mehrheit der Personen, die eine Beratung oder Betreuung wegen Spielsucht in Anspruch nehmen, spielt überwiegend an Glücksspielautomaten.
- » Wie auch bei substanzbezogenen Beratungs- und Betreuungsangeboten überwiegen auch in der Klientel der Spielsuchthilfe bzw. -beratung Personen mit einem vergleichsweise niedrigen Bildungsabschluss.
- » Um zeitliche Trends, etwa in Bezug auf die Entwicklung von Glücksspielangeboten vor dem Hintergrund gesetzlicher Änderungen, abbilden zu können, ist darauf zu achten, Änderungen bei den Erhebungsmodalitäten zu vermeiden.

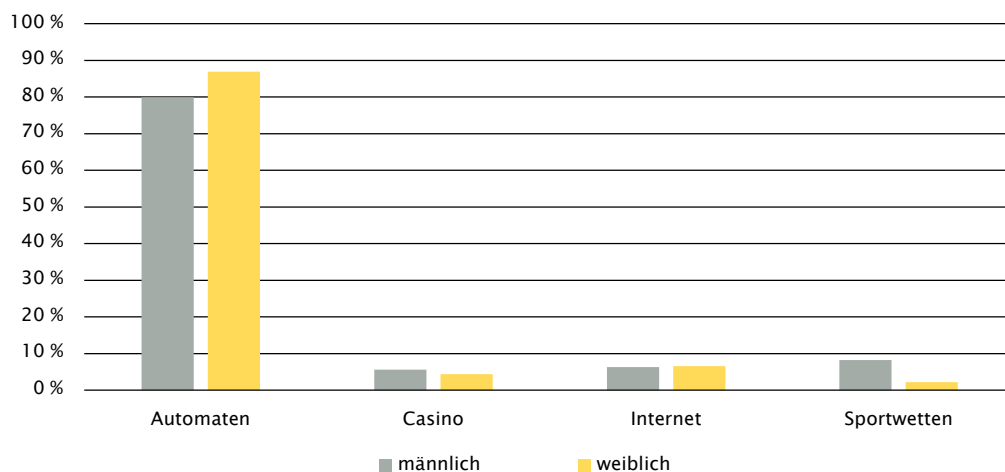
Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung

In Bezug auf das **Geschlecht** der Klientel der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-spielerinnen zeigt sich, dass 74 Prozent der hilfesuchenden Spieler/-innen männlich und 86 Prozent der hilfesuchenden Angehörigen weiblich sind.

Sowohl bei den Klienten als auch bei den Klientinnen der Existenzsicherungsberatung stellt das Automatenglücksspiel die **bevorzugte Spielform** dar (Abbildung 5.14). Unterschiede zeigen sich bei den Sportwetten, die von acht Prozent der Männer, aber nur von zwei Prozent der Frauen als bevorzugte Spielform angegeben werden.

Abbildung 5.14:

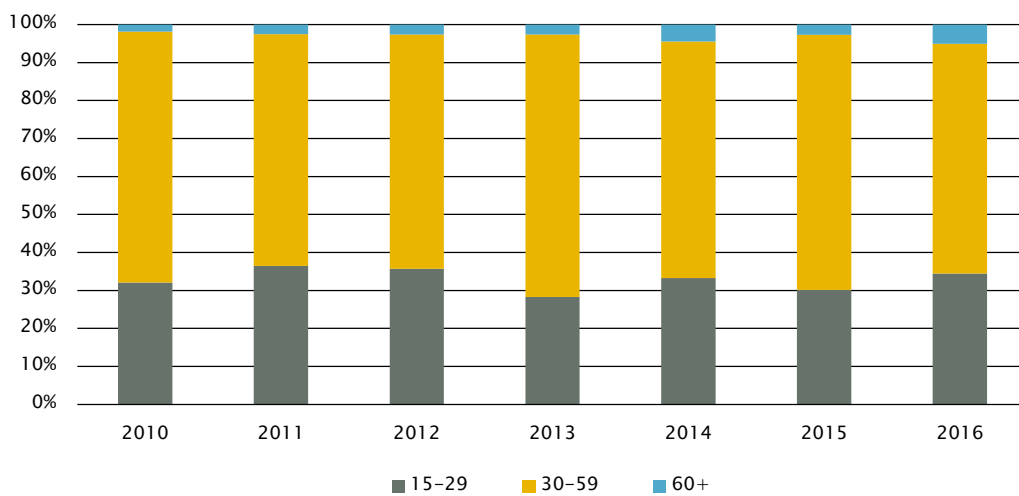
Bevorzugte Spielformen der Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-innen, Durchschnittswert 2011–2016



Quelle: XSB; Darstellung: GÖG

In Bezug auf die **Altersverteilung** der Klienten und Klientinnen der Existenzberatung zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Männer sind häufiger in der jüngsten Altersgruppe (knapp jeder Fünfte ist 30 Jahre oder jünger) zu finden, wohingegen Frauen häufiger in der höchsten Altersgruppe zu finden sind (10 % sind über 60 Jahre; vgl. Abbildung 5.15).

Abbildung 5.15:
Altersverteilung von Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-innen, Durchschnittswert 2011–2016

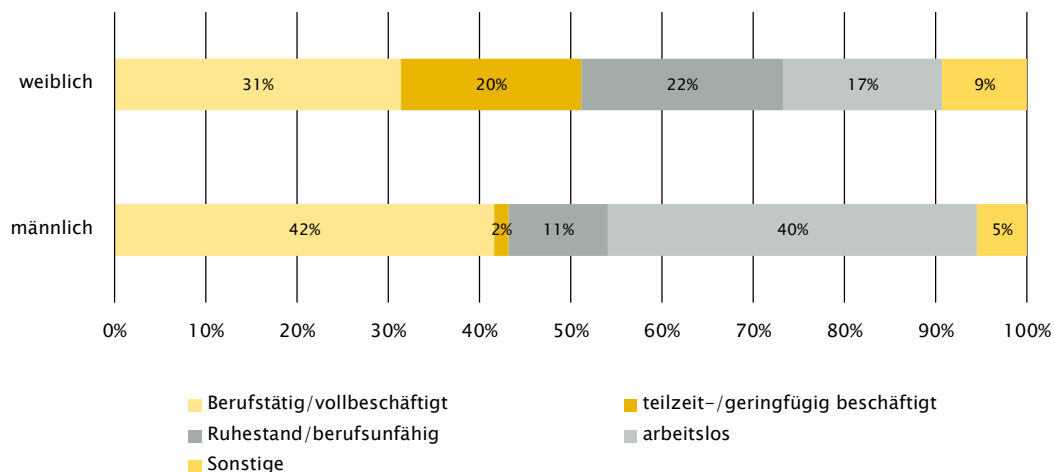


Quelle: XSB, Darstellung: GÖG

Hinsichtlich der **Berufstätigkeit** zeigt sich insbesondere, dass der Anteil an Arbeitslosen unter den Klienten höher ist als unter den Klientinnen (vgl. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:

Berufstätigkeit von Klienten/Klientinnen der Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler/-spielerinnen, Durchschnittswert 2011–2016



Quelle: XSB, Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Personen, die überwiegend Glücksspielautomaten benutzen, stellen auch in der Existenzsicherungsberatung die deutliche Mehrheit der Klientel dar.
- » Männer überwiegen bei der Inanspruchnahme der Beratung und Betreuung von Betroffenen, Frauen hingegen bei jener der Beratung und Betreuung von Angehörigen.

5.5 Ambulante und (teil)stationäre medizinische Versorgung

5.5.1 Einrichtungen und Maßnahmen

Die **medizinische** Versorgung suchtkranker Personen erfolgt im Rahmen ambulanter und stationärer Einrichtungen. Abhängigkeitserkrankungen werden teilweise in spezialisierten Suchtkliniken (z. B. *Grüner Kreis Johnsdorf, Walkabout*) behandelt, teilweise auf psychiatrischen Abteilungen in Spitälern stationär wie auch in suchtmmedizinischen Terminambulanzen (z. B. LKH Hochsteiermark, Standort Bruck). In allen Settings variieren Angebote in dem Sinne, dass entweder ausschließlich eine bestimmte Art von Suchterkrankung behandelt wird (z. B. nur Alkoholabhängigkeit) oder substanz- bzw. suchtübergreifende Behandlung angeboten wird. Insbesondere Folgeerkrankungen von Substanzmissbrauch – wie etwa Krebserkrankungen infolge Tabakkonsums – werden wiederum primär nicht in suchtspezifischen Einrichtungen, sondern in Einrichtungen der Akutversorgung behandelt.

Die Liste der Einrichtungen in Tabelle 5.15 sowie deren Darstellung in Abbildung 5.17 umfassen ausschließlich suchtspezifische Einrichtungen, die medizinische Unterstützungsangebote im ambulanten oder stationären Setting anbieten. Längere Fahrtzeiten sind dabei vor allem in den (süd)östlichen Bezirken (Weiz, Hartberg-Fürstenfeld) sowie in den (nord)westlichen Bezirken (Murau, Murtal) sowie im Bezirk Liezen zu erkennen.

Tabelle 5.15:
Übersicht ambulante und (teil)stationäre medizinische Behandlungsangebote

Einrichtungsname (Träger)	Ort (Bezirk)	Einrichtung gemäß § 15 SMG	Angebotspalette
Caritas Diözese Graz-Seckau Aloisianum, Alkoholtherapeutische Wohngemeinschaft für Frauen und Männer	Graz (G)		ALK
Grüner Kreis – Johnsdorf	Fehring (SO)	x	ALK, ILL, GSP
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder – Psychosoziale Station	Graz-Eggenberg (G)		ALK
LKH Süd-West/ Standort Süd, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Graz (G)		SÜ
LKH Graz Süd-West / Standort Süd, Zentrum für Suchtmedizin	Graz (G)	x	ALK, ILL, GSP
LKH LEOBEN – Psychosomatische Station – Kinder- und Jugendheilkunde	Leoben (G)		ALK, ESS
Dislozierte suchtmmedizinische (Substitutions-)Ambu- lanz des LKH Graz Süd-West, Standort Süd am LKH Hochsteiermark, Standort Bruck	Bruck a.d. Mur (LE)		SÜ
Ubuntu – Wohnhaus ReethiRa	Stainz (DL)		SÜ
Ubuntu – Therapiezentrum für Jung-Erwachsene mit Persönlichkeitsstörungen	Voitsberg (VO)		SÜ
Walkabout, Therapiestation für Drogenkranke	Kainbach/Graz (GU)	x	ILL
Walkabout, Ambulanz Mariahilf	Graz (G)		ILL
Josefshof (VADÖB – Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues)	Graz (G)		TAB
AMEOS Klinikum Bad Aussee ¹	Bad Aussee (LI)		ESS

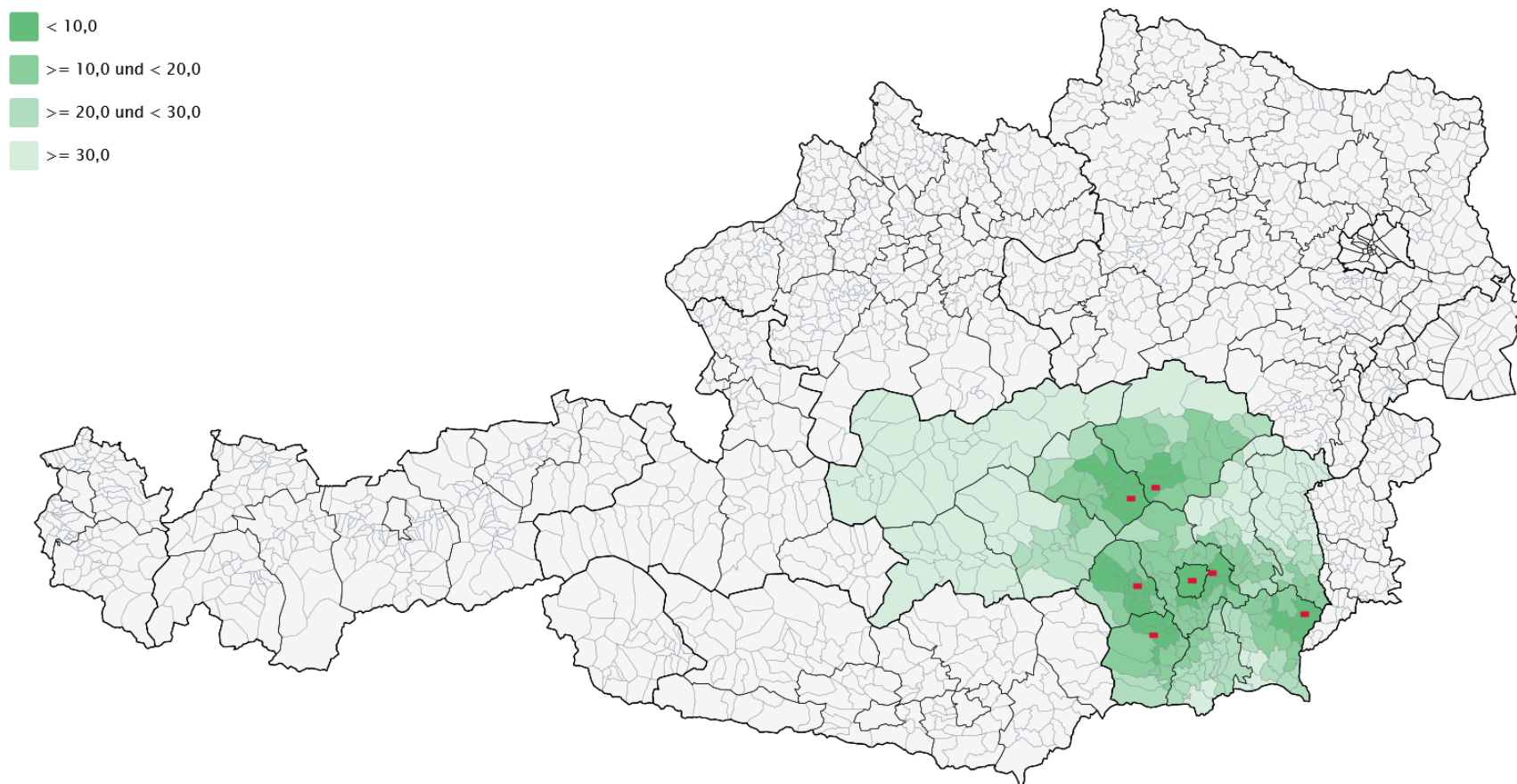
ALK = Alkohol, GSP = Glücksspiel, SÜ = suchtübergreifend, ILL = illegale psychoaktive Substanzen, TAB = Tabak

¹ Klinikum für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schwerpunkt u. a. auf der Behandlung von Essstörungen

Quelle: Drogenkoordination Steiermark; Darstellung: GÖG

Abbildung 5.17:

Ambulante und (teil)stationäre medizinische und suchtspezifische Angebote, Wegzeit in Minuten, 2016



Die Angaben in Minuten beruhen auf der Kürzeste-Wege-Matrix (KWM). Die KWM Straßenverkehr basiert auf einem Netzgraph, der alle Gemeindezentren Österreichs als Knoten und alle Straßen zwischen allen Gemeindezentren für den motorisierten Individualverkehr als Kanten mit der Information Distanz in Kilometern und durchschnittliche Fahrzeit im motorisierten Individualverkehr in Minuten enthält. Die Matrix enthält Werte für den kürzesten bzw. schnellsten Weg von jeder Gemeinde Österreichs zu jeder anderen Gemeinde Österreichs. Die Fahrzeit innerhalb jeder Gemeinde ist per definitionem 0.

Quellen: Drogenkoordination Steiermark und GeoMagis GmbH – Kürzeste-Wege-Matrix Straßenverkehr 2016
Berechnung und Darstellung: GÖG

Das Ausmaß zur Verfügung stehender Betreuungsstunden im Bereich **ambulanten** medizinischer Versorgungsangebote ist in bestehenden Einrichtungen seit 2010 konstant. Durch die Schaffung der Suchtmedizinischen Terminambulanz Bruck im LKH Hochsteiermark konnte das steiermarkweit zur Verfügung stehende Betreuungsausmaß um weitere 40 Stunden erhöht werden (vgl. Tabelle 5.16).

Tabelle 5.16:
Wochenöffnungszeiten der vom Land Steiermark finanzierten ambulanten medizinischen Versorgungsangebote (in Stunden pro Woche), 2010–2016

	2010	2011	2012	2013	2014
Substitutionsambulanz des LKH Graz Süd-West / Standort Süd	65,5	65,5	65,5	65,5	65,5
Suchtmedizinische Ambulanz Bruck; LKH Hochsteiermark	—	—	—	40	40
Grüner Kreis Johnsdorf	168	168	168	168	168
Therapiestation Walkabout	30	30	30	30	30
Wochenöffnungszeiten Gesamtsumme	263,5	263,5	263,5	303,5	303,5

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Insgesamt kam es im Jahr 2016 zu (gerundet) 18.600 Kontakten in durch das Land Steiermark finanzierten ambulanten medizinischen Angeboten. Diese Anzahl an Kontakten war zwischen 2010 bis 2013 leicht ansteigend – insbesondere durch die Etablierung neuer Einrichtungen –, ist aber seit 2014 leicht rückläufig. Der Anteil der Kontakte mit Klientinnen lag in den letzten drei Jahren relativ konstant bei etwa einem Fünftel aller Kontakte.

Tabelle 5.17:
Persönliche Kontakte in vom Land Steiermark finanzierten Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe im Bereich ambulante medizinische Versorgung (Gesamtzahl pro Jahr), 2010–2016

Klientenzahlen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Substitutionsambulanz des LKH Graz Süd-West / Standort Süd	14.382	14.745	14.745	12.976	14.802	14.252	12.587
Suchtmedizinische Ambulanz Bruck; LKH Hochsteiermark	—	—	—	1397	2819	2825	2.947
Grüner Kreis Johnsdorf	159	181	176	165	171	166	159
Therapiestation Walkabout	—	—	935	2797	3110	2830	2.945
Gesamt	14.541	14.926	15.856	17.335	20.902	20.073	18.638

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Schlussfolgerungen

- » Die medizinische Versorgung Suchtkrankter erfolgt ambulant und stationär in suchtspezifischen Einrichtungen oder in suchtspezifischen Abteilungen innerhalb der Psychiatrie. In den Bezirken Murau und Murtal sowie in Weiz und Hartberg-Fürstenfeld fehlen derartige Angebote, woraus sich für die dortige Bevölkerung entsprechend längere Fahrtzeiten ergeben.
- » Folgeerkrankungen von Suchterkrankungen werden größtenteils außerhalb der spezialisierten Versorgung abgedeckt.

- » Das Ausmaß der ambulanten Versorgung konnte durch die Schaffung einer neuen suchtmedizinischen Terminambulanz im LKH Hochsteiermark erhöht werden.
- » Insgesamt kam es im Jahr 2016 zu (gerundet) 18.600 Kontakten in den vom Land Steiermark finanzierten ambulanten medizinischen Angeboten. Diese Anzahl an Kontakten war zwischen 2010 und 2013 – insbesondere durch die Etablierung neuer Einrichtungen – leicht ansteigend, ist aber seit 2014 leicht rückläufig.

5.5.2 Beschreibung der Klientel

Zur Beschreibung der Klientel im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung stehen insgesamt drei Datenquellen zur Verfügung:

- » Auswertungen auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, die Entlassungsdiagnosen für Haupt- und Nebendiagnosen aller stationären Krankenanstalten umfassen und somit auch die Versorgung z. B. chronischer Folgeschäden außerhalb suchtspezifischer Einrichtungen abdecken.
- » Auswertungen auf Basis des Anhangs 1 des Tätigkeitsberichts, die Tätigkeiten ambulanter Einrichtungen umfassen.
- » Auswertungen auf Basis der DOKLI-Daten, die sowohl ambulante als auch stationäre Daten von Einrichtungen im Drogenbereich umfassen.

5.5.2.1 Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten

Die Statistik der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten gibt einen Einblick in den Status quo sowie die Entwicklung der Häufigkeit und Verteilung (Alter, Geschlecht) suchtbezogener Diagnosen im stationären Bereich, woraus Rückschlüsse auf Häufigkeit und Verteilung bestimmter Suchterkrankungen und assoziierter Folgeerkrankungen in der Allgemeinbevölkerung gezogen werden können. Bei diesen Rückschlüssen ist allerdings zu bedenken, dass durch die DLD nur Personen erfasst werden, die stationär behandelt werden, Personen, die nicht oder anderweitig im Gesundheitswesen behandelt werden, sind hier **nicht erfasst**. Die Dokumentation erfolgt auf Basis eines festgelegten Katalogs an Haupt- und Nebendiagnosen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Krankenanstalt nach einem stationären Aufenthalt.

Nach einem stationären Aufenthalt werden bei Entlassung aus der Krankenanstalt die festgelegten Haupt- und Nebendiagnosen von Patientinnen und Patienten gemeldet. Die Meldungen erfolgen primär zu Abrechnungszwecken, wodurch die Daten sehr vollständig sind. Es kann aber zu Verzerrungen kommen, etwa durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems, aufgrund allgemeiner Modediagnosen sowie schwer oder nicht eindeutig zuordenbarer Diagnosen. Außerdem ist zu bedenken, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Störung als Diagnose aufscheint, auch von der diagnostizierenden Abteilung abhängt (z. B. wird auf einer psychiatrischen Abteilung eher eine Suchtdiagnose gestellt als auf einer internistischen).

Bei den Auswertungen auf der Ebene der Patienten und Patientinnen wird jede Person pro Jahr und Auswertung nur einmal gezählt. Bis zum Jahr 2014 wurden dafür Personen auf Basis einer Schätzung (PLZ, Geburtsdatum, Geschlecht) berechnet und Mehrfachaufnahmen ebenfalls auf Basis dieser Schätzmethode jeweils nur einer Person zugerechnet. Seit 2015 erfolgt diese Zuordnung auf Basis einer anonymisierten Patienten-ID, welche österreichweit in der DLD eingeführt wurde. Da diese Patienten-ID jedoch oftmals fehlt, ist bei den Auswertungen für das Jahr 2015 mit einer deutlichen Unterschätzung der Patientenzahlen zu rechnen. In jedem Fall kommt es zu einem Bruch in der Zeitreihe zwischen dem Jahr 2014 und dem Jahr 2015.

Alkohol

Tabelle 5.18:
Diagnosecluster Alkohol (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirerinnen und Steirer*
in stationärer Behandlung, 2010–2015

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patienten und Patientinnen			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Haupt- diagnose	Anzahl / 10.000 Steirer/ -innen
Alkoholabhängigkeit F 10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom F 10.3 Entzugssyndrom	2010	2739	26:74	55 %	23
	2011	2687	26:74	56 %	22
	2012	2317	27:73	55 %	19
	2013	2282	27:73	55 %	19
	2014	2372	27:73	56 %	20
	2015	**1989	26:74	57 %	**16
Alkoholpsychose F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir F 10.5 Psychotische Störung F 10.6 Amnestisches Syndrom F 10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	2010	519	22:78	54 %	4
	2011	525	18:82	54 %	4
	2012	521	17:83	52 %	4
	2013	430	19:81	46 %	4
	2014	417	24:76	45 %	3
	2015	**314	21:79	50 %	**3
Alkoholrausch/-intoxikation T 51.0 Toxische Wirkung von Äthanol T 51.9 Tox. Wirkung v. Alkohol (nicht näher bezeichnet) F 10.0 Akute Intoxikation F 10.1 Schädlicher Gebrauch	2010	2.464	29:71	61 %	20
	2011	2.488	28:72	58 %	21
	2012	2.535	30:70	53 %	21
	2013	2.421	29:71	50 %	20
	2014	2.485	28:72	50 %	20
	2015	**1.968	32:68	52 %	**16
Chronische Lebererkrankung – alkoholbedingt K 70 Alkoholische Leberkrankheit	2010	1.195	22:78	15 %	10
	2011	944	20:80	14 %	8
	2012	795	21:79	16 %	7
	2013	826	24:76	20 %	7
	2014	800	21:79	20 %	7
	2015	**722	24:76	24 %	**6
Chronische Lebererkrankung – nicht alkoholbedingt K 73 Chronische Hepatitis, andernorts nicht klassifiziert K 74 Fibrose und Zirrhose der Leber	2010	816	42:58	35 %	7
	2011	1.073	37:63	34 %	9
	2012	1.055	37:63	33 %	9
	2013	1.086	38:62	33 %	9
	2014	1.197	35:65	32 %	10
	2015	**890	35:65	33 %	**7

*Patienten und Patientinnen mit Hauptwohnsitz in der Steiermark, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2010 bis 2015 entlassen wurden.

**Vergleichbarkeit mit Vorjahren wegen Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

In den letzten Jahren wurden jährlich etwa 2.300 **Steirer/Steierinnen** (20 Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit entlassen. (Jahr 2015⁴⁸: knapp 2.000 Steirer/-innen oder 16 Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen). Etwa drei Viertel der Diagnostizierten sind Männer. Die Anzahl an Personen mit einer Diagnose aus dem Bereich Alkoholrausch/Intoxikation ist etwa gleich hoch (ca. 2.000 Personen im Jahre 2015 und ca. 2.500 im Vorjahresdurchschnitt). Auch hier überwiegt der Anteil der Männer mit ca. 70 Prozent. Sowohl bei den Abhängigkeits- als auch bei den Rauschdiagnosen entfällt jeweils etwa die Hälfte der Diagnosen auf Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen.

Bei rund 400 bis 500 Steirern/Steierinnen pro Jahr wird im Rahmen einer stationären Behandlung eine Alkoholpsychose diagnostiziert⁴⁹. Dies entspricht 3–4 Personen je 10.000 Steirer/Steierinnen. Bei etwa doppelt so vielen Steirern/Steierinnen (um die 800 bzw. 7 je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen) wird jährlich eine alkoholbedingte chronische Lebererkrankung diagnostiziert. Sowohl bei der Alkoholpsychose als auch bei der alkoholbedingten chronischen Lebererkrankung liegt das Geschlechterverhältnis von Frauen zu Männern in etwa bei 1:4.

Unklar ist, wie häufig alkoholbedingte chronische Lebererkrankungen fälschlicherweise als „nichtalkoholbedingt“ kodiert werden und wie häufig umgekehrt nichtalkoholbedingte chronische Lebererkrankungen den „alkoholbedingten“ zugeordnet werden. Da die Diagnose der alkoholbedingten chronischen Lebererkrankung nach wie vor eine gewisse Stigmatisierung darstellt und darüber hinaus nicht in allen Fällen die Ätiologie der Lebererkrankung eindeutig auf einen ursächlichen Faktor zurückzuführen ist, ist anzunehmen, dass es zwischen den beiden Diagnosegruppen teilweise zu Fehlkodierungen kommt und dass die alleinige Zahl der als alkoholbedingt kodierten chronischen Lebererkrankungen vermutlich eine Unterschätzung darstellt.

Hinsichtlich des Alters sind die Diagnosen Alkoholabhängigkeit, Alkoholpsychose und alkoholbedingte chronische Lebererkrankung am häufigsten in der Gruppe ab 50 Jahren zu finden. Die Diagnose Alkoholrausch/-intoxikation wird hingegen mit Abstand am häufigsten bei Personen aus der Altersgruppe von 15–24 Jahren vergeben. Insgesamt zeigt sich, dass alkoholassoziierte Diagnosen bei Frauen und Männern zwar in den gleichen bzw. ähnlichen Altersgruppen ihren Höhepunkt erreichen, Frauen Diagnosen aber tendenziell in einem jüngeren Alter bekommen als Männer.

Schlussfolgerungen

» Jährlich erhalten etwas mehr als 2.000 Steirer/Steierinnen die Diagnose Alkoholabhängigkeit. Dies betrifft vor allem Personen im Alter von 35 bis 69 Jahren. Etwa ebenso viele Personen werden jährlich wegen einer Alkoholintoxikation bzw. einem Alkoholrausch behandelt.

48

Siehe Legende zu Tabelle 5.18 und Erläuterung in der Einleitung des Kapitels

49

2015 waren es 314 Personen, wobei dieser starke Rückgang auf einen Zeitreihenbruch in der Erhebung zurückzuführen ist.

Dies betrifft vermehrt Altersgruppen zwischen 15 und 24 Jahren sowie zwischen 45 und 69 Jahren.

- » Leberzirrhosen, die explizit auf Alkohol zurückzuführen sind, erreichen einen Jahreswert von etwa 800 Personen, wobei anzunehmen ist, dass der wahre Wert höher liegt.
- » Von allen Diagnosen entfallen in diesem Gesamtbereich etwa drei Viertel auf Männer.

Tabak

Tabelle 5.19:

Diagnosecluster Tabak (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen*
in stationärer Behandlung, 2010–2015

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patienten und Patientinnen			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Haupt- diagnose	Anzahl / 10.000 Steirer/ -innen
Tabakmissbrauch/Abhängigkeit	2010	5.438	40:60	0,2 %	45
F 17.1 Schädlicher Gebrauch von Tabak	2011	5.854	41:59	0,2 %	49
F 17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak	2012	5.644	42:58	0,2 %	47
F 17.3 Entzugssyndrom bei Tabak	2013	6.047	42:58	0,4 %	50
	2014	6.737	43:57	0,2 %	55
	2015	**5.725	44:56	0,2 %	**47
Körperliche Folgen durch Tabakmissbrauch	2010	1.428	32:68	84 %	12
C 15.1-9 Bösartige Neubildung – Ösophagus	2011	1.550	35:65	83 %	13
C 32.0-3 Bösartige Neubildung – Glottis/Larynxknorpel	2012	1.526	34:66	86 %	13
C 33 Bösartige Neubildung der Trachea	2013	1.492	35:65	83 %	12
C 34.0-9 Bösartige Neubildung – Bronchus/Lunge	2014	1.612	35:65	84 %	13
	2015	**1.478	34:66	84 %	**12

*Patienten und Patientinnen mit Hauptwohnsitz in der Steiermark, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2010 bis 2015 entlassen wurden.

**Vergleichbarkeit mit Vorjahren wegen Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

In den letzten Jahren wurden jährlich um die 5.400 bis 6.700 Steirer/-innen aus einer stationären Krankenanstalt mit einer Diagnose Tabakmissbrauch/Abhängigkeit entlassen – Tendenz steigend. Dies entspricht ungefähr 45 bis 55 Personen je 10.000 Einwohner/-innen. Der Anteil der Frauen an den insgesamt Diagnostizierten nimmt jährlich zu und stieg von 40 Prozent im Jahr 2010 auf 44 Prozent im Jahr 2015. Die Diagnose wird nahezu ausschließlich als Nebendiagnose gestellt.

Mit einer von vier Krebsdiagnosen, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind, werden jährlich an die 1.500 Steirerinnen und Steirer aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Das entspricht etwa 13 Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Die Diagnosen betreffen zu einem Drittel Frauen und zu zwei Dritteln Männer und werden in knapp über 80 Prozent der Fälle als Hauptdiagnose kodiert.

Die unterschiedlichen Geschlechterverhältnisse bei Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen einerseits und Krebsdiagnosen andererseits sind damit zu erklären, dass sich das Geschlechterverhältnis unter den Rauchenden über die letzten Jahrzehnte immer mehr ausgeglichen hat und sich eine Nikotinabhängigkeit natürlich viel schneller entwickelt als eine aus dem Rauchen resultierende Krebsart.

Die Diagnose Tabakmissbrauch/Abhängigkeit erhalten Steirerinnen zunächst sehr häufig im Alter von 20 bis 29 Jahren und dann noch einmal im Alter von 50 bis 64 Jahren. Steirer bekommen die Diagnose am ehesten im Alter von 50 bis 69 Jahren mit einem Höhepunkt zwischen 55 und 64 Jahren. Die Häufung der Diagnose bei Frauen zwischen 20 und 29 Jahren könnte mit dem Wunsch des Rauchstopps im Zuge von Schwangerschaften zusammenhängen.

Etwa ein Viertel der beschriebenen Diagnosen von Krebserkrankungen infolge Tabakkonsums wird vor dem 60. Geburtstag gestellt. Am häufigsten trifft die Diagnose Personen im Alter von 65 bis 89 Jahren.

Schlussfolgerungen

- » Etwa 1.500 Steirer/Steirerinnen erhalten jährlich eine Krebsdiagnose, die sehr wahrscheinlich mit Tabakkonsum in Verbindung gebracht werden kann, ein Viertel davon ist jünger als 60 Jahre.
- » Etwa viermal so viele Menschen (etwa 6.000) erhalten jährlich die Diagnose Tabakmissbrauch bzw. -abhängigkeit.
- » Als Folge der Angleichung des Rauchverhaltens nähert sich der Anteil der Frauen mit Tabakabhängigkeit dem entsprechenden Wert der Männer an. Diesbezügliche Krebsdiagnosen betreffen hingegen nach wie vor zu zwei Dritteln Männer.

Essstörungen

Tabelle 5.20:
Diagnosecluster Essstörungen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen*
in stationärer Behandlung, 2010–2015

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patienten und Patientinnen			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl / 10.000 Steirer/-innen
Essstörungen F 50.0-1 Anorexia nervosa F 50.2-3 Bulimia nervosa	2010	169	93:7	53 %	1
	2011	175	92:8	55 %	1
	2012	189	97:3	56 %	2
	2013	185	94:6	50 %	2
	2014	191	94:6	51 %	2
	2015	**154	92:8	53 %	**1

* Patienten und Patientinnen mit Hauptwohnsitz in der Steiermark, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2010 bis 2015 entlassen wurden.

** Vergleichbarkeit mit Vorjahren wegen Zeitreihenbruch nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit einer Diagnose Essstörung werden jedes Jahr um die 170 bis 190 **Steirer/Steirerinnen** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen – Tendenz steigend. Dies entspricht ungefähr ein bis zwei Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Der Anteil der Frauen an den insgesamt Diagnostizierten liegt bei 92 bis 97 Prozent. Die Diagnose wird zu knapp über 50 Prozent als Hauptdiagnose gestellt (vgl. Tabelle 5.20).

Die Diagnose einer Essstörung wird am häufigsten in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen gestellt, gefolgt von der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen. Ebenfalls noch etwas häufiger, aber seltener als in den ersten beiden genannten Altersgruppen kommt die Diagnose bei den 10- bis 14-Jährigen sowie den 30- bis 34-Jährigen vor.

Schlussfolgerung

» Knapp weniger als 200 Steirer/Steirerinnen – fast ausschließlich Frauen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren – sind aufgrund der Diagnose Essstörung in stationärer Behandlung.

Medikamente

Tabelle 5.21:
Diagnosecluster Medikamente (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen*
in stationärer Behandlung, 2010–2015

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patienten und Patientinnen			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Haupt- diagnose	Anzahl / 10.000 Steirer/ -innen
Medikamentenmissbrauch/Abhängigkeit	2010	680	58:42	15 %	6
F 13.1 Schädlicher Gebrauch von Sedativa u. Hypnotika	2011	721	57:43	14 %	6
F 13.2 Abhängigkeitssyndrom bei Sedativa u. Hypnotika	2012	749	61:39	15 %	6
F 13.3 Entzugssyndrom bei Sedativa u. Hypnotika	2013	772	60:40	12 %	6
F 13.4 Entzugssyndrom m. Delir bei Sedativa u. Hypnotika	2014	852	57:43	13 %	7
	2015	**819	55:45	13 %	**7
Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch	2010	16	50:50	56 %	0,1
F 13.0 Akute Intoxikation durch Sedativa u. Hypnotika	2011	18	61:39	56 %	0,1
	2012	25	56:44	36 %	0,2
	2013	19	42:58	21 %	0,2
	2014	12	67:33	42 %	0,1
	2015	**20	50:50	50 %	**0,2
Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen	2010	151	66:34	9 %	1
F 55 Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen	2011	105	69:31	12 %	1
	2012	114	79:21	6 %	1
	2013	83	77:23	6 %	1
	2014	95	65:35	4 %	1
	2015	**83	75:25	6 %	**1

*Patienten und Patientinnen mit Hauptwohnsitz in der Steiermark, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2010 bis 2015 entlassen wurden.

**Vergleichbarkeit mit Vorjahren wegen Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit einer Diagnose Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit werden jedes Jahr um die 700 bis 800 **Steirer/Steirerinnen** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Dies entspricht ungefähr 6 bis 7 Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Die Vergabe dieser Diagnose hat seit 2010 leicht zugenommen, der Anteil der Frauen an den insgesamt Diagnostizierten liegt bei rund 60 Prozent. Die Diagnose wird nur zu knapp unter 15 Prozent als Hauptdiagnose gestellt (vgl. Tabelle 5.21).

Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch werden jährlich bei 10 bis 25 Steirern/Steirerinnen bei Entlassung aus einer stationären Krankenanstalt als Diagnose angegeben – Tendenz gleichbleibend. Das entspricht 0,1 bis 0,2 Personen pro 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Das Verhältnis Frauen zu Männer sowie der Anteil an Hauptdiagnosen schwankt aufgrund der geringen Fallzahlen zu stark, um daraus sinnvolle Aussagen ableiten zu können.

Mit einer Diagnose Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen werden jedes Jahr um die 100 Steirerinnen und Steirer aus einer stationären Krankenanstalt entlassen – Tendenz sinkend. Dies entspricht in etwa einer Person je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Das Verhältnis Frauen zu Männer variiert dabei zwischen 65:35 und 79:21. Der Anteil an Hauptdiagnosen liegt bei 5 bis 10 Prozent.

Die Diagnose Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit betrifft bei Frauen in erster Linie Personen im Alter von 70 bis 89 Jahren. Bei Männern kommt die Diagnose ab dem Alter von 25 Jahren in allen folgenden Altersgruppen mit leichten Schwankungen in etwa immer gleich häufig vor. Die Diagnose Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen kommt bei Frauen und Männern etwa ab dem Alter von 45 Jahren in allen folgenden Altersgruppen häufiger vor als in den Altersgruppen davor. Bei den Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch gibt es sowohl bei Frauen als auch bei Männern einmal einen Anstieg in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen und dann noch einmal in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen.

Schlussfolgerungen

- » Im Diagnosecluster Medikamente betrifft der weitaus größte Anteil vergebener Diagnosen die Diagnose Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (700–800 Steirer/Steirerinnen pro Jahr). Generell sind Frauen häufiger als Männer (60:40) wegen dieser Diagnose in stationärer Behandlung. Bei den Männern ist die Diagnosehäufigkeit ab dem Alter von 25 Jahren relativ stabil. Frauen sind vor allem im hohen Alter (70 bis 89 Jahre) wegen Medikamentenmissbrauchs bzw. -abhängigkeit in Behandlung. Die Diagnose Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch wird vergleichsweise selten vergeben.
- » Die Diagnose Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen, darunter fallen bspw. Schmerzmittel, Antidepressiva und Laxativa, wird jährlich um die 100-mal vorwiegend als Nebendiagnose vergeben.

Pathologisches Spielen

Tabelle 5.22:

Diagnosecluster pathologisches Spielen (Haupt- und/oder Nebendiagnose):
Steirer und Steirerinnen* in stationärer Behandlung, 2010–2015

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patienten und Patientinnen			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Haupt- diagnose	Anzahl / 10.000 Steirer/ -innen
Pathologisches Spielen F 63.0 Pathologisches Spielen	2010	75	23:77	39 %	0,6
	2011	91	29:71	37 %	0,8
	2012	97	21:79	43 %	0,8
	2013	91	20:80	48 %	0,8
	2014	113	16:84	31 %	0,9
	2015	**101	18:82	53 %	**0,8

*Patienten und Patientinnen mit Hauptwohnsitz in der Steiermark, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2010 bis 2015 entlassen wurden.

**Vergleichbarkeit mit Vorjahren wegen Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit einer Diagnose Pathologisches Spielen werden jedes Jahr um die 75 bis 110 Steirer/Steirerinnen aus einer stationären Krankenanstalt entlassen – Tendenz steigend. Dies entspricht ungefähr 0,6 bis 0,9 Personen je 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Der Anteil an Frauen an den insgesamt Diagnostizierten liegt bei 16 bis 29 Prozent. Die Diagnose wird zu 30 bis 50 Prozent als Hauptdiagnose gestellt (vgl. Tabelle 5.22).

Die Diagnose Pathologisches Spielen wird am häufigsten in der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen gestellt, gefolgt von der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen und der Gruppe der 40- bis 54-Jährigen.

Schlussfolgerung

- » Zwischen 75 und 110 Steirer/Steirerinnen – überwiegend Männer im Alter zwischen 25 und 54 Jahren – sind jährlich aufgrund der Diagnose Pathologisches Spielen in stationärer Behandlung.

Illegale Drogen

Tabelle 5.23:
Diagnosecluster illegale Drogen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Steirer und Steirerinnen*
in stationärer Behandlung, 2010–2015

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patienten und Patientinnen			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Haupt- diagnose	Anzahl / 10.000 15-64- jährige Steirer/ innen
Abhängigkeit von Opioiden F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit	2010	154	47:53	49 %	2
	2011	132	35:65	52 %	2
	2012	110	32:68	60 %	1
	2013	130	32:68	51 %	2
	2014	171	35:65	46 %	2
	2015	**134	31:69	47 %	**2
Abhängigkeit von Cannabinoiden F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit	2010	39	18:82	10 %	0,5
	2011	46	24:76	20 %	0,6
	2012	48	17:83	6 %	0,6
	2013	65	31:69	22 %	0,8
	2014	74	19:81	24 %	0,9
	2015	**76	18:82	11 %	**0,9
Abhängigkeit von Kokain oder anderen Stimulanzien F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein, (z. B. Amphetamin) – Abhängigkeit	2010	14	29:71	43 %	0,2
	2011	11	0:100	55 %	0,1
	2012	12	42:58	33 %	0,1
	2013	8	25:75	25 %	0,1
	2014	9	22:78	33 %	0,1
	2015	**11	45:55	45 %	**0,1
Abhängigkeit von multiplen Substanzen und anderen psychotropen Substanzen F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen – Abhängigkeit	2010	312	39:61	61 %	4
	2011	346	38:62	55 %	4
	2012	331	35:65	54 %	4
	2013	265	37:63	45 %	3
	2014	289	33:67	44 %	4
	2015	**254	33:67	46 %	**3
Vergiftungen durch Drogenmissbrauch T40. Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika (Halluzinogene)	2010	36	42:58	56 %	0,4
	2011	25	28:72	76 %	0,3
	2012	24	33:67	58 %	0,3
	2013	16	38:63	63 %	0,2
	2014	16	44:56	81 %	0,2
	2015	**18	72:28	89 %	**0,2
Psychotische Störungen durch Drogenmissbrauch F11.5 Psychotische Störung nach Gebrauch v. Opioiden F12.5 Psychot. Störung nach Gebrauch v. Cannabinoiden F16.5 Psychot. Störung nach Gebrauch v. Halluzinogenen F19.5 Psychot. Störung nach multiplem Substanzge- brauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	2010	40	33:68	65 %	0,5
	2011	63	19:81	79 %	0,8
	2012	41	10:90	71 %	0,5
	2013	46	22:78	59 %	0,6
	2014	54	11:89	74 %	0,7
	2015	**46	20:80	87 %	**0,6

* Patienten und Patientinnen mit Hauptwohnsitz in der Steiermark, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2010 bis 2015 entlassen wurden.

**Vergleichbarkeit mit Vorjahren wegen Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit einer Diagnose Opioidabhängigkeit werden jedes Jahr 110 bis 170 Steirer/-innen aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Dies entspricht ungefähr 2 Personen je 10.000 15- bis 64-jährige Einwohner/-innen⁵⁰. Der Anteil der Frauen an den insgesamt Diagnostizierten liegt bei ungefähr einem Drittel. Die Diagnose wird in der Hälfte der Fälle als Hauptdiagnose gestellt.

Mit einer Diagnose Abhängigkeit von Cannabinoiden werden jedes Jahr um die 70 Steirer/-innen aus einer stationären Krankenanstalt entlassen – Tendenz steigend. Dies entspricht in etwa einer Person je 10.000 15- bis 64-jährige Einwohner/-innen. Das Verhältnis Frauen zu Männer liegt bei etwa 20:80. Der Anteil an Hauptdiagnosen schwankt zwischen 10 und 25 Prozent (vgl. Tabelle 5.23).

Abhängigkeit von Kokain oder anderen Stimulanzien wird jährlich bei rund 10 Steirer/-innen bei der Entlassung aus einer stationären Krankenanstalt als Diagnose angegeben. Das entspricht 0,1 Personen pro 10.000 15- bis 64-jährige Einwohner/-innen. Das Verhältnis Frauen zu Männer schwankt aufgrund der geringen Fallzahlen zu stark, als dass sinnvolle Aussagen möglich wären.

Mit einer Diagnose Abhängigkeit von multiplen Substanzen und anderen psychotropen Substanzen werden jedes Jahr zwischen 250 bis 350 Steirer/-innen aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Dies entspricht ungefähr 3 bis 4 Personen je 15- bis 64-jährige 10.000 Einwohner/-innen. Der Anteil der Frauen an den insgesamt Diagnostizierten liegt bei etwa 35 Prozent. Die Diagnose wird in ca. der Hälfte der Fälle als Hauptdiagnose gestellt.

Vergiftungen durch Drogenmissbrauch werden jährlich bei ca. 20 Steirern/Steirerinnen bei Entlassung aus einer stationären Krankenanstalt als Diagnose angegeben – Tendenz sinkend. Das entspricht 0,2 Personen pro 15- bis 64-jährige 10.000 Einwohner/-innen. Auch hier sind die Fallzahlen zu gering, um sinnvolle Aussagen über das Geschlechterverhältnis zu tätigen.

Mit einer Diagnose Psychotische Störung durch Drogenmissbrauch werden jedes Jahr zwischen 40 und 60 Steirer/-innen aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Dies entspricht ungefähr 0,5 bis einer Person je 15- bis 64-jährige 10.000 Einwohner/-innen. Der Anteil der Frauen an den insgesamt Diagnostizierten schwankt zwischen 10 und 30 Prozent. Die Diagnose wird in 60 bis 90 Prozent der Fälle als Hauptdiagnose gestellt.

Die Diagnose Opioidabhängigkeit in einer stationären Krankenanstalt betrifft hauptsächlich Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren mit einem deutlichen Schwerpunkt im Alter von 20 bis 34 Jahren. Das trifft auf Frauen und Männer gleichermaßen zu, wobei Frauen ihren Schwerpunkt etwas früher (im Alter von 20 bis 24 Jahren) als Männer haben (im Alter von 25 bis 29 Jahren). Ein ähnliches Bild zeigt sich im Bereich von Aufgehalten aufgrund der Diagnose Abhängigkeit von multiplen Substanzen und anderen psychotropen Substanzen.

50

Da der Konsum illegaler Substanzen zumeist auf die Altersgruppe 15–64 Jahre beschränkt ist und nationale und internationale Statistiken auf diese Altersgruppe bezogen werden, wird aus Gründen der Vergleichbarkeit auch hier die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen herangezogen.

Die Diagnose Cannabinoidabhängigkeit in einer stationären Krankenanstalt betrifft in erster Linie die Gruppe der 15- bis 39-Jährigen mit einem Schwerpunkt bei den 15- bis 24-Jährigen. Auch hier haben Frauen ihren Schwerpunkt etwas früher (15–19 Jahre) als Männer (20–24 Jahre).

Diagnosen der Abhängigkeit von Kokain oder anderen Stimulanzien kommen bei Steirerinnen und Steirern in stationären Krankenanstalten nur selten vor. Das heißt, dass die folgenden Ausführungen bezüglich des Alters auf wenigen Fallzahlen beruhen. Hier zeigt sich jedenfalls, dass Diagnosen in erster Linie bei 15- bis 34-Jährigen vorkommen. Frauen haben ihren Schwerpunkt später (25–34 Jahre) als Männer (15–29 Jahre).

Eine psychotische Störung durch Drogenmissbrauch wird vermehrt bei Personen im Alter von 15 bis 34 Jahren diagnostiziert, mit einem Schwerpunkt – sowohl bei Frauen als auch bei Männern – bei 15- bis 24-Jährigen.

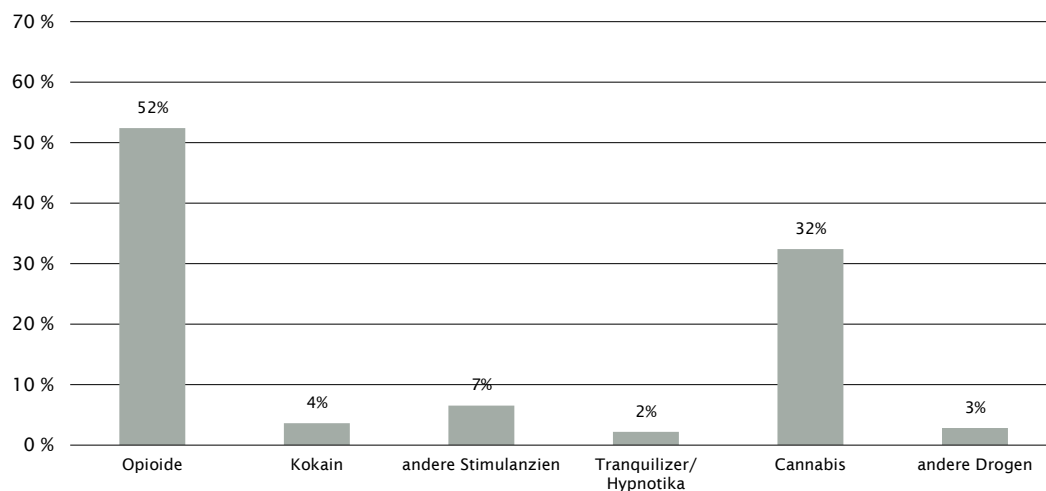
Schlussfolgerung

- » Abhängigkeit von multiplen Substanzen oder anderen psychotropen Substanzen – wahrscheinlich häufig die Folge eines polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden – und Abhängigkeit von Opioiden sind die beiden häufigsten Krankenhausdiagnosen im Bereich illegaler Substanzen. Betroffen sind vor allem Personen zwischen 20 und 34 Jahren und mehr Männer als Frauen (2:1).

5.5.2.2 Behandlungsdokumentationssystem DOKLI

Abbildung 5.18:

Personen aus der Steiermark, die sich 2016 in einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung befanden, nach hierarchischer Leitdrogendefinition* (EMCDDA - n = 1.180)



* Details zur hierarchischen Leitdrogendefinition siehe Busch et al. 2016

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

Das Gros der in DOKLI erfassten Klientel hat entweder Opiode (in Kombination mit anderen Drogen) oder Cannabis als Leitdroge (vgl. Abbildung 5.18). Tabelle 5.24 schlüsselt die DOKLI-Klientel nach ausgewählten Indikatoren auf.

Tabelle 5.24:

Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und ausgewählte Indikatoren, 2016

Indikator	Gesamt	Leitdroge Opiate	Leitdroge Cannabis
Männeranteil ¹	73 %	69 %	81 %
< 25 Jahre ¹	24 %	10 %	43 %
25 bis 34 Jahre ¹	44 %	52 %	36 %
35 Jahre und älter ¹	32 %	38 %	21 %
jemals intravenös Drogen konsumiert ¹	51 %	89 %	8 %
kein Pflichtschulabschluss ²	2 %	3 %	2 %
außer Pflichtschule ² kein weiterführender Schulabschluss ²	46 %	47 %	44 %
Lehrabschluss ²	37 %	37 %	36 %
BS, AHS, BHS, Studium ²	15 %	11 %	18 %
voll- oder teilzeiterwerbstätig ²	30 %	22 %	45 %
ungesicherte Wohnsituation ¹	5 %	8 %	1 %
Therapieauflage ¹	33 %	21 %	47 %

Anmerkungen:

(1) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die 2016 längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden. (Gesamt n = 1.180; Opiate n = 576; Cannabis n = 356)

(2) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen über 19 Jahre, die 2016 längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

Der Männeranteil ist bei Personen mit Leitdroge Cannabis höher als bei Personen mit Opioidproblemen und beträgt insgesamt 73 Prozent. Etwa ein Fünftel aller betreuten Personen ist unter 25 Jahre alt, wobei wegen Leitdroge Cannabis behandelte Personen jünger sind. Fast 90 % aller Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Opioiden haben bereits einmal intravenös Drogen konsumiert. Voll- oder teilzeiterwerbstätig ist etwa ein Drittel der behandelten Personen. Dieser Anteil ist bei Personen mit Leitdroge Cannabis höher. Eine ungesicherte Wohnsituation stellt nur für einen kleinen Teil der Klientel ein Problem dar. Fast die Hälfte der Personen mit Leitdroge Cannabis hat eine gerichtliche Therapieauflage. Bei Personen mit Opioidproblematik ist das nur bei einem Fünftel der Fall.

Schlussfolgerungen

- » Insgesamt wurden in den an DOKLI beteiligten Einrichtungen der Drogenhilfe im Jahr 2016 insgesamt 1.180 Personen wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt, etwa die Hälfte wegen einer Opioidproblematik (meist polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung von Opioiden) und etwa ein Drittel wegen Cannabiskonsum.
- » Die Klientel ist großteils männlich (Opioiden 69 %, Cannabis 89 %).
- » Personen mit der Leitdroge Cannabis sind jünger und haben zu einem höheren Prozentsatz eine Therapieauflage.
- » Fast 90 Prozent der Klientel mit Opioidproblemen hat bereits einmal intravenös Drogen konsumiert. Probleme hinsichtlich des Wohnens gibt es bei dieser Klientel nur in wenigen Fällen.

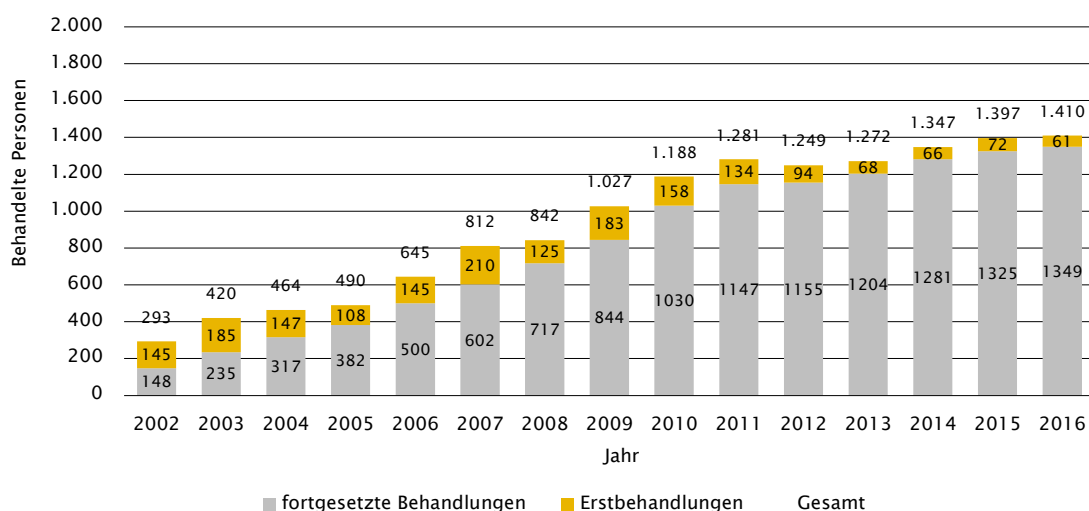
5.6 Opioid-Substitutionsbehandlung

5.6.1 Versorgungslage

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Opioid-Substitutionsbehandlungen in der Steiermark zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen aktuell in Substitutionsbehandlung befindlicher Personen. Das Abflachen des Anstiegs in oraler Substitutionsbehandlung gemeldeter Personen ab 2011 dürfte durch einen Sättigungseffekt zu erklären sein – der Großteil der Personen in der Steiermark, für den diese Behandlung infrage kommt, dürfte sich damit bereits in Substitutionsbehandlung befinden (vgl. Abbildung 5.19).

Abbildung 5.19:

Entwicklung der Zahl jährlicher Meldungen aktuell in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlicher Steirer/-innen, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2002–2016



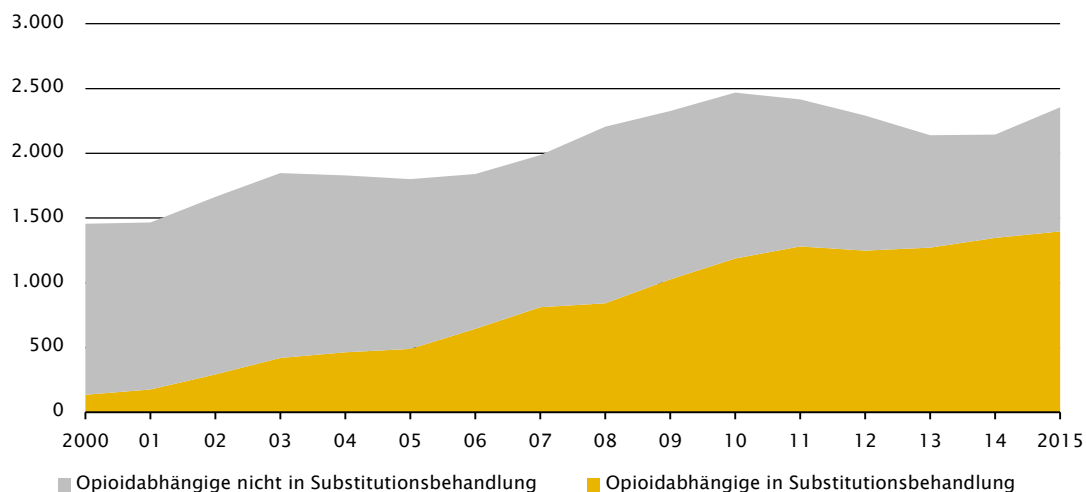
Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechende Person bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zur geschätzten Prävalenz, so zeigt sich, dass sich die In-Treatment-Rate über die Jahre massiv erhöht hat. Während sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Drogenproblemen (Opiode) seit 2000 in der Steiermark lediglich um etwa 2 Drittel erhöht hat und in den letzten Jahren stabil ist, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen mehr als verzehnfacht. Insgesamt werden von den geschätzten 1.700 bis 2.850 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 49 und 82 Prozent durch Substitutionsbehandlung erreicht (vgl. Abbildung 5.20). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.20:

Opioidabhängige Personen in der Steiermark, nach Integration in Opioid-Substitutionsbehandlung, 2000–2015



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

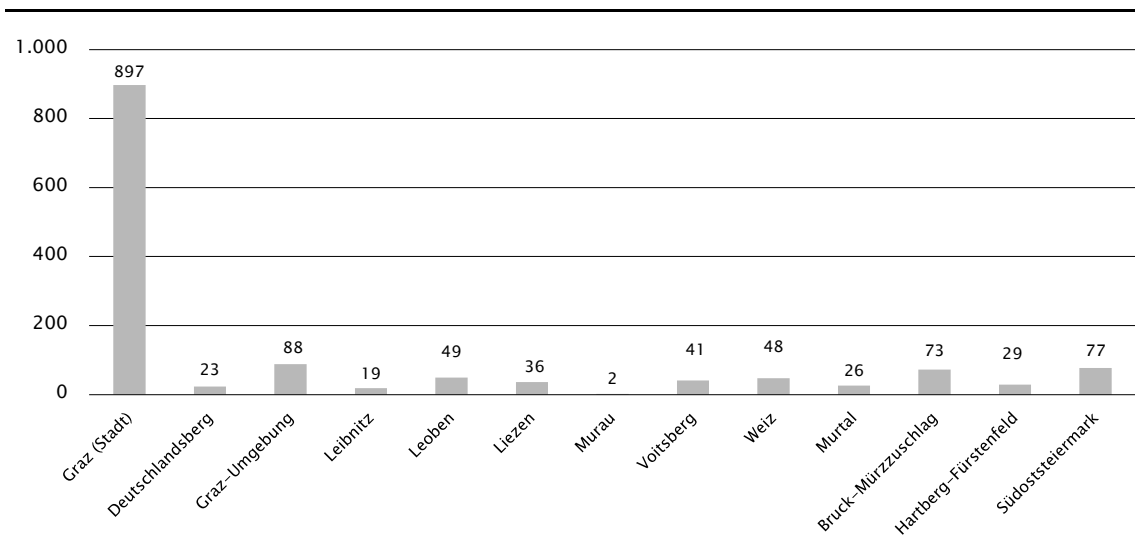
Zur Strukturqualität der Substitutionsbehandlung in der Steiermark liegt eine Analyse des Zentrums für Suchtmedizin aus dem Jahr 2015 vor (Zentrum für Suchtmedizin 2015). Dort werden einige Verbesserungen der Versorgungsstruktur berichtet:

- » Auf- und Ausbau der *I.K.A.* (Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle)
- » Eröffnung der dislozierten Ambulanz am LKH Bruck
- » Erstellung der „Checkliste Substitution“ als Leitfaden für Behandelnde
- » Einrichtung und Ausbau von Qualitätszirkeln und Etablierung der Substitutionskommission
- » Suchtberatung im Rahmen psychosozialer Begleitung durch Personal von nach § 15 SMG kundgemachten Drogenberatungseinrichtungen bei niedergelassenen in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärzten und Ärztinnen

Es wird eine Unterversorgung im ländlichen Raum konstatiert, die sich in den Behandlungszahlen nach Bezirken widerspiegelt (Datengrundlage Mai 2014). So wurden im Mai 2014 von insgesamt 1.256 Personen 862 (69 %) in Graz behandelt. Diese Konzentration der Substitutionsbehandlung auf Graz zeigt sich auch für 2016 (vgl. Abbildung 5.21).

Abbildung 5.21:

Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach steirischen Bezirken, 2016



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemäß der Liste der zur Opioid-Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen (LISA) waren am 31. 12. 2016 46 Ärzte und Ärztinnen in der Steiermark zur Substitutionsbehandlung qualifiziert (2011 waren es 39).⁵¹

Die Suchtberatung Obersteiermark (SBO) als §-15-SMG-Einrichtung erhielt im Jahr 2017 eine Rezepturbefugnis für die Weiterbehandlung von Substitutionspatienten/-patientinnen, was in Zukunft die regionale Versorgungslage erleichtern kann und als Pilot-Projekt zur Kompensation der Unterversorgung im niedergelassenen Bereich durch §-15-Einrichtungen geplant ist. Die Indikation und Einstellung erfolgt in einer der spezifizierten Einrichtungen (z. B. Zentrum für Suchtmedizin, I.K.A. SMA), für die Dauerrezepte wird in der Region Hochsteiermark auf die SBO verwiesen werden.

Die Analyse des Zentrums für Suchtmedizin kommt zu folgenden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlung (vgl. Zentrum für Suchtmedizin 2015):

- » Aufbau einer weiteren Substitutionsambulanz¹ in einer Krankenanstalt mit psychiatrischer Station
- » Aufbau einer weiteren niederschweligen Einrichtung nach den Standards der I.K.A. und dem One-Stop-one-Shop-Prinzip
- » Einführung eines leistungsorientierten Finanzierungsmodells

51

Die Eintragung in LISA bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass der Arzt bzw. die Ärztin auch tatsächlich in der Opioid-Substitutionsbehandlung tätig ist.

- » Substitutionsbehandlung im niedergelassenen Bereich ohne Diplom
- » Schaffung einer spezifischen Funktion „Qualitätssicherung und Koordination Substitutionsbehandlung“ beim Fachteam Suchtkoordination ABT08GP

Schlussfolgerungen

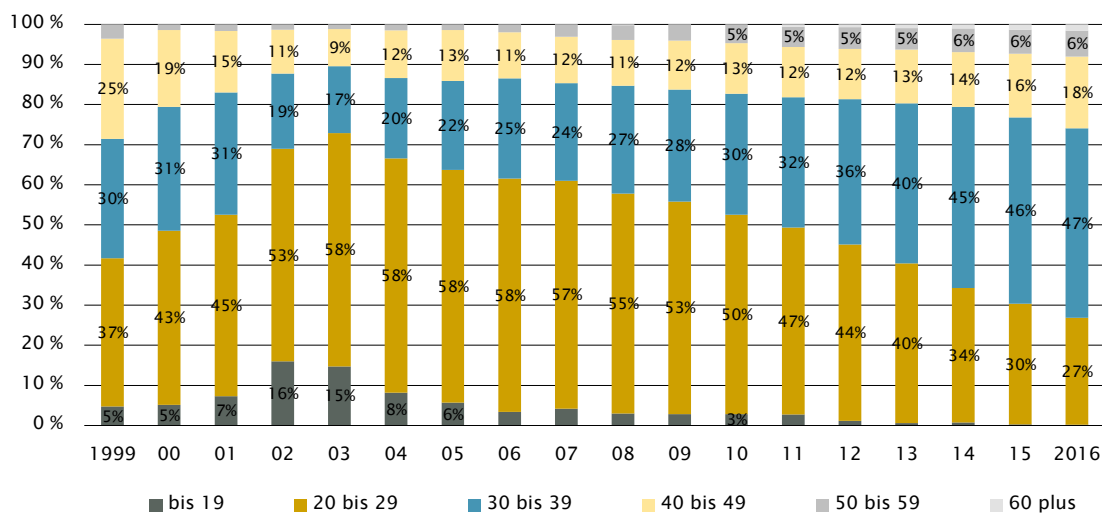
- » Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2016 befanden sich 1.410 Steirer und Steirerinnen in Opioid-Substitutionsbehandlung.
- » Zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der Versorgungslage sind jedoch weitere Maßnahmen in Graz aber dringend auch vor allem im ländlichen Raum notwendig.

5.6.2 Beschreibung der Klientel

Während das Geschlechterverhältnis zwischen Männern und Frauen über die Jahre konstant 4:1 beträgt, lassen sich in der Altersstruktur der behandelten Klientel große Veränderungen beobachten.

Abbildung 5.22:

Altersstruktur der in Opioid-Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, 1999–2016



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Hier dürften sich mehrere Tendenzen überlagern, die sich sowohl in der Steiermark als auch bundesweit zeigen: Einerseits führte der vermehrte Einstieg von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den risikoreichen Opioidkonsum bis Mitte der 2000er-Jahre auch zu einem Anstieg des Anteils dieser Gruppe an den in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen. Andererseits zeigt sich seit 2003 eine kontinuierliche Alterung der Klientel, verursacht durch die Verringerung der Anzahl Neueinsteiger und durch das lange Verbleiben in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.22).

2016 war nur noch etwas mehr als ein Viertel der Behandelten unter 30 Jahre alt und immerhin ein weiteres Viertel bereits 40 Jahre oder älter.

Schlussfolgerung

- » Aufgrund der epidemiologischen Situation, des chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit und der protektiven Wirkung der Opioid-Substitutionsbehandlung hinsichtlich der Mortalität kommt es in den letzten Jahren in der Steiermark zu einer kontinuierlichen Alterung der Population in Substitutionsbehandlung.

5.6.3 Erfolgskriterium Haltequoten

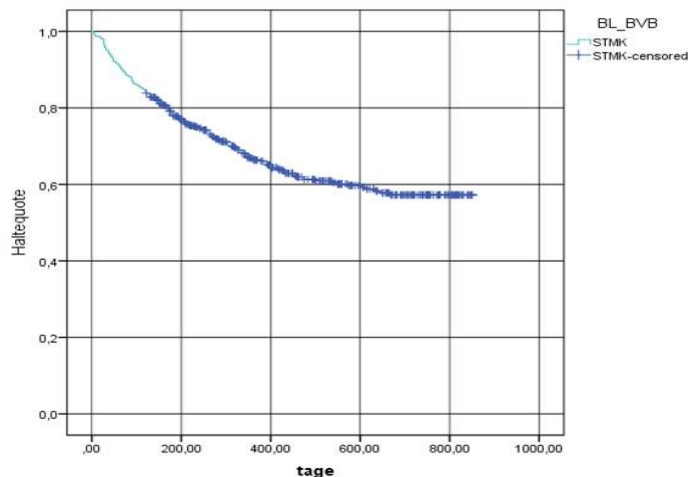
Aufgrund des meist chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit wird die Haltequote in Behandlung⁵² in der wissenschaftlichen Literatur als wichtiges Erfolgskriterium angesehen (z. B. Bammer et al. 2000, Mattick et al. 2004, Busch et al. 2007). 2013 wurde im Rahmen des Epidemiologieberichts Drogen eine detaillierte Analyse der Haltequoten in der Substitutionsbehandlung durchgeführt. Nachfolgend werden die entsprechenden Ergebnisse für die Steiermark dargestellt.

52

Unter Haltequote wird der Prozentsatz von Patientinnen und Patienten verstanden, die nach einem definierten Zeitintervall noch in Behandlung sind.

Abbildung 5.23:

Haltdauer⁵³ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 in der Steiermark eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 551)



Anmerkung: Hinweis zum Lesen der Grafik: Nach 180 Tagen befinden sich noch 80 Prozent und nach 600 Tagen noch 60 Prozent der Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 ihre Substitutionsbehandlung begonnen haben, in Behandlung.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG

Da es sich bei Behandlungen um rechtszensierte Daten⁵⁴ handelt, wurde zur Berechnung der Haltequote das Verfahren der „Überlebensanalyse“ (im Sinne eines Verbleibs in Behandlung) nach Kaplan-Meier herangezogen (vgl. Abbildung 5.23). Berücksichtigt werden alle Klienten und Klientinnen, die im Zeitraum 01. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Der Beobachtungszeitraum wurde mit dem 30. 4. 2013 terminiert. Nach einem halben Jahr befinden sich 80 Prozent, nach einem Jahr 70 Prozent und nach zwei Jahren etwas unter 60 Prozent noch in Substitutionsbehandlung.

Informationen zu längerfristigen Haltequoten liefert Abbildung 5.24. Von 1.274 Steirern und Steirerinnen, die sich am 31. 12. 2016 in Behandlung befanden, ist über die Hälfte bereits fünf Jahre oder länger in Substitutionsbehandlung. In den meisten Fällen handelt es sich bei der Substitutionsbehandlung demnach um eine Langzeitbehandlung.

53

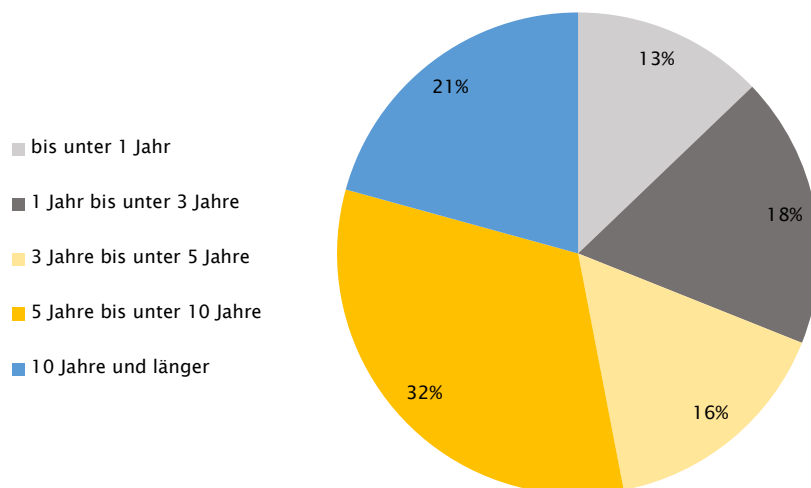
Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die weniger als einen Tag lang gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

54

Bei rechtszensierten Daten wurden nicht alle Personen bis zur Beendigung der interessierenden Bedingung (in diesem Fall Substitutionsbehandlung) beobachtet, da das Behandlungsende bei vielen Personen in der Zukunft liegt.

Abbildung 5.24:

Dauer der bisherigen Behandlung der insgesamt 1.274 Steirerinnen und Steirer, die sich am 31. 12. 2016 in Substitutionsbehandlung befanden



Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG

Schlussfolgerung

- » Etwas weniger als 60 Prozent der Personen, die eine Substitutionsbehandlung beginnen, sind nach zwei Jahren noch ohne Unterbrechung in Behandlung. Die Substitutionsbehandlung in der Steiermark weist demnach eine sehr hohe Haltequote auf. Für viele Betroffene stellt die Substitutionsbehandlung eine Langzeitbehandlung dar.

5.7 Tabakentwöhnungsmaßnahmen

Rauchfrei in 6 Wochen

Rauchfrei in 6 Wochen-Seminare werden flächendeckend in der gesamten Steiermark in unterschiedlichen Formen angeboten, etwa als öffentliche und betriebliche Gruppenseminare mit wöchentlichen Terminen zu 1½ Stunden. Eine Nachbetreuung ist dabei durch das *Rauchfrei Telefon* möglich. Für Personen in speziellen Lebenslagen, die nicht an regelmäßig stattfindenden Gruppenseminaren teilnehmen können wie Personen mit einer Krebserkrankung, einer hochgradigen COPD, nach Schlaganfall oder Herzinfarkt, mit Behinderungen oder Schichtdienst, besteht die Möglichkeit einer Einzelentwöhnungsberatung, ebenso wie für Schwangere und frischgebackene Väter und Mütter (bis zu 6 Monate nach der Geburt des Kindes). Die Einzelberatungen erstrecken sich über sechs Termine zu 30–45 Minuten. Für die Raucher/Raucherinnen besteht ein Selbstbehalt von 30 €, der Rest wird von der StGKK übernommen.

Rauchfrei in 6 Wochen wird von speziell ausgebildeten Tabakentwöhnungsexperten/-expertinnen geleitet und basiert auf Konzepten der Motivationsforschung und Verhaltenstherapie.

In den Jahren 2010–2016 wurden in 472 öffentlichen Gruppenseminaren (in den STGKK-Außenstellen und in Gemeinden) 3.531 Teilnehmer/Teilnehmerinnen erreicht, in 219 Seminaren in Betrieben insgesamt 1.925 Teilnehmer/Teilnehmerinnen. Im gleichen Zeitraum fanden 226 Einzelentwöhnungsberatungen statt. Insgesamt wurden 5.682 Personen in 917 Seminaren erreicht.

Take Control – Der weniger rauchen Kurs

Take Control wird in der Steiermark seit 2008 angeboten und richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 25 Jahren, die das Rauchen reduzieren oder beenden wollen. In einem ersten Schritt wird das Angebot im Rahmen einer Informationsveranstaltung vorgestellt, danach erfolgt eine freiwillige Anmeldung. Der Kurs beinhaltet vier Termine zu jeweils 1,5 Stunden, basiert auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien und beinhaltet u. a. Eigenreflexion, Anleitung zur Reduktion und zum Rauchstopp und Aufzeigen von Alternativen. Evaluiert wird das Projekt durch Feedbackbögen, die von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen ausgefüllt werden. In den Jahren 2011–2016 nahmen insgesamt 239 Jugendliche an *Take Control* teil.

www.endlich-aufatmen.at

Die Seite www.endlich-aufatmen.at bietet Internet-Usern einen niederschweligen Zugang zur Tabakentwöhnung. Auf der Website stehen Rauchern/Raucherinnen zahlreiche Informationen rund um das Thema Rauchen, ein Gewinnrechner, ein Blog und ein Test zur Einschätzung der Nikotinabhängigkeit und ein interaktives „Rauchstopp-Training“ per E-Mail zur Verfügung.

Das Programm wurde vom AOK-Bundesverband Deutschland übernommen und adaptiert. Die Seite besteht seit 2008 und wird mit Unterstützung der StGKK, des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger, des Landes Steiermark und von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention betrieben.

Rauchfrei Telefon und Rauchfrei App

Das österreichweite *Rauchfrei Telefon*, das zum Teil vom Land Steiermark und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse finanziert wird, bietet Beratung und Begleitung beim Rauchstopp. Das Angebot stellt u. a. eine wichtige Stütze in der Rückfallprophylaxe im Anschluss an die Seminare *Rauchfrei in 6 Wochen* dar. 2014 wurde das Angebot um die kostenlose Rauchfrei App erweitert, die sich an Raucher/Raucherinnen und Exraucher/-raucherinnen richtet. Seit Mai 2016 ist die Nummer des Rauchfrei Telefons auf jeder in Österreich gekauften Zigarettenpackung platziert. Im Jahr 2016 führte das Beratungsteam österreichweit insgesamt 7.159 Beratungs- und Informationsgespräche durch – das sind doppelt so viele wie im Jahr 2015. 61 Prozent der Erstanrufe (N = 4.767) erfolgten durch Raucher/Raucherinnen. Zahlen auf Bundeslandebene sind nicht vorhanden.

StGKK-RaucherInnen-Helpline

Diese Helpline der StGKK dient zur Anmeldung und als Informationsdrehscheibe für Tabakentwöhnungsangebote.

Schlussfolgerungen

- » Maßnahmen der Tabakentwöhnung in der Steiermark umfassen Gruppenseminare, Seminare in Betrieben, Einzelberatungen, spezifische Angebote für Jugendliche, Onlineangebote sowie telefonische Unterstützungsangebote.
- » Angaben der erreichten Personenanzahl sind nicht immer verfügbar und nur schwer vergleichbar.

5.8 Integrierte Versorgung

5.8.1 Das Konzept der integrierten Versorgung

Das österreichische Gesundheitssystem ist derzeit durch eine **Vielzahl an Akteuren und Akteurinnen** charakterisiert, die in verschiedenen Teilbereichen agieren. Ein Mix aus unterschiedlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen (z. B. niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, ambulante und stationäre Angebote, Pflegebereich) sowie Zuständigkeitsbereichen (Prävention, Diagnostik, Rehabilitation) führt dazu, dass Patienten und Patientinnen in ihrer Gesundheitsversorgung mit **Übergängen** und **Nahtstellen** konfrontiert sind (Becka/Schauppenlehner 2011). Im Suchtbereich sind Patienten/Patientinnen insbesondere mit Übergängen zwischen dem ambulanten und stationären Angeboten sowie mit Übergängen zwischen spezialisierten und nichtspezialisierten Angeboten konfrontiert.

Der Begriff integrierte Versorgung beschreibt Maßnahmen, die dieser Situation entgegenwirken sollen, und umfasst (je nach Definition) unterschiedliche Aspekte. Der Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie die demografische Entwicklung (multiple Diagnosen sind mit zunehmendem Alter häufiger) haben die Bedeutung integrierter Versorgung nochmals verstärkt.

Die **Zielsetzung** integrierter Versorgung ist, eine flächendeckende, patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung zu ermöglichen (Hildebrandt 2013). Teilweise wird die Forderung einer integrierten Versorgung auch mit der Notwendigkeit einheitlicher Qualitätsstandards und Dokumentationssysteme verknüpft (Eger 2011). Im Suchtbereich existiert etwa die Bestrebung, die Leistungen der Suchthilfe in Analogie zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) im stationären Bereich einheitlich zu definieren (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011).

Im Idealfall kann integrierte Versorgung sowohl zu einer Verbesserung der **Behandlungsqualität** (z. B. verkürzte Warte- und Behandlungszeiten) als auch zu einer Erhöhung der **Wirtschaftlichkeit**

(Vermeidung von Doppeluntersuchungen) beitragen. Dementsprechend wird integrierte Versorgung auch aus zwei unterschiedlichen Gesichtspunkten beurteilt: einerseits als eine Intervention zur Steigerung der Kosteneffektivität, andererseits als innovative Strategie zur Implementierung von Maßnahmen des Gesundheits- und Sozialsystems bei komplexem Unterstützungsbedarf.

Erfahrungen zeigen, dass bei der Implementierung integrierter Versorgung häufig Effizienzgedanken im Vordergrund stehen, während Aspekten der Patientenbeteiligung (z. B. Recovery), der Nachhaltigkeit und der Einbindung eines größeren Kreises an therapeutischen Partnern eine geringere Bedeutung zugemessen wird (Hildebrandt 2013). Außerdem kann integrierte Versorgung auch zu einem Anstieg des Versorgungsbedarfs führen, wenn mehr Personen als hilfsbedürftig identifiziert werden und mehr Versorgungsbedarf geweckt wird (Raggam 2015).

Der Erfolg der Umsetzung von Maßnahmen aus dem Bereich der integrierten Versorgung ist jedenfalls abhängig von der Kooperation, Koordination und Kommunikation von Geldgebern und Leistungserbringern (Becka/Schauppenlehner 2011).

5.8.2 Integrierte Versorgung in der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*

Die Forderung nach integrierter Versorgung nimmt auch einen prominenten Platz innerhalb der *Neuen steirischen Suchtpolitik* ein (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011). Konkret werden die Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots (Leitlinie 6), die Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die Betroffenen (Leitlinie 7) sowie eine Regionalisierung und der wohnortnahe Ausbau der Suchthilfe (Leitlinie 8) gefordert. Zusammengefasst soll durch einen gezielten Abbau der Unterversorgung sowie wohnortnahe und bedarfsorientierte Integration der Angebote die Versorgungsqualität gesteigert, die medizinische und psychosoziale Grundversorgung geöffnet und die Lebensqualität der Betroffenen erhöht werden (Ziel 2 laut *Neue Steirische Suchtpolitik*).

Als Problembereiche werden konkret genannt (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011):

- » unzureichende verbindliche Vereinbarungen
- » aufwendige, aber nicht abgestimmte Dokumentationssysteme
- » unterschiedliche Anforderungen von Finanzierungspartnern/-partnerinnen

Als Bereiche für integrierte Versorgung werden konkret genannt (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011):

- » patientenorientierte Versorgung (Case-Management)
- » Aufbau regionaler Suchthilfenetzwerke

Damit wird einerseits die Patientenorientierung betont, andererseits die Komponente der Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer und -erbringerinnen im Gesundheits- und Sozialbereich hervorgehoben. Diese Vernetzung soll nach Möglichkeit regional stattfinden. Wo es an wichtigen

Versorgungsstrukturen fehlt, sollen hingegen regional übergreifende Lösungen angeboten werden. Eine wesentliche Voraussetzung für die Vernetzung von Leistungserbringern ist, dass auch die unterschiedlichen Kostenträger an diesen Netzwerken beteiligt sind. Gleichzeitig soll mittels Case-Management der Vermittlungsaufwand für andere Gesundheitsdienstleister gesenkt werden. In der Folge sollen dadurch Suchtkranke vermehrt auch in nichtsuchtspezifische medizinische Angebote (Regelversorgung) integriert werden.

Jedenfalls sollte ein Ziel der Weiterentwicklung der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen ein gutes Ineinandergreifen möglichst flächendeckend verfügbarer ambulanter Strukturen und der stationären Versorgung sein, um eine wohnortnahe Betreuung im bestehenden sozialen Umfeld nach Möglichkeit ohne Brüche in der Versorgung gewährleisten zu können. Dabei ist es beispielsweise notwendig, ein stabil bestehendes Netz an Einrichtungen der Substitutions-therapie langfristig zu erhalten.

Nach Einschätzung der Sucht-Koordinationsstelle für die Steiermark wäre die Schaffung eines ambulanten Angebots für die Substitutionsbehandlung außerhalb von Graz mittelfristig sinnvoll. Dazu sollen enge Abstimmungen mit den psychosozialen Beratungsstellen bzw. den sozialpsy- chiatrischen Ambulatorien vor Ort sichergestellt werden (Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

Bestmögliche gesundheitliche und (psycho)soziale Versorgung (u. a. Wohnversorgung und soziale und berufliche Integration) sollen der Stigmatisierung und Marginalisierung von Menschen mit Abhängigkeit oder einem problembehafteten Konsum entgegenwirken. Zusätzlich soll die Regel- versorgung ihre Angebote für Abhängigkeitserkrankte öffnen. Zudem sollen Angebote aus dem Gesundheits- und Sozialwesen stärker verknüpft werden, und eine möglichst wohnortnahe Ver- sorgung soll in allen Regionen garantiert werden (Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011).

Schlussfolgerung

» Das Konzept integrierte Versorgung erfährt in der steirischen Sucht- und Gesundheitspolitik auf strategischer Ebene immer mehr Aufmerksamkeit und soll sowohl die Versorgungsquali- tät verbessern als auch den Ressourceneinsatz optimieren.

5.8.3 Beispiele für integrierte Versorgung im Suchtbereich in der Steiermark

Die auch in der Fachwelt immer wieder kritisierte (Nolte/McKee 2008) uneinheitliche Verwendung des Begriffs integrierte Versorgung spiegelt einerseits die Kontextgebundenheit dieses Konzepts wider und erschwert andererseits eine Beurteilung des Status quo.

Bei einer weitläufigen Definition integrierter Versorgung können etwa Angebote im Sinne eines „One-Stop-Shop“ – wie das SMZ Liebenau als ärztliche Praxisgemeinschaft mit einem Schwerpunkt in der biopsychosozialen Versorgung durch andere Gesundheitsberufe im Rahmen der Substi- tutionstherapie – als integrierte Versorgung betrachtet werden.

Im Rahmen des Projekts „Einrichtung eines Prototyps eines regionalen Suchthilfenetzwerks mit strukturiertem Case- und Care-Management im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld“ wurde geprüft, inwiefern die Regelversorgung in der Region für suchtkranke Personen offen ist und ob die Einrichtung eines **regionalen Suchthilfenetzwerks** sinnvoll ist (Raggam 2015). Dabei wurde festgestellt, dass das Angebot ohnehin überschaubar ist, Suchthilfeeinrichtungen bei anderen ambulanten Einrichtungen durchaus bekannt sind bzw. bereits regelmäßig Vernetzungstreffen durchgeführt werden, sodass das Errichten einer eigenen Koordinationsstelle nicht als sinnvoll erachtet wird. Kooperationen zwischen Suchthilfeeinrichtungen und den Krankenhäusern sind hingegen eher gering ausgeprägt, da einerseits das LKH Süd-West/Süd (ehemals LSF) in Graz als primärer Ansprechpartner erlebt wird und lokale Suchthilfeeinrichtungen ohnehin an der Kapazitätsgrenze agieren. Eine Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, regionalen Krankenhäusern und Suchthilfeeinrichtungen könnte zwar dazu führen, dass Suchterkrankungen früher erkannt werden, allerdings kann dieser zusätzlich geweckte Bedarf nur dann mit entsprechender Versorgung gedeckt werden, wenn ausreichend Suchtberatung (etwa in Form von Verbindungsdiensten) angeboten wird und Vernetzungsaktivitäten nicht zulasten bereits vorhandener Beratungstätigkeiten (Raggam 2015) gehen.

5.8.4 Beispiele für integrierte Versorgung im Suchtbereich außerhalb der Steiermark

Das Projekt *Alkohol 2020* startete in Wien im Oktober 2014 in seine erste Pilotphase. In dieser Pilotphase I wurde ein Gesamtkonzept für die Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien entwickelt. Mithilfe von *Alkohol 2020* sollen beteiligte Einrichtungen miteinander vernetzt sowie ambulante wie stationäre rehabilitative und integrationsfördernde Angebote aufeinander abgestimmt werden und soll ein bedarfs- und zielgruppenorientiertes Angebot geschaffen werden (Reuvers 2015).

Im Regionalen Kompetenzzentrum (rKomZ) startet das **Case-Management** und finden Gespräche mit Medizinern/Medizinerinnen, Psychologen/Psychologinnen und Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen statt. In diesen Clearinggesprächen werden neben Alkoholkonsum auch die berufliche Lage, die Wohnsituation, das familiäre Umfeld und finanzielle Fragen abgeklärt. Auf Basis dieses Clearings erfolgen die Erstellung eines Maßnahmenplans, das Bewilligungsverfahren und dann die Zuteilung an eine der kooperierenden Suchthilfeeinrichtungen. Der Maßnahmenplan umfasst unterschiedliche Module in unterschiedlicher Länge und wird für 12 bis 18 Monate erstellt, kann aber jederzeit abgeändert werden. Ziele des Projekts sind die Vernetzung beteiligter Einrichtungen, eine Stärkung ambulanter Angebote über Vor- und Nachbetreuung hinaus sowie die Verbreiterung des Angebots an Therapiezielen (neben Abstinenz auch Konsummengenreduktion). Längerfristig ist es das Ziel von *Alkohol 2020*, in Wien 20 Prozent der Alkoholkranken zu versorgen.

Übergreifendes Ziel ist es, alkoholranke Menschen sektorenübergreifend am **Best Point of Service** zu betreuen, um Klienten/Klientinnen ein höheres Maß an Gesundheit und gesellschaftlicher Integration zu ermöglichen. Dementsprechend soll etwa im niedergelassenen Bereich vor allem Früherkennung, Kurzintervention und Nachbetreuung stattfinden und im Allgemeinen klinischen

Bereich in erster Linie die Versorgung akuter sowie besonders komplexer Fällen erfolgen (z. B. von Patienten/Patientinnen mit schweren somatischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen). Der Großteil der Behandlung und Rehabilitation soll aber im Regelfall in Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfsnetzwerks (SDHN) stattfinden. Nahtstellenmanagement ist in erster Linie in Hinblick auf Einrichtungen des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems gefragt, deren Angebote im Sinne der Inklusion auch Menschen mit Alkoholerkrankung offenstehen sollten, wofür die Angebote gegebenenfalls entsprechend adaptiert werden müssen (Reuvers 2015).

Schlussfolgerung

- » Bisherige Erfahrungen zeigen, dass unter dem Schlagwort integrierte Versorgung teilweise unterschiedliche Maßnahmen gesetzt werden. Die Offenheit dieses Konzepts erlaubt einerseits ein bedarfsorientiertes Vorgehen, erschwert andererseits die Vergleichbarkeit derartiger Maßnahmen. Ein fortgesetzter Austausch von Erfahrungen auf Planungs- sowie Umsetzungsebene ist daher anzuraten.

6 Schwerpunktkapitel: Aktivitäten und Maßnahmen zur Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*

Die Suchtkoordination des Landes Steiermark wurde mit Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung und mit Beschluss des Landtages Steiermark mit 1. Januar 2002 eingesetzt und in der Abteilung 8 Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Kultur (ABT08) angesiedelt. Ihr obliegt unter anderem auch die Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*, die am 13. Dezember 2011 im Landtag beschlossen wurde⁵⁵ und seit November 2012 umgesetzt wird.

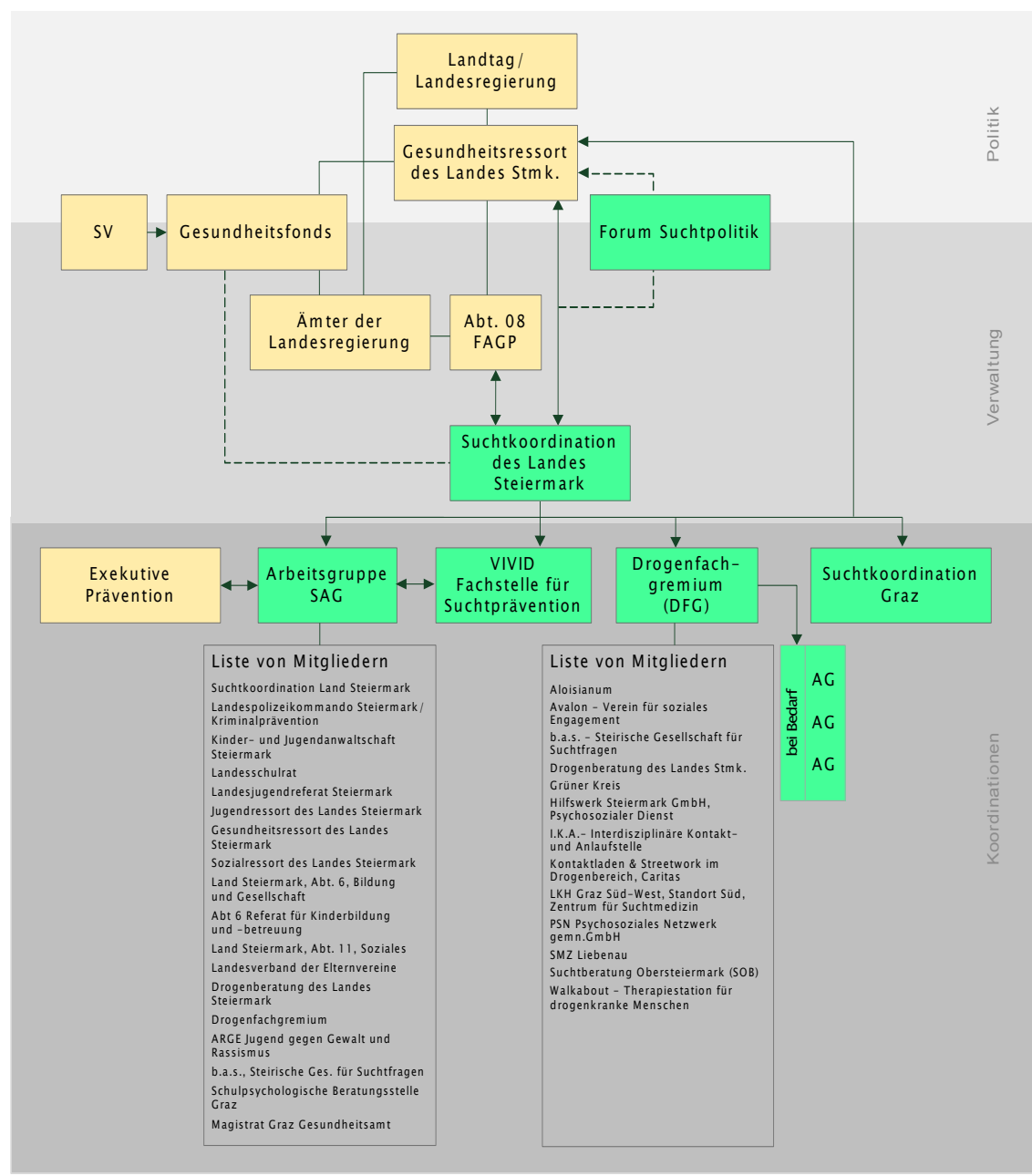
Die *Neue Steirische Suchtpolitik* zielt auf eine umfassende Verhinderung, Eindämmung und/oder Stabilisierung suchtinduzierter Belastungen in der steirischen Bevölkerung ab, unabhängig vom Legalstatus einzelner Substanzen. Sie folgt dem Grundsatz Gesundheit in allen Politikfeldern und stellt suchtpolitische Maßnahmen als eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung dar (Pammer/ Lederer-Hutsteiner 2011).

Eine erfolgreiche Suchtpolitik verteilt sich demnach auf verschiedene Verwaltungsabteilungen auf Bundes- und Landesebene. Die *Neue Steirische Suchtpolitik* stellt daher Weichen für eine konstruktive Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikfelder und Abteilungen, um die Suchtprävention und die Versorgung Suchtkranker umfassend zu verbessern. Auf die Koordination und Vernetzung sämtlicher mit Sucht- und Drogenfragen betrauten Einrichtungen – darunter etwa das öffentliche Gesundheitssystem oder NGOs/NPOs – mittels niederschwelliger, ambulanter, stationärer, rehabilitativer und psychosozialer Zugänge in der Steiermark ist dabei ein besonderes Augenmerk gerichtet. Eine systematische Darstellung des Netzwerks der steirischen Suchtpolitik siehe Abbildung 6.1.

55

Beschluss 16. Sitzung des Landtages Steiermark, XVI. Gesetzgebungsperiode – 13. Dezember 2011; Beschluss Nr. 319

Abbildung 6.1:
Institutionalisierte Netzwerke der Suchtkoordination des Landes Steiermark



Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark; Darstellung: GÖG

Das *Forum Suchtpolitik* stellt die Plattform sämtlicher Einrichtungen dar, die in der Steiermark Menschen mit Suchtproblemen betreuen und behandeln, sein Ziel ist, die aktuelle Situation in den Bereichen Prävention, Betreuung, Begleitung, Behandlung sowie sozialintegrative Rehabilitation

(Arbeit, Wohnen, Freizeit) zu beurteilen, das steiermärkische Gesundheitsressort davon in Kenntnis zu setzen und es zu beraten. Das Forum bietet zudem die Möglichkeit eines Informationsaustausches an den Schnittstellen zu Politik, Exekutive, Vollzug und Justiz sowie zu den nicht unbedingt suchtspezifischen Bereichen der Medizin, Psychologie, Psychotherapie und sozialen Arbeit. Das *Forum Suchtpolitik* tagt nach Bedarf, im Berichtszeitraum fand im Juni 2010 und im September 2011 jeweils eine Sitzung statt. Das DFG für die Steiermark stellt als Zusammenschluss der maßgeblichen Akteure ein Austausch- und Expertengremium dar, welches interdisziplinäre Arbeitsgruppen zu suchtrelevanten Themen bildet und entsprechende Stellungnahmen verfasst.

Die Handlungsfelder der steirischen Suchtpolitik werden in zehn Leitlinien definiert (vgl. Tabelle 6.1) und entlang der Zielbereiche Suchtprävention, Suchthilfe und Steuerung operationalisiert. In den folgenden Kapiteln werden diese Zielsetzungen näher beleuchtet und jene Aktivitäten dargestellt, die seit der Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* erfolgt sind. In Kapitel 6.4 werden die einzelnen Leitlinien mit den im Berichtszeitraum ergriffenen Maßnahmen beschrieben.

Tabelle 6.1:
Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*

Leitlinie 1	Orientierung am Schadenspotenzial
Leitlinie 2	Prävention durch strukturelle Maßnahmen in allen Politikfeldern
Leitlinie 3	Differenzierte Zielgruppenorientierung
Leitlinie 4	Inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik
Leitlinie 5	Angebotssteuerung
Leitlinie 6	Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots
Leitlinie 7	Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die Betroffenen
Leitlinie 8	Regionalisierung und wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe
Leitlinie 9	Evidenzbasierte Suchtpolitik
Leitlinie 10	Aktive Suchtpolitik

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011, Darstellung: GÖG

6.1 Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* im Rahmen der Suchtprävention

Das primäre Ziel der Suchtprävention richtet sich auf eine suchtpreventive Gesamtpolitik und auf die Erschließung neuer Zielgruppen und Angebote (vgl. Tabelle 6.2). Mit diesen Ansätzen sollen die Suchtpräventionspotenziale ausgeschöpft werden (vgl. Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011, S. 26).

Tabelle 6.2:
Ziel 1 der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*: Suchtprävention

Aktivität 1	Etablierung gemeinschaftlicher, Politikfelder übergreifender Anstrengungen durch Entwicklung und Umsetzung von Aktionsplänen zur Alkohol- und Spielsuchtprävention
Aktivität 2	Erschließung neuer Zielgruppen und Angebote
Aktivität 3	Stärkung der Wissensbasis für Suchtprävention

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011, Darstellung: GÖG

Der in der **Aktivität 1** formulierten **Entwicklung und Umsetzung von Aktionsplänen** zur Alkohol- und Spielsuchtprävention wurde entsprochen. Neben der bereits 2007 etablierten und bis dato fortgeführten Tabakpräventionsstrategie laufen derzeit umfassende Arbeiten zur Umsetzung der steirischen Alkoholpräventionsstrategie („Weniger Alkohol – mehr vom Leben“; vgl. Kap. 2.4).

Von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention und der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark wurde im Zuge der Reform des Steiermärkischen Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetzes 2014 (StGSG) ein Positionspapier zum Thema Glücksspiel in der Steiermark erstellt. Aus diesem Positionspapier lässt sich ein Spielsuchtmaßnahmenpaket ableiten (siehe Kap. 2.4), welches auf der politischen Entscheidung der Steiermark, ein Erlaubnisland zu sein, aufbaut und die Handlungsfelder Marktregulierung, Spielerschutz, Suchthilfe und Information/Prävention abdeckt (vgl. VIVID und Fachstelle Glücksspielsucht o. J.).

Durch die Kooperation der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark mit diversen Glücksspielanbietern in der Steiermark können diese – auch aufgrund der gesetzlichen Bedingungen – in die Präventionsarbeit eingebunden werden. Schulungen für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von Automatensalons und einschlägiges Informationsmaterial bilden die entsprechende Basis dafür.

Neue Zielgruppen und Angebote (Aktivität 2) wurden im Berichtszeitraum vorwiegend im Bereich der Spielsucht erschlossen: Entsprechende Maßnahmen umfassen Schulungen der Mitarbeiter/-innen von Automatensalons in Sachen Spielerschutz und Spielsuchtprävention. Das Frauenservice Graz bietet in Zusammenarbeit mit der Fachstelle Glücksspielsucht das Projekt *Trotzdem GESUND*⁵⁶ an. Die Einrichtung *Werkstatthof* bietet eine niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle für Spielsüchtige vor allem an den Wochenenden. Eine Kooperation der Fachstelle für Suchtprävention VIVID und des Vereins JUKUS in Graz richtet einen Fokus auf die Präventionsarbeit bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

Die **Aktivität 3** bezieht sich auf eine informierte Suchtpräventionspolitik durch die **Stärkung der Wissensbasis für suchtpreventive politische Entscheidungen**. Der hierfür geforderten handlungsorientierten Suchtberichterstattung mittels diverser Spezialberichte konnte aufgrund der Konsolidierung des Steirischen Landesbudgets im Zuge der Verwaltungsreform nicht Rechnung getragen werden. Entsprechende Ressourcen sind vorwiegend der Suchtprävention und kontinuierlichen Suchtbehandlung gewidmet. Eine Studie über Internetsucht unter steirischen Schülern/Schülerinnen ab der 9. Schulstufe wurde 2012 von der ABT08 finanziert (Lederer-Hutsteiner/Hinterreiter 2012). Mit der Beauftragung der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH mit dem vorliegenden Steirischen Suchtbericht 2017 wurde dem Auftrag einer allgemeinen Suchtberichterstattung Folge geleistet. Daten bezüglich Alkohol, Tabak und Glücksspiel wurden im Rahmen des Gesundheitsberichts des Gesundheitsfonds Steiermark im Jahr 2015 veröffentlicht (Peinhaupt et al. 2016; Robl et al. 2017).

56

<http://www.frauenservice.at/projekte/trotzdem-gesund> (18. 5. 2017)

Die Bemühungen zur Vereinheitlichung der Daten im Bereich Glücksspiel ermöglichen einen guten Überblick über die Klientel der Spielsüchtigen in der Steiermark. Um die Darstellung von Trends über den Zeitverlauf zu gewährleisten, ist darauf zu achten, im Rahmen der Datensammlung wenige Änderungen durchzuführen.

Eine kontinuierliche Berichterstattung der gemäß § 15 SMG kundgemachten steirischen Suchthilfeeinrichtungen erfolgt seit 2006 über das bundesweite einheitliche Dokumentationsystem der Drogenhilfe, DOKLI. Seit der bundesweiten Einführung von DOKLI gibt es eine Länderzentralstelle, die jährlich einen steiermarkspezifischen DOKLI-Berichts- und Tabellenband ausarbeitet und der Suchtkoordination des Landes zur Verfügung stellt (vgl. xsample 2011 bis 2016). Eine kontinuierliche Berichterstattung erfolgt weiters über den Suchthilfekompass⁵⁷. Während in DOKLI die Klienten und Klientinnen der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen dokumentiert werden, dient der Suchthilfekompass dazu, die Einrichtungen der Drogenhilfe zu erfassen. Derzeit beschränkt sich der Suchthilfekompass auf Einrichtungen, die gemäß § 15 SMG (Suchtmittelgesetz) kundgemacht sind. In DOKLI sind auf freiwilliger Basis auch Nicht-§-15-Einrichtungen integriert.

Des Weiteren liegen die jährlichen Tätigkeitsberichte der von der ABT08 geförderten Einrichtungen vor. Diese können als Dokumentation, nicht aber im Sinne einer Berichterstattung gewertet werden.

6.2 Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* im Rahmen der Suchtbehandlung

Das Ziel 2 der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* bezieht sich auf die Suchthilfe und fokussiert vorrangig den Abbau der regionalen Unterversorgung. Wohnortnahe und bedarfsorientierte Integration der Angebote soll die Lebensqualität der Suchtkranken erhöhen, in Tabelle 6.3 sind die entsprechenden Aktivitäten gelistet.

Tabelle 6.3:

Ziel 2 der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*: Suchthilfe

Aktivität 4	Case-Management und Care-Management in regionalen Suchthilfenetzwerken
Aktivität 5	Abbau der Unterversorgung
Aktivität 6	Vorbereitung einer leistungsorientierten Finanzierung der Suchthilfe

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011, Darstellung: GÖG

57

<https://suchthilfekompass.goeg.at/presentation> (18. 5. 2017)

Der Ausbau **regionaler Suchthilfenetzwerke**, wie in **Aktivität 4** formuliert, sollte die wohnortnahe Versorgungslage verbessern. Angedacht waren **Case-Management**⁵⁸⁻ und **Care-Management**⁵⁹⁻Ansätze. Im Jahr 2015 wurde dafür eine Bedarfserhebung in den Regionen Hartberg-Fürstenfeld und Deutschlandsberg durchgeführt, mit der Idee, regionale Kooperationsnetzwerke aufzubauen, die Patienten/Patientinnen unmittelbar zu passenden Angeboten bringen. In dieser Erhebung wurde deutlich, dass der Aufbau eigener regionaler Kooperationsstrukturen der Suchthilfe in den untersuchten Regionen nicht notwendig ist und regelmäßig aktualisierte sowie halbjährlich von der Suchtkoordination versandte Factsheets mit Basisinformationen zu den relevanten (regionalen) Einrichtungen ausreichen. Das Augenmerk liegt daher primär auf dem Ausbau der Versorgungsstruktur und der Klärung der Ressourcenfrage, um beispielsweise Verbindungsdienste in regionalen Krankenhäusern einzurichten (vgl. Raggam 2015).

Der in **Aktivität 5** beschriebene **Abbau der Unterversorgung** bezieht sich auf niederschwellige, ambulante und stationäre Betreuungs- und Behandlungsbereiche und soll auch die medizinische Grundversorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sicherstellen. Dem in der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* formulierten Handlungsbedarf wurde Folge geleistet, wobei einige geplante Änderungen noch nicht umgesetzt sind. Im Rahmen der Planung der ambulanten psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen in der Steiermark wurde die Versorgung Sucht- und Abhängigkeitserkrankter mitbedacht, Schnittstellen wurden angesprochen und teilweise Empfehlungen ausgearbeitet (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2011).

Niederschwellige Angebote (inkl. Reintegration) der Sucht- und Drogenhilfe (vgl. Tabelle 5.1, Tabelle 5.2 und Tabelle 5.4)

- » Zur niederschweligen medizinischen Versorgung von Patienten/Patientinnen mit illegalem Substanzkonsum inklusive der Substitutionsbehandlung wurde von 2010 an die interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle *I.K.A.* von der ABT08 gefördert, und die diesbezüglichen Kapazitäten wurden ausgebaut.
- » Aufstockung der Wochenöffnungszeiten von Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich in Graz von 17 Stunden im Jahr 2010 auf 27 Stunden 2016
- » Förderung eines niederschweligen Angebots im Bereich Glücksspielsucht seit 2016 (Werkstatthof / Jugend am Werk)
- » Hinsichtlich fehlender regionaler Begleitangebote besteht weiterhin Bedarf vor allem in den Bereichen Wohnraumsicherung für Jugendliche und Erwachsene sowie Arbeitsangebote für

58

Begleitung einer Person und bei Bedarf deren Angehörige mit dem Ziel, Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu erschließen und notwendige Behandlungsschritte und Unterstützungsmaßnahmen besser zu koordinieren.

59

Verbesserung der Behandlungsqualität mittels struktureller Zusammenführung der Leistungserbringer, Aushandlung von Regelungen im Rahmen von regionalen Suchthilfenetzwerken.

Hochrisikogruppen. Es gibt Vorarbeiten für eine spezifische mobile Begleitung im Sinne einer MSB⁶⁰ für die Zielgruppe multimorbider Suchtkranker, die derzeit aufgrund der Suchterkrankung aus der MSB ausgeschlossen sind. Positiv hervorzuheben ist die gemeinsame Raumnutzung seitens regionaler Suchtberatungsstellen und psychosozialer oder sozialpsychiatrischer Einrichtungen, die im Bedarfsfall eine Kooperation erleichtert und multidisziplinäre Synergien ermöglicht.

Ambulante psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtübersicht siehe Tabelle 5.8, Tabelle 5.9 und Tabelle 5.10)

- » Die Gesamtwochenöffnungszeiten der von der ABT08 geförderten psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangebote sind bei den meisten Einrichtungen gleich geblieben bzw. wurden leicht erhöht. Eine Ausnahme bilden die Angebote des PSD-Hilfswerks Steiermark. Hier hat sich die Wochenöffnungszeiten von 210,5 Stunden im Jahr 2010 auf 159 Stunden im Jahr 2016 reduziert, die Zahl der persönlichen Kontakte hat sich in diesem Zeitraum aber um fast zwei Drittel erhöht.
- » In den Regionen Süd-, Südost- und Weststeiermark ist der Ausbau ambulanter psychosozialer Angebote der Suchthilfe in Planung. Ab Herbst 2017 sollen in Kooperation mit regionalen psychosozialen Partnern die Beratungskapazitäten erhöht werden.

Medizinische Behandlungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe (Gesamtübersicht siehe Tabelle 5.15 und Tabelle 5.16)

- » Für die Obersteiermark wurden durch den Aufbau der Suchtmedizinischen Ambulanz in Bruck an der Mur 2012 zusätzliche Versorgungsstrukturen für Drogenkonsumierende geschaffen.
- » In der Therapiestation *Walkabout* wurde 2014 die Kapazität auf 30 Entzugsbetten aufgestockt. Auf Grundlage des bisherigen *Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark* (RSG-St 2011) waren insgesamt 48 stationäre Entzugsbetten berechnet, 18 Drogenentzugsbetten wurden bis zur Berichtslegung noch nicht realisiert (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2011).
- » Im aktuell beschlossenen *RSG 2025* wurde festgelegt, dass die dislozierte suchtmmedizinische Ambulanz am LKH Hochsteiermark sechs Betten zur dezentralen akuten Detoxikation im Rahmen der systemischen Betten der vorgesehenen psychiatrischen Abteilung am LKH Hochsteiermark nutzen kann (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Eine ambulante Nachversorgung wird von den Verbindungsdiensten *b.a.s.* und *Suchtberatung Obersteiermark* (SBO) im Netzwerk vor Ort bereitgestellt. Eine Kooperation bei Alkoholentgiftungen besteht zwischen dem LKH Bad Aussee und der *b.a.s.* im Bezirk Liezen.
- » 2015 wurde im Auftrag der Suchtkoordination Steiermark ein umfassendes steiermarkweites *Substitutionsmodell Steiermark* in Auftrag gegeben, mit dem Ziel, die Umsetzung im Bereich der Substitutionsbehandlung mit Opioiden gemäß der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* zu

60

Mobile sozialpsychiatrische Begleitung ist eine Leistung, die über das Steiermärkische Behindertengesetz (StBHG) finanziert wird.

- konzeptionieren (Zentrum für Suchtmedizin 2015). Verbesserungen in der Versorgungsstruktur erfolgten bereits durch die 2010 gegründete niederschwellige Einrichtung I.K.A. in Graz und durch die Eröffnung der dislozierten suchtmmedizinischen Ambulanz am LKH Bruck an der Mur (Region Obersteiermark). Eine online verfügbare „Checkliste Substitution“⁶¹ bietet ein Nachschlagewerk für substituierende Mediziner/-innen und sonstige Interessierte. Substituierende Mediziner/-innen im niedergelassenen Bereich werden mittels Schulungen gemäß der Weiterbildungsverordnung orale Substitution⁶² sowie entsprechenden Qualitätszirkeln unterstützt. Es bestehen Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen gemäß § 15 SMG und niedergelassenen (Substitutions-)Ärzten/(Substitutions-)Ärztinnen, die eine spezifische Beratung der Klienten und Klientinnen zu geregelten Zeiten in den Ordinationen ermöglicht. Weiters wurde eine Substitutionskommission als regionale Koordination der Substitutionsbehandlung eingerichtet. Die Herausforderung besteht hier dennoch darin, dass niedergelassene Mediziner/-innen kaum Substitutionsbehandlung anbieten (vgl. Kap. 5.5.1).
- » Die Erteilung einer Rezepturbefugnis für die Suchtberatung Obersteiermark (SBO) als §-15-SMG-Einrichtung durch die StGKK erleichtert die regionale Versorgungslage hinsichtlich der Substitutionsbehandlung in der Region Hochsteiermark (vgl. Kap. 6.4)
 - » Verhandlungen mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse bezüglich eines Finanzierungsmodells sind im Gange.
 - » Zur Abdeckung der fehlenden Angebote im Bereich Krisenintervention wurden im Zuge des Neubaus des Zentrums für Suchtmedizin im LKH Graz Süd-West / Standort Süd Kriseninterventionsmöglichkeiten für Suchtpatienten und -patientinnen und Drogennotfälle aktuell im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) und in der KAGES Medvision 2030⁶³ eingebracht (Ederer, p. M.)

Betrachtet man die Gesamtwochenöffnungszeiten der einzelnen Angebotstypen in der Sucht- und Drogenhilfe (vgl. Abbildung 6.2), so wird ersichtlich, dass die Angebote der ambulanten Beratung und Betreuung im Berichtszeitraum stundenmäßig von insgesamt 631,5 Stunden im Jahr 2010 auf 600 Stunden im Jahr 2016 gesunken sind. Durch finanzielle Einschränkungen sowie die Schließung der *b.a.s.*-Beratungsstelle Feldbach kann die Reduktion der Wochenöffnungszeiten auf 566 Stunden im Jahr 2015 erklärt werden. Ab 2016 wurden die Mittel wieder erhöht. Die Kapazitäten im Bereich der vom Land Steiermark finanzierten medizinischen Behandlungsangebote sind im Zeitraum 2010–2016 leicht gestiegen. Nicht dargestellt wird hier die Versorgung hinsichtlich Substitutionsbehandlung im niedergelassenen Bereich. Im Bereich der niederschweligen Versorgung ist die Kapazität bis 2013 (151 Wochenstunden) gestiegen und im Jahr 2016 auf 129 Wochenstunden gesunken. Die inkludierten Angebote umfassen bis auf eine Einrichtung ausschließlich Angebote

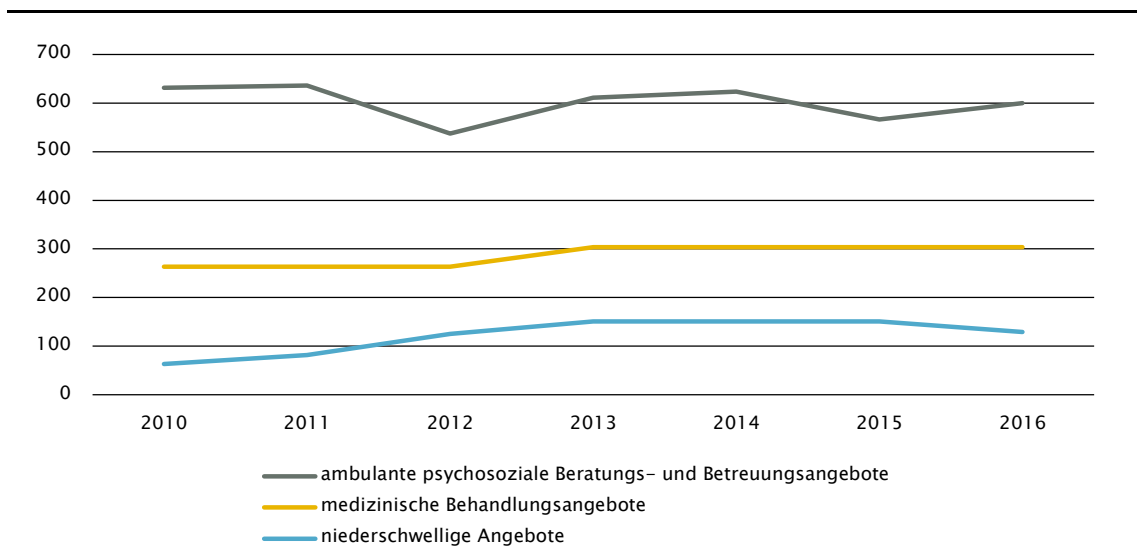
61
www.substituieren.at (24. 5. 2017)

62
BGBl. II Nr. 449/2006

63
<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10316204/9355733>

im Bereich der illegalen Substanzen. Nicht inkludiert ist hier das steiermarkweit breit gestreute Jugend-Streetwork.

Abbildung 6.2:
Wochenöffnungszeiten der Sucht- und Drogenhilfe in Stunden nach Angebotstyp, 2010–2016



Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark Darstellung: GÖG

Bereits 2006 wurden die Vorbereitungen für eine **leistungsorientierte Finanzierung (Aktivität 6)** begonnen und im Jahr 2013 durch die Arbeiten an einer einheitlichen Basisdokumentation (BADOS) in enger Zusammenarbeit mit den steirischen Suchthilfeeinrichtungen intensiviert. Die Entwicklung dieser Klientenverlaufsdokumentation bringt den Vorteil, dass die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen in der Suchthilfe sichtbar gemacht und eine bedarfsorientierte Steuerung von Maßnahmen – auch auf Einrichtungsebene – ermöglicht wird. Die BADOS würde weiters auch die Grundlage für die Definition von Leistungspaketen und die Entwicklung eines langfristigen Finanzierungsmodells für die zielgerichtete Planung und Steuerung der Finanzierung von Suchthilfe bieten. Derzeit ist ein BADOS-Prototyp fertiggestellt, die weitere Umsetzung stockt. Ob die Parameter des Leistungskataloges der Landesverwaltung auch verpflichtend Fördernehmern/Fördernehmerinnen auferlegt werden können, ist juristisch zu prüfen.

In einem Bericht des Landesrechnungshofs Steiermark zu den Ausspielbewilligungen für Glücksspielautomaten wurde die fehlende leistungsorientierte Steuerung in Bezug auf Suchtprävention, Suchtbekämpfung und Suchtbehandlung bemängelt. Dieser empfiehlt „ehestmöglich die Datenbasis im Rahmen des Leistungskatalogs der steiermärkischen Landesverwaltung dahingehend zu verbessern, dass dieser einerseits aussagekräftige und vollständige Informationen über die tatsächlichen Kosten je Leistung liefert und andererseits relevante Kennzahlen abbildet, die für eine leistungsbezogene Steuerung genutzt und in weiterer Folge auch als Grundlage für eine ergebnis- und wirkungsorientierte Steuerung herangezogen werden können.“ (LRH Steiermark 2016, S. 74).

6.3 Ökonomische Aspekte: Leistungsbezogene Finanzierung

Auf die in Ziel 3 gelisteten Steuerungsaktivitäten (vgl. Tabelle 6.4) wurde ausführlich schon in Kapitel 6.1 und 6.2 eingegangen. Im Folgenden wird ein Modell der leistungsbezogenen Finanzierung skizziert, welches auch auf den Suchtbereich übertragen werden könnte.

Tabelle 6.4:
Ziel 3 der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*: Steuerung

I	Erweiterung der Kenntnisse im Bereich epidemiologisch bedeutsamer Suchtprobleme und -themen mittels Schwerpunkberichten
II	Verbesserung der politischen Möglichkeiten der Suchtprävention mittels Aktionsplänen
III	bedarfsorientierte Verbesserung der Kenntnisse bezüglich Versorgungsproblemen durch Forschung
IV	Vorbereitung einer leistungsorientierten Finanzierung der Suchthilfe mittels einheitlicher Basisdokumentation

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011, Darstellung: GÖG

Grundsätzlich ist anzumerken, dass mit Januar 2016 ein BADOS-Prototyp fertiggestellt und vorgelegt wurde. Die erfolgten Vorarbeiten im Zuge von BADOS können, wie in Abbildung 6.3 dargestellt, für eine einheitliche Systematik der Dokumentation, der Fördervergabe herangezogen werden, aus dem sich Möglichkeiten des Controllings und der Steuerung hinsichtlich Bedarfsplanung, Mitteleinsatz und Outcome-Evaluation ergeben.

Das bereits bestehende Indikatoren-Set umfasst substanzgebundene Süchte (illegale Substanzen, Alkohol, Medikamente) und substanzungebundene Suchtformen, soziodemografische Daten als Statusindikatoren. Verlaufsdaten werden anhand der Parameter „Craving“ und „Partizipation“ erfasst (Ederer p.M.). Diese Indikatoren könnten als Basis für die Beschreibung von Leistungsmodulen dienen. Leistungsmodule sollten jedenfalls entlang den Bereichen Beratung, Behandlung und Begleitung ausformuliert werden. Diese Leistungsmodule dienen zudem als Grundlage der Beschreibung der spezifischen Ausrichtung und Schwerpunktsetzung der einzelnen Einrichtungen.

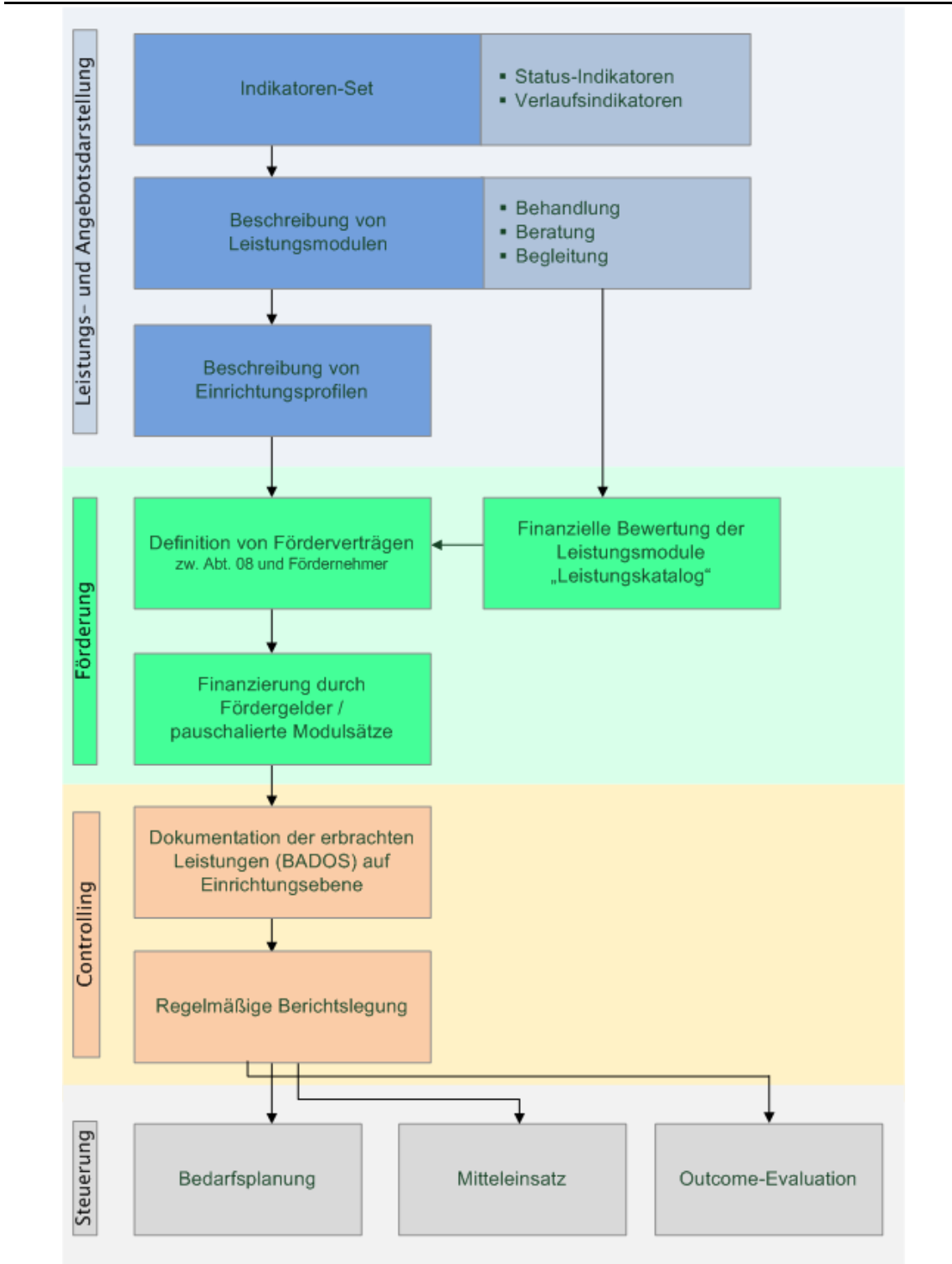
Eine finanzielle Bewertung dieser definierten Leistungsmodulen wäre der wesentliche Schritt zu einer leistungsbezogenen Finanzierung der Einrichtungen durch die ABT08 („Leistungskatalog“, vgl. auch Leitlinie 9). Im Bereich der niederschweligen Versorgung von Personen mit illegalem Substanzkonsum ist jedoch eine pauschalierte Basisförderung (pauschalierte Modulsätze) unbedingt anzuwenden. Da die Gebarung mit illegalen Substanzen strafrechtliche Konsequenzen mit sich bringt, ist jenen Klienten/Klientinnen, die schadensminimierende Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, ein anonymer Zugang zu gewährleisten. Nur so kann ein niederschwelliger und aufsuchender Ansatz garantiert werden.

Das Indikatoren-Set bietet auch die Möglichkeit einer einheitlichen Dokumentation der erbrachten Leistungen (BADOS) auf Einrichtungsebene und erleichtert eine regelmäßige, standardisierte und ggf. automatisierte Berichtslegung wesentlich. Die derzeit zu erbringenden Tätigkeitsberichte und

Verwendungsnachweise an die ABT08 könnten dadurch ersetzt und einheitlich ausgewertet werden. Dies bildet die Basis für das Controlling.

Auf der Ebene der Steuerung der Suchtpolitik ergeben sich aus dieser Systematisierung wichtige Daten für eine (regionale) Bedarfsplanung, für einen effektiven Einsatz der Fördermittel und für die Auswertung klientenbezogener Verläufe zur Outcome-Evaluierung von Maßnahmen (vgl. Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3:
Modell einer einheitlichen leistungsbezogenen Finanzierung der Suchthilfe



GÖG-eigene Darstellung

6.4 Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*

6.4.1 Erfüllungsgrad der Leitlinien in den Förderungen der ABT08

Die ABT08 der steiermärkischen Landesregierung vergibt jährlich Förderungen an Einrichtungen, die Suchtprävention wie auch Maßnahmen der Sucht- und Drogenhilfe bereitstellen. Im Rahmen der **Bewertung der Förderanträge** wird ein Bezug zu den Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* hergestellt. In Tabelle 6.5 wird ersichtlich, dass vor allem die Leitlinie 1 (Orientierung am Schadenspotenzial), die Leitlinie 3 (Differenzierte Zielgruppenorientierung) und die Leitlinie 6 (Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots) durch die Förderungen gut abgedeckt werden. Schwer zu beurteilen waren in den Anträgen vor allem die Leitlinie 10 (Aktive Suchtpolitik), die Leitlinie 9 (Evidenzbasierte Suchtpolitik), die Leitlinie 5 (Angebotssteuerung) und die Leitlinie 2 (Prävention durch strukturelle Maßnahmen in allen Politikfeldern). Diese Leitlinien beziehen sich vorwiegend auf eine strukturelle und politische Ebene und sind daher bei der Fördervergabe an konkrete Angebote der Suchthilfe kaum beurteilbar und von den Fördernehmern/Fördernehmerinnen schwer zu erfüllen. Die Leitlinie 7 (Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung) wie auch die Leitlinie 8 (Regionalisierung und wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe) wurden durchwegs häufig abgedeckt, aber oft auch nicht bewertet.

Tabelle 6.5:
Erfüllungsgrad der Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* in den Fördervergaben der ABT08, 2016

	Erfüllungsgrad (N = 25)	ganz	teils	nicht	nicht beurteilbar	keine Angabe
Leitlinie 1	Orientierung am Schadenspotenzial	18	0	0	5	2
Leitlinie 2	Prävention durch strukturelle Maßnahmen in allen Politikfeldern	11	0	0	12	2
Leitlinie 3	Differenzierte Zielgruppenorientierung	16	1	0	6	2
Leitlinie 4	Inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik	10	1	1	11	2
Leitlinie 5	Angebotssteuerung	10	0	1	13	1
Leitlinie 6	Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots	19	1	0	3	2
Leitlinie 7	Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die Betroffenen	12	1	1	3	8
Leitlinie 8	Regionalisierung und wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe	10	1	2	4	9
Leitlinie 9	Evidenzbasierte Suchtpolitik	8	1	1	13	2
Leitlinie 10	Aktive Suchtpolitik	6	0	1	15	3

Quelle: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Darstellung: GÖG

Zu unterscheiden sind Leitlinien, die sich primär auf die strukturelle und politische Ebene der Suchtpolitik beziehen (Leitlinie 2, 5, 9 und 10) und Leitlinien, die vordergründig auf Anbieterebene anwendungsrelevant sind (Leitlinie 1, 3, 4, 6, 7 und 8). Im Bereich der Planung, Steuerung und

Finanzierung von Suchthilfe-Angeboten ist bei der Bewertung der Förderangebote diesen anwendungsrelevanten Leitlinien eine stärkere Gewichtung zuzuordnen. Objektivierbare Kriterien für die vorgenommenen Bewertungen wie auch für die Zielsetzung der Bewertung, z. B. hinsichtlich der Fördervergabe, sind anzuraten. Bspw. könnte pro Einrichtung der Erfüllungsgrad der Leitlinien im Rahmen eines Punktesystems bewertet werden und somit eine Aussage getroffen werden, zu wie viel Prozent eine Einrichtung sich an den Vorgaben der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* orientiert.

6.4.2 Erfüllung der Leitlinien aus Sicht der Experten und Expertinnen

Im Folgenden werden die im Rahmen der Fokusgruppe im Juni 2017 diskutierten Erfahrungen und Entwicklungsprognosen in Bezug auf die steirische Suchtpolitik zusammengefasst. Weiters fließt in diese Darstellung auch die Sicht der steirischen Suchtkoordination mit ein.

Leitlinie 1: Orientierung am Schadenspotenzial

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 1

Die Suchtpolitik orientiert sich an der epidemiologischen Krankheitslast. Der Legalstatus der Substanz ist nicht primär maßgeblich für suchtpolitisches Handeln.

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Die *Neue Steirische Suchtpolitik* konzentriert sich generell auf einen umfassenden Suchtbegriff. Im Berichtszeitraum wurde die inhaltliche Ausrichtung suchtpolitischen Handelns breiter gefächert. Zum einen wurde durch die Erarbeitung der Tabakpräventionsstrategie und der Alkoholpräventionsstrategie der Fokus auf legale Substanzen gerichtet, und auch finanzielle Mittel für die Umsetzung spezifischer (Präventions-)Maßnahmen wurden bereitgestellt. Durch die Schaffung einer Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark wurde in Form des Bereichs der verhaltensbezogenen Süchte ein weiterer Schwerpunkt etabliert. Wichtig ist die langfristige Verankerung dieser Themen, da im legalen Bereich die Industrie als starke Gegenspielerin wahrgenommen wird. Der Orientierung an der epidemiologischen Krankheitslast wird demnach entsprochen. Ganz allgemein ist zu überlegen, ob man die Bewertung des Schadenspotenzials am Indikator QALY⁶⁴ festmacht und von einer rein krankheitsbedingten Einschränkung mittels DALY⁶⁵ weggeht.

Generell ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der Leitlinie 1 vor allem auf Ebene der politischen Entscheidungsträger und -trägerinnen liegt. Es bedarf der Achtsamkeit hinsichtlich der

64

QALY = qualitätskorrigiertes Lebensjahr (engl.: quality-adjusted life year)

65

DALY = disability-adjusted life years

Identifikation von (neuen) Risikogruppen und Konsummustern, die sich an einer wahrgenommenen Krankheitslast orientieren sollte und eines Prozedere, das festlegt, wie auf Veränderungen und neue Trends sowohl im Bereich der Prävention wie auch hinsichtlich der Beratung, Behandlung und Schadensminimierung zeitnah reagiert werden kann. Im Sinne einer weiterführenden Diversifizierung bieten sich derzeit Themen wie Angehörigenarbeit, Sportwetten oder polytoxikomane Konsummuster im Bereich der illegalen Substanzen an. In Bezug auf die Orientierung am Schadenspotenzial sollen die Arbeiten im Bereich Alkohol und Tabak fortgeführt werden.

Leitlinie 2: Prävention durch strukturelle Maßnahmen in allen Politikfeldern

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 2

Suchtpolitik ist in erster Linie Präventionspolitik. Durch Einbeziehung relevanter Politikfelder in das suchtpolitische Handeln sollen die Gesundheitspotenziale ausgeschöpft werden, es wird auf das Regenbogenmodell der Gesundheitsdeterminanten referenziert.

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Im Bereich Suchtprävention und Suchtbehandlung auf Landesebene bestehen zahlreiche Kooperationsnetzwerke wie etwa das Drogenfachgremium für die Steiermark oder das Netzwerk *Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe* (SAG), welches das Gesundheitssystem, die Exekutive, die Bereiche Schule, Bildung und Freizeit an einem Tisch versammelt (siehe Abbildung 6.1). Als Qualitätsmerkmal kann gesehen werden, dass – über die bestehende Vernetzung der Akteure – das Wissen aus der suchtspezifischen Behandlung in die Suchtprävention einfließt und Informationen aus der Suchtprävention in die Behandlungseinrichtungen fließen. Die Suchtkoordination ist Mitglied in unterschiedlichen regionalen Projektteams und bietet in diesem Zusammenhang ihre suchtspezifische Expertise an, so z. B. im Gesundheitsförderungsprojekt *Altern mit Zukunft*⁶⁶ des Gesundheitsfonds Steiermark zum Thema Alkohol im Alter.

Die intersektoralen Tätigkeiten und Kooperationen der Suchtkoordination wie auch der zuständigen Fachstellen für Suchtprävention (VIVID) und Glücksspielsucht bzw. des Netzwerks Essstörungen decken ein breites Feld der suchtspezifischen Gesundheitsdeterminanten ab. Auch die Tabak- bzw. die Alkoholpräventionsstrategie und das Positionspapier zum Thema Glücksspiel setzen auf die Einbeziehung unterschiedlicher Politikfelder in das suchtpolitische Handeln.

Dennoch besteht unter den Fachleuten der Fokusgruppe der Eindruck, dass die Suchtpolitik primär mit der Gesundheitspolitik verschränkt ist. Versteht man Sucht(entwicklung) multikausal, so reicht das Thema als Querschnittsthematik auch in andere Politikbereiche, allen voran Sozial-, Wohnbau- und Wirtschaftspolitik. Im Sinne der Leitlinie 2 erscheint es daher wichtig, aktiv Kooperationen über die Ressortgrenzen hinweg zu initiieren und zu pflegen, weiters für diese angrenzenden Politikbereiche suchthilferelevante Parameter zu formulieren und sie dort in entsprechenden Strategien, Begutachtungen, Stellungnahmen, Gesetzen und Verordnungen zu verankern. Ziel sollte

66

<http://www.gesundheitsfoerderung-steiermark.at/Seiten/Altern-mit-Zukunft.aspx> (19. 5. 2017)

es sein, die Verbindlichkeit bestehender Präventionsstrategien außerhalb des Gesundheitsbereichs zu erhöhen.

Leitlinie 3: Differenzierte Zielgruppenorientierung

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 3

Abstimmung suchtpolitischer Maßnahmen auf Alters- und Zielgruppen und spezifische vulnerable Lebenslagen: Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen, Migranten/Migrantinnen, bspw. bei arbeitslosen Jugendlichen, Vätern nach der Geburt des ersten Kindes, Müttern nach Auszug der Kinder, Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen am Übergang zum Ruhestand, Trennungs- und Scheidungssituationen

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Die differenzierte Zielgruppenorientierung wird von den Fachleuten als relevant erachtet, und ihr wird von der steirischen Suchtpolitik insofern Rechnung getragen, als in den Projektförderungen spezifische Themenfelder Berücksichtigung finden (z. B. JUKUS mit dem Schwerpunkt Jugendliche mit Migrationshintergrund). Auch die Fachstelle für Suchtprävention VIVID kooperiert in der Präventionsarbeit themenbezogen mit diversen Einrichtungen außerhalb der Suchthilfe (z. B. Frauenservice Graz, Glücksspielanbieter) wie auch mit Ausbildungseinrichtungen, ausgewählten Gesundheitsberufen oder Festveranstaltern, um ausgewählte Zielgruppen zu erreichen. Weiters wird ein Fokus auf die Schulung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen gelegt. Die Drogenberatungsstelle des Landes bietet beispielsweise Schulungen für Mitarbeiter/-innen der Jugendwohlfahrt an.

Generell weisen die Experten/Expertinnen auf die Notwendigkeit hin, Substanzkonsum und Verhaltensüchte differenziert nach Altersgruppen, Lebensübergängen und spezifischen Belastungssituationen zu betrachten bzw. Entwicklungen von Konsumgruppen/-trends zu beobachten und hinsichtlich ihres Schadenspotenzials zu bewerten. Handlungsbedarf wird derzeit hinsichtlich folgender Gruppen wahrgenommen:

- » ältere Menschen: Beratung/Behandlung von Personen mit problematischem Alkoholkonsum, mit problematischem Konsum von Schlafmedikation, Versorgung älterer Substitutionspatienten/-patientinnen
- » Jugendliche: Kooperationen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe und deren nachgereichten Einrichtungen, verstärkte Zusammenarbeit mit regionalen Versorgungsangeboten zur Erreichung konsumierender Jugendlicher in den Regionen; Thema Jugendschutz, auch durch psychoedukativen Ansatz in der Arbeit mit Erziehungsberechtigten
- » Angehörige Suchtkranker

Leitlinie 4: Inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 4

Inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik auf psychoaktive Medikamente, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen, auf Produkte zur Optimierung der Leistungsfähigkeit (Selbstmedikation) wie auch auf die Planung von Aktivitäten gemeinsam mit neuen Akteuren/Akteurinnen

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Die Suchtpolitik in der Steiermark hat sich seit der Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* systematisch einem Suchtbegriff geöffnet, welcher sich nicht ausschließlich am Legalstatus einzelner Substanzen orientiert. Eine inhaltliche Ausweitung erfolgte entlang legalen Substanzen, wie Tabak und Alkohol, und Verhaltenssüchten, allen voran der Spielsucht und der – über die Behandlungseinrichtungen institutionell integrierten – Essstörungen. Dies schlägt sich auch in der Versorgungsstruktur wieder: Stationäre Therapieplätze für substanzungebundene Süchte wurden geschaffen. In der Praxis zeigt sich aber, dass diese derzeit – sicherlich auch als Folge des neuen StGSG – wenig in Anspruch genommen werden. Substanzungebundene Süchte werden oftmals im ambulanten (psychotherapeutischen) Setting behandelt. Hier gibt es vonseiten der Sozialversicherungsträger zumindest die Möglichkeit eines Kostenzuschusses zur psychotherapeutischen Behandlung. In der Fokusgruppe wurden folgende Handlungsfelder thematisiert:

- » Beratung/Behandlung bei problematischer Selbstmedikation bei über 60-Jährigen
- » Bewusstseinsbildung bei verschreibenden Ärzten/Ärztinnen im stationären, aber vor allem im niedergelassenen Bereich hinsichtlich der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ähnlich der Wiener Benzodiazepin-Leitlinie (vgl. SDW 2016).

Leitlinie 5: Angebotssteuerung

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 5

Erschließung von Spielräumen der Marktregulierung, verstärkte Verpflichtung von Herstellern, Vertreibern und Verkäufern von Produkten mit Schadens- und Suchtpotenzial, gesetzliche Regelungen und kooperativ erarbeitete Selbstbeschränkungen

Quelle: Pammer/ Lederer-Hutsteiner 2011

Die in den letzten Jahren vorgenommenen gesetzlichen Änderungen zur Marktregulierung zeigen Wirkung, und deren Entwicklung ist laut der Meinung von Experten/Expertinnen fortzuführen. Das Steiermärkische Glücksspielgesetz (StGSG) umfasst bspw. die Lizenzierung und Regulierung des Angebots sowie einheitliche Schulungsmaßnahmen. Erwähnenswert sind in diesem Kontext auch

die vom Jugendressort (ABT06 Fachabteilung Gesellschaft, Jugendschutz und rechtliche Angelegenheiten) in Zusammenarbeit mit der Exekutive durchgeführten Testkäufe.⁶⁷ Das Projekt *wkaa – Wir können auch anders* ist eine weitere Initiative des Jugendressorts des Landes Steiermark für eine jugendfreundliche Festkultur und einen verantwortungsvollen Umgang mit Genussmitteln.⁶⁸

Weiters ist in diesem Zusammenhang das neue Steiermärkische Sportwettengesetz zu nennen, welches zum Zeitpunkt der Berichtslegung in Begutachtung ist. Auf Bundesebene ist die Suchtkoordination an allfälligen Novellen zum SMG, SGVo etc. über die Vertretungsarbeit im Bundesdrogenforum und in Begutachtungsprozessen involviert, beispielsweise an der derzeit betriebenen bundesweiten Harmonisierung der neun Länderjugendschutzgesetze und deren Zusammenführung in einem Jugendgesetz. Die rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich des Glücksspiels bieten auch die Basis für eine inhaltliche Zusammenarbeit zwischen der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, somit auch den Therapieanbietern, und den steirischen Lizenznehmern im Bereich Spielerschutzmaßnahmen.

VIVID – die Fachstelle für Suchtprävention konnte vor allem im Bereich Alkohol eine Selbstbeschränkung bei der Alkoholabgabe in steirischen Betrieben erreichen und auch das Thema betriebliche Alkoholprävention (unter Lehrlingen) in Zusammenarbeit mit den Betrieben forcieren. Die Praxis zeigt aber, dass die Arbeit auf der rein ethischen und moralischen Ebene nicht ausreicht und die wirtschaftlichen Interessen von Herstellern, Vertreibern und Verkäufern einen starken Gegenspieler für die suchtpreventive Arbeit darstellen. Im Bereich Alkohol wurden die Preisgestaltung (Diskontangebote) und die Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol durch höhere Preise in der Fokusgruppe thematisiert.

Leitlinie 6: Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 6

Differenzierung nach niederschweligen/höher-schweligen, nach akzeptanz- und abstinenzorientierten und ambulanten/stationären Einrichtungen, Integration suchtkranker Menschen in bestehende – nicht auf Suchthilfe beschränkte – Angebote

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Die Angebote der steirischen Suchthilfe spiegeln jene Diversifikation wider, die in der nationalen Suchtpräventionsstrategie (vgl. BMG 2016) wie auch in der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* dargestellt ist (vgl. Kapitel 6). Die regionale Verteilung ist je nach Angebotstyp unterschiedlich:

67

Entsprechende Berichte können über die ABT06 angefordert werden.

68

<http://www.wkaa.steiermark.at/cms/ziel/30570566/DE> (28. 9. 2017)

- » **Niederschwellige, akzeptanzorientierte und aufsuchende Angebote der Suchthilfe** (inkl. Reintegration) sind auf Graz beschränkt.
- » Durch **Jugend-Streetwork** regional aufsuchende akzeptanzorientierte Arbeit, die primär suchtpräventiv und auf Früherkennung und Frühintervention ausgerichtet und in fast allen Regionen der Steiermark implementiert ist.
- » **Höhergeschwellige Beratungsangebote** sind dezentral in allen Bezirken verfügbar. Erfahrungen zeigen, dass Menschen mit problematischem Alkoholkonsum frühzeitig in die Beratung der ambulanten Suchthilfe kommen, was die Handlungsmöglichkeiten in der Arbeit mit den Betroffenen erweitert. Dies wird als Ergebnis der Früherkennung, der Sensibilisierung und der Beratungsarbeit gewertet.
- » **Tabakentwöhnung** wurde über die Bezirksstellen der StGKK Steiermark großräumig etabliert.
- » Die **ambulante und stationäre Versorgung** wurde mit dem Ausbau des LKH Hochsteiermark erweitert, im Rahmen des RSG Steiermark sind zusätzlich sechs Betten zur dezentralen akuten Entgiftung am Standort geplant.
- » Kapazitäten wurden im Berichtszeitraum auch bei der **Substitutionsbehandlung** aufgebaut. Ein umfassendes Versorgungsangebot für Substitutionsbehandlung wurde im steirischen Substitutionsmodell bereits konzipiert, die Umsetzung wurde teilweise begonnen (siehe Kap. 6.2)
- » Die **Kooperation** zwischen **regionalen Suchthilfeeinrichtungen und Krankenhäusern** funktioniert – oftmals aufgrund persönlicher Initiative und regionaler Bekanntheit des Netzwerks – gut, ist aber nicht institutionalisiert. Durch die Einmietung ambulanter Beratungsangebote der Suchthilfe in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen vor Ort werden zusätzlich Kooperationen und Synergien erleichtert.
- » Eine starke Vernetzung und Kooperation mit den im RSG 2025 geplanten sozialpsychiatrischen Ambulatorien wird als sinnvoll erachtet.
- » Angebote der **aufsuchenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie aufsuchende Angebote der Kinder- und Jugendhilfe** sind auch aus suchtpolitischer Perspektive wünschenswert.
- » Ein flächendeckendes **Case- und Care-Management** für eine verbesserte regionale Vernetzung im Rahmen der Einzelfallhilfe wurde angedacht und geprüft. Ein wohnortnaher Ausbau eigener Suchthilfenetzwerke ist laut einer Bedarfserhebung (Raggam 2015) aber derzeit nicht notwendig. Für den Vernetzungsbedarf reicht – zumindest im Bezirk – ein Verzeichnis vorhandener Angebote und Strukturen. Dieses wird regelmäßig aktualisiert und vonseiten der Suchtkoordination des Landes Steiermark zur Verfügung gestellt. Auch für die universelle Präventionsarbeit ist das Wissen um verfügbare Hilfsangebote hilfreich.
- » Spezifische Rahmenbedingungen könnten jene niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen unterstützen, die **wohnortnahe suchtmedizinische Behandlung** gewährleisten. Hier erscheint eine entsprechende Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern, der Ärztekammer, den Fachverbänden und dem Gesundheitssystem erstrebenswert.
- » Kooperationen und spezifischer Wissenstransfer an der Schnittstelle zur Suchthilfe, um die Vermittlung suchtkranker Patienten/Patientinnen im Gesundheitssystem zu optimieren, bspw. das Case-Management der StGKK hinsichtlich suchtspezifischer Rehabilitationsangebote.

Leitlinie 7: Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die Betroffenen

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 7

Verstärkte Verzahnung von Gesundheits- und Sozialwesen; Konzepte der Versorgungsintegration durch Bewusstseinsarbeit, gemeinsame Aus- und Fortbildungen wie auch durch Kooperationsprojekte zwischen suchtspezifischen Einrichtungen und Einrichtungen der Regelversorgung

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Im Jahr 2013 wurde im Zuge der Erstellung des ambulanten Versorgungsplans für sozialpsychiatrische Einrichtungen festgelegt, dass eine Suchterkrankung kein Ausschlussgrund in Hinblick auf eine sozialpsychiatrische Versorgung sein kann. Vielmehr wurde definiert, dass ambulante Versorgungsstrukturen zu Tages- und Wochenrandzeiten für die Erstaufnahme und Weiterverweisung an spezifische Einrichtungen zuständig sind. Im aktuellen RSG 2025 übernehmen die geplanten 14 sozialpsychiatrischen Ambulatorien diese Funktion (Gesundheitsfonds Steiermark 2017).

Von den Experten und Expertinnen wird generell ein Handlungsbedarf hinsichtlich der **strukturellen Öffnung der Regelversorgung für Menschen mit Suchterkrankungen** formuliert. Innerhalb des Gesundheitssystems und des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems ist die Vernetzung und Verbindlichkeit gut abgebildet. Einzelinstitutionen in den Regionen bieten gute Kooperationen, die im Anlassfall individuelle Lösungen ermöglichen. Diese Initiativen werden zwar wahrgenommen, scheinbar braucht es aber Zeit, bis diese Beispiele der guten Praxis in die Struktur sickern (siehe auch Leitlinie 6). Im niedergelassenen Bereich bei (Fach-)Ärzten/(Fach-)Ärztinnen und teilweise auch im Falle von Krankenhäusern ist die Vernetzung und Verbindlichkeit jedenfalls ausbaubar. Sinnvoll erscheinen den Fachleuten Schulungen im niedergelassenen Versorgungsbereich hinsichtlich der Lotsenfunktion in Hinblick auf Alkohol. Im Zuge der Umsetzung des APA (*Weniger Alkohol – mehr vom Leben*) und in Verbindung mit Alkohol 2020 ist die Unterstützung von Ärzten/Ärztinnen in den Bereichen motivierende Gesprächsführung und Frühintervention geplant. Eine Vergütung der ärztlichen Gespräche im niedergelassenen Bereich zum Thema Alkohol/Tabak vonseiten der Krankenkassen ist in diesem Zusammenhang zu diskutieren.

Die **Wohnversorgung** (MSB), Tagesstrukturangebote wie auch die berufliche Integration von Menschen mit Suchterkrankung sind zentrale Handlungsfelder. Eine Kooperation mit der zuständigen ABT11 muss weiterhin angestrebt werden. Sichtbar sind die anlassbezogenen Bemühungen auf Ebene der Einzelfallhilfe. Das Paradigma Sucht als Ausschließungsgrund wird in den letzten Jahren vermehrt durchlässiger gehandhabt, eine entsprechende strukturelle Verankerung wäre beim Thema Wohnen und bei der mobilen sozialpsychiatrischen Begleitung (MSB) wünschenswert.

Bewusstseinsarbeit hinsichtlich der spezifischen Herausforderungen in der Arbeit mit suchtkranken Menschen fördert der multidisziplinär ausgerichtete Lehrgang zum Thema Sozialpsychiatrie und Sucht. Diese Fortbildung startete 2016 und wurde 2017 bereits zum zweiten Mal durchgeführt. Der Lehrgang bietet einem breiten Berufsspektrum eine Schulung im professionellen Umgang mit der Zielgruppe. Zu erwähnen ist auch die Unterstützung der Jugendämter durch die Drogenberatung des Landes im Sinne von Schulungsmaßnahmen und Sensibilisierung. Generell ist

anzumerken, dass die Vermittlung suchtspezifischer Inhalte in den medizinischen Berufsausbildungen zielführend wäre.

Leitlinie 8: Regionalisierung und wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 8

Wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe, Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung, Verbesserung der systematischen Informationsgrundlage, Einsatz von Case- und Care-Management-Strategien, entsprechende Ausbildung der Gesundheitsberufe und intersektorale Zusammenarbeit (insb. Gesundheits- und Sozialwesen), Zusammenarbeit verschiedener Leistungsträger/-erbringer

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Dem wohnortnahen Ausbau der Suchthilfe wurde durch die Eröffnung von Zweigstellen nachgegangen, vor allem Beratungsangebote sind in allen Bezirken vorhanden. Einschränkend muss angemerkt sein, dass derzeit der Status quo gehalten wird und in manchen Regionen (Südweststeiermark) die vorhandenen Angebote den Bedarf nicht abdecken. Hier sind Kapazitäten für Beratung, Behandlung und Begleitung auszubauen. In anderen Regionen wiederum wie Liezen oder Murau stellt die Erreichbarkeit der Angebote ohne Auto aufgrund der geografischen Beschaffenheit und dem unzureichenden öffentlichen Verkehrsnetzes eine Herausforderung dar. Eine Öffnung der medizinischen Regelversorgung für Suchtkranke, wie in Leitlinie 7 beschrieben, würde die wohnortnahe Versorgung wesentlich erleichtern. Hier ist im niedergelassenen Versorgungsbereich, auch unter Einbindung der regionalen Ärzteschaft, der Apotheken und Gesundheitszentren Überzeugungs- und Unterstützungsarbeit zu leisten.

Für die Obersteiermark wurden durch den Aufbau der Suchtmedizinischen Ambulanz in Bruck an der Mur 2012 zusätzliche Versorgungsstrukturen für Drogenkonsumierende und andere Suchtkranke (Medikamente, Alkohol) geschaffen. Im Rahmen des RSG Steiermark 2025 sind zusätzlich Betten zur dezentralen akuten Detoxikation im LKH Hochsteiermark geplant (siehe Leitlinie 6). Die Entwicklung dieser dezentralen Maßnahme ist zu beobachten, und langfristig sind in entsprechenden Schwerpunktspitälern analoge Maßnahmen zu setzen. Nach wie vor stellt die Weiterbehandlung von Substitutionspatienten/-patientinnen im niedergelassenen Bereich ein Problem dar, hier sind weitere Aktivitäten im Substitutionsmodell Steiermark geplant.

Ein Ausbau der Angebote in der Süd-, Südost- und Weststeiermark ist geplant. Eine Regionalisierung und ein wohnortnaher Ausbau eigener Suchthilfenetzwerke ist laut Bedarfserhebung (Raggam 2015) derzeit nicht notwendig.

Leitlinie 9: Evidenzbasierte Suchtpolitik

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 9

Ziel ist eine systematische Information über die epidemiologische Dynamik von Suchtproblemen, über Effektivität von Prävention und Suchthilfe, weiters eine einheitliche Leistungsbeschreibung für Suchthilfeangebote, eine Basisdokumentation der Inanspruchnahme und die Schaffung einer Steuerungsgrundlage der Suchtpolitik zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bestehender Maßnahmen

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Zentrale Vorarbeiten für eine Basisdokumentation der Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen wurden bereits 2016 abgeschlossen. Auch entsprechende Status- und Verlaufsindikatoren wurden definiert. Das Drogenfachgremium war in die Entwicklung der BADOS stark involviert. Weil BADOS derzeit ruht, wird auf den bereits erarbeiteten Grundlagen abteilungsintern (ABT08) an einem Prototyp für die Dokumentation der Klienten/Klientinnen und der Leistung der Einrichtungen der Suchthilfe Steiermark weitergearbeitet (vgl. Kap. 6.3). Eine Weiterführung der Arbeiten an BADOS wird von den Experten/Expertinnen als sinnvoll erachtet.

Leitlinie 10: Aktive Suchtpolitik

Inhaltlicher Fokus der Leitlinie 10

Aktionspläne, Steuerung (Governance) bietet strategische, sektorenübergreifende Planung für Suchtprävention und -hilfe; Vernetzung relevanter Akteure/Akteurinnen; Klärung von Verantwortung und Verbindlichkeiten; wechselseitiges Nutzbarmachen interdisziplinären Wissens für Prävention und Beratung/Betreuung/Behandlung, Verbesserung der Qualität der in den Einrichtungen geleisteten Arbeit, differenzierte Steuerungsstrategien: diverse Zuständigkeiten und Rechtsgrundlagen zwischen Verwaltungsebenen und in Verzahnung mit Leistungsträgern/-trägerinnen und Sozialversicherungsanstalten

Quelle: Pammer/Lederer-Hutsteiner 2011

Aktionspläne wurden gemäß Ziel 1 der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* für die Bereiche Tabak, Alkohol und Glücksspiel erstellt, ihre Umsetzung läuft (vgl. Kap. 2).

Die Umsetzung einer aktiven Suchtpolitik zeigt sich in den in Leitlinie 1 bis Leitlinie 9 beschriebenen suchtpolitischen Aktivitäten und in den Umsetzungsergebnissen. Für zukünftiges suchtpolitisches Handeln sind weitere Vernetzungen mit Akteuren/Akteurinnen und Stakeholdern der an die Gesundheitspolitik angrenzenden Politikfelder aufzubauen. Eine gemeinsame Wissensplattform könnte Teil dieser Vernetzung sein. Die Vernetzung mit Exekutive und Justiz wird als relevant angesehen. Zur Institutionalisierung des Austausches bedarf es aufgrund vorangegangener Erfahrungen einer gezielten Bedarfs- und Machbarkeitsprüfung seitens der Exekutive und Justiz, um die Kooperationsdefizite beseitigen zu können.

Eine aktive politische Suchtarbeit beinhaltet auch die Initiative auf Bundesebene im Bereich der Legalsubstanzen wie auch – die Kontrollgesetzgebung betreffend – hinsichtlich der illegalen Substanzen.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Sowohl in strategischer Hinsicht als auch im Rahmen der praktischen Umsetzung lässt sich für den Berichtszeitraum in der Steiermark ein positives Bild zeichnen. Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung einer Suchtentstehung wurden verstärkt, und auf aktuelle Entwicklungen und Zielgruppen wurde eingegangen. Positiv hervorzuheben sind die im Berichtszeitraum erarbeiteten neuen Strategien zum Umgang mit Alkohol, Nikotin und pathologischem Glücksspiel. Im Bereich illegaler Drogen sind insbesondere der Rückgang der Inzidenz der Opioidabhängigkeit (weniger Neuerkrankungen) und die hohe In-Treatment-Rate hinsichtlich der Opioid-Substitutionsbehandlung hervorzuheben. Folgende Empfehlungen zur Fortsetzung dieser positiven Entwicklungen können gegeben werden.

7.1 Handlungsfeld Daten / Monitoring / Finanzierung

A. Empfehlungen bezüglich Daten/Monitoring

A.1 Systematisches Monitoring aller Suchtformen

Die Datenlage in Hinblick auf verschiedene Suchtformen ist in der Steiermark sehr uneinheitlich. Im illegalen Drogenbereich existiert ein mit den von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht definierten Anforderungen kompatibles umfassendes Monitoring. Daten in Bezug auf die fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren *Behandlungen*, *Konsumbefragungen*, *Prävalenzschätzungen*, *drogenassoziierte Infektionskrankheiten* und *drogenbezogene Todesfälle* werden systematisch gesammelt und aufbereitet. Eine Zusammenschau dieser Daten erlaubt – ähnlich wie das Zusammensetzen eines Puzzles – einen Überblick über die aktuelle Situation und ermöglicht so, Veränderungen über die Zeit zu beobachten. Hinsichtlich Alkohol, Psychopharmaka, Nikotin und pathologischen Spiels sind weniger und kaum systematisch aufbereitete Daten verfügbar. Insbesondere bei der Behandlungsdokumentation im Bereich des pathologischen Spiels wird bemängelt, dass zwar umfassend dokumentiert wird, diese Dokumentation jedoch über die Jahre verändert wird und daher Zeitreihen schwer interpretiert werden können.

Empfehlung A.1

- » Implementierung eines einheitlichen Kerndatensatzes für den Behandlungsbereich, der alle Suchtformen abdeckt. Dieser sollte auf der bereits entwickelten, aber noch nicht umgesetzten BADOS aufbauen und mit den Anforderungen der EBDD kompatibel sein.
- » Entwicklung einheitlicher Erhebungsmodule für alle Suchthilfe-Einrichtungen jeweils für Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und pathologisches Spiel, die den internationalen Standards entsprechen, als Basis einer leistungsbezogenen Steuerung der Suchthilfe.
- » Definition von Indikatoren für Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und pathologisches Spielen, analog zu den fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren im illegalen Drogenbereich, die

- die Datensammlung systematisieren und ein Monitoring der Situation ermöglichen, um auf Basis beobachteter Veränderungen einen Handlungsbedarf ableiten zu können
- » Die im Rahmen von BADOS definierten Standards und Dokumentationstools könnten eine Basis für eine regelmäßige Suchtberichterstattung darstellen. Jeweils aktuelle suchtspezifische Themen könnten durch Schwerpunktkapitel abgedeckt werden.

A.2 Trendanalyse risikoreicher Substanzkonsummuster

Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre schließen (weniger Einsteiger/-innen). Gleichzeitig steigt der Anteil von Personen mit Cannabis als einziger Leitdroge im Behandlungsbereich. Es ist unklar, ob der Rückgang der Inzidenz des risikoreichen Opioidkonsums einen Rückgang des risikoreichen Drogen- bzw. Substanzkonsums insgesamt bedeutet oder nun andere Substanzen (z. B. Cannabis, Alkohol) von Jugendlichen und jungen Erwachsenen risikoreich konsumiert werden.

Empfehlung A.2

- » Es wird empfohlen, der Frage „risikoreiche Substanzkonsummuster bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Steiermark“ im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie nachzugehen. Dabei wird eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden vorgeschlagen.

A.3 Evaluationsstudie zur Langzeitsubstitutionsbehandlung

Seit 2003 zeigt sich eine kontinuierliche Alterung der Klientel in Substitutionsbehandlung, verursacht durch die Verringerung der Anzahl von Neueinsteigenden und durch das lange Verbleiben in Substitutionsbehandlung. 2016 war nur mehr etwas mehr als ein Viertel der Behandelten unter 30 Jahre alt und immerhin ein weiteres Viertel bereits 40 Jahre oder älter. Allerdings liegt über die Lebenssituation und Betreuungsbedürfnisse dieser alternden Langzeitbehandelten kaum Evidenz vor. Über Behandlungsverläufe, wie z. B. den Wechsel von stabilen und weniger stabilen Phasen, Risiko- und Schutzfaktoren in Hinblick auf Rückfälle in den intravenösen Konsum oder einen Beikonsum (d. h. zusätzlichen Konsum von illegalen Drogen oder Psychopharmaka) und das oft damit verbundene Risikoverhalten (z. B. Needle-Sharing, Überdosierungen) ist wenig bekannt.

Empfehlung A.3

- » Eine Evaluationsstudie über die Substitutionsbehandlung in der Steiermark mit einem Fokus auf Langzeitbehandlungen wäre sinnvoll. Ein Schwerpunkt sollte der Frage gewidmet werden, ob die bestehenden Angebote auch für die Gruppe der alternden Opioidabhängigen zielgruppenadäquat sind. Es wird eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden vorgeschlagen.

A.4 Differenziertes Befragungsmodul Glücksspielverhalten

Das Ausmaß der Teilnahme am Glücksspiel bei Jugendlichen stellt eine wichtige Grundlage für präventive Überlegungen dar. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass insbesondere für relativ unerfahrene Jugendliche die Abgrenzung von Glücks-, Geschicklichkeits- und Unterhaltungsspielen im Rahmen von Befragungen eine große Herausforderung darstellt.

Empfehlung A.4

- » Es wird empfohlen, aufbauend auf den Arbeiten der steirischen Fachstellen, entsprechende Befragungsmodule zur Erhebung des Glücksspielverhaltens bei Jugendlichen zu entwickeln und qualitativen Vortests zu unterziehen.

A.5 Aufbau eines systematischen Daten-Monitorings des Psychopharmakakonsums

Der Psychopharmakakonsum in der Allgemeinbevölkerung ist auf Basis der derzeit verfügbaren Daten schwer einzuschätzen. Es liegen Zahlen der Sozialversicherungsträger vor, die jedoch wesentlichen Limitationen unterliegen (z. B. keine Erfassung, wenn der Preis des Medikaments unter der Rezeptgebühr liegt). Zudem liegt keinerlei Information zu eingelösten Privatrezepten vor, und auch Zahlen aus dem intramuralen Bereich fehlen. Um einen besseren Einblick in mögliche Problemfelder der Therapie mit bzw. des Konsums von Benzodiazepinen zu erlangen, wären Daten hinsichtlich eingelöster Rezepte wesentlich.

Empfehlung A.5

- » Empfohlen wird die Definition von Indikatoren für die Beobachtung des Psychopharmakakonsums sowie eine einheitliche und zielführende Datengewinnung (Monitoring), die die Grundlage einer systematischen Analyse darstellen. Die Indikatoren sowie der Monitoringprozess sollten sich an internationalen Standards orientieren und auch bundesweit vergleichbar sein. Diese Herausforderung beschränkt sich nicht allein auf die Steiermark, sondern betrifft ganz Österreich.
- » Ein Pilotprojekt auf Landesebene wäre eine Chance für die Steiermark, den Aufbau eines Monitorings des Psychopharmakaverbrauchs federführend mitzugestalten. Dieses Monitoring würde Entscheidungsträger und -trägerinnen darin unterstützen, Trends frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu reagieren, zum Beispiel durch das Ergreifen schadensminimierender Maßnahmen, analog zur Suchtmedizin.

A.6 Missbräuchlicher Konsum psychotroper Medikamente

Verschreibungspflichtige psychotrope Medikamente werden von Suchtpatienten/-patientinnen immer wieder auch missbräuchlich verwendet, so gibt es beispielsweise derzeit Hinweise auf einen zunehmenden Trend zum Pregabalin⁶⁹-Konsum in der Steiermark. Eine entsprechende Sensibilisierung und Trendwahrnehmung hinsichtlich dieses missbräuchlichen Konsums ist im Bereich der Suchtmedizin notwendig.

Empfehlung A.6

- » Aufkommende Trends und Substanzen in der Suchtszene sind zu beobachten, auch um bedarfsgerecht und frühzeitig schadensminimierende Maßnahmen einleiten zu können.
- » Ein Informationsaustausch und eine inhaltliche Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Erwachsenenpsychiatrie sind in diesem Bereich zielführend.

B. Empfehlungen zur Finanzierung

B.1 Bewertung der Förderanträge

Im Rahmen der Bewertung der Förderanträge wird von der Steirischen Suchtkoordination in der derzeitigen Praxis der Erfüllungsgrad der Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* beurteilt. Die Analyse dieser Bewertungen für das Jahr 2016 zeigt, dass das Förderprozedere primär auf einer deskriptiven Basis beruht. Den Bewertungen liegen demnach, auch in Ermangelung entsprechender Leistungsdaten, keine objektivierbaren Kriterien zugrunde. Zur Erfüllung der Leitlinie 9 ist hier ein Präzisierungsbedarf abzuleiten.

Empfehlung B.1

- » Ausarbeitung objektivierbarer Kriterien unter Berücksichtigung der Tatsache, dass für die Planung, Steuerung und Finanzierung der Suchthilfeangebote den anwendungsorientierten Leitlinien eine stärkere Gewichtung zugeordnet werden sollte
- » Einbeziehung dieser Grundlagen in das System der leistungsbezogenen Finanzierung auf Basis einer einheitlichen Dokumentation (BADOS)

69

„Pregabalin (Handelsname Lyrica; Hersteller Pfizer) ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Antikonvulsiva. Seit 2004 ist es EU-weit zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen, Angststörungen und Epilepsie zugelassen.“

(<https://de.wikipedia.org/wiki/Pregabalin>, 7. 11. 2017).

B.2 Leistungsbezogene Finanzierung der Suchthilfe

Bereits 2006 wurden die Vorbereitungen für eine leistungsorientierte Finanzierung begonnen und im Jahr 2013 durch die Arbeiten an einer einheitlichen Basisdokumentation (BADOS) in enger Kooperation mit den steirischen Suchthilfeeinrichtungen intensiviert. 2016 erfolgte die Fertigstellung eines BADOS-Prototyps. Die Vorarbeiten zur BADOS bieten zudem die Möglichkeit einer Definition und finanziellen Bewertung von Leistungsmodulen, welche mittelfristig als Grundlage der Fördervergabe herangezogen werden kann.

Empfehlung B.2

- » Die vorhandenen Vorarbeiten zur BADOS sollten weitergeführt werden, um eine umfassende Struktur der Leistungs- und Angebotsbeschreibung, der systematischen Dokumentation und der leistungsbezogenen Finanzierung der Suchthilfe gewährleisten zu können. Ziel sollten ein adäquates Controlling und die Steuerung von Bedarfsplanung und Mitteleinsatz sein.
- » Im Bereich der niederschweligen Versorgung von Personen mit illegalem Substanzkonsum ist eine pauschalierte Basisförderung anzuraten, um jener Klientengruppe, die schadensminimierende Angebote in Anspruch nehmen will, den anonymen Zugang zu gewährleisten.

7.2 Handlungsfeld Versorgung(sstruktur)

C. Empfehlungen von Präventionsmaßnahmen

C.1 Zielgruppe Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen

Unter den Schülern und Schülerinnen weisen vor allem jene aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen einen erhöhten risikoreichen Konsum von Alkohol wie auch einen erhöhten Konsum von tabakhaltigen (nikotinhaltigen) Produkten und Cannabis auf. Für hochriskant konsumierende Jugendliche aus dieser Gruppe ist der Übergang in den Arbeitsmarkt ein relevantes Thema (Horvath et al. 2016). Diese Zielgruppe kann zum einen über bestehende niederschwellige suchtspezifische Angebote des Jugend-Streetworks erreicht werden, zum anderen erscheint in dieser Hinsicht die Zusammenarbeit mit Berufsschulen zielführend. In Graz erfolgt im Bereich der schadensminimierenden Maßnahmen zunehmend eine inhaltliche Zusammenarbeit zwischen Jugend-Streetwork und Drogen-Streetwork. Ein entsprechender Bedarf wird auch aus den Regionen gemeldet.

Empfehlung C.1

- » Ausarbeitung maßgeschneiderter Angebote der selektiven Prävention für diese Zielgruppe unter Betrachtung der spezifischen Lebensumstände. Ansätze des Peer-Involvement und die Einbeziehung der Angebote des Jugend-Streetworks in den Regionen könnten die Zielgruppenerreichung erleichtern.

- » Aufbau eines maßnahmeninternen Krisenmanagements im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen in Berufsschulen und Lehrbetrieben. Ausgehend von dem schulinternen Krisenmanagement im Rahmen des § 13 Abs 1 SMG im Bereich der illegalen Substanzen, könnte dieses zudem sowohl den problematischen Konsum legaler Substanzen als auch substanzungebundenes Suchtverhalten inkludieren. Dieser Zugang würde der Leitlinie 1 *Orientierung am Schadenspotenzial* entsprechen. Die Entwicklung eines Handlungsleitfadens für Berufsschulen im Umgang mit problematisch konsumierenden Schülern/Schülerinnen könnte beispielsweise angedacht werden.
- » Ausbau von Schulungen in den Regionen bezüglich schadensminimierender Maßnahmen im Bereich des Jugend-Streetworks.

C.2 Zielgruppenorientierte Alkoholprävention

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, mit der die meisten Steirer und Steirerinnen Konsumerfahrungen machen, wobei sich längerfristig ein leichter Rückgang des Alkoholkonsums zeigt. Während bei Erwachsenen nach wie vor Männer doppelt so häufig in einem problematischen Ausmaß trinken, haben sich bei Jugendlichen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nivelliert. Stattdessen sind starke Unterschiede zwischen Schultypen zu beobachten.

Empfehlung C.2

- » Die schulische Prävention sollte dem Umstand Rechnung tragen, dass Alkoholkonsum gleichermaßen Mädchen als auch Burschen betrifft, in Berufsschulen und polytechnischen Schulen aber eine größere Rolle spielt als in anderen Schultypen.

C.3 Zielgruppenorientierter Rauchausstieg

Erwachsene, deren höchster Schulabschluss die Pflichtschule, eine Lehre oder BMS ist, rauchen häufiger täglich als Erwachsene mit mindestens Maturaabschluss.

Empfehlung C.3

- » Bei präventiven Maßnahmen, die auf den Rauchausstieg von Erwachsenen abzielen, sollten Personen mit niedrigerem Schulabschluss speziell berücksichtigt werden.

C.4 Prävention von stoffungebundenem Suchtverhalten

Hinsichtlich der Entwicklung problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels sind besonders vulnerable Gruppen bekannt. Männliches Geschlecht, jüngeres Alter und Migrationshintergrund sind Risikofaktoren, auf die bereits mit spezifischen Präventionsmaßnahmen reagiert wurde.

Empfehlung C.4

- » Besonders im Bereich des stoffungebundenen Suchtverhaltens sollte man auch in Zukunft für neue Zielgruppen der Prävention offen sein. Aufgrund der ständigen Neuerungen bei den Angeboten in den Bereichen Internetanwendungen, digitale Spiele und Glücksspiel wird es

hier besonders wichtig sein, aktuelle Trends zu beobachten und gegebenenfalls mit entsprechenden Maßnahmen zu reagieren.

C.5 Sportwetten

Sportwetten gelten in Österreich rechtlich nicht als Glücksspiel. Die seit der Novelle des Glücksspielgesetzes 2010 geltenden Spielerschutzbestimmungen finden demnach keine Anwendung im Bereich der Sportwetten. In der Steiermark ist derzeit ein Sportwettengesetz in Begutachtung. Eine Zunahme an Sportwetten kann steiermarkweit beobachtet werden, nicht zuletzt aufgrund restriktiverer Maßnahmen im Bereich des Glücksspiels. Als besonders vulnerable Zielgruppe werden sportliche Jugendliche wahrgenommen, die sich bei Sportwetten als sehr kompetent erleben.

Empfehlung C.5

- » Im Bereich Sportwetten sollte auf die Erfahrungen in Bezug auf die Umsetzung von Spielerschutzmaßnahmen im Bereich Glücksspiel zurückgegriffen werden, um auch hier das Risiko für riskantes Wettverhalten zu reduzieren.
- » Bereits etablierte präventive Maßnahmen sollen nicht nur die Glücksspielsucht, sondern auch den Bereich der Sportwetten verstärkt einbinden. Spezielles Augenmerk sollte auf vulnerable Zielgruppen gelegt werden wie etwa sportliche Jugendliche oder Jugendliche mit Migrationshintergrund (auch in der zweiten Generation).

C.6 Vulnerable Lebenslagen

In der derzeitigen Fassung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* werden in der Leitlinie 3 *Differenzierte Zielgruppenerreichung* spezifische Vulnerabilitäten gelistet. Suchtverhalten ist allgemein nach Altersgruppen, Lebensübergängen und spezifischen Belastungssituationen zu differenzieren. Systemische Ansätze in der Arbeit der Suchthilfe, die auch Angehörige und Familienmitglieder integrieren, sind gerade im Bereich des Glücksspiels und in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zielführend. Die langjährige Praxis zeigt, dass sich Zielgruppen und Ansätze für suchtpreventives Handeln ändern können. In diesem Zusammenhang ist das Konzept der Gesundheitsdeterminanten hilfreich, welches die Vielzahl jener individuellen, sozialen, sozioökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren sichtbar macht, die die Gesundheit fördern. Die Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sollte demnach ein übergeordnetes Ziel der steirischen Suchtpolitik darstellen. Die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ist als gesundheitspolitischer Grundsatz in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschrieben (Wirl et al. 2015).

Empfehlung C.6

- » Die Leitlinie 3 sollte daher generell auf *vulnerable Lebenslagen* hinweisen und keine Aufzählung einzelner Vulnerabilitäten, Lebensphasen und Zielgruppen beinhalten.
- » Suchtpreventive Arbeit sollte sich an den Konzepten der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit orientieren.
- » Die Entwicklungen von Konsumgruppen/-trends sind kontinuierlich zu beobachten und hinsichtlich ihres Schadenspotenzials zu bewerten. Ein regelmäßiges Monitoring auf Basis eines einheitlichen Dokumentationssystems der Suchthilfe (BADOS) könnte einen wesentlichen

Beitrag zur Problemeinschätzung liefern. Vorhandene Vernetzungsstrukturen wie das Drogenfachgremium könnten für die Fachdiskussion und eine zeitnahe Maßnahmenplanung herangezogen werden.

D. Empfehlungen zur niederschweligen, schadensminimierenden Versorgung

D.1 Schadensminimierende Maßnahmen für Konsumierende illegaler Substanzen

Im Sinne der Reduktion der gesundheitlichen Folgen bei i. v. Drogenkonsumierenden sind Maßnahmen der Schadensminimierung für (illegal) Drogenkonsumierende zentral und werden auch in einem europäischen Bericht⁷⁰ zu Prävention und Reduktion von Gesundheitsfolgen aufgrund des Konsums illegaler Suchtmittel beschrieben (vgl. Busch et al. 2013a). Interventionen im Bereich der Prävention von drogenrelevanten Infektionskrankheiten (HIV, HCV, HBV) sind derzeit auf Graz beschränkt.

Empfehlung D.1

- » zielgerichteter Ausbau des Spritzentausches außerhalb der Landeshauptstadt wie auch in den steirischen Haftanstalten
- » kostenlose Durchimpfung der Risikogruppe (i. v. Drogenkonsum und HAV/HBV negativ) beispielsweise durch substituierende Ärzte in den Regionen im Sinne der Infektionsprophylaxe.
- » Erhebung des Bedarfs an zusätzlichen schadensminimierenden Angeboten außerhalb von Graz im Bereich der illegalen Substanzen.

D.2 HCV-Behandlung für i. v. Drogenkonsumierende

Die HCV-Prävalenz ist in der Gruppe der intravenös Drogenkonsumierenden seit Jahren sehr hoch, was u. a. die Gefahr von (Re-)Infektionen beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck, speziell in Bereichen ohne Möglichkeit des Spritzentausches (z. B. Gefängnis) erhöht. Um die HCV-Prävalenz in der Gruppe der intravenös Drogenkonsumierenden dauerhaft zu senken, sind sowohl die erfolgreiche Behandlung von Erkrankten als auch Maßnahmen zur Prävention von (Re-)Infektionen nötig.

Empfehlung D.2

- » Ausbau von Begleitmaßnahmen zur besseren Einbindung von Suchterkrankten in die HCV-Behandlung durch engmaschige Betreuung, abgestimmt auf die individuelle Situation der Patientinnen/Patienten, bspw. Abgabe der HCV-Medikation, gekoppelt an die Substitutionstherapie (siehe Haltmayer/Gschwantler 2017).

70

Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries (Busch et al. 2013a).

- » Weiterführung der engmaschigen und spezialisierten Beratung/Behandlung HCV-positiver Drogenkonsumierender als Kooperation zwischen der niederschweligen Einrichtung Kontaktladen/Graz und dem LKH Hörgas-Enzenbach. Bei Bedarf Ausbau solcher zielgruppenorientierter HCV-Behandlungen in den steirischen Regionen.

D.3 Schadensminimierende Angebote für Alkoholkonsumierende

Der Schaden, der durch langjährigen Alkoholmissbrauch entsteht, kann reduziert werden, wenn Personen frühzeitig in Behandlung finden und ein differenziertes Angebot für verschiedene Bedürfnisse besteht. Im Aktionsplan Alkoholprävention wird zur Verbesserung der Versorgung im Behandlungsbereich vor allem der Ausbau von Kurzinterventionen betont.

Empfehlung D.3

- » Zusätzlich zum Ausbau von Kurzinterventionen sollte angedacht werden, schadensminimierende Angebote (z. B. Ziel der Trinkmengenreduktion, sozialen Stabilisierung und der Abfederung negativer sozialer Folgen des Konsums) im Alkoholbereich stärker zu etablieren, um somit die Angebotspalette zu verbreitern und bislang noch ungenügend erreichte Zielgruppen zu erschließen.

D.4 Reduktion der drogenbezogenen Todesfälle

2015 sind neun Personen in der Steiermark an einer Überdosis mit Beteiligung illegaler Drogen verstorben. Einige evidenzbasierte Maßnahmen zur Senkung der Mortalität von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, die im EU-weiten Bericht⁷¹ zu Prävention und Reduktion von Gesundheitsfolgen aufgrund des Konsums illegaler Suchtmittel vorgeschlagen werden, sind in der Steiermark noch nicht umgesetzt. Diese umfassen bspw. Naloxone-Abgabe-Programme, Konsumräume, Erste-Hilfe-Trainings für Konsumierende.

Empfehlung D.4

- » Die EU-weit vorgeschlagenen Maßnahmen zur Reduktion der drogenbezogenen Todesfälle wie bspw. Konsumräume, Erste-Hilfe-Training für Personen mit intravenösem Drogenkonsum und zielgruppenadäquate Rettungseinsätze bei Drogennotfällen sollen in der Steiermark diskutiert und hinsichtlich ihrer Umsetzung überprüft werden.
- » Das bereits bestehende Take-home-Naloxone-Umsetzungskonzept vom Streetwork im Drogenbereich der Caritas Graz könnte österreichweit als Pilot-Initiative implementiert werden.

71

„Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries“ (Busch et al. 2013a).

E. Empfehlungen bezüglich ambulanter psychosozialer, psychologischer und medizinischer Beratung und Behandlung im Rahmen der Suchthilfe

E.1 Regionale Versorgung Suchtkranker

Der in Leitlinie 8 formulierte regionalisierte, wohnortnahe Ausbau eigener Suchthilfenetzwerke ist, den Ergebnissen einer Bedarfserhebung folgend, in dieser Form derzeit nicht zielführend.

Empfehlung E.1

- » Die Formulierung der Leitlinie 8 sollte dahingehend geändert werden, dass der Schwerpunkt primär auf dem Ausbau vorhandener Versorgungs- und Kooperationsstrukturen, auch mit Unterstützung der Steirischen Suchtkoordination, liegen sollte.
- » Zur Gewährleistung einer regionalen Versorgung Suchtkranker besteht weiterhin die Notwendigkeit, die Kapazitäten der Suchthilfe für Beratung, Behandlung und Begleitung in der Süd-, Südost- und Weststeiermark auszubauen, auch um die Voraussetzung für Kooperationen gewährleisten zu können.

E.2 Beratungs- und Hilfsangebote bei exzessiver Nutzung von Onlinespielen

Eine exzessive Nutzung von Onlineangeboten, insbesondere von Onlinespielen und hier im Speziellen bei männlichen Jugendlichen, ist ein derzeit häufig zu beobachtendes Phänomen. Oft sind es besorgte Eltern, die sich in weiterer Folge dazu veranlasst sehen, Beratungs- und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Einrichtungen der Suchthilfe sind häufig wegen zugrunde liegender Problematiken (z. B. familiäre Konflikte) nicht immer die passenden Anlaufstellen.

Empfehlung E.2

- » Die immer wieder geäußerten Bedürfnisse nach Unterstützung bei einer exzessiven Nutzung von Onlinespielen sollten in einem genauer zu definierenden Clearing-Prozess stärker differenziert werden, um die Betroffenen an bedarfsgerechte Interventionen weitervermitteln zu können.
- » Betroffenen und ihren Angehörigen sollten Informationen (z. B. Broschüren) zur Verfügung gestellt werden, um besser zwischen einem problembehafteten Spielverhalten und einem ausschließlich zeitintensiven Spielverhalten unterscheiden zu können.

F. Empfehlungen im Bereich ambulanter und (teil)stationärer medizinischer Behandlung

F.1 Dezentrale Maßnahmen zur akuten Detoxikation

Für die Obersteiermark wurden durch den Aufbau der Suchtmedizinischen Ambulanz in Bruck an der Mur 2012 zusätzliche Versorgungsstrukturen für Drogenkonsumierende und andere Suchtkranke (Medikamente, Alkohol) geschaffen. Im Rahmen des RSG Steiermark 2025 sind zusätzlich Betten zur dezentralen akuten Detoxikation im LKH Hochsteiermark geplant (siehe Leitlinie 6).

Empfehlung F.1

- » Die Entwicklung der dezentralen Maßnahme am LKH Hochsteiermark ist zu beobachten, und langfristig sind in entsprechenden Schwerpunktspitälern analoge Maßnahmen zu setzen.

F.2 Versorgungslage Substitutionsbehandlung

Eine Analyse des Zentrums für Suchtmedizin hinsichtlich der Strukturqualität der Substitutionsbehandlung in der Steiermark konstatiert im ländlichen Raum Versorgungsdefizite bei der Opioidsubstitutionsbehandlung (Zentrum für Suchtmedizin 2015). Diese Defizite könnten in naher Zukunft durch Pensionierungen in der Substitutionsbehandlung tätiger Ärzte und Ärztinnen, vor allem auch in Graz, verschärft werden.

Empfehlung F.2

- » Eine Ausarbeitung von Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung mit Opioidsubstitutionsbehandlung wird empfohlen, welche auch die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer erfordert.
- » Die im Rahmen der Analyse des Zentrums für Suchtmedizin erarbeiteten Handlungsempfehlungen, nämlich u.a. die Heranziehung der von § 15 SMG kundgemachten Einrichtungen, speziell zur Weiterbehandlung, bieten hierfür eine gute Ausgangsbasis.

F.3 Erhöhung der Haltequote in der Opioid-Substitutionsbehandlung

Insgesamt werden von den geschätzten 1.700 bis 2.850 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 49 und 82 Prozent durch Substitutionsbehandlung erreicht. Hinsichtlich des derzeitigen Angebots an Substitutionsbehandlung scheint ein Sättigungseffekt zu bestehen (d. h. fast alle Personen mit Opioidproblemen, für die diese Behandlung passend ist, befinden sich bereits in Substitutionsbehandlung).

Empfehlung F.3

- » Um eine weitere Steigerung der In-Treatment-Rate zu gewährleisten, sind innovative Ansätze notwendig (z. B. intravenöse Applikation des Substitutionsmittels, Heroinprogramme).

F.4 Verordnungsrichtlinien Benzodiazepine

Die hohe Wirksamkeit und das Suchtpotenzial von Benzodiazepinen als wichtigen Vertretern der Psychopharmaka-Gruppe verlangt nach einer medizinisch gut begründeten und begleiteten therapeutischen Anwendung. Benzodiazepine werden vorwiegend von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen im niedergelassenen Bereich (weiter)verordnet. Häufig konsumierende Gruppen sind generell Frauen und ältere Menschen, wobei in diesen Zielgruppen nicht immer von einem problematischen Konsum gesprochen werden kann.

Empfehlung F.4

- » Basierend auf den Empfehlungen der Fokusgruppe, wird angeregt, ein Angebot zur Beratung bezüglich problematischer Selbstmedikation aufzubauen bzw. das Behandlungsangebot der Suchthilfeeinrichtungen dahingehend zu erweitern.
- » Bewusstseinsbildende bzw. unterstützende Maßnahmen hinsichtlich der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für verschreibende Ärzte und Ärztinnen im stationären, aber vor allem im niedergelassenen Bereich werden empfohlen.
- » Die Ausarbeitung konsensueller Empfehlungen in Bezug auf die Verordnung von Benzodiazepinen im allgemeinmedizinischen Bereich würde steirische Ärztinnen und Ärzte bei einer bestmöglichen Behandlung unterstützen. Diese könnten sich inhaltlich an die „Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen“ (vgl. SDW 2016) anlehnen⁷².
- » Hinsichtlich der Verschreibung von Benzodiazepinen im Rahmen einer Opioid-Substitutionsbehandlung ist auf die Leitlinie des BMGF bezüglich des Umgangs mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden gemäß § 23a Abs. 3 Suchtgiftverordnung⁷³ wie auch auf die Interne Verschreiberichtlinie für Benzodiazepine der I.K.A. (Hiden/Wachter 2012) zu verweisen.

G. Empfehlungen Schnittstellen zu Systempartnern

G.1 Suchtpolitik als Querschnittsthematik

Im Sinne der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* wird Sucht(entwicklung) multikausal verstanden, das Thema reicht als Querschnittsthematik in andere Politikbereiche, allen voran Sozial-, Wohnbau-, Wirtschaftspolitik u. a. (siehe Leitlinie 2). Auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen werden Schnittstellen zu anderen vorhandenen Versorgungsbereichen sichtbar. Wissen um Herausforderungen in der allgemeinen Versorgung suchtkranker Menschen ist

72

Diese Empfehlungen decken sowohl allgemeine Themen wie Schlafstörungen als auch spezifische wie Alkoholentzug oder Abhängigkeit von Benzodiazepinen im Rahmen einer Opioid-Erhaltungstherapie ab.

73

http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/2/CH1040/CMS1346927354953/leitlinie_b.pdf (24. 10. 2017)

sowohl im Gesundheitssystem wie auch bei den Systempartnern nicht immer ausreichend vorhanden.

Empfehlung G.1

- » Im Sinne des HiAP⁷⁴-Ansatzes sind suchtpolitische Anliegen vonseiten der Suchtkoordination adäquat und zielgerichtet in Form suchthilferelevanter Parameter in relevanten Strategien anderer Politikfelder zu befördern. Kooperationen mit ausgewählten Ressorts sind zu initiieren und zu pflegen, um suchtpreventives Handeln als gesamtgesellschaftliches Handlungsfeld verständlich zu machen sowie Problembewusstsein und Offenheit zu schaffen.
- » Im Bereich der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sind seitens der Steirischen Suchtkoordination auch im Sinne einer *Aktiven Suchtpolitik* (Leitlinie 10) Schnittstellen zu vorhandenen Versorgungssystemen zu optimieren. Hier bedarf es gezielter Bewusstseinsarbeit und der Bereitstellung von Wissen bezüglich der Angebote der Suchthilfe für Systempartner, wie z. B. im Rahmen des lfd. Lehrganges zu Sozialpsychiatrie und Sucht.
- » Das Bewusstsein für und das Wissen um suchtspezifische Herausforderungen ist zudem bei allen medizinischen Berufsgruppen zu erweitern. Suchtspezifische Inhalte müssen in den universitären medizinischen Ausbildungen nachhaltig integriert werden. Diese Verankerung muss Ziel des suchtpolitischen Planens sein und dient der langfristigen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen spezifischen suchtmmedizinischen Behandlung wie auch einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Suchtpatienten/-patientinnen im Rahmen der medizinischen Regelversorgung.

G.2 Schnittstelle zu Justiz/Haftanstalten

In der Steiermark bestehen diverse Kooperationsprojekte zwischen Suchthilfeeinrichtungen und Haftanstalten. Gerade in der Vorbereitung auf die Haftentlassung von (ehemaligen) Suchtklienten und -klientinnen ist ein frühzeitiges Andocken an das Suchthilfesystem außerhalb der Haftanstalt sinnvoll, aber auch Haftbesuche im Rahmen der Einzelfallhilfe gewährleisten eine Kontinuität in der Betreuung.

Empfehlung G.2

- » Weiterführung dieser Kooperationen zwischen Einrichtungen der Suchthilfe und Haftanstalten
- » Eine Kooperation zwischen der Suchtkoordination und der Justiz ist empfehlenswert, um bestehende Angebote zu formalisieren und Herausforderungen in Bezug auf Suchtpatienten und -patientinnen in Haft frühzeitig identifizieren zu können.

74

Health in All Policies (dt: Gesundheit in allen Politikfeldern)

G.3 Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie

Menschen mit Suchterkrankungen weisen häufig eine psychiatrische Komorbidität auf, wobei Ursache und Wirkung hier beidseitig gesehen werden können. Beispielsweise werden traumatisierte und komorbide Jugendliche als Risikogruppe für die Entwicklung von Suchterkrankungen beschrieben. Die Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch Erwachsenenpsychiatrie hat daher große Relevanz. Es bestehen in der Steiermark vereinzelt Kooperationen zwischen der Suchthilfe und psychiatrischen Abteilungen. Im ÖSG 2017 wird im Bereich der psychischen Erkrankungen (PSY, KJP) hinsichtlich der Spezialversorgung von Kindern und Jugendlichen auf die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit, die auch die Suchthilfe inkludiert, hingewiesen (BMGF 2017).

Empfehlung G.3

- » Ein Austausch zwischen Suchtkoordination und Psychiatriekoordination mit dem Ziel, die Früherkennung sowie niederschwellige, ambulante und stationäre Versorgung der Zielgruppe zu optimieren, Synergien zu nutzen und Ressourcen zu bündeln, ist weiter zu empfehlen.
- » Eine starke Vernetzung und Kooperation mit den im RSG 2025 geplanten sozialpsychiatrischen Ambulatorien wird als sinnvoll erachtet und deckt sich auch mit der Leitlinie 6 *Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots*.
- » Im Sinne der Leitlinie 6 bzw. der Leitlinie 7 sind der Kontakt und die Kooperation zwischen den Suchthilfeeinrichtungen und den kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychiatrischen Abteilungen in den Krankenhäusern im Sinne von spezifischen, die Suchtdynamik betreffenden Verbindungsdiensten zu institutionalisieren.

G.4 Schnittstelle medizinische Regelversorgung

Hinsichtlich einer strukturellen Öffnung der ambulanten medizinischen Regelversorgung für Suchtkranke, wie in Leitlinie 7 beschrieben, besteht weiterhin Handlungsbedarf. Innerhalb des Gesundheitssystems und des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems ist die Vernetzung durch den steiermärkischen RSG 2025 abgebildet. Auch regionale Einzelinitiativen ermöglichen im Anlassfall individuelle Lösungen. Im niedergelassenen Bereich bei (Fach-)Ärzten/(Fach-)Ärztinnen und teilweise auch in Krankenanstalten ist die Vernetzung und Verbindlichkeit jedenfalls ausbaubar.

Empfehlung G.4

- » Für eine verbesserte wohnortnahe Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen ist vonseiten der Steirischen Suchtpolitik vor allem im niedergelassenen Versorgungsbereich Überzeugungs- und Unterstützungsarbeit zu leisten. Zur Identifizierung von strukturellen Hürden und Handlungsmöglichkeiten zur Öffnung der ambulanten medizinischen Regelversorgung empfiehlt sich eine Systemanalyse, die von den im RSG 2025 geplanten Versorgungsstrukturen ausgeht und zusätzlich die regionale Ärzteschaft, Apotheken und Gesundheitszentren einbezieht.
- » Im ÖSG 2017 ist für den Bereich der Primärversorgung zumindest bei den (teambasierten) Primärversorgungseinheiten der Aufgabenbereich *Besondere Versorgungsanforderungen bei*

Menschen mit psychischen Störungen als Basisaufgabe definiert. Dieser umfasst unter anderem die Leistung *Erkennen und ggf. Behandeln von Suchterkrankungen bzw. bei Bedarf Weiterleiten* (vgl. BMGF 2017, S.78). Diese Leistung ist auch im steirischen RSG zu berücksichtigen und in den Primärversorgungseinheiten umzusetzen.

- » Im Rahmen der Versorgungsplanung wie auch der Spezialversorgung von Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) empfiehlt sich die im ÖSG 2017 formulierte Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. Suchtkoordination im Sinne einer regionalen Gesamtplanung wie auch, im Rahmen von Kooperationen, bundesländerübergreifend (BMGF 2017).

G.5 Schnittstelle niedergelassene medizinische Versorgung im Zusammenhang mit suchtmmedizinischer Behandlung

Ganz allgemein spielt die niedergelassene medizinische Versorgung eine zentrale Rolle bei der wohnort- und lebensweltnahen allgemeinmedizinischen, aber auch suchtmmedizinischen Behandlung. So wurden beispielsweise, wie die Sozialversicherungsdaten zeigten, die meisten Verordnungen aus den analysierten Benzodiazepin-Gruppen für den niedergelassenen Bereich abgerechnet. Auch bei der Sicherstellung einer wohnortnahen Substitutionsbehandlung ist auf die zentrale Rolle der Hausärztin/ des Hausarztes hinzuweisen.

Empfehlung G.5

- » Es empfiehlt sich, niedergelassene Allgemeinmediziner/-innen als wichtige Kooperationspartner/-innen auch künftig zu unterstützen.
- » Es sei in diesem Zusammenhang auch auf die wesentliche Rolle der Ärztekammer wie auch – in Hinblick auf die Leistungsverträge – der Sozialversicherungsträger in Zusammenhang mit der suchtmmedizinischen Versorgung und Behandlung hingewiesen.

G.6 Schnittstelle Wohnversorgung/Arbeitsintegration/Tagesstrukturangebote

Die Wohnversorgung, Tagesstrukturangebote wie auch die berufliche Integration von Menschen mit Suchterkrankungen sind zentrale Handlungsfelder. Speziell langjähriger Alkoholmissbrauch ist nicht nur verantwortlich für somatische Erkrankungen (z. B. Leberzirrhosen), sondern steht auch in einem wechselseitigen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (z. B. Depression) und sozialen Belastungen (z. B. Obdachlosigkeit). Schnittstellen zu Sozialeinrichtungen (z. B. Wohnungslosenhilfe) können dabei helfen, Personen den Einstieg in niederschwellige Behandlungsangebote zu erleichtern. Eine Suchterkrankung stellt nach wie vor einen Ausschlussgrund für die Inanspruchnahme der oben angeführten Leistungen dar. Dieses Paradigma ist bspw. auch im steiermärkischen Behindertengesetz strukturell verankert, wird aber in den letzten Jahren in Einzelfällen von Leistungserbringern durchlässiger gehandhabt.

Empfehlung G.6

- » Um eine Öffnung der Angebote in den Bereichen Wohnversorgung, Tagesstruktur und mobile sozialpsychiatrische Begleitung (MSB) für Menschen mit Suchterkrankungen strukturell verankern zu können, ist eine Kooperation mit der im Land Steiermark zuständigen ABT11 anstrebenswert.
- » In Sozialbereichen, in denen Substanzkonsum einen Ausschlussgrund darstellt, sollte geklärt werden, wie entsprechende Alternativangebote für die marginalisierte Zielgruppe substanzkonsumierender Personen aussehen könnten. In diesem Zusammenhang muss auch geklärt werden, wer diese Angebote stellt und finanziert.

H. Empfehlungen im Bereich integrierte Versorgung

H.1 Differenzierte Ausarbeitung der Zielsetzung

Das Konzept der integrierten Versorgung findet derzeit in unterschiedlichen Bereichen viel Beachtung. Im Aktionsplan Alkoholprävention schlägt sich dieser Ansatz durch die Betonung der Wichtigkeit differenzierter und integrierter Hilfsangebote, der Wohnortnähe, der Anpassung an regionale Gegebenheiten sowie der Öffnung der sozialmedizinischen Regelversorgung, entsprechend den Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik*, nieder.

Empfehlung H.1

- » Im Sinne von Best Practice sollten Beispiele für gelungene integrierte Versorgung im Suchtbereich im Zuge einer systematischen und umsetzungsorientierten Untersuchung gesammelt werden. Herausforderungen und Voraussetzungen für ein Gelingen integrierter Versorgung sollten dabei anhand bisheriger und vergleichbarer Projekte erhoben und für zukünftige Umsetzungsideen nutzbar gemacht werden (Schulung von Professionisten, finanzielle Steuerungsmechanismen, Bereitstellung zeitlicher Ressourcen).

8 Literatur/Quellen

8.1 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Verein NADA-Akupunktur Österreich
Ederer, Peter	Steirischer Suchtkoordinator
Hiden, Michael	I.K.A. „Papiermühlgasse“, Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle, medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung
Pillich, Christina	Suchtmedizinische Ambulanz am LKH Hochsteiermark

8.2 Literatur

Avalon (2017). Tätigkeitsbericht. Streetwork mit Notschlafstelle 2016. Avalon, Verein für soziales Engagement, Liezen

Bammer G.; Battisson L.; Ward J.; Wilson S. (2000). The impact on retention of expansion of an Australian public methadone program. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 58(1-2): 173-180

b.a.s. (2016). Geschäftsbericht 2015. b.a.s. -steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Graz

Becka, S.; Schauppenlehner, M. (2011). Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen. In: *Soziale Sicherheit* 2011/4:200-205

BMG (2016). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMGF (2017). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

BMI (2011): Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2010. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien

BMI (2012). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2011. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien

BMI (2013). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2012. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien

- BMI (2014). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2013. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien
- BMI (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien
- BMI (2016). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien
- BMI (2017). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2016. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt, Wien
- Bühringer, G.; Kraus, L. (2011). Alkohol und öffentliche Gesundheit: Zahlen und Fakten. In: Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Hg. v. Singer, M.V.; Batra, A.; Mann, K. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S.35–25
- Busch, M., Haas, S., Weigl, M., Wirl, C., Horvath, I., Stürzlinger, H. (2007). Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. DIMDI
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Weigl, M.; Wirl, C. (2013a): Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries. Final report. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Türscherl, E. (2013b). DOKLI 2.1 – Basismanual. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (2015). Epidemiologiebericht Drogen 2015.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016). Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak, Wien
- Caritas Schlupfhaus (2016). Jahresbericht 2015, 20 Jahre Schlupfhaus. Caritas der Diözese Graz-Seckau, Graz
- Dür, W.; Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Eger, K. (2011). Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen. Status quo und Ausblick. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, St. Pölten.

- Gesundheitsfonds Steiermark (2011). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011. Version 2.0 gemäß Beschluss der Gesundheitsplattform Steiermark vom 29. Juni 2011. Joanneum Research Forschungsgesellschaft HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften und Ebner-Hohenauer HC Consult, Graz
- Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025). Gesundheitsfonds Steiermark, Graz
- Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025). Version 1.0, vom Juni 2017. EPIG GmbH, Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, Graz
- Glaeske Gerd (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme des Versorgungssystems. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern
- Glasko, Gerd; Schicktan, Christel (2012): BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. Asgard Verlag, Siegburg,
- Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2017). Hepatitis C Therapie 2017 und was die Suchtmedizin dazu beitragen kann. Vortrag beim 20. Substitutions-Forum von 6. bis 7. Mai 2017/ Mondsee
- Hidden, Michael; Wachter, Dietmar (2012). Interne Verschreiberichtlinie für Benzodiazepine der I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle. Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. Graz. *Unveröffentlicht*
- Hildebrandt, H. (2013). Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. Public Health Forum. 2013(0).
- JUKUS (2013). Jahresbericht 2013. JUKUS – Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport, Graz
- JUKUS (2015). Jahresbericht 2015. JUKUS – Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport, Graz
- Kalke, J.; Buth, S.; Rosenkranz, M.; Schütze, C.; Oechsler, H.; Vertheim, U. (2011). Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Klimont, J.; Baldaszi, E. (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien

- Landesrechnungshof Steiermark (2016). Prüfbericht Ausspielbewilligungen für Glücksspielautomaten – Verfahrensabwicklung. Landtag Steiermark – Landesrechnungshof Steiermark, Graz
- Lederer-Hutsteiner, Thomas; Hinterreiter R. (2012). Internetsucht und Internetnutzung unter steirischen Schülerinnen und Schülern. Eine repräsentative Untersuchung ab der 9. Schulstufe. Studie im Auftrag der Steirischen Gesellschaft für Suchtfragen, b.a.s., Graz
- Mattick R.P.; Kimber J.; Breen C.; Davoli M. (2004). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; (Issue 2005 / 1): CD002207.
- Meyer, G.; Häfeli, J.; Mörsen, C.; Fiebig, M. (2010). Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspiel. Ergebnisse einer Delphi-Studie und empirische Validierung der Beurteilungsmerkmale. In: Sucht 56/6405–414
- Nolte, E.; McKee, M. (2008). Integration and chronic care: a review. In: Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Hg. V. Nolte, E.; McKee, M. Open University Press, Maidenhead Berkshire, S.91–64
- Pammer, C.; Lederer-Hutsteiner, T. (2011). Die Neue Steirische Suchtpolitik. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion, Graz
- Peinhaupt, C.; Robl, E.; Plank, M.; Fassolder, G.; Krahulec, E.; König, C.; Schmidt, L.; Habacher, W. (2016): Gesundheitsbericht 2015 für die Steiermark. Hg. v. Gesundheitsfonds Steiermark, Graz
- PSD (2017). Psychosoziale Beratungsstellen. Psychosoziale Dienste Steiermark, Hilfswerk Steiermark, Graz
- PSN (2017). Jahresbericht 2016 Streetwork – Oberes Murtal. Psychosoziales Netzwerk gemeinnützige GmbH, Murau
- Puhm, Al.; Strizek, J. (2016). Problematische Nutzung von digitalen Spielen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Raggam, G. (2015). Abschlussbericht zum Projekt "Einrichtung eines Prototypen eines regionalen Suchthilfenetzwerks mit strukturiertem Case- und Caremanagement im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld". b.a.s Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Graz
- Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, D.; Teutsch, F.; Hofmann, F.; Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- Reuvers, L. (2015). Alkohol 2020 – Integrierte Versorgung von Menschen mit Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH, Wien
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Robl, E.; Fassolder, G.; Peinhaupt, C. (2107). Alkohol und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung Steiermark im Blickpunkt. Gesundheitsfonds Steiermark, Graz
- Schjerning, O.; Rosenzweig, M.; Pottegard, A.; Damkier, P.; Nielsen, J. (2016): Abuse Potential of Pregabalin: A Systematic Review. In: CNS Drugs 30/19-25
- Schmutterer, I.; Uhl, A.; Strizek, J.; Bachmayer, S.; Puhm, A.; Kobrna, U.; Grimm, G.; Springer, A. (2008). ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien
- Schmutterer, I. (2017). Zur Prävalenz des Tabakrauchens in Österreich. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 6/2:35–42
- Schneider, B.; Wetterling, T. (2016). Sucht und Suizidalität. Sucht: Risiken – Formen – Interventionen, Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie. Hg. V. Bilke-Hentsch, O.; Gououlis-Mayfrank, E.; Klein, M.; Kohlhammer, Stuttgart
- SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien, Wien
- Singer, M. V.; Batra, A.; Mann, K. (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart
- Statistik Austria (2016a). Straßenverkehrsunfälle: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden. Jahresergebnisse 2015. Schnellbericht. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2016b). Bildungsstandregister 2014. Statistik Austria, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2014): Gesundheitsindikatoren als zweifelhafte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 16/5:223–231
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Hg. V. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016). Bevölkerungserhebung zum Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Tanios, Aida (2016): Protokoll der Expertenrunde zum Psychopharmakakonsum in Österreich, unveröffentlicht
- Uhl, A.; Stringer, A. (1996). Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien
- Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Puhm, Al.;Springer, Al. Kopf, N.; Beiglböck, W.; eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009). Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. Überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhl, A.; Bachmayer, S.; Puhm, Al. Strizek, J.; Kobrna, U.; Musalek, M. (2016). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2016. Aufl. 7vollständig überarbeitet. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- VIVID und Fachstelle Glücksspielsucht (o.J.). Positionspapier zum Thema Glücksspiel in der Steiermark. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention und Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, Graz.
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J.; Türscherl, E. (2016): Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich, Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J.; Tanios, A. (2017): Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich, Wien
- WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. WHO, Genf
- Wirl, Ch.; Fröschl, B.; Kichler, R.; Pertl, D.; Tanios, A.; Weigl, M.(2105): Empfehlungen Zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- xsample (2011a). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2010 – Kommentarband. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Stabsstelle Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2011b). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2010 – Tabellenteil. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Stabsstelle Suchtkoordination. Xsample, Graz

- xsample (2012a). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2011 – Kommentarband. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2012b). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2011 – Tabellenteil. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2014a). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2013 – Kommentarband. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8 – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2014b). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2013 – Tabellenteil. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8 – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2015a). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2014 – Kommentarband. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8 – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2015b). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2014 – Tabellenteil. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8 – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2016a). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2015 – Kommentarband. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8 – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. Xsample, Graz
- xsample (2016b). D O K L I Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2015 – Tabellenteil. Im Auftrag des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8 – Gesundheitswesen, Suchtkoordination. xsample. Graz
- Zellner, N.; Eyer, F.; Zellner, T. (o.J.): Pregabalin abuse in Munich: an increasing problem. Conference abstract. In: Clinical Toxicology.
- Zentrum für Suchtmedizin (2015). Substitutionsmodell Steiermark – Konzept. Im Auftrag der Suchtkoordination des Landes Steiermark. Zentrum für Suchtmedizin, Graz

Anhang

Fokusgruppe: Geladene Institutionen/Einrichtungen

- » Aloisianum – Therapieeinrichtung für Alkoholabhängige, Caritas Graz-Seckau
- » Amt der Steiermärkischen Landesregierung, ABT08, Drogenkoordination
- » Avalon – Verein für soziales Engagement, Liezen
- » b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
- » Drogenberatung des Landes Steiermark
- » Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark
- » Gesundheitsfonds Steiermark, Aktionsplan Alkoholprävention
- » Gesundheitsfonds Steiermark, Psychiatriekoordination
- » I.K.A. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle Graz
- » Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Caritas Graz-Seckau
- » Landespolizeidirektion Steiermark, Landeskriminalamt/Kriminalprävention
- » LKH Graz Süd-West, Standort Süd, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- » LKH Graz Süd-West, Standort Süd, Zentrum für Suchtmedizin
- » LKH Hochsteiermark, Standort Bruck
- » PSD Psychosozialer Dienst, Hilfswerk Steiermark GmbH
- » PSN Psychosoziales Netzwerk gemn. GmbH
- » Sicherheitsexekutive, Suchtmittelkriminalität
- » Suchtmedizinisches Zentrum (SMZ) Liebenau
- » Streetwork Oberes Mürztal / ISOP
- » Suchtberatung Obersteiermark, Leoben
- » Suchtkoordination der Stadt Graz
- » Therapiestation Walkabout, Kainbach
- » Verein Grüner Kreis
- » VIVID – Fachstelle für Suchtprävention

Tabelle A1:

Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark nach Geschlecht, 2010–2016

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt
	Alle Steirer/-innen		
2010	588.396	616.649	1.205.045
2011	589.542	617.069	1.206.611
2012	591.213	617.483	1.208.696
2013	592.996	617.975	1.210.971
2014	595.842	619.404	1.215.246
2015	600.305	621.265	1.221.570
2016	607.226	624.786	1.232.012
	Steirer/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren		
2010	409.238	401.391	810.629
2011	411.164	403.049	814.213
2012	412.289	403.608	815.897
2013	412.311	403.637	815.948
2014	413.265	403.751	817.016
2015	415.673	404.195	819.868
2016	419.657	405.610	825.267

Quelle: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes 2010–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG