

Impressum

© Autonome Provinz Bozen 2003

Redaktion



Christa Ladurner
Peter Koler
Forum Prävention
Hörtenbergstr. 1b
39100 Bozen

Wissenschaftliche Begleitung

Alfred Uhl
Christine Gruber
Ulrike Kobra

Bezugsquelle

Amt für Gesundheitssprengel
Abteilung Gesundheitswesen
Tel. 0471-411751
Fax 0471-411699

Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet

Graphik

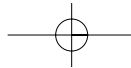
Ulrike Spögler, Meran

Produktion

Satzzentrum, Brixen

Fotografie

Oskar Dariz, Bozen



Vorwort

Es freut mich, dass der Realität der Suchtproblematik angepasste Leitlinien nun auch für Südtirol vorliegen. Nach einem starken Ausbau der Einrichtungen in den letzten 10 Jahren ist es notwendig geworden, auch eine inhaltliche und theoretische Weiterentwicklung vorzunehmen.

Zum ersten Mal liegt für Südtirol ein Grundlagenpapier vor, das innerhalb der Suchtarbeit die strategischen Leitlinien und Visionen sammelt und eine grundsätzliche Orientierung für alle im Feld tätigen Kräfte sowie für alle Verantwortlichen, die in der Politik, Planung und Verwaltung tätig sind, vorgibt.

Durch die gemeinsame Arbeit vieler in diesem anspruchsvollen Bereich tätigen Fachleute der öffentlichen und privaten Einrichtungen, konnte dieses Dokument entstehen, welches die Grundlage der Suchtarbeit in den kommenden Jahren bildet.

Mein Dank gilt den Verantwortlichen des Projekts sowie allen beteiligten Experten und Lektoren, die mit großem Engagement den Prozess der Entstehung der "Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol" begleitet haben.

Dr. Otto Saurer

Landesrat für Gesundheits- und Sozialwesen

inhalt

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt. Sie beziehen sich selbstverständlich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

06 EINLEITUNG

09 LEITLINIEN DER SUCHTPOLITIK IN SÜDTIROL DIE HANDLUNGSFELDER UND QUALITÄTSSTRATEGIEN

13 1. HANDLUNGSFELD SUCHTPRÄVENTION

14 Theorie

15 Aktuelle Situation

17 Perspektiven

21 Handlungsschwerpunkte

23 2. HANDLUNGSFELD THERAPIE UND REHABILITATION

24 Theorie

25 Aktuelle Situation

29 Perspektiven

33 Handlungsschwerpunkte

35 3. HANDLUNGSFELD BERUFLICHE UND SOZIALE INTEGRATION

36 Theorie

37 Aktuelle Situation

41 Perspektiven

44 Handlungsschwerpunkte

45 4. HANDLUNGSFELD SCHADENSMINIMIERUNG UND ÜBERLEBENSHILFE

46 Theorie

47 Aktuelle Situation

49 Perspektiven

50 Handlungsschwerpunkte

51 5. HANDLUNGSFELD SICHERHEIT

52 Theorie

52 Aktuelle Situation

53 Perspektiven

56 Handlungsschwerpunkte

57 I. QUALITÄTSSTRATEGIE VERNETZTES ARBEITEN

58 Theorie

58 Aktuelle Situation

59 Perspektiven

62 Handlungsschwerpunkte

	63	II. QUALITÄTSSTRATEGIE PROFESSIONALITÄT
	64	Theorie
	64	Aktuelle Situation
	65	Perspektiven
	66	Handlungsschwerpunkte
	67	III. QUALITÄTSSTRATEGIE PLANUNG UND KOORDINATION
	68	Theorie
	68	Aktuelle Situation
	68	Perspektiven
	70	Handlungsschwerpunkte
	71	IV. QUALITÄTSSTRATEGIE DOKUMENTATION UND WISSENSCHAFT
	72	Theorie
	72	Aktuelle Situation
	72	Perspektiven
	74	Handlungsschwerpunkte
	75	THEORETISCHE GRUNDLAGEN
	76	Drogen – Begriffsdefinition
	76	Formen des Substanzgebrauchs
	78	Das Menschenbild
	79	Ursachen von Suchtentwicklung
	80	Formen von Sucht
	87	GESETZE UND DOKUMENTE
	88	Die staatliche Drogengesetzgebung
	90	Die italienische Gesetzgebung im Alkoholbereich
	91	Die Instrumente der Suchtpolitik in Südtirol
Grafik 1	92	ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH GESUNDHEITSWESEN
Grafik 2	94	ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH SOZIALWESEN
	96	EINRICHTUNGEN DER SUCHTARBEIT IN SÜDTIROL
Anhang	101	ENTWICKLUNG DES VERSORGUNGSSYSTEMS IN SÜDTIROL
	107	Bibliographie

einleitung

Sucht ist ein gesamtgesellschaftliches Problem. Eine ganzheitliche Suchtarbeit umfasst neben dem sozialen und gesundheitlichen Aspekt den breiten Kontext gesellschafts-politischer Aufgabenfelder in den Bereichen Familie und Jugend, Bildung, Sicherheit, Wirtschaft und Arbeit. **Eine vernetzte Gesamtvision des Versorgungssystems ist daher ein zentraler Grundgedanke der vorliegenden Leitlinien.**

Suchtprobleme stellen unsere Gesellschaft vor eine große Herausforderung. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass es keine Patentlösungen gibt, doch kann eine gemeinsame Auseinandersetzung von Experten dazu beitragen, dass die Angebote optimiert und neue Strategien, nach denen die sich ständig verändernden Suchtproblematiken verlangen, entwickelt werden können.

Das hier vorliegende Dokument erläutert den aktuellen Versorgungsstand und erarbeitet Leitlinien, damit die Leistungen der im Bereich tätigen öffentlichen und privaten, sozialen und sanitären Körperschaften auf gemeinsame Grundlagen Bezug nehmen können.

Warum ein Konzept mit dem Schwerpunkt im Bereich Alkohol- und illegale Drogenabhängigkeit?

Bei der Erstellung von Konzepten zur Vorbeugung, Behandlung, Betreuung und Wiedereingliederung von Menschen mit Suchtproblemen stellt sich die Frage, ob sich die Leitlinien auf abhängiges Verhalten insgesamt oder auf einzelne Formen von substanzgebundenen bzw. nicht-substanzgebundenen Süchten beziehen sollen.

Die verschiedenen süchtigen Verhaltensweisen fußen auf ähnlichen Grundstörungen. Aus diesem Grund werden in der Primärprävention alle Formen der Sucht berücksichtigt. Das derzeitige Hilffsystem beschäftigt sich vorwiegend mit der Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen und Alkohol; die Behandlung der Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit rückt zunehmend in den Vordergrund wie auch spezielle Formen von nicht-substanzgebundenen Süchten wie Spielsucht u. a.

In diesen Leitlinien sind der Konsum und die Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen zentrale Themen. Die Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit werden ebenso wie die Spielsucht und alle anderen Formen süchtigen Verhaltens mit berücksichtigt; dies gilt im Besonderen für die Primärprävention.

Ziel des Konzepts

Eine wirksame Suchtpolitik baut auf der Zusammenarbeit verschiedener privater und öffentlicher Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheits- und Sozialwesen, Justiz, Schule, Jugendarbeit, öffentliche Ordnung, Kultur u.a.m. auf. Die Bereitschaft zur aktiven Zusammenarbeit, ein kontinuierlicher Informationsfluss zwischen den Institutionen und die Abstimmung der Interventionskonzepte werden in den Leitlinien als Grundhaltungen vorausgesetzt.

Adäquate praxisorientierte und theoriegeleitete Richtlinien für alle im Feld tätigen Personen und Interessierte sind Voraussetzung für ein funktionierendes und koordiniertes Hilfsangebot. Durch gemeinsame Leitlinien können eine Versachlichung der Debatte in Drogenfragen und eine Abstimmung der einzelnen Arbeitsfelder erreicht werden.

Die Leitlinien, welche aktuelle Forschungsergebnisse integrieren und europäische Standards aufgreifen, richten sich nicht nur an Experten, sondern auch an das Ehren-

amt, an die verantwortlichen Verwalter, an alle Interessierten und nicht zuletzt auch an die Betroffenen selbst.

Die Leitlinien stellen eine inhaltliche Grundlage dar und bieten besonders für die zuständigen Landesämter und für deren Planung Orientierungspunkte. Die Umsetzung in die Praxis erfolgt in einem zweiten Moment und ist Aufgabe von Politik und Verwaltung.

Die vorrangigen strategischen Visionen dieses Dokumentes können folgendermaßen beschrieben werden:

- die Erkenntnis der Notwendigkeit, das übermäßig sanitätsorientierte Versorgungssystem zu überwinden
- die Anerkennung der zentralen Rolle der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen im Sanitätsbereich mit deren klinischer Kompetenzausweitung auf verschiedene Abhängigkeitsformen
- die Notwendigkeit, in Zukunft genaue Definitionen der Kompetenzen und Schnittstellenregelungen in der Integration der Einrichtungen zu erarbeiten
- die effektive Aufwertung der privaten Initiative
- die Wahrung des Pluralismus unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- die Stärkung des Bereichs der Sekundärprävention

Die Methode

Die Leitlinien werden wesentlich von den im Bereich tätigen Einrichtungen mitgetragen. Dafür war es notwendig eine Methode zu finden, die es durch die Einbindung der in Praxis und Theorie tätigen Personen ermöglicht, auf vorhandenen Erfahrungen aufzubauen und eine breite Akzeptanz der im Feld Tätigen über die Mitarbeit in der Konzepterstellung zu erreichen.

In Anlehnung an die Delphimethode, einen selbstkorrigierenden Ansatz zur Konsensfindung, sollten Experten wiederholt zu den Entwürfen Stellung beziehen.

Aus diesem Grund entstand das Expertengremium, in dem Vertreter aus öffentlichen und privaten Einrichtungen und der Verwaltung zusammenkamen. Das Expertengremium arbeitete maßgeblich an der Entstehung der Struktur des Textes sowie an den Inhalten mit.

Im Detail bedeutete dies, dass zwischen dem Redaktionsteam und der Expertengruppe in insgesamt 5 Sitzungen und durch zahlreiche persönliche und telefonische Kontakte so lange am Text gearbeitet wurde, bis sich ein weitgehender Konsens abzeichnete.

Der Lektorenkreis war ein zweites beratendes Gremium. In ihm waren alle wichtigen Vertreter der Südtiroler Suchtarbeit vertreten. Die Rohtexte wurden in zwei verschiedenen Phasen des Entstehungsprozesses verschickt. Die Kommentare der Lektoren wurden eingebaut und wiederum zur Diskussion gestellt.

In einer abschließenden Konsensuskonferenz mit allen Beteiligten im Mai 2003 wurde der hier vorliegende Text als Konsensuspapier gutgeheißen.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung über den gesamten Entstehungsprozess von Dr. Alfred Uhl und seinen Mitarbeiterinnen Mag. Christine Gruber und Ulrike Kobra vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung in Wien wurde noch eine dritte externe Ebene eingeführt.

Ein besonderer Dank gilt daher allen beteiligten Experten und Lektoren, welche durch ihre Mitarbeit den Prozess der Leitlinienerstellung erheblich qualifiziert haben

Expertengremium	
Degiorgis Alberto	Verein „Hands“
Di Fede Liliana	Abt. 9 – Sozial- und Gesundheitsdienste der Gemeinde Bozen
Fiocca Luciana	Landesamt für Menschen mit Behinderung und Zivilinvaliden
Ghirardello Gabriele	D.f.A. Meran – Sanitätsbetrieb Meran
König Alfred	Landesamt für Gesundheitssprengel
Marcato Bruno	Verein „La Strada – Der Weg“
Mattedi-Tschager Fernanda	Sozialdienste der Bezirksgemeinschaft Überetsch-Unterland
Wagger Alfred	Ökoservice – Bezirksgemeinschaft Pustertal
Zingerle Helmut	Therapiezentrum „Bad Bachgart“ – Sanitätsbetrieb Brixen
Zingerle Paul	Abt. Sozialdienste – Sozialbetrieb Bozen
Gastexperte	
Dellantonio Elio	D.f.A. Bozen – Sanitätsbetrieb Bozen
Lektorenkreis	
Andergassen Günther	Ressort für Personal, Gesundheits- und Sozialwesen
Balestrini Piero	Young & Direct – Jugendberatungsstelle
Bauer Irene	Landesamt für Gesundheitssprengel
Bracchetti Sigrid	Sprengel Überetsch – Bezirksgemeinschaft Überetsch-Unterland
Brugger-Paggi Edith	Dienststelle für Gesundheitserziehung, Integration und Schulberatung – Deutsches Schulamt
Caroli Gerardo	Regierungskommissariat Bozen
Casadei Catia	Landesamt für Menschen mit Behinderung und Zivilinvaliden
Cominato Luca	Psychologischer Dienst Bozen – Dienst für Verkehrspsychologie– Sanitätsbetrieb Bozen
Conci Alberto	Sozialsprengel Bozner Boden - Rentsch - Sozialbetrieb Bozen
Endrizzi Paolo	D.f.A. Meran – Sanitätsbetrieb Meran
Ferrari Marina	D.f.A. Bozen – Sanitätsbetrieb Bozen
Frizzera Sandra	Dienst für Sportmedizin – Sanitätsbetrieb Bozen
Gallegati Annalisa	Dienststelle für Gesundheitserziehung - Italienisches Schulamt
Girelli Nadia	Landesamt für Gesundheitssprengel
Guidoboni Francesco	D.f.A. Meran – Sanitätsbetrieb Meran
Kastlunger Lois	Dienststelle für Gesundheitserziehung – Ladinisches Schulamt
Mairl Meinrad	Verein „Südtiroler Drogenhilfe“
Marcello Patrizia	Landesarbeitsamt
Micocci Ulderico	Sozialgenossenschaft „Oasis“
Morosetti Giulia	Landesamt für Hygiene u. öffentliche Gesundheit
Mussner Edmund	Ärztammer
Nothdurfter Klaus	Landesamt für deutsche und ladinische Jugendarbeit
Nuzzacci Anna Rita	Justizministerium – Gefängnis Bozen
Panzani Patrizia	D.f.A. Bozen – Alkohologie KH Bozen – Sanitätsbetrieb Bozen
Pastorini Lucia	Regierungskommissariat Bozen
Pretto Paolo	Pneumologischer Dienst – Sanitätsbetrieb Bozen
Recla Marco	Landesamt für italienische Jugendarbeit
Santi Sonia	Landesamt für Familie, Frau und Jugend
Santoro Stefano	Landesamt für italienische Jugendarbeit
Savegnago Christian	Verein „La Strada – Der Weg“
Schweigkofler Heiner	Caritas – Diözese Bozen-Brixen
Seeber Theodor	Dienststelle für Gesundheitserziehung, Integration und Schulberatung – Deutsches. Schulamt
Sonnerer-Hüttner Karin	D.f.A. Brixen – Sanitätsbetrieb Brixen
Spolaore Paolo	Abteilungsdirection Gesundheitswesen
Stoppa Elisabetta	Vereinigung „Elterninitiative zur Vorbeugung der Drogenabhängigkeit Jugendlicher“
Tasinato Alessandra	Sozialgenossenschaft „Albatros“
Tragust Karl	Abteilungsdirection Sozialwesen
Trenkwalder Antje	Landesamt für Hygiene und öffentliche Gesundheit
Trompedeller Ruth	Bezirksgemeinschaft Salten-Schlern
v. Sölde Marion	D.f.A. Bruneck – Sanitätsbetrieb Bruneck
Windegger Heidi	Bezirksgemeinschaft Burggrafenamt
Zitturi Pia	Jugendzentrum „Inso Haus“ – St. Lorenzen

Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol

Prävention fördert gesunde Menschen und erkennt frühzeitig Risiken.

Primäre Suchtprävention im Sinne von Gesundheitsförderung ist ein ursachenorientiertes Strategienbündel, das die Ressourcen von Einzelnen, Systemen und Strukturen prozesshaft fördert und damit selbstbestimmtes Leben stärken will¹. Anzustreben ist die Erhöhung der Lebenskompetenzen im weitesten Sinne, und zwar von Kindheit an. Das heißt, Prävention beginnt bei der Elterngeneration. Suchtprävention darf sich nicht auf die Zielgruppe der Heranwachsenden beschränken, ein das gesamte Leben umfassender Ansatz ist sinnvoll.

Eine ganzheitliche Suchtprävention umfasst neben dem personenbezogenen Aspekt den breiten Kontext gesellschaftspolitischer Aufgabenfelder, wie z. B. wirtschafts- und marktpolitische Vorgaben, Bildung, Sozial-, Familien-, Jugend- und Gesundheitspolitik.

Einen zunehmenden Stellenwert bekommt in letzter Zeit die Sekundärprävention, d.h. die Früherkennung von Problemen und die Maßnahmen zugunsten von Risikogruppen.

Ziel suchtpreventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden in den verschiedenen Lebensbereichen zu fördern und die Entstehung süchtiger bzw. suchtähnlicher Verhaltensweisen zu verhindern.

Ein diversifiziertes sozio-sanitär integriertes Betreuungs- und Behandlungsangebot bietet die Möglichkeit situationsangepasst zu reagieren.

Das Therapie- und Rehabilitationsangebot muss alle Abhängigkeitsformen berücksichtigen, vielfältig und gemeindenah organisiert sein. Abhängige Menschen sollen ein auf ihre Bedürfnisse angepasstes Angebot in Anspruch nehmen können. Ebenso sind für Angehörige Betreuungs- und Behandlungsangebote vorzusehen.

Das Recht auf Selbstbestimmung und auf Privatsphäre muss immer berücksichtigt werden. Ein direkter, unbürokratischer Zugang zu den verschiedenen Einrichtungen bzw. Anlaufstellen und eine Betreuung bei absoluter Wahrung des Berufsgeheimnisses und der Anonymität müssen garantiert sein.

Maßnahmen der sanitären und sozialen Behandlung mit dem Ziel Abstinenz sollen von der Betreuung ohne Abstinenzanspruch klar unterschieden werden: Auch wenn der Abstinenzgedanke immer grundlegend ist, kann er bei fehlenden Ressourcen der Klienten nicht erzwungen werden.

Ziel ist es, die Lebensqualität und die Lebenskompetenz der Betroffenen zu verbessern, gesundheitliche Schäden zu verringern und die Zahl jener, die den Ausstieg schaffen, zu erhöhen.

¹ Diese Position wird auch von der WHO in der Ottawa-Charta vertreten.

Berufliche und soziale Integration von Betroffenen verhindert ein Leben am Rand der Gesellschaft.

Die Aufrechterhaltung der beruflichen und sozialen Integration bzw. Reintegration von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist ein fundamentaler Baustein sämtlicher Behandlungs- und Betreuungskonzepte.

Ziel ist die Vermeidung von sozialer Ausgrenzung. Betroffene sollen ihre Ausbildung weiterführen bzw. beenden, ihre Arbeitsfähigkeit beibehalten bzw. wiedererlangen und in gesicherten Wohnverhältnissen leben können.

Schadensmindernde Maßnahmen senken Risiken und Schäden bei abhängigen Menschen.

Schadensmindernde Projekte und Überlebenshilfe sind als Teil der tertiären Prävention als Grundpfeiler der modernen Suchtbehandlung anzusehen. Es hat sich gezeigt, dass abhängige Menschen ohne Abstinenzanspruch durch niederschwellige und unbürokratische Hilfsangebote gut erreicht werden können. Suchtkranke Menschen sollen dort abgeholt werden, wo sie sich gerade befinden. Dies erfordert eine situationsgerechte und individuelle Vorgangsweise, wobei medizinische und Aspekte der Sozialhilfe integriert sein müssen. Die Selbsthilfe, die Partizipation und die Verantwortungsübernahme der Betroffenen müssen immer mit berücksichtigt werden.

Ziel ist es, unter Berücksichtigung der Grenzen des Versorgungssystems, die gesundheitlichen Schäden und die soziale Ausgrenzung zu reduzieren.

Die Sicherheit der Bevölkerung ist ein Anliegen aller beteiligten Kräfte.

Ein umfassender Sicherheitsbegriff bezieht neben klassischen polizeilichen Maßnahmen zur Eindämmung des Suchtproblems ganz wesentlich auch gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen mit ein. Neben der Bekämpfung der Kriminalität geht es unter anderem um die Sicherheit im Straßenverkehr, auf öffentlichen Plätzen, Skipisten und Veranstaltungen.

Ziel ist es, die Gesellschaft vor den Auswirkungen des Alkohol- und illegalen Drogenproblems zu schützen und das Gefühl der Unsicherheit in der Bevölkerung zu verringern.

Aktive Zusammenarbeit und Vernetzung verbessern die Qualität der Interventionen.

Menschen mit einer Suchtproblematik sind Träger zahlreicher Bedürfnisse. Grundsätzlich ist die konstruktive Zusammenarbeit der Fachleute innerhalb der Einrichtungen sowie vernetztes und integriertes Arbeiten zwischen den Institutionen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann nur dann erfolgreich sein, wenn Zuständigkeiten und Aufgabengebiete geklärt sind und auch klar wahrgenommen werden.

Ziel ist es, eine Koordinierung und Integration der Maßnahmen vorzunehmen und eine klare Schnittstellenregelung in den Kompetenzen der einzelnen – sozialen, sanitären, öffentlichen und privaten sowie ehrenamtlichen – Einrichtungen und Dienste zu erreichen.

Professionelle Mitarbeiter gewährleisten hohe Qualitätsstandards in der Suchtarbeit.

Sucht- und Präventionsarbeit braucht vielfältige professionelle Antworten.

Ziel ist daher die Förderung von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialassistenten, Erzieher, Pflegepersonal, Ehrenamtliche und andere, die in diesem anspruchsvollen Tätigkeitsbereich arbeiten.

Suchtkoordination schafft die Voraussetzungen für zielgerichtete Planung und Dokumentation.

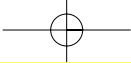
Die Anforderungen an die Einrichtungen der Suchtarbeit sind in ständigem Wandel begriffen. Damit die Angebote ein einheitliches Ganzes bilden können, ist eine Abstimmung der einzelnen Bereiche aufeinander notwendig. Ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen öffentlichen und privaten, Sozial- und Gesundheitsdiensten soll angestrebt werden.

Ziel ist die Errichtung einer Suchtkoordinationsstelle, die die Aufgaben der umfassenden Planung und Dokumentation übernehmen kann.

Ergebnisse aus Wissenschaft und Forschung sind die Grundlage für effiziente Maßnahmen.

Neue Entwicklungen, Tendenzen und aktuelle Trends im Bereich der Abhängigkeits-erkrankungen, des legalen und illegalen Drogenkonsums sowie der Jugendkultur müssen aufmerksam beobachtet werden. Die präventiven und therapeutischen Maßnahmen können dadurch weiterentwickelt und angepasst werden. Zudem spielen Qualitätssicherung und Evaluation eine wichtige Rolle.

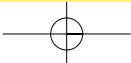
Ziel ist der Ausbau der wissenschaftlichen Forschung und Epidemiologie.



1. HANDLUNGSFELD

Suchtprävention

Prävention fördert gesunde Menschen und erkennt frühzeitig Risiken



Theorie

Suchtprävention gilt als Teilbereich der allgemeinen Prävention. Suchtprävention beschäftigt sich mit den vielfältigen Erscheinungsformen von Sucht,² d.h. mit substanzgebundenen und nicht substanzgebundenen Süchten. Präventionsexperten bemühen sich um Aspekte der allgemeinen Gesundheitsförderung, um suchtspezifische Themen sowie um Konsumenten in Risikosituationen.

Suchtprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss möglichst gemeindenah erfolgen. Eine Einbindung der verschiedenen lokalen Partner ist grundlegend. Die Maßnahmen müssen an die individuellen, sozialen und strukturellen Bedingungen angepasst werden.

Prävention ist als langfristiger Prozess zu verstehen. Punktuelle Maßnahmen genügen nicht, längerfristige Projekte sind Bestandteil moderner Präventionsarbeit.

Traditionsgemäß wird die Prävention in drei Ebenen unterteilt: die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Heute gibt es aufgrund unklarer Abgrenzung zwischen den Bereichen und unterschiedlichsten Definitionen den Vorschlag, diese Unterscheidungen fallen zu lassen³. In diesem Dokument wird mangels klarer Alternativen zu dieser Kategorisierung weiter darauf Bezug genommen, auch wenn die Trennlinien zwischen den verschiedenen Bereichen vor allem in der Praxis, wo vorwiegend Setting-orientiertes an die Stelle von zielgruppenorientiertem Vorgehen tritt, oft unklar sind. In diesem Kapitel wird zusammenfassend auf die Primär- und Sekundärprävention Bezug genommen und aus Gründen der Vollständigkeit auch die Tertiärprävention definiert.

Primäre Prävention im Suchtbereich

Primärprävention will der Entstehung von Störungen bzw. Krankheiten zuvorkommen und richtet sich grundsätzlich an alle Menschen. Primäre Suchtvorbeugung ist bestrebt, sowohl auf struktureller Ebene (Politik, Stellungnahmen zur Anwendung der Gesetze, Einfluss auf Werbung, Schul- und Arbeitsklima, Konzeptarbeit etc.) als auch auf individueller Ebene (Erziehung, Information, Sensibilisierung) zu wirken.

Während bis Ende der achtziger Jahre Suchtprävention vorwiegend in Informationsvermittlung zugunsten Jugendlicher bestand, ist man heute der Meinung, dass dieser Ansatz durch suchtspezifische Anteile ergänzt werden muss, und zwar mit dem Ziel, die Lebens- und Gesundheitskompetenzen von Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen zu stärken.

Prävention heißt auch „Leben lernen“⁴ und das setzt dort an, wo das Leben beginnt. Eine erfolgreiche Vorsorge gegen Sucht geht Hand in Hand mit einer „erfolgreichen“ Erziehung, die dann gelingt, wenn sie es schafft, sich auf die besondere Persönlichkeit des Kindes einzulassen und die Entfaltung dieser Persönlichkeit zu begleiten. Wichtige Zielgruppen der Prävention sind somit nicht nur Eltern und Lehrpersonen, sondern auch Seelsorger, Jugendarbeiter, Arbeitgeber, Politiker u. a.

² vgl. Costa, E.; Koler, P.; Ladurner, C.; Prader, S.; Schwienbacher, L. (1999) ³ Hafen, M. (2002)
⁴ vgl. Magistrat der Stadt Wien (1999)

Sekundäre Prävention im Suchtbereich

Sekundärprävention befasst sich mit der möglichst frühzeitigen Erfassung von körperlichen, psychischen und sozialen Problemsituationen und versucht diese zu beheben. Ziel ist es, Menschen zu unterstützen, deren Problementwicklung bereits Hilfe auch im Sinne eines psychopädagogischen und/oder sozialarbeiterischen Ansatzes erforderlich macht.

In diesem Fall wird davon ausgegangen, dass bereits risikoreicher Konsum von legalen und/oder illegalen Substanzen stattfindet. Risikokompetenz der Konsumenten und Schadensminimierung sind hier, neben dem bewussten Umgang mit Substanzen, vorrangige Ziele.

Sekundärprävention arbeitet suchtmittelspezifischer und personenbezogener als Primärprävention. Dabei arbeiten die Experten im Spannungsfeld zwischen der Öffentlichkeit, welche nach Unterdrückung des illegalen Drogenkonsums verlangt, und der Klientel, der man sich nur mit Sachlichkeit, Ausgewogenheit, Akzeptanz und Problemorientierung nähern kann. Gefahren von Substanzen müssen realistisch und nicht moralisierend vermittelt werden, sonst kann leicht ein Bumerangeffekt eintreten.⁵

Tertiäre Prävention im Suchtbereich

Tertiärprävention wendet sich an Menschen mit einem relevanten Suchtproblem, um es mit ihnen gemeinsam zu lösen, zu minimieren oder zumindest eine weitere Verschlechterung zu vermindern, sowie an deren Umfeld. Der Begriff Tertiärprävention umfasst dabei therapeutische Interventionen, schadensmindernde Maßnahmen sowie Nachsorge und Rückfallprophylaxe.⁶

15

Aktuelle Situation

Primäre und sekundäre Suchtprävention sind Aufgabenfelder, welche von verschiedenen öffentlichen und privaten Einrichtungen wahrgenommen werden.

Die Angebote in der Primärprävention sind gut ausgebaut. Zu den Trägern der Suchtpräventionsarbeit zählen die Landesämter (Sanität, Jugendarbeit, Schule), das Forum Prävention, die Dienststellen für Gesundheitserziehung der drei Schulämter, die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (D.f.A.), verschiedene Vereine (Hands, Caritas, La Strada – Der Weg, Südtiroler Gesellschaft für Psychische Hygiene etc.), verschiedene Jugenddienste und Jugendzentren, die Sozial- und Gesundheitssprengel, die Jugendberatungsstelle Young + Direct, die Infostelle für Essstörungen, stationäre Einrichtungen wie Bad Bachgart sowie einzelne Gemeinden.

Die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (D.f.A.) sind gesetzlich mit der Suchtprävention beauftragt. Zudem haben einige Sozial- und Gesundheitssprengel in Südtirol die Prävention zum Schwerpunkt. Sie führen in Zusammenarbeit mit lokalen Partnern gemeindenahe Projekte im primärpräventiven Bereich durch.

Weiters wurde im Jahr 2001 in Südtirol zusätzlich eine Fachstelle für Suchtprävention eingerichtet, welche als Kompetenzzentrum und Ressourcenpool für den Präven-

⁵ Uhl, A. (2002) ⁶ vgl. Uhl, A.; Springer, A. (2002)

tionsbereich gilt. In ihr arbeiten Fachkräfte, die sich ausschließlich mit diesem Bereich befassen und daher eine Kontinuität garantieren können. Die Fachstelle dient neben ihrer laufenden Tätigkeit im Informations-, Fortbildungs- und Projektbereich als Bezugspunkt für die Partner im Netzwerk. Damit wird die Dokumentation der landesweit im Präventionsbereich gesetzten Interventionen ermöglicht. Einzelne Projekte können begutachtet und Qualitätsstandards vermittelt werden.

Mit der schulischen Suchtprävention und Gesundheitsförderung sind hingegen die Dienststellen für Gesundheitserziehung der jeweiligen Schulämter beauftragt. Diese binden häufig die örtlichen öffentlichen und privaten Einrichtungen in die Präventionstätigkeit ein. Suchtprävention gilt als ein Teil des Erziehungsauftrages, der von allen Lehrpersonen wahrzunehmen ist, und lässt sich von der Gesundheitsförderung im Sinne der Salutogenese nicht trennen.

Der Fachbegriff der Salutogenese⁷ grenzt sich gegenüber der traditionellen pathogenetischen Wahrnehmung der Krankheit, ihrer Verläufe und Ursachen ab. Die salutogene Sichtweise orientiert sich an der Frage: „Warum bleiben Menschen trotz der Vielfalt von krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund? Unter welchen persönlichen und allgemeinen Rahmenbedingungen können sie ihre Gesundheit wahren?“

Bei Problemen mit legalem oder/und illegalem Konsum von Substanzen in der Schule werden geeignete Formen der Unterstützung gesucht: Derzeit wird das Computerprogramm zur Früherkennung „Step by Step“ fertig gestellt. Das italienische Gesetz sieht weiters innerhalb der Schulen Beratungsmöglichkeiten bei psychosozialen Problemen in den so genannten ZIB (Zentren für Information und Beratung) vor. Evaluationen der ZIB-Projekte stehen allerdings noch aus.

Unter dem Begriff „educazione alla convivenza civile“ (Erziehung zum zivilen Zusammenleben) werden derzeit innerhalb der staatlichen Schulpläne auch Zielsetzungen thematisiert, die folgendermaßen zusammengefasst werden können: Wissensvermittlung über die Funktionen der Regeln und Gesetze im Alltag; über Rechte und Pflichten, verantwortungsvolle Freiheit, Identität, Frieden und menschliche Entwicklung sowie die Förderung von autonomem Handeln, Selbstkontrolle und Selbstvertrauen.

Im Rahmen der Früherkennung und Frühzuweisung gilt es zudem die Tätigkeiten der sanitären Dienste hervorzuheben: Projekte zur Früherkennung von riskantem Alkoholkonsum und motivierende Gesprächsführung in den Krankenhäusern sowie im Arbeitsbereich werden vor allem zugunsten der erwachsenen Bevölkerung durchgeführt.

⁷ Antonovsky, A. (1987)

Perspektiven

DIE CHANCEN DER JUGENDARBEIT

Junge Menschen mit ihren eigenen spezifischen Bedürfnissen, Sorgen und Ängsten, Hoffnungen und Zielvorstellungen brauchen kommunikative Lebensräume, Erlebnismöglichkeiten, Freiräume und Orientierungshilfen. Autonomes Handeln und Experimentieren in gesicherten Freiräumen ist für die psychosoziale Entwicklung grundlegend. In jeder Jugendgeneration gibt es ein riesiges Potential an Emanzipations- und Gestaltungswillen. Es anzusprechen, ihm mit partizipativen Modellen Anreiz und Raum zu geben, ist und bleibt der wichtigste Auftrag der Kinder- und Jugendarbeit.

Der Bereich der Jugendarbeit ist ein repressionsarmes Praxis- und Übungsfeld. Gerade in Jugendeinrichtungen kann die gemeinsame alltägliche Auseinandersetzung zu Fragen rund um das Thema Sucht und Suchtmittelkonsum, aber auch Diskussionen über Bewältigung krisenhafter Lebenssituationen eine große Chance im Sinne der Suchtprävention bedeuten. Kompetente Jugendarbeiter haben gegenüber Spezialisten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen oder Ordnungskräften den Vorteil, dass sie von Jugendlichen viel eher als Vertrauenspersonen akzeptiert werden und nicht stigmatisierend wirken, da ihr Beziehungsangebot auf die Bedürfnisse der Jugendlichen abgestimmt ist. In Krisensituationen ist es wichtig, dass sie die Möglichkeiten des sozialen Netzes kennen und Jugendliche oder deren Eltern weitervermitteln können.

KONZEPTE IN DER SEKUNDÄRPRÄVENTION

Im Gegensatz zur Primärprävention steckt der Bereich der sekundären Suchtprävention, sei es in der Theorie als auch in der Praxis, noch in den Kinderschuhen.

Es mangelt an durchgeführten Projekten, an Fachliteratur, wissenschaftlichen Studien und Evaluationen.⁸

Der Szenearbeit, den Schulungen für Multiplikatoren und der Früherkennung muss eine größere Wichtigkeit beigemessen werden, da sich der Zugang zu Gefährdeten über weitläufige gesundheitsfördernde und abstinenzorientierte Programme in der Vergangenheit als unmöglich erwiesen hat.

Dasein – beobachten – verstehen: Jugendgerechte Präventionskonzepte holen die Jugendlichen dort ab, wo sie sind, lernen von ihnen und versuchen ihre Welt zu begreifen.

Die Partyszene

Der Substanzenkonsum spielt in diesem Ambiente erfahrungsgemäß eine wichtige Rolle. Durch Sensibilisierungsarbeit und Kooperation mit den Organisatoren von Veranstaltungen sowie Bar- und Diskothekenbesitzern können Verbesserungen erreicht

⁸ Schmid, B. (1999)

werden. Die Verteilung von Informationsmaterialien zu Verhaltensregeln im Notfall und „safer use“-Instruktionen für Konsumenten werden gut angenommen. Die Einbindung von Szenegängern oder szenenahen Streetworkern ist vorteilhaft, da auf diesem Weg die Informationen leichter akzeptiert werden. Aufgabe der Facheinrichtungen ist in diesem Fall die Ausbildung dieser so genannten Peers.

Insgesamt erfordert der gesamte Bereich ständig neue Antworten. Im Allgemeinen werden szenenahe Angebote von Partybesuchern sehr gut akzeptiert, da sie der Verminderung von gesundheitlichen Begleitrisiken beim illegalen Drogenkonsum dienen.⁹

Streetwork – „Den Blick schärfen“

Streetworker widmen sich im Rahmen der Sekundärprävention einer substanzun-spezifischen Arbeit. Über Jugendstreetwork können Jugendliche, die Randgruppen angehören, aber auch Jugendgruppen in einzelnen Wohnquartieren oder Bezirken erreicht werden. Auch die Veranstaltungsbetreuung bei Events gehört in diesen Aufgabenbereich. Risikogruppen müssen nicht über den Substanzkonsum definiert werden, es kann aber durchaus so sein. Streetworker bemühen sich um jugendliche Lebenswelten in ihrem Gesamtkontext. Eine Spezialisierung des Angebotes (wie beispielsweise Streetworker für Skinheads, für jugendliche Straftäter, für problematische Konsumenten etc.) ist in diesem Fall zu vermeiden.

Streetwork arbeitet akzeptierend und macht Beziehungsangebote. In schwierigen Situationen erweisen sich Streetworker oft als wichtige Ansprechpartner für Themen wie Sexualität, Schule, Substanzen, Polizei, Arbeit, Wohnen etc.

Früherkennung und Frühintervention

Derzeit fehlen Angebote zugunsten jener Menschen, welche Gefahr laufen, durch riskante Konsummuster Probleme zu entwickeln.

Problematisch konsumierende oder abhängige Menschen werden meist erst in der Notfallmedizin, der Ersten Hilfe oder im Rahmen eines Führerscheinentzugs bzw. einer Anzeige wegen illegalen Drogenkonsums (Art. 121 und 75) auffällig.

In der Arbeit mit Suchtgefährdeten wurde jedoch festgestellt, dass das nähere soziale Umfeld (Eltern, Schule, Arbeitgeber etc.) am besten eine Gefährdung frühzeitig erkennen kann.¹⁰ Je früher eine beginnende Suchtentwicklung erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Früherkennungsprogrammen im Bereich der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit, in den Krankenhäusern und der Schule muss daher verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Bei Frühintervention sollte darauf geachtet werden, ob Substanzenkonsum als Symptom für ein darunter liegendes Leiden betrachtet werden kann. Ist dies der Fall, muss die verdeckte Störung (Depression, Angstneurose...) behandelt werden.

Auch der Prävention in Betrieben kommt eine immer größere Bedeutung zu. Arbeits-mediziner können in diese Arbeit mit eingebunden werden.

Beratung und Information für Jugendliche und Eltern

Aktuelle Zahlen belegen, dass Substanzen bei einem großen Teil der Jugendlichen zum Alltag gehören. Jugendliche definieren sich in der Regel nicht als suchgefährdet,

⁹ siehe Verein Wiener Sozialprojekte (2001) ¹⁰ Ulrich, W. (2000)

solange keine schwerwiegenden Folgeprobleme aufgetreten sind. Ebenso nutzen jene mit beginnenden Suchtproblemen kaum freiwillig die bestehenden institutionellen Beratungsangebote. Bevorzugte Ansprechpartner für Fragen bezüglich Substanzen sind vor allem Freunde. Derzeit ist es so, dass gerade Jugendliche mit dem größten Bedarf an hilfreicher Unterstützung die geringsten Möglichkeiten haben, angemessene und akzeptable Hilfe zu erhalten.

Betroffene ebenso wie besorgte Eltern oder Angehörige sind oftmals einer Dynamik der „Weitervermittlung“ ausgesetzt. Daher ist es notwendig, das bestehende Beratungsangebot auszuweiten. Zusätzlich soll der Elternberatung eine verstärkte Aufmerksamkeit zukommen.

Kinder von Suchtkranken

Kinder von Suchtkranken gelten als die übersehene Gruppe im familiären Umfeld der Sucht. In einer Vielzahl von Studien wurde nachgewiesen, dass Alkoholabhängige auffallend oft aus Familien stammen, in denen Vater bzw. Mutter oder beide Elternteile abhängig waren.¹¹ Kinder in suchtbelasteten Familien gelten als eine Risikogruppe bei der Entwicklung eigener Suchterkrankungen, aber auch bezüglich vielfältiger psychischer und körperlicher Störungen in Kindheit, Jugend- und Erwachsenenalter.

Die bisher entwickelten Programme zur Suchtprävention gehen an den Notwendigkeiten und Bedürfnissen der Kinder von Suchtkranken weitgehend vorbei. Deshalb müssen zielgenauere sekundärpräventive Programme für diese Zielgruppe entwickelt werden. Die wichtigsten Prinzipien sind die Frühzeitigkeit, die Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen. Durch langfristige Thematisierung ist das öffentliche Bewusstsein für diese Problematik zu beeinflussen und die Bereitschaft bei Betroffenen zu wecken, frühzeitig Hilfe anzunehmen. Besondere Bedeutung kommt hierbei der Sensibilisierung von Kindergärtnerinnen und Lehrpersonen zu, damit die individuelle Unterstützung der Kinder möglichst früh einsetzen kann. Weiters soll berücksichtigt werden, dass solide und sichere Sozialkontakte zu Gleichaltrigen ohne Problemkindheit als wichtige Vorbeugemaßnahme für solche Kinder gelten.

In der Arbeit mit Minderjährigen steht der soziale Aspekt im Vordergrund. Ohne die Berücksichtigung der von der Familie geäußerten Bedürfnisse ist eine adäquate Intervention allerdings nicht möglich.

PRÄVENTION IM ALKOHOLBEREICH

In Südtirol ist ein bewusster und kritischer Umgang mit der Substanz Alkohol erst in den Anfängen. Dies gilt für alle Bevölkerungs- und Altersschichten. Deshalb gilt es, besonders folgende Themen immer wieder öffentlich zu diskutieren und damit nachhaltig im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern: Alkohol in der Familie, am Arbeitsplatz und in Sport- und Freizeitvereinen, Festkultur, Alkohol und Jugendschutz, Alkohol und Straßenverkehr, Ausschank an Jugendliche oder bereits Betrunkene. Das Verbot des Verkaufs von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 16 Jahren in Geschäften ist einzuführen.

¹¹ Klein, M. (2002)

Nur mit einem breiten Konsens kann Meinungsbildung erreicht werden. Durch die Förderung von gemeinsamen Aktionen mit dem Wirtschaftssektor (Produzenten, Handel, Gastronomie, Werbung) soll dieser verstärkt in die Verantwortung eingebunden werden. Ziel auf lokaler Ebene ist eine verstärkte Vernetzung und die Entwicklung eines gemeinsam getragenen Verhaltenskodex.

Zwei allgemeine Zielsetzungen sollen, den strategischen Ansatz des Europäischen Aktionsplans Alkohol EAAP¹² aufgreifend, formuliert werden:

1. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung:

- Entwicklung eines Problembewusstseins und Einstellungsänderung gegenüber dem Umgang mit Alkohol
- Entwicklung von Trinkmustern, die das individuelle Risiko sowie die schädlichen Folgen für die unmittelbare Lebensumwelt und für die Gesellschaft insgesamt mindern

2. Bezogen auf Risikogruppen, Risikosituationen und spezifische Lebensräume:

- Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (Grenzmengenempfehlungen, Konsumempfehlungen bzw. Gesundheitswarnungen)
 - Förderung der so genannten „Punkt-Nüchternheit“ in bestimmten Situationen (z.B. Straßenverkehr, Arbeitsplatz), bei einer bestimmten Personengruppen (z.B. Kinder/Jugendliche bis zu einer bestimmten Altersgrenze, Schwangere) und in spezifischen Lebensräumen (z.B. Krankenhaus, Schule, Betrieb)
- Künftige Alkoholkampagnen und Projekte sollen diese Grundsätze aufgreifen.

PRÄVENTION IM NIKOTINBEREICH

Zirka 80 % der Raucher geben an, in ihrer Jugend mit dem Rauchen begonnen zu haben. In den letzten Jahren hat der Tabakkonsum insbesondere unter Jugendlichen zugenommen. Raucher, die im Alter von über 20 Jahren mit dem Rauchen begonnen haben, stellen eine Minderheit dar. Aus diesem Grund sind Präventionsmaßnahmen im Jugendalter von zentraler Bedeutung. Zudem ist erkannt worden, dass die Rauchgewohnheiten der Eltern, der Lehrpersonen und von Identifikationsfiguren im Allgemeinen die Entscheidung stark mit beeinflussen, ob ein Jugendlicher mit dem Rauchen beginnt. Die Schule spielt eine wesentliche Rolle in den Rauchpräventionsprogrammen, die sich u.a. das Ziel setzen, eine „gesundheitsfördernde Schule“ gemäß den Richtlinien der WHO zu verwirklichen.

Ebenso gilt es aktuelle Regelungen, wie beispielsweise den Automatenverkauf von Tabakwaren, zu überprüfen und eventuell zu ändern. Aufbauend auf wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Maßnahmen müssen präventive Projekte sowie Sensibilisierungs- und Informationskampagnen vorangetrieben werden.

SPEZIELLE THEMEN

Die Bereiche Internetsucht, Videospiele und Spielsucht wurden in der Präventionsarbeit bisher wenig beachtet und sollten in Zukunft verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden.¹³

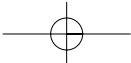
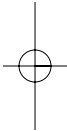
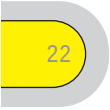
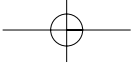
¹² WHO Regionalbüro für Europa (1999)

¹³ angelehnt an Regione del Veneto (2001)

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- Die Kompetenzen der Jugendarbeiter müssen gestärkt werden. Fortbildung – auch gemeinsam mit Fachleuten aus Prävention, Beratung und Therapie – in den Bereichen Erstberatung, motivierende Gesprächsführung sowie Informationsveranstaltungen über Substanzen und das soziale Netz müssen fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Jugendarbeitern sein.
- Neue experimentelle Wege in der Jugendarbeit müssen gesucht werden. Hierfür ist es notwendig, auf unbürokratische Art Modellprojekte durchführen zu können.
- Bei der Planung von sekundärpräventiven Projekten sind das Verständnis für die jeweiligen Lebenswelten und die Einbindung der Zielgruppen Voraussetzung.
- Konzepte für die lokale Partyszene sollen entwickelt werden.
- Das Angebot im Bereich des professionellen Streetwork für Jugendliche muss ausgebaut werden.
- Früherkennung und Frühintervention in den verschiedenen Bereichen und in den verschiedenen Altersgruppen sollen weiterentwickelt werden.
- Der Jugendsozialarbeit und der Vermeidung von Schulabbruch muss im Sinne der Prävention von Suchtgefährdung vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden.
- Das Beratungsangebot für konsumierende Jugendliche und deren Eltern muss erweitert werden. Ziel ist es, ein adäquates flexibles Angebot zu schaffen, das einen breiten Aspekt der Suchtberatung – von Problemen mit Substanzen, über problematische Mediennutzung bis zum Glücksspiel etc. abdeckt.
- Einrichtungen der Suchtarbeit und der Kinder- und Jugendsozialarbeit müssen gemeinsam geeignete Präventions- und Interventionsstrategien zugunsten von Kindern von Suchtkranken entwickeln.
- Den Themen Alkohol- und Tabakkonsum ist verstärkte Aufmerksamkeit zu schenken.
- Es besteht die Notwendigkeit, besonders im Bereich der weniger thematisierten Abhängigkeiten ein größeres Bewusstsein zu wecken und neue Interventionsstrategien zu entwickeln.
- Die Erziehungskompetenzen der Eltern müssen gestärkt und die Bedeutung des Modellverhaltens der Erwachsenen immer wieder unterstrichen werden.
- Gesundheitserziehung und Präventionsarbeit sollten in allen sanitären und sozialen Einrichtungen eine große Bedeutung bekommen.



2. HANDLUNGSFELD

Therapie und Rehabilitation

Ein diversifiziertes sozio-sanitär integriertes Betreuungs- und
Behandlungsangebot bietet die Möglichkeit situationsangepasst zu reagieren

Theorie

Der komplexe Charakter der Abhängigkeitserkrankungen mit seinen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen verlangt ein differenziertes Hilfs- und Rehabilitationsangebot. Das grundsätzliche Ziel der Behandlung ist die Heilung der Suchtkrankheit und die Wiederherstellung von Gesundheit sowie der beruflichen und sozialen Kompetenzen.

Da Sucht allerdings eine chronische Erkrankung ist, kann eine vollkommene Genesung nicht immer erreicht werden. In diesem Falle ist ein möglichst würdiges Leben mit der Krankheit Ziel der Interventionen.

Da viele Wege in die Abhängigkeit führen, muss es auch eine Vielzahl an Ausstiegshilfen geben. Die Konzepte der einzelnen ambulanten und stationären Einrichtungen sind daher je nach Zielsetzung unterschiedlich: Es kann abstinenzorientiert und/oder suchtbegleitend gearbeitet werden. Der Aspekt der Langzeitbehandlung und Suchtbegleitung tritt vor allem bei chronisch Abhängigen in den Vordergrund.

In diesem Kapitel wird vorrangig auf die Interventionen bei problematischem Gebrauch und jene Abhängigkeiten Bezug genommen, die auch zu Krankheitsbildern mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, Suchtverschiebungen, Spätfolgen und sozialen Konsequenzen führen.

Das therapeutische und rehabilitative Behandlungs- und Betreuungssystem muss

- multiprofessionell besetzt sein,
- vernetzt sein, insbesondere wenn mehrere Gesundheits- oder Sozialdienste eingebunden sind,
- darauf bedacht sein, iatrogene Schäden zu vermeiden,
- immer das Ziel einer gesunden bzw. abstinenten Lebensweise verfolgen,
- die Interventionsziele zusammen mit dem Patienten klar definieren,
- die Einwilligung der Patienten in die Therapieziele einholen, das Recht auf Selbstbestimmung und Mitverantwortung berücksichtigen.

Behandlung und Betreuung brauchen eine tragende Beziehung als Arbeitsbasis und ein ernsthaftes Einlassen auf die Ursachen der Abhängigkeit. Ziel ist es, dem suchtkranken Menschen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und ihn zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen. Die Therapie ist ein psychosozialer und pädagogischer Prozess, der die aktive Mitarbeit des Betroffenen und die Bereitschaft zur Veränderung beinhaltet.

Die therapeutische Arbeit ist charakterisiert durch das Bemühen, nicht nur die Problembereiche, sondern auch die vielen anderen Aspekte im Leben und in der Persönlichkeit des betroffenen Menschen zu sehen. Es geht also nicht nur um die Veränderung ungesunder Verhaltensweisen, sondern darum, gesundheitsförderndes Verhalten, neue Einstellungen und Sichtweisen zu entwickeln oder anzuregen.

Bei der Betreuung von schwer Abhängigkeitserkrankten mit gravierenden sozialen

Ausgrenzungsproblematiken ist die therapeutische Beziehung oftmals sehr schwierig und komplex, z.T. auch unmöglich. In diesen Situationen ist Akzeptanz eine wichtige Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Beziehung, wobei die Einhaltung von einfachsten sozialen Verhaltensweisen unabdingbare Voraussetzung ist.

Grundsätze der Behandlung und Betreuung

Bei der Weiterentwicklung von Hilfen müssen folgende Prinzipien handlungsleitend sein:¹⁴

- Orientierung am Einzelfall: individuelle Bedürfnisse und Unterschiede müssen berücksichtigt werden
- Selbsthilfe vor Fremdhilfe: persönliche Ressourcen nutzen und fördern
- ambulant vor stationär
- wohnortnah vor wohnortfern, außer wenn ein Wohnortwechsel eine wichtige Hilfe zum Ausstieg aus der Abhängigkeit darstellt
- verbindliche Versorgungsabsprachen
- angemessene Hilfe in jeder Phase der Erkrankung
- keine Einheitstherapie

Weiters gilt, dass Hilfe Suchende auf unbürokratische Art und Weise Zugang zum Hilffssystem bekommen und das Recht auf „Privacy“ berücksichtigt wird.

Das „Privacy“-Gesetz vom 31. Dezember 1996 bezieht sich auf die Sammlung von persönlichen Daten und die Verarbeitung der Informationen über die Person. Das Gesetz regelt in besonderem Maße das Recht auf Vertraulichkeit und den Schutz der persönlichen Identität.

Zusätzlich gelten die Normen zur Wahrung der Anonymität und der Einhaltung des Berufsgeheimnisses (Art. 120 des D.P.R. 309/90), welche von den Gesundheitsdiensten vor allem den Konsumenten illegaler Substanzen garantiert werden müssen.

„Privacy“ und Anonymität bieten den Patienten erst die nötige Sicherheit, sich an öffentliche Dienste wenden zu können, und sind eine Grundlage der therapeutischen Beziehung. Personenbezogene Daten müssen von den Mitarbeitern der Dienste umsichtig und diskret behandelt werden, wobei in jedem Falle ein korrekter Umgang mit diesen Daten zum Schutze der Person und ihrer Entscheidungen zu gewährleisten ist. Mit Einwilligung des Patienten ist eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen trotz „Privacy“ jederzeit möglich.

Aktuelle Situation

In Südtirol baut das Versorgungssystem auf Einrichtungen des Gesundheits- und des Sozialwesens auf.

In den Kompetenzbereich der Gesundheitsdienste fallen Therapie (Behandlung von Krankheit) **und sanitäre Rehabilitation** (Wiederherstellung von Gesundheit, Eingliederung). Ziel ist es, die Abhängigkeitspathologien zu heilen und die gesundheitlichen Folgeschäden zu minimieren, um die soziale Integration zu wahren.

¹⁴ DHS (1999)

In den Kompetenzbereich der Sozialdienste fällt die soziale Rehabilitation. Dazu gehört die kurzfristige, soziale, meist ökonomische Intervention bzw. die längerfristige Rehabilitation, die vor allem bei Langzeitpatienten die soziale Integration sicherstellen soll, die soziale (Re)Integration ermöglicht und die soziale Ausgrenzung vermeidet.

DIE AMBULANTE BEHANDLUNG

Die ambulante Beratung und Betreuung von Abhängigkeitserkrankten fällt in den Zuständigkeitsbereich der D.f.A. Im Sanitätsbetrieb Bozen ist die ambulante Versorgung von Alkoholpatienten dem privaten Verein Hands übertragen worden. Im Vinschgau übernimmt die psychosoziale Beratungsstelle der Caritas einen Teil der Aufgaben des D.f.A. Meran.

Gemäß staatlicher gesetzlicher Verfügung (D.P.R. 309/90) haben die D.f.A. eine zentrale Bedeutung im Hilfs- und Versorgungssystem: Ihnen fallen Prävention, Behandlung und Rehabilitation der Suchtpathologien zu. Innerhalb der Dienste sind verschiedene Berufsgruppen tätig, welche je nach klinischer Indikation abstinentenorientiert oder auch langfristig suchtbegleitend arbeiten. Die Mitbetreuung von schwer verhaltensauffälligen Patienten trägt dazu bei, dass die D.f.A. in einigen Fällen zum stigmatisierten Ghetto werden.

Das ambulante Versorgungsangebot bietet **fachärztliche und psychologische Leistungen** (psycho- und gruppentherapeutische Angebote) und wird durch die Anwesenheit von Sozialassistenten ergänzt, die unter anderem für die psychosoziale Vermittlung und Integrationsarbeit mit den sozialen Diensten zuständig sind.

In den D.f.A. wird **medikamentöse Therapie** inklusive Antagonisten- und Substitutionsbehandlung angeboten. Unter Substitutionsbehandlung wird die Behandlung von opiatabhängigen Personen mit Ersatzmitteln verstanden. Neben dem immer noch am häufigsten eingesetzten Methadon wird seit 2 Jahren Buprenorphin verschrieben, nicht aber wie in manchen Ländern auch versuchsweise Heroin.

Die Substitutionstherapie wird in Italien sowohl im Rahmen der Entzugsbehandlung als auch zur Langzeittherapie als Schadensreduktionsmaßnahme eingesetzt. Der ambulante körperliche Entzug mit „ausschleichender“ Methadondosierung erweist sich allerdings für viele Patienten als schwierig. Die Langzeitsubstitution ist nach mehrfach gescheiterten abstinentenorientierten Therapieversuchen indiziert und trägt sicherlich zur Stabilisierung der Lebensbedingungen bei.

Langfristige Therapieprojekte werden unter Einbeziehung anderer Gesundheitsdienste von den D.f.A. geplant und durchgeführt, wobei sie für den Patienten und dessen Familienangehörige den Bezugspunkt darstellen.

Im Aufgabenbereich des D.f.A. liegt weiters die **ambulante Entzugsbehandlung** bei körperlicher Abhängigkeit von Substanzen (Alkohol, psychoaktive Substanzen wie Heroin, Medikamente etc.). In allen Fällen, wo eine ambulante Behandlung nicht genügt, bedarf es spezialisierter stationärer Einrichtungen.

Die Behandlung der Nikotinabhängigkeit

Zurzeit ist die Betreuung von Nikotinabhängigen in den einzelnen Sanitätsbetrieben unterschiedlich geregelt. Personen, die ihren Tabakkonsum beenden möchten, werden vom überbetrieblichen Pneumologischen Dienst des Sanitätsbetriebes Bozen in Kooperation mit den Psychologischen Diensten und den D.f.A. sowie von den Abteilungen für Pneumologie der Krankenhäuser betreut. Für nikotinabhängige Personen gibt es bislang begrenzte Hilfsangebote, bestehend aus Einzel- und Gruppentherapie, Einzel- und Kleingruppenhypnose und pharmakologischer Therapie.

STATIONÄRE BEHANDLUNG

Stationäre Entzugsbehandlung

Die stationäre Entzugsbehandlung betrifft vornehmlich Heroin- und Alkoholabhängige. In geringerem Maße sind auch Medikamentenabhängige betroffen, wobei die stationäre Behandlung meist in Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Störung erfolgt. Stationäre Entzugsbehandlungen für Abhängige werden derzeit in verschiedenen Abteilungen der Krankenhäuser vorgenommen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Patienten zur qualifizierten Entwöhnungstherapie mit einem umfassenden Behandlungskonzept an spezialisierte Einrichtungen in Österreich und Norditalien zu überweisen.

Stationäre Rehabilitation

Stationäre Therapieangebote bilden eine der zentralen Säulen in der Hilfe für Suchtkranke und dürfen nicht aus kostensparenden Gründen reduziert oder aufgelassen werden. Südtirol verfügt über folgende Angebote (vgl. Kapitel Einrichtungen):

- Für Abhängige von illegalen Drogen gibt es eine abstinenzorientierte Therapiegemeinschaft mit langfristigen Projekten (Verein „La Strada – Der Weg“) sowie eine Aufnahmegemeinschaft für Orientierung ohne Abstinenzanspruch.
- Für alkoholranke Menschen gibt es die Möglichkeit einer Kurzzeittherapie (Bad Bachgart) und einer Langzeittherapie (Hands).

Auch hier besteht für beide Formen der Abhängigkeit zusätzlich die Möglichkeit, die Patienten an therapeutische Einrichtungen mit unterschiedlichsten Ansätzen im In- und Ausland zu überweisen.

DIE NACHSORGE

Die Nachsorge ist ein essentieller Bestandteil in jeder therapeutischen Kette und sollte spätestens während der stationären Aufnahme eines Patienten gesichert werden. Hier geht es um

- Stabilisierung und Bewährung in der Neugestaltung des Alltags
- Begleitung zur vollständigen Verantwortungsübernahme für das persönliche Handeln
- Wiedererlangen der persönlichen Sicherheit und Autonomie
- Rückfallprävention

Rückfallerfahrungen gehören zum Störungsbild und sollen Anlass sein, sich mit noch nicht bearbeiteter Problematik intensiv auseinander zu setzen. Viele Menschen erleben nach einem Rückfall eine Neubesinnung und begeben sich neuerlich in Behandlung.

Die wohl bedeutendste Säule der Nachsorge ist das Engagement der Selbsthilfe. Therapeutisch geleitete Gruppen, aber auch individuelle Therapie, Paar- und Familiengespräche sind ebenfalls von großer Bedeutung.

Die Selbsthilfegruppen

Die gegenseitige Hilfe und Unterstützung hat eine wesentliche Bedeutung in der Suchtkrankenhilfe. Betroffene Menschen finden in Selbsthilfegruppen langfristig die Möglichkeit, sich in ihrer suchtmittelfreien Lebensweise gegenseitig zu unterstützen und sich psychisch zu stabilisieren.

Selbsthilfe ist vor allem in der Behandlung von Alkoholkranken eine eigenständige Art der Unterstützung. Sie ergänzt damit die Angebote der Facheinrichtungen, kann und darf diese aber nicht ersetzen. Deren Existenz sollte auch nicht als Argument missbraucht werden, wenn es darum geht, aus finanziellen Gründen professionelle Hilfe zu ersetzen.¹⁵

ANGEHÖRIGENARBEIT UND FAMILIENARBEIT

Auch die Angehörigen von Suchtkranken (dazu zählen vorrangig Lebenspartner, Eltern und Kinder) befinden sich in einer besonders schwierigen Lebenssituation. Die Partner sind den Folgen der Sucht besonders intensiv ausgesetzt und werden außerdem oft noch für das Leiden ihres suchtkranken Partners verantwortlich oder zumindest mitverantwortlich gemacht.

Entsprechende Studien zeigen eine verstärkte psychosoziale Belastung bei Angehörigen von Suchtkranken im Verhältnis zu Angehörigen Nicht-Suchtkranker.¹⁶ Viele Partner, Kinder und Eltern sind zudem von physischer, sexueller und psychischer Gewalt durch den Suchtkranken betroffen. In Fällen, in denen eine komplexe, behandlungsbedürftige Störung des Partners oder eines Angehörigen vorliegt, sollte es für diesen genügend professionelle Hilfsangebote geben.

Das Hilffsystem für Angehörige ist derzeit nicht so differenziert wie das für Suchtkranke. Es gibt Möglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen, die speziell für Angehörige angeboten werden, therapeutisch geleitete Gruppen, individuelle Beratung und Therapie, Paar-, Gruppen- sowie Familientherapien.

¹⁵ DHS (1999) ¹⁶ angelehnt an Fengler, J. (2002)

Perspektiven

AMBULANTE BEHANDLUNG

Die D.f.A. arbeiten zurzeit vorwiegend mit schwer suchtkranken Menschen. In Zukunft gilt es, sich zunehmend mit anderen Substanzen (Tabak, Medikamente, Cannabis) und Konsumentengruppen (Spieler, junge, riskant konsumierende Menschen) zu befassen und damit eine große Behandlungslücke zu schließen. Zudem wäre es für die Mitarbeiter entlastend, nicht mehr ausschließlich mit chronisch abhängigen Patienten arbeiten zu müssen. In den vorhandenen Versorgungssystemen sollte zudem stärker auf eine mögliche Belastungsstörung durch Sucht in Partnerschaft und Familie geachtet werden.

Versorgung von Kokain- und Ecstasykonsumenten

Für Kokainkonsumenten mit problematischen Konsummustern gibt es derzeit ein beschränktes Hilfsangebot. Reine Kokaingebraucher und Ecstasykonsumenten kommen kaum in die D.f.A.

Bei Konsumenten von aufputschenden, leistungssteigernden Drogen wie Kokain und Ecstasy kann es jedoch zu starken Stimmungsschwankungen und psychotischen Symptomen kommen, weshalb in der Folge eine Behandlung durch die psychiatrischen Dienste notwendig werden kann. In diesem Falle ist eine engere Zusammenarbeit mit den D.f.A. dringend erforderlich.

Die Errichtung von spezialisierten Diensten für Kokainkonsumenten wie in einigen europäischen Städten scheint im lokalen Kontext (noch) nicht sinnvoll. Jedoch ist die Notwendigkeit gegeben, aufbauend auf einer wissenschaftlichen Bedarfserhebung, innerhalb der zuständigen Einrichtungen spezielle therapeutische Konzepte für die Betreuung von Kokain- und Ecstasykonsumenten zu entwickeln und einzuführen.¹⁷

Versorgung von Medikamentenabhängigen

Medikamentenabhängigkeit ist eine „stille“ Abhängigkeit, sofern sie nicht im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster auftritt. Wenn Medikamente zusammen mit Alkohol oder illegalen Drogen konsumiert werden, ist eine Betreuung durch die D.f.A. bzw. Hands gewährleistet.

Für reine Medikamentenabhängige sind weder die Fachwelt, die Öffentlichkeit noch die Betroffenen selbst sensibilisiert noch gibt es ausreichende Hilfsangebote. Personen, die sozial unauffällig sind, kommen kaum in fachärztliche Behandlung. Sie werden vielfach von den Ärzten für Allgemeinmedizin mit Psychopharmaka versorgt und merken ihre psychische oder körperliche Abhängigkeit erst, wenn der Konsum unterbrochen wird.

¹⁷ vgl. Gruppo Europeo di esperti di Erit (2002)

Behandlung der Nikotinabhängigkeit

In Zukunft muss der Behandlung der Nikotinabhängigkeit eine verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Notwendige Schritte dazu sind:¹⁸

- Klärung der Kompetenzen in der Behandlung von Nikotinabhängigen
- Erarbeitung von Leitlinien zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit
- Schaffung eines veränderten Bewusstseins in Bezug auf das Rauchen
- Förderung von Fort- und Ausbildung der Mitarbeiter mit dem Ziel der Behandlung von Nikotinabhängigkeit

Versorgung von Menschen mit psychiatrischer Komorbidität

Als Komorbidität (Doppeldiagnose) in Zusammenhang mit Suchterkrankungen bezeichnet man zusätzlich zum Suchtgeschehen auftretende Erkrankungen, die teilweise Ursache für die Suchtentstehung sind, teilweise unabhängig davon bestehen und teilweise Folge der Suchterkrankung sind.

In den letzten Jahren hat die Anzahl der Patienten, bei denen sowohl eine Abhängigkeit als auch eine psychiatrische Krankheit diagnostiziert worden ist, zugenommen. Trotzdem ist diese besonders schwer zu betreuende Patientengruppe eine der am schwächsten versorgten. Die Psychiatrie und der Suchtbereich müssen vermehrt kooperieren, da nur ein gemeinsamer Behandlungsansatz dem Störungsbild gerecht werden kann.

Im Interesse der Patienten sind individuelle therapeutische Konzepte mit klaren Verantwortlichkeiten zu erstellen sowie die jeweiligen Tätigkeitsbereiche zwischen den psychiatrischen Diensten und den D.f.A. zu klären.

STATIONÄRE BEHANDLUNG

Die stationäre Entzugsbehandlung

Die bestehenden Angebote für Entzugsbehandlungen von abhängigen Patienten in spezialisierten Abteilungen müssen professioneller gestaltet werden, wobei überdacht werden muss, ob man weiterhin hauptsächlich auf auswärtige Entzugsstationen zurückgreifen soll.

Für Alkoholabhängige sieht der Art. 10 des Gesetzes 125 Folgendes vor:

„Die Behandlung von Menschen mit alkoholinduzierten Problemen und Krankheitsbildern erfolgt in spezifischen Abteilungssektionen (unità operative) der öffentlichen und privaten Krankenhäuser mit entsprechender Akkreditierung...“. Das Gesetz fordert – allerdings auf eher unklare Weise – eine Rationalisierung der Krankenhausleistungen ausgehend von den Erfordernissen und Merkmalen der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten.

Derzeit können Entzugsbehandlungen nur dann in Anspruch genommen werden, sofern Betten verfügbar sind. In Zukunft muss die qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung durch Krankenhausabteilungen und Privatkliniken für 7 – 10 Tage durch Bereitstellung eines fixen Bettenkontingentes möglichst in allen Landesteilen garantiert werden.

¹⁸ vgl. Regione del Veneto, Assessorato alle politiche sociali (2001)

Die stationäre sanitäre Rehabilitation

Illegale Drogen:

Innovative professionelle Wege und vielfältige Interventionsmethoden bieten die Möglichkeit den sich ständig wandelnden Bedürfnissen zu begegnen. Pilotprojekte zugunsten „neuer“ Zielgruppen (Mütter mit Kindern, Menschen mit psychiatrischer Komorbidität, Konsumenten von „Neuen Drogen“ etc.) sollen entwickelt bzw. implementiert oder überprüft werden.

Alkohol:

Im Bereich der notwendigen Behandlung/Rehabilitation von schwer geschädigten Alkoholpatienten mit Folgeerkrankungen wie z. B. Korsakow-Erkrankung oder sonstigen Demenzen gibt es größte Schwierigkeiten. Diese Patienten bedürfen in der Regel einer intensiven Betreuung. Derzeit gibt es diese Möglichkeit nur unter besonders günstigen Bedingungen.

Zur Abstinenz unfähige, schwer geschädigte Alkoholabhängige erweisen sich häufig als so genannte „Drehtürpatienten“. Bei ihnen kann man öfters 10 und mehr stationäre Aufenthalte jährlich in den Krankenhäusern zur akuten Entgiftung zählen. Erreichen sie das Pensionsalter, so werden sie – bei Möglichkeit einer Finanzierung – vorzeitig im Altersheim, gelegentlich im Pflegeheim untergebracht.

Eine Bedarfserhebung soll klären, ob spezialisierte Strukturen auf Landesebene im Sinn eines Wohnheimes mit pflegeintensiver Betreuung für solche Patienten notwendig sind.

NACHSORGE

In diesem Bereich müssen in den nächsten Jahren im Sinne der Ausweitung bestehender Behandlungsmöglichkeiten Akzente gesetzt werden. Für alle Abhängigkeiten sollten spezifische bedürfnisorientierte Initiativen gefördert werden, wobei der Rückfallprävention besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Ehrenamtliche Tätigkeit soll hierbei besonders unterstützt und auf die Aus- und Fortbildung besonders geachtet werden.

SPEZIELLE THEMEN**Die Einbindung der Ärzte für Allgemeinmedizin**

Die Einbeziehung der Ärzte für Allgemeinmedizin in die Beratung und Früherkennung bei Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch von Substanzen ist notwendig. Da Frühstadien der Erkrankung oft mit fehlender Einsicht der Betroffenen verbunden sind, erweisen sich Informationsgespräche, Techniken der motivierenden Gesprächsführung und die gezielte Weitervermittlung an die territorialen Facheinrichtungen als sinnvoll. Voraussetzung dafür ist eine geeignete Schulung über die Durchführung von Kurzinterventionen sowie zu den Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Die Früherkennung und Früherfassung von Alkoholproblemen muss zum allgemeinen Standard diagnostischer Untersuchungen in Arztpraxen gehören.

Die motivierende Kurztherapie durch den Arzt für Allgemeinmedizin erweist sich als äußerst wertvoll in der Behandlung von problematischem Alkoholkonsum, Nikotinabhängigkeit und falschen Ernährungsgewohnheiten.

Freie Behandlungswahl und Kostenbefreiung bei Gesundheitsleistungen

Auf Verwaltungsebene ist es nötig, klare Richtlinien hinsichtlich der freien Wahl der Behandlungsart durch den Patienten zu erlassen.

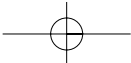
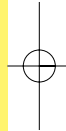
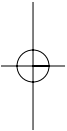
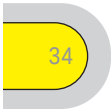
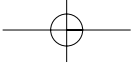
Eine absolut gesicherte Anonymität sollte auf Anfrage von Patienten, die bereit sind für alle Leistungen finanziell aufzukommen, ermöglicht werden.

Weiters muss die Ausweitung der Ticketbefreiung, die für Abhängige von illegalen Drogen und Alkohol besteht, auch für andere Abhängigkeitserkrankungen überlegt werden.

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- Die sanitären Dienste müssen über geeignete strukturelle Voraussetzungen wie beispielsweise getrennte Zugänge verfügen, um das Behandlungsangebot auch auf andere Abhängigkeiten ausweiten zu können.
- Spezifische Sensibilisierungs- und Behandlungsangebote für Kokain- und Ecstasykonsumenten sollen gefördert werden.
- Im Bereich der Medikamentenabhängigkeit ist eine Sensibilisierungsarbeit bei den Ärzten für Allgemeinmedizin, in den Krankenhausabteilungen und in der Öffentlichkeit notwendig.
- Innerhalb der einzelnen Sanitätsbetriebe müssen Vereinbarungen getroffen werden, wie die Behandlung von Nikotinabhängigen unter Einbeziehung aller vorhandenen Ressourcen aussehen soll.
- Eine integrierte ambulante und stationäre Therapie- und Rehabilitationskette für Patienten mit schweren psychiatrischen Störungen und Suchtverhalten soll entwickelt werden.
- Die stationären Entzugsbehandlungen müssen möglichst in allen Landesteilen rasch und unproblematisch durchgeführt werden können.
- Im stationären Setting gilt es auf die neuen Bedürfnisse zu reagieren, Versorgungslücken zu erkennen und geeignete Interventionen zu planen und mit dem bestehenden Angebot abzustimmen.
- Differenzierte therapeutische und soziale Hilfsangebote in der Angehörigenarbeit und der Arbeit mit abhängigen Minderjährigen sollen geschaffen werden.
- Die Suchtarbeit muss vermehrt Allgemeinärzte und Sprengel miteinbeziehen im Sinne der Förderung gesunder Lebensstile, der Früherkennung und der Frühbehandlung von Risikopersonen.
- Die D.f.A. sollen als Dienste mit klinischen Aufgaben und nicht mit sozialer Kontrollfunktion aufgewertet werden.



3. Handlungsfeld

Berufliche und soziale Integration

35

Berufliche und soziale Integration von Betroffenen
verhindert ein Leben am Rand der Gesellschaft

Theorie

Obwohl ein Teil der suchtkranken Menschen oder ehemals Abhängigen vor sozialen Barrieren und Ausgrenzungserfahrungen steht, ergeben sich in vielen Fällen keine Problematiken, die eine Intervention des sozialen Schutz- und Hilfsystems nötig machen. Schwierigkeiten in den Bereichen berufliche, gesellschaftliche und familiäre Integration sowie Schuldenregelung entstehen vor allem bei chronisch Abhängigen von Alkohol und illegalen Drogen. Diese Hindernisse können in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigend sein.

Armut, Ausbildungsmängel, Wohnungs- und Arbeitslosigkeit sowie ein vermindertes Maß an sozialen Gestaltungsmöglichkeiten sind Merkmale, die im Zusammenhang mit chronischer Abhängigkeit eine wesentliche Rolle spielen. Die Aufrechterhaltung der Integration bzw. die (Re-)Integration von Suchtkranken in die Gesellschaft und in das Arbeitsleben stellen daher eine besondere Herausforderung dar.

Die Angebote der (Re-)Integration helfen abhängigen Menschen, (wieder) in der Gesellschaft einen Platz zu finden, anerkannt und gebraucht zu werden. Befriedigende Wohnverhältnisse, die Erfahrung von Anerkennung im Beruf und die damit verbundene Selbstständigkeit sind zentrale Elemente von Lebensqualität. Angebote, die helfen, diesen Integrationsprozess zu verwirklichen, sind auf jeder Stufe des Hilfe- und Behandlungsprozesses notwendig, also prozessbegleitend anzubieten.¹⁹

Alle Maßnahmen und Angebote der sozialen Integration sind nicht erst nach einer erfolgten Behandlung, sondern idealerweise parallel zur Phase der medizinischen Behandlung und Rehabilitation zu leisten.

Festzuhalten gilt, dass die Anwendung von Substitutions- und Aversionstherapien, die medizinisch-psychoziale Suchtbegleitung sowie die Akzeptanz bei Rückfällen signifikant dazu beigetragen haben, dass soziale Ausgrenzung verhindert und somit gute Bedingungen für soziale Integration geschaffen werden konnten. Vor allem der Substitutionsbehandlung ist es zu verdanken, dass die Gefahren der Mortalität durch illegalen Drogenkonsum, HIV-Infektion und/oder Kriminalität abnehmen, wobei gleichzeitig der Beschaffungsstress und der Druck, mit illegalen Drogen zu handeln, wegfällt.

Bei vielen chronischen, aber sozial integrierten Patienten reicht die Betreuung durch die Gesundheitsdienste aus. Die schweren sozialen Ausgrenzungsprozesse, die das Bild des Abhängigen charakterisieren, treten zwar nur in wenigen Fällen auf, belasten aber massiv die Sozial- und Gesundheitsdienste und sind besonders kosten- und ressourcenintensiv. Abgestimmt mit den Betreuungshilfen der Gesundheitsdienste helfen hier die sozialarbeiterischen Angebote der (Re-)Integration, schwer abhängigen Menschen in der Gesellschaft einen Platz zu erhalten bzw. wieder zu finden.

¹⁹ DHS (1999)

Zentrale Ziele, die es im Rahmen der Integrationshilfen zu erreichen gilt, sind:²⁰

- Stabilisierung des bisherigen Behandlungserfolges, d.h. Verselbstständigung des Klienten bei reduzierter therapeutischer Hilfe
- Verstärkung der Eigenverantwortlichkeit und Eigenkontrolle, d.h. Sensibilisierung für Rückfallsituationen
- Strukturierung des Alltages und soziale (Re-)Integration
- Berufliche (Wieder-)Eingliederung
- Sicherung adäquater Wohnbedingungen
- Förderung der Kommunikationskompetenz und adäquate Konfliktbearbeitung
- Förderung der sozialen Kompetenzen
- Vermeidung von Ausgrenzung

Die Einhaltung folgender Richtlinien ist zu beachten:

- Die Eigenverantwortung, die Ressourcen, die Mitarbeit des Betroffenen, die Hilfe zur Selbsthilfe sollen gefördert werden.
- Das Recht auf Selbstbestimmung und auf freie Willensäußerung ist zu respektieren.
- Transparenz in der Definition der Projekte und Ziele.
- Möglichkeiten und Grenzen des Versorgungssystems und der daraus entstehenden Rechte und Ansprüche müssen klar definiert sein, um unrealistische Erwartungen und Hoffnungen zu verhindern.
- Die Bereitschaft des Betroffenen, dass mit seinem verbindlichen Einverständnis Informationen zwischen den Diensten ausgetauscht werden, soll eingeholt werden.

Aktuelle Situation

Die Zuständigkeitsproblematik

In Südtirol liegt die soziale und berufliche Integration von suchtkranken Menschen einerseits in den Händen der Einrichtungen des Sozialwesens, andererseits tragen die sanitären Dienste dazu bei, dass durch alle medizinisch und psychosozial aktivierbaren Ressourcen die Voraussetzungen für die bestmögliche soziale Integration und Rehabilitation geschaffen werden.

Die Kompetenz in der Sozialhilfe liegt bei den Bezirksgemeinschaften und beim Sozialbetrieb Bozen. Die Koordination der individuellen sozialen Rehabilitationsprojekte liegt in den Händen der Sozialdienste.

Die sanitäre Kompetenz ist im Verantwortungsbereich der Sanitätsbetriebe angesiedelt.

Im Detail sind die Zuständigkeitsprofile und die zu erbringenden Leistungen noch genau abzuklären. In beiden Bereichen arbeitet nämlich Personal mit ähnlichen Kompetenzen. Für die institutionelle Vernetzung sind integrierte Projektarbeit und gemeinsame Aus- und Fortbildung besonders wirksam.

²⁰ angelehnt an Knobloch, M. (2002)

WOHNEN

Wohnen stellt im Leben eines jeden Menschen ein zentrales Grundbedürfnis dar. Dieses nicht zu befriedigen, bedeutet den Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Leben. Wie wichtig es ist, in einem autonom verwaltbaren Ort im kulturellen Sinn zu wohnen, liefert einen Maßstab dafür, wie sehr das „Nicht-Wohnen“ eine Devianz darstellt. Das Heim ist ein primäres Element der persönlichen Identität, ein wichtiges Kriterium sozialer Anerkennung und Zugehörigkeit. Wer kein Heim besitzt, hat nicht die Möglichkeit, nach eigenem Ermessen Kontakte zur Außenwelt herzustellen bzw. abzulehnen. Der Schlaf gehört auch zu den primären Bedürfnissen aller Lebewesen. Wer keinen Wohnraum hat, muss die eigenen Schlafgewohnheiten oft drastisch ändern, was mitunter schwerwiegende Folgen für die körperliche und geistige Gesundheit dieser Personen hat.

Maßnahmen, Einrichtungen und Dienste zugunsten jener Menschen, die keinen eigenen oder zugewiesenen Wohnraum haben, bilden einen Teil des Hilffsystems.

In Südtirol bieten sich folgende Möglichkeiten in einem abgestuften Spektrum an:

- Nächtigungen in Obdachlosenhäusern und Notschlafstellen für akut Wohnungslose;
- die finanzielle Sozialhilfe unterstützt, wenn keine andere Lösung in Sicht ist, die zeitweilige Unterbringung in Pensionen oder Hotels;
- betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit chronischem Alkoholproblem;
- Wohngemeinschaften für abhängige Personen, die keine intensive und ständige Betreuung mehr benötigen; die Wohngemeinschaft bietet Unterstützung zur Erlangung der Selbstständigkeit und Integration und ist als ständige Wohnstätte oder als Übergang zu einer eigenen Unterkunft oder zur Rückkehr in die Familie eingerichtet;
- Wohnungen für soziale Kategorien: Auch in diesem Falle muss eine bestimmte Selbstständigkeit vorhanden sein, welche von den Sozialdiensten bescheinigt wird

ARBEIT

Einer der wichtigsten, aber gleichzeitig auch schwierigsten Momente im rehabilitativen Prozess des Suchtkranken ist die (Wieder-)Eingliederung in die Arbeitswelt.

Arbeit hat einen zentralen Stellenwert und ist Voraussetzung für eine tatsächliche Autonomie und Integration des Menschen. Keine Arbeit zu haben, bedeutet abseits zu stehen. Unfreiwillig aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen zu sein, hat immer weitreichende Auswirkungen, die über die rein finanzielle Seite weit hinausgehen.

Viele Menschen haben trotz regelmäßigem Substanzenkonsum gute Arbeitsfähigkeiten und sind auf dem freien Arbeitsmarkt tätig. Trotzdem liegt die Zahl der arbeitslosen Suchtkranken üblicherweise weit über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Daher kommt ihrer Reintegration in den Arbeitsmarkt eine besondere Bedeutung zu. Betreute Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse sind für manche Suchtkranke Voraussetzung dafür, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen. Defizite in der Qualifikation und Leistung können aufgeholt und neue Fertigkeiten entwickelt werden.

Ein niederschwelliger Einstieg über Eingliederung in Werkstätten oder Sozialgenossenschaften kann einen ersten Schritt darstellen.

Folgende Möglichkeiten der Eingliederung in die Arbeitswelt bieten sich in Südtirol an:

- Arbeitseingliederung über geschützte Arbeitsverhältnisse (Werkstätten)
- Arbeit in Sozialgenossenschaften
- Arbeitseingliederungsprojekte durch Anvertrauungsabkommen des Arbeitsamtes
- Eintritt in den offenen Arbeitsmarkt

Bildungs-, Fortbildungs- und Qualifikationsmaßnahmen

Da ein Teil der Suchtkranken keine abgeschlossene Schul- und Berufsbildung hat, werden betreute Kurs- und Ausbildungsprogramme als Qualifizierungsmaßnahmen genutzt. Das Training der sozialen, persönlichen und beruflichen Fähigkeiten und spezifisches Wissen in Bezug auf die Arbeitswelt sind dort grundlegende Ziele. Berufsbildung und private Einrichtungen setzen derzeit in diesem Bereich Akzente. Beispielhaft für diesen Bereich sind auch die „stages“, die der Weiterentwicklung der professionellen Fertigkeiten dienen.

MATERIELLE NOT

Bei fast allen Abhängigkeiten spielt das Geld eine zentrale Rolle. Viele Abhängige verfügen nicht über ausreichende Geldressourcen zur Befriedigung ihrer Sucht und nehmen Kredite auf. Schulden erzeugen oft über Jahre das Gefühl der Unfreiheit und der Resignation. Bei Spielsüchtigen sind massive Geldprobleme und Schulden in den allermeisten Fällen vorauszusehen.

Zur Finanzierung der Abhängigkeit von illegalen Substanzen werden die Geldmittel oft über Beschaffungskriminalität, Prostitution und Dealerei aufgebracht. Oft sind Verurteilungen aufgrund konsumassoziierter Delikte und Überschuldung vorprogrammiert. Erschwerend kommen oft noch empfindliche Geldstrafen dazu.

Mit üblicher Arbeit nicht rückzahlbare Schulden verhindern oft jegliche berufliche und soziale Reintegration.

Finanzielle/materielle Sozialhilfe

Kurzfristig kann finanzielle Sozialhilfe für viele suchtkranke Menschen notwendig sein. In diesen Fällen müssen die fachärztlichen Dienste nicht unbedingt einbezogen werden. Bei langfristiger Unterstützung Abhängigkeitserkrankter müssen die Formen der materiellen Unterstützung vom zuständigen Sprengeldienst beschlossen werden. Dieser muss sich mit den ambulanten Diensten für Abhängigkeitserkrankungen abstimmen. Gemeinsame Lösungen zugunsten des Klienten und unter Berücksichtigung der Ressourcen und der erreichbaren Ziele müssen gefunden werden, welche mit dem Betroffenen, dem Sozialsprengel und dem D.f.A. vereinbart werden.

Projekte zur effektiven sozialen Integration und finanziellen Unabhängigkeit werden wo immer möglich angestrebt.

Wo diese Projekte seitens der Betroffenen nicht umsetzbar sind und Suchtverhalten

zum Lebensstil der Person gehört, sind im Sinne der Überlebenshilfe und der Sicherung von Grundbedürfnissen auch langfristige Hilfen in Form von Sachbeiträgen, Unterkunftshilfen und Geld notwendig.

Die Schuldnerberatung

Sie bietet kostenlos Auskunft, Beratung und Begleitung bei finanziellen Problemen an und versteht sich als Sozialberatung, wobei auch die wirtschaftlichen und rechtlichen Aspekte mit berücksichtigt werden. Ziel der Schuldnerberatung ist die Sicherung des Lebensminimums und das Erreichen einer langfristigen sozialen und finanziellen Stabilisierung. Dabei gibt es eine enge Zusammenarbeit mit anderen Facheinrichtungen. Schuldnerberatung unterstützt die Betroffenen bei der Finanzplanung, bei der Verhandlung mit den Gläubigern, bei der Umschichtung und/oder Verringerung der Schuldenbelastung u.Ä. Die Schuldnerberatungen orientieren sich an Qualitätskriterien, deren Richtlinien und Standards im Qualitätshandbuch festgehalten sind.

DIE SOZIAL-PÄDAGOGISCHE GRUNDBETREUUNG FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

Minderjährige

Bei **suchtgefährdeten Minderjährigen** muss die sozial-pädagogische Grundbetreuung frühzeitig mit sekundärpräventiven Maßnahmen intervenieren. Dabei sind die Jugendsozialarbeit und alle beratenden Einrichtungen in diesem Bereich gefordert. Der problematische Gebrauch von psychoaktiven Substanzen darf nicht dazu führen, dass Jugendliche stigmatisiert und sozial ausgegrenzt werden. Im Falle von Abhängigkeit und/oder bei bestehenden Strafverfahren muss der zuständige Sozialsprengeldienst mit dem Jugendgericht, dem zuständigen D.f.A. und anderen sanitären Diensten zusammenarbeiten, um adäquat auf die Problematik reagieren zu können. **Kinder von Abhängigen** sind als gefährdet zu betrachten (vgl. Kapitel Suchtprävention). Bei Kindern von betreuten Patienten wird frühzeitig das Jugendgericht aktiviert, das den zuständigen Sprengelsozialdienst einbindet. In Zusammenarbeit mit den D.f.A. und anderen sanitären Diensten werden koordinierte Betreuungsprojekte umgesetzt, wobei gegenseitige Abstimmung, genaue Kompetenzdefinition, absolute Transparenz, Aufklärung der Betroffenen, Betreuungskontinuität und -intensität wichtig sind.

Erwachsene

Abhängige Menschen bekommen innerhalb der sozial-pädagogischen Grundbetreuung Unterstützung in der Bewältigung ihrer persönlichen und familiären Notsituation, aber auch Informationen zu den Möglichkeiten des sozialen Netzes. Für die Betroffenen wird je nach Ziel der Kontakt zu den Facheinrichtungen hergestellt.

Perspektiven

Zur Vermeidung von sozialer Ausgrenzung und für die Förderung der sozialen Integration wurden bereits viele Maßnahmen gesetzt, trotzdem bleiben einige Fragen und komplexe Problemstellungen offen:

- Bei manchen Abhängigen bleibt der Erfolg auch trotz kostspieliger, ressourcenintensiver, abstinenzorientierter Behandlungen oftmals aus. Hier muss die grundsätzliche Entscheidung getroffen werden, dass nichtdurchsetzbare abstinenzorientierte therapeutische Ziele durch suchtbegleitende, sozial stabilisierende Betreuung ersetzt werden.
- Bei integrierten sozio-sanitären Leistungen stellt sich das Problem der Kostenübernahme und der Kostenregelung.
- Eine Klarheit über die Gesamtverantwortung im Rehabilitationsprozess, sei es für den Betroffenen als auch auf territorialer und institutioneller Ebene, muss hergestellt werden. Diese Regelungen sind derzeit auf allen Ebenen für die beteiligten Einrichtungen unbefriedigend und müssen entwickelt werden.

Weiters sind die lokalen Unterschiede und Bedürfnisse, die vor allem zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sehr markant sind, zu berücksichtigen. Modelle gemeindenaher sozialer Rehabilitationsmaßnahmen müssen erarbeitet werden. Die Einbindung der vor Ort tätigen Kräfte in die Projekte soll weiter verfolgt werden.

WOHNEN

Die Sprengel müssen im Rahmen ihrer Möglichkeiten vor Ort adäquate Wohnformen – sei es im nieder- als auch im hochschwelligem Bereich – planen und errichten.

- Am schwierigsten gestaltet sich derzeit die Unterbringung von nicht abstinenten Menschen. Oft wird hier als einzige auch langfristige Lösung die Unterbringung im Obdachlosenhaus angestrebt. Allerdings kann dies nicht als Lösung angesehen werden, da besagte Einrichtungen nicht für Alkohol- oder Drogenabhängige bestimmt sind. Eine Unterbringung in solchen Heimen rechtfertigt sich somit nur in extremen Notfällen und kann nur dann in Betracht gezogen werden, wenn alternative Möglichkeiten zur Gänze fehlen.
- Geeignete Unterbringungsformen müssen auch für wohnungslose abhängige Frauen geschaffen werden.
- Es fehlen Maßnahmen zugunsten jener Menschen, die zwar über Wohnraum verfügen, aber zusätzlich noch auf ambulante Hilfe angewiesen sind, d.h. auf Grunddienste und spezifische Dienste, die vor Ort tätig sind.
- Der soziale Wohnbau soll vermehrt auch auf die Kategorie der allein stehenden Bedürftigen Rücksicht nehmen.
- Wohnungsnot ist mitunter auch für Menschen eine Realität, die eine erfolgreiche stationäre Therapie hinter sich, aber familiär keine Unterstützung haben und sich sozial und beruflich reintegrieren müssen. Auch für sie muss an Lösungen gedacht werden.

ARBEIT

Aufrechterhaltung von Arbeitsfähigkeit und Arbeits(wieder)eingliederung können bei einer lang andauernden Abhängigkeitserkrankung nicht am Ende der Behandlung zum Thema gemacht werden. In allen Phasen müssen, wenn nötig, geeignete Maßnahmen gesetzt werden, um der sozialen Ausgrenzung entgegenzuwirken. Andererseits darf man nicht den Fehler machen, von allen schwer suchtkranken Menschen eine Arbeitsleistung zu fordern. Einige unter ihnen sind nicht in der Lage produktiv zu sein, andere sind es nur unter besonderen Rahmenbedingungen.

Besonders wichtig sind die Schaffung vernetzter Maßnahmen zur schrittweisen (Wieder-)Eingliederung in die Arbeitswelt sowie eine, falls möglich, dauerhafte Eingliederung in den freien Arbeitsmarkt. Allerdings gibt es noch immer große Schwierigkeiten, wenn es darum geht, eine Übereinstimmung zwischen den Vermittlungsmöglichkeiten des Arbeitsamtes, den Berufsbildungspraktika und den Arbeitsangeboten des Arbeitsamtes zu finden.

Die zu setzenden Maßnahmen sind:

- Geschützte Werkstätten mit Beschäftigungsmöglichkeiten für suchtkranke Menschen sollten in den verschiedenen Bezirksgemeinschaften geschaffen werden. Dabei sind die Bezirksgemeinschaften eingeladen, die jeweils angemessenen Möglichkeiten und Vorgangsweisen auszuarbeiten. Mehr noch: Es sollte zu einem konstruktiven Kontakt unter den BZG mit Austausch von Projekten, Methoden und Erfahrungen kommen, da ein solcher Austausch in jedem Falle für alle bereichernd ist.
- Sozialgenossenschaften, die ebenso wie geschützte Werkstätten Qualitätsprodukte und qualifizierte Dienstleistungen anbieten, müssen verstärkt unterstützt werden, wobei sich dafür die Möglichkeit der direkten Auftragsvergabe im Sinne des Art. 5 des Gesetzes 381 von 1991 von Seiten des Landes, der Gemeinden und anderer öffentlicher Körperschaften anbietet.
- Die Möglichkeiten der Arbeitseingliederung durch das Arbeitsamt müssen weiter genutzt werden, auch wenn sie im Abhängigkeitsbereich nur ein begrenztes Wirkungsspektrum aufweisen. Derzeit ist für ein Arbeitseingliederungsprojekt die Zuweisung und begleitende Unterstützung eines ambulanten Sanitätsdienstes notwendig. Als Hindernis gilt, dass Menschen, welche nur von den Sozialdiensten betreut werden, keinen Anspruch auf eine Aufnahme in diese Projekte haben. Um die Arbeitseingliederung auch für die ausgeschlossenen Menschen zu fördern, sollten neue Maßnahmen entwickelt werden.
- Bei Suchtkranken und ehemals Abhängigen ist es notwendig, in Zukunft verstärkt über den offenen Arbeitsmarkt zu agieren. Eine Arbeitseingliederung in den regulären offenen Arbeitsmarkt als vollständig integrierte Person sollte wo immer möglich angestrebt werden. Dazu ist es erforderlich, dass die Arbeitsvermittlungsdienste gezielt auf diese Problematik eingehen, die Arbeitgeber durch entsprechende Fortbildung sensibilisiert und befähigt werden, mit Menschen, die aktuelle oder zurückliegende Suchtprobleme aufweisen, umzugehen.

- Zusätzlich sollen die unterschiedlichen Möglichkeiten, die der offene Arbeitsmarkt bietet (Teilzeit, Turnusarbeit, Saisonarbeit, Telearbeit etc.), voll ausgeschöpft werden.

Wichtig ist, dass in diesem Bereich alle maßgeblich zuständigen Institutionen und Einrichtungen mit den Sozialsprengel- und fachärztlichen Diensten noch besser kooperieren, wobei sie auch an innovativen Projekten arbeiten sollten, um den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen gerecht zu werden.

MATERIELLE NOT

Oftmals wenden sich Erwachsene mit Suchtproblemen auf Grund des von der finanziellen/materiellen Sozialhilfe ausgeübten Drucks an die zuständigen Sozialdienste. Den Klienten wird die Teilnahme an Projekten zur sozialen Integration vorgeschlagen. Werden diese von den Betroffenen abgelehnt, können, nach einer gründlichen Beurteilung der Situation, in Einzelfällen finanzielle Leistungen gestrichen werden. Diese Vorgangsweise birgt vor allem bei chronisch Kranken große Probleme.

DIE SOZIAL-PÄDAGOGISCHE GRUNDBETREUUNG FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

Der Sozialsprengel ist der Dreh- und Angelpunkt des erweiterten sozio-sanitären Versorgungssystems. Für länger andauernde Begleitung und Betreuung sind genaue Zuordnungsregeln für "case management" oder "case tutoring" zwischen den beteiligten Diensten festzulegen.

Bei suchtgefährdeten Jugendlichen empfehlen sich ganzheitliche Behandlungsmodelle, die nicht den - oft auch nur symptomatischen - Konsum in den Vordergrund stellen. Die bereits vorhandenen Initiativen zugunsten von Kindern abhängiger Eltern müssen in Zukunft ausgeweitet, neue Betreuungsakzente und Initiativen gesetzt werden. Besonderes Augenmerk muss den Kindern von sozial unauffälligen alkoholabhängigen Menschen gewidmet werden, da gerade diese oftmals Vernachlässigung, Missbrauch und Gewalt ausgesetzt sind.

Eltern, Partner und Angehörige müssen sozial wie fachärztlich und psychologisch in vermehrtem Maße unterstützt werden.

Freizeitgestaltung

Die Ergebnisse einer vom D.f.A. Bruneck durchgeführten Studie zeigen den klaren Wunsch nach einer organisierten Freizeit von Seiten suchtkranker Menschen auf. Gerade an Wochenenden und in der Ferienzeit sind allein stehende suchtkranke Menschen besonders gefährdet. Auch im Anschluss an eine abgeschlossene Therapie ist eine Unterstützung im Freizeitbereich eine Form der Rückfallverhütung. Es geht hierbei nicht darum, spezielle Maßnahmen zu setzen, sondern vielmehr die bestehenden Ressourcen des Territoriums zu erheben und zu nutzen, die Verantwortlichen der Freizeit- und Bildungseinrichtungen zu sensibilisieren und anschließend den einzelnen Klienten oder einer kleinen Gruppe ein geeignetes Angebot zu vermitteln (Normalisierungsprinzip).

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- Eine klare Kompetenzklärung und Schnittstellenregelung ist in der sozio-sanitären Versorgung unumgänglich.
- Abhängige mit großen sozialen Integrationsproblemen bedürfen eines integrierten multiprofessionellen Betreuungsansatzes.
- “Case management” (individuelle Fallführung) und “case tutoring” müssen als Arbeitsmethode eingeführt werden. Sie sind zentrale Elemente in der Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen.
- Für die Wohnversorgung von suchtkranken Frauen und Männern müssen individuell zugeschnittene Lösungen gefunden werden. Wichtig ist es weiters, auf politischer Handlungsebene das Wohnungsproblem zu thematisieren, so dass die zuständigen Dienste und Verantwortungsträger konkrete Lösungen anbieten können.
- Die Eingliederung Abhängigkeitserkrankter in den regulären offenen Arbeitsmarkt sollte wo immer möglich angestrebt werden; bei fehlenden Ressourcen der Betroffenen müssen die vorhandenen Möglichkeiten des Arbeitsamtes, der Werkstätten und Sozialgenossenschaften ausgeschöpft und weiterentwickelt werden.
- Genaueste und einheitliche Beurteilungs- und Vergabekriterien bezüglich der finanziellen Sozialhilfe sind notwendig.
- Innovative integrierende Projekte in der Freizeitgestaltung sollten finanziell unterstützt und – falls erfolgreich evaluiert – landesweit verstärkt umgesetzt werden.
- Die Bürokratisierung der Interventionen mit Zeit- und Ressourcenverschleiß muss verhindert werden.

4. HANDLUNGSFELD

Schadensminimierung und Überlebenshilfe

45

Schadensmindernde Maßnahmen senken Risiken und Schäden
bei abhängigen Menschen

Theorie

Ziel von Tertiärprävention ist es, den Verlauf einer Störung, eines Prozesses oder eines Problems und die sich daraus ergebenden Folgen zu stoppen oder zu verzögern, auch wenn der grundlegende Zustand weiter bestehen bleibt. Dies bedeutet unter anderem, Schaden und Leid möglichst gering zu halten, wo Probleme bereits bestehen. Tertiärprävention ist jedoch nicht mit Schadensminderung und Überlebenshilfe gleichzusetzen; sie beinhaltet auch die abstinenzorientierten Therapieformen – also ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten.

In diesem Kapitel wird von Schadensverminderung und Überlebenshilfe als Teil der tertiären Präventionsmaßnahmen gesprochen.

Abhängigkeit ist eine Krankheit, deren Behandlung viele Jahre dauern kann. Bei einigen Betroffenen ist die Abhängigkeit von (Selbst-)Ausgrenzungsprozessen begleitet. Diese Menschen leben am Rande der Gesellschaft, sind vielfach psychiatrisch und sozial auffällig, wohnungs- und arbeitslos, für keine abstinenzorientierte Behandlung anzusprechen und haben keine tragenden sozialen oder familiären Beziehungen. Die Betroffenen sind meist von ihrer individuellen und sozialen Entwicklung her schwer vorbelastet und suchen im Suchtverhalten vielfach einen Ausweg aus ihrem Leidensweg im Sinne eines eigentherapeutischen Versuchs.

In oben beschriebenen Situationen verschieben sich die Betreuungsziele: Schadensminderung und Überlebenshilfe rücken in den Vordergrund. Durch niederschwellige Maßnahmen werden suchtkranke und sozial ausgegrenzte Menschen unterstützt, damit möglichst wenig zusätzliche Schädigungen in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht entstehen. Niederschwelligkeit bedeutet, dass der Zugang zur Einrichtung sehr einfach gemacht wird, weil die Anforderungen an die abhängigen Personen minimal gehalten werden. Hindernisse wie Abstinenzanspruch, genaue Termineinhaltung, bürokratische Auflagen, Preisgabe der Identität oder des Status können beispielsweise aufgehoben werden. Einige Regeln, die ein Minimum an Sozialkompetenz voraussetzen, bleiben auch in niederschweligen Einrichtungen aufrecht: keine Gewalt, keine Dealerei, kein Substanzenkonsum.

Niederschwellige Angebote dienen:

- der Sicherung des Überlebens und der Grundbedürfnisse in akuten Phasen,
- der Verhinderung von körperlichen Folgeschäden durch Information und Aufklärung über risikoarmen Konsum sowie HIV- und Hepatitisprophylaxe,
- der Sicherung der sozialen Struktur des Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung und der Arbeit,
- der Stärkung der Familienstrukturen und der Verhinderung sozialer Ausgrenzung,
- der Erhaltung und Verbesserung körperlicher und psychischer Gesundheit durch medizinische und psychosoziale Notfallprophylaxe,
- der Verhinderung einer offenen, schwer kontrollierbaren Szene.²¹

²¹ vgl. Leune, J. (2002)

Es geht darum, auch mit jenen suchtkranken Menschen in Kontakt zu treten, die durch das klassische höherschwellige Hilfsangebot nicht erreicht werden. Durch diese weitere Differenzierung im Hilffsystem können insgesamt mehr Menschen erreicht werden.

Zu bedenken ist allerdings, dass es sich hier nicht um eine Lösung der Problematik und auch keine Alternative zu den bisherigen Interventionsformen handelt. Schadensminderung und Überlebenshilfe dürfen in diesem Sinne auch nicht als „billigere“ Intervention im Vergleich zu den teureren therapeutischen Maßnahmen gesehen werden.

Da ein grundlegendes Ziel der gesamten Suchtarbeit die Reintegration von abhängigen Menschen ist, soll auch bei niederschweligen Projekten auf Veränderung hingearbeitet werden. Auch wenn Abstinenz kein vorrangiges Ziel ist, können und sollen Abstinenzbestrebungen der Abhängigen unterstützt werden.

Aber auch bei niederschweligen Angeboten im Gesundheits- und Sozialbereich gibt es Versorgungsgrenzen. Betreuungsmaßnahmen können beispielsweise bei Aggressivitätsausbrüchen und Drohungen der Klienten verbunden mit steigendem Substanzkonsum aufgehoben werden. In diesem Moment tritt der Sicherheitsaspekt für das Personal und das soziale Umfeld in den Vordergrund.

47

Aktuelle Situation

Schadensminimierende und integrationsfördernde Interventionen werden derzeit von einer Vielzahl von Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich angeboten.

DER MEDIZINISCHE ASPEKT

Dieser wird von den zuständigen ambulanten sanitären Diensten, kompetenten Berufsgruppen in anderen Einrichtungen und den Ärzten für Allgemeinmedizin wahrgenommen. In Akutsituationen werden die Erste-Hilfe-Abteilungen der Krankenhäuser aufgesucht. Dieses Phänomen hat sich aber in den letzten Jahren durch die bessere ambulante und soziale Versorgung stark reduziert.

Medizinisch orientierte Schadensminimierung und Überlebenshilfe besteht aus ärztlichen Kontrolluntersuchungen, Beratung für HIV-Positive und Aids-Kranke, Prävention gegen Überdosierungen, krankenschweller Interventionen und Wundversorgung, der Aufrechterhaltung von Substitutionsprogrammen auch bei Abhängigen ohne Abstinenzbestrebungen, der Möglichkeit zum anonymen Spritzentausch, kostenloser Kondomvergabe, Blut-Screenings und der Informationsweitergabe über „safer sex“ und „safer use“.

DER SOZIALE ASPEKT

Dieser wird über Maßnahmen im Bereich der Überlebenshilfe, der finanziellen Unterstützung, der Arbeitseingliederung und des Wohnens abgewickelt (siehe auch Kapitel

„soziale und berufliche Integration“). Die Angebote für drogen- und alkoholabhängige Personen unterscheiden sich auf Grund der verschiedenen Erfordernisse und Probleme.²²

Niederschwellige Anlaufstellen

Eine spezielle Aufgabe im niederschweligen Bereich für Konsumenten illegaler Drogen übernimmt die Kontakt- und Anlaufstelle „Bahngleis 7“ in Bozen. Durch die spezielle Zielgruppe (Menschen aus der offenen, illegalen Drogenszene) müssen die gesetzten Maßnahmen lebensweltorientiert erfolgen:

- konkrete alltags- und lebenspraktische Hilfen: Körperhygiene, Waschen, Essen, Trinken, Möglichkeit sich auszuruhen
- Angebote zur Gesundheitsförderung: Spritzentauschprogramme, „safer use“, „safer sex“, Beratung zur Eindämmung des Infektionsrisikos insbesondere von HIV und Hepatitis, Erste-Hilfe-Wundversorgung und Überlebenshilfetrainings mit den Usern zur Senkung der Mortalitätsrate bei Überdosierung

Wichtig ist auch in diesem Fall eine gute Abstimmung der Hilfsangebote: Niederschwellige Angebote müssen verbunden sein mit einer angemessenen Wohnversorgung, einer Essensausgabe und einer sozialen Betreuung, sodass eine qualifizierte Hilfe im Sinne der Schadensbegrenzung auf den verschiedenen Ebenen erreicht werden kann.

Projekte für weitere niederschwellige Tageszentren (sog. Teestuben) für abhängige Menschen liegen derzeit vor.

Der Zugang zu den Grundbedürfnissen (Körperhygiene, Waschen und Essen) wird in Brixen von der Essensausgabe Haus Maria Huber und in Meran vom Obdachlosenhaus Arché der Caritas gesichert.

Die Akzeptanz in der Bevölkerung

Vor allem in der unmittelbaren Nachbarschaft gibt es häufig Kritik an der Errichtung niederschwelliger Einrichtungen. Durch korrekte Informationen und Miteinbeziehung der Bevölkerung können die Vorteile akzeptanzorientierter Projekte auch im Sinne sozialer Sicherheit klar gemacht werden. Niederschwellige Einrichtungen sind ein Auffangnetz für eine Personengruppe, die ein großer Teil der Bevölkerung als Bedrohung empfindet.

Durch sozialarbeiterische Hilfestellungen kann sich die Bevölkerung in ihrem Wohnviertel, auf Straßen und Plätzen „geschützter“ und „sicherer“ fühlen. Voraussetzung dafür ist eine enge Zusammenarbeit mit den Ordnungskräften, die in Synergie mit allen betroffenen Institutionen für die öffentliche Sicherheit sorgen. In und um niederschwellige Einrichtungen wird ein sonst verborgenes Phänomen sichtbar und ist dadurch auch besser kontrollierbar.

Ebenfalls wichtig ist die Aufklärung der Bevölkerung über „dissoziale“ Verhaltensweisen der Betroffenen und die offene Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik als gesamtgesellschaftliches Problem.

²² Landesregierung Südtirol (1998)

Perspektiven

MEDIZINISCHE/HYGIENISCHE HILFESTELLUNGEN

Die Abgabe von Spritzen über Spritzenautomaten, niederschwellige Einrichtungen und Streetworker sowie dazugehörige Gesundheitsinformationen sind grundlegende Bausteine der Schadensminimierung und müssen in diesem Sinne forciert und garantiert werden. Das Eindämmen von HIV/Aids und Hepatitis unter Konsumenten illegaler Drogen verlangt auch in Zukunft weitere Anstrengungen. Das Angebot an Spritzenabgabestellen soll vergrößert werden.

Für Konsumenten illegaler Drogen im Freiheitsentzug sollte die medizinische Versorgung ausgebaut werden. Es sollten die gleichen Hilfsangebote bestehen wie in Freiheit. Diese Ansicht stützt sich auf Alltagserfahrungen und die WHO-Richtlinien zu Aids- und Hepatitisinfektion im Gefängnis, die Empfehlungen des Europarates sowie Berichte von Fachleuten.²³

Informationsmaterialien zur Prävention gegen Überdosierung und für einen „sicheren Gebrauch“ müssen entwickelt und verteilt werden.

NIEDERSCHWELIGE WOHNPROJEKTE

Notschlafstellen, betreute Wohnformen und möglichst flexible Unterbringungsmöglichkeiten z. B. in Containern oder Wohnwägen für sozial nicht integrierte abhängige Menschen fehlen bis heute. Eine Erhebung soll den effektiven Bedarf klären.

STREETWORK

Die aufsuchende Sozialarbeit wurde in Ergänzung zur institutionellen entwickelt. Ziel ist es, die Zielgruppen (Abhängige von legalen und illegalen Drogen) dort zu kontaktieren, wo sie sich täglich aufhalten und sie für psychosoziale bzw. gesundheitsfördernde Interventionen zu gewinnen. Darüber hinaus kann sie im Sinne von Gemeinwesenarbeit dazu beitragen, Szeneplätze kontrollierbar zu machen und ordnungspolitische Interventionen zu mindern. Oft bedeutet Streetwork auch einen ersten Kontakt zu Menschen, die noch nie eine Beratungsstelle aufgesucht oder keine Betreuungsrechte haben.

In diesen Bereich gehören auch Angebote für sich prostituierende drogenabhängige Frauen und Männer, die einem erhöhten Infektionsrisiko und psychischen Belastungen ausgesetzt sind.

²³ Schweizer Bundesamt für Gesundheit (2000)

HILFESTELLUNG FÜR ILLEGAL EINGEWANDERTE MENSCHEN AUS NICHT-EU-STAATEN

Personen, die illegal eingewandert sind, können bei einer vorliegenden Abhängigkeitsproblematik medizinisch und psychosozial nicht versorgt werden.

In ihrer Sitzung vom 28.10.2002 pflichtete die Landesregierung „dem Vorschlag von Landesrat Saurer bei, den nicht ordnungsgemäß im Lande lebenden Bürgern eines außereuropäischen Landes nur die im Sinne von Art. 35 des Gesetzes 286 als unaufschiebbar klassifizierten medizinischen Leistungen zu gewähren, bzw., sofern sie in Haftanstalten einsitzen, alle sanitären Leistungen mit Ausnahme der Rehabilitation. Bei schweren Entzugerscheinungen können Ersatzpharmaka eingesetzt werden, wenn dies unbedingt erforderlich ist, um allzu schwere gesundheitliche Folgen zu bannen, wobei dies immer im Krankenhaus erfolgen muss. Weiterreichende sanitäre Leistungen hält die Landesregierung im Lichte der Bestimmungen des Fini-Bossi-Gesetzes für unzulässig.“

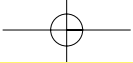
Diesen Menschen muss aus einer schadensmindernden Perspektive sowohl medizinische als auch soziale Hilfe geboten werden, und zwar nicht nur für sie selbst, sondern auch im Hinblick auf die Tatsache, dass sie durch das soziale Netz schlüpfen und nur sehr schwer kontrolliert werden können. Es geht nun um die Ausarbeitung möglicher Hilfsmaßnahmen.

50

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- **Notschlafstellen, betreute Wohnformen und alternative Unterbringungsmöglichkeiten für sozial ausgegrenzte abhängige Menschen müssen eingerichtet werden.**
- **In den Ballungszentren braucht es genügend Einrichtungen, in denen der Zugang zu den Grundbedürfnissen Körperhygiene, Waschen und Essen gesichert wird.**
- **Tertiäre Präventionsmaßnahmen und bessere Informationsarbeit sollten im Gefängnis angeboten werden.**
- **Aufklärungsarbeit mit den Klienten und Transparenz über Möglichkeiten und Grenzen des sozialen Versorgungssystems sollen gewährleistet sein.**
- **Niederschwellige Arbeitsangebote sollten ausgebaut werden.**
- **Für abhängige illegale Einwanderer soll, in Zusammenarbeit mit dem Ehrenamt, an der Möglichkeit gearbeitet werden, kurzfristige Hilfsmöglichkeiten anzubieten.**
- **Auch innerhalb der niederschwelligen Arbeit gilt das Prinzip, dass gesundheitliche Betreuung ohne Maßnahmen der Sozialhilfe nicht indiziert ist.**
- **Streetwork soll gefördert werden.**



5. HANDLUNGSFELD

Sicherheit

Die Sicherheit der Bevölkerung ist ein Anliegen aller beteiligten Kräfte

Theorie

Sucht als gesamtgesellschaftliches Problem muss von den verschiedenen Institutionen der Gesellschaft berücksichtigt werden. Wichtig ist dabei, dass jeder der Partner seine fachspezifischen Möglichkeiten einfließen lassen kann und somit ein Zugang aus unterschiedlichen Blickwinkeln gewährleistet wird.

Sicherheitsproblemen muss durch gezielte Maßnahmen der Polizei, der politisch Verantwortlichen sowie durch gesundheitsspezifische und sozialarbeiterische Interventionen begegnet werden. Das Thema Sicherheit ist eines der aktuellsten im gesellschaftspolitischen Diskurs und erstreckt sich vom Jugendschutz über die Sicherheit im Straßenverkehr bis hin zu den Problemen im öffentlichen Raum. Ein zentrales Ziel ist hierbei, die Belastung und das Gefühl der Unsicherheit in der Bevölkerung zu verringern.

Aktuelle Situation

52

DER ARBEITSBEREICH DER ORDNUNGSKRÄFTE

Die Aufrechterhaltung der Sicherheit liegt zu einem großen Teil in den Händen der Ordnungskräfte. Diese beschäftigen sich mit der Sicherheit in öffentlichen Anlagen, z. B. Parks, auf Plätzen und sonstigen Treffpunkten der Drogenszene. Im Zentrum der polizeilichen Aktivitäten im illegalen Drogenbereich stehen vor allem die Überwachung von Drogenproduzenten, -kurieren und Dealern sowie die Bekämpfung der Drogenkriminalität.

Weiters fällt in die Kompetenz der Ordnungskräfte das Anzeigen von Konsumenten illegaler Drogen und die Durchführung von Verkehrskontrollen bezüglich Lenkens von Fahrzeugen in alkoholisiertem Zustand oder unter Einfluss illegaler Drogen.

Den Ordnungskräften kommt aber neben der Kontrollfunktion auch die Aufgabe zu, präventiv tätig zu werden.

Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Bezüglich Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen gilt derzeit folgende Regelung: Die Anfrage nach Zusammenarbeit wird von Fall zu Fall direkt an den Regierungskommissar gestellt, welcher innerhalb der Koordinierungssitzung des Komitees für öffentliche Ordnung und Sicherheit (an der auch der Gesundheitsassessor teilnimmt) die Modalitäten bestimmt, die eine Zusammenarbeit mit den Ordnungskräften garantieren.

Verkehrskontrollen

Die Artikel 186 und 187 der Straßenverkehrsordnung regeln das Fahren unter Alkoholeinfluss und Fahren unter Einfluss von illegalen Drogen. Das Fahren in betrunkenem Zustand (über 0,5 Promille) ist verboten. Unter Einfluss von illegalen

Drogen oder psychotropen Substanzen ist das Lenken von Fahrzeugen grundsätzlich verboten.

Die zuständigen Ordnungskräfte führen Verkehrskontrollen durch und entziehen bei oben genannten Übertretungen den Führerschein. In der Folge wird der Führerschein an das Regierungskommissariat weitergeleitet, wo der entsprechende Vermerk im Dokument angebracht und das Suspendierungsdekret ausgestellt wird. Der Führerscheinentzug kann als wirksames Mittel für die Regulierung des Lenkens unter Alkoholeinfluss betrachtet werden.

Derzeit wird auf nationaler Ebene eine Verschärfung der Strafen, u.a. auch mittels Punktführerschein eingeführt, dessen genaues Ausmaß zur Zeit der Drucklegung noch nicht bekannt war.

DER STRAFVOLLZUG

In Italien sind Inhaftierte zu einem großen Prozentsatz suchtkrank. Dies ist oft eine Folge gewisser mit der Sucht verbundener krimineller Verhaltensweisen. Zudem ist die Aufnahmekapazität der Haftanstalten bei weitem überschritten, was die Lebensqualität innerhalb der Struktur erheblich beeinträchtigt.

Die italienische Suchtpolitik orientiert sich auch bezüglich der Strafvollzugsanstalten immer mehr am Leitgedanken „Therapie statt Strafe“. So wird abhängigen Häftlingen die Möglichkeit geboten, sich als Alternativmaßnahme entsprechenden Therapien zu unterziehen. Weiters besteht für Gefängnisinsassen die Möglichkeit, Aus- und Fortbildungskurse in und wenn möglich auch außerhalb der Haftanstalt zu besuchen.

In den Gefängnissen betreuen Fachkräfte des Sozialdienstes für Erwachsene des Justizministeriums die Häftlinge.

Die Konsiliartätigkeit in der Gefängnisanstalt von Bozen wird für Abhängige von illegalen Drogen vom D.f.A. Bozen, für Alkoholabhängige vom Verein Hands übernommen.

Perspektiven

SICHERHEIT DURCH POLIZEILICHE UND SOZIALARBEITERISCHE INTERVENTIONEN

Der Ruf nach Polizei bei Sicherheitsproblemen auf Straßen und Plätzen, aber auch bei Substanzkonsum in der Schule ist nach wie vor groß. Es muss in der Bevölkerung das Bewusstsein geweckt werden, dass nicht die Polizei alleine das Problem lösen kann, sondern dass es zusätzlich einer breiten Palette von Maßnahmen bedarf, wie niederschwelliger Einrichtungen, Straßensozialarbeit, sowie Präventionsmaßnahmen. Um eine umfassende Sicherheit gewährleisten zu können, sollte in Zukunft die Arbeit der Ordnungskräfte mit den Maßnahmen der Präventions- und Sozialarbeit sowie denen der Behandlung und Betreuung abgestimmt werden.

FAHR SICHERHEIT

Programme und Kampagnen, die gezielt die Gefahren des Fahrens unter Einfluss von Alkohol oder illegalen Drogen aufzeigen, sind zu erarbeiten.

Aus dem Alkoholbereich bewährte Präventionsstrategien, die das Trennen von Konsum und Fahren in den Vordergrund stellen, sollten auf den illegalen Bereich ausgeweitet werden.

Anders als bei Alkohol gibt es bei illegalen Drogen keine gesetzlich festgelegten Grenzmengen. Das stellt vor allem im Zusammenhang mit Cannabis ein Problem dar: Der Cannabiskonsum kann nämlich noch lange nach dem Abklingen der Wirkung (mehrere Wochen) nachgewiesen werden. Da der Cannabiskonsum weit verbreitet und der Führerschein für viele Menschen aus beruflichen und/oder privaten Gründen unverzichtbar ist, gilt es in Zukunft, in diesem Zusammenhang angemessene Strategien zu überlegen.

Im Zusammenhang mit der pharmakologischen Behandlung mit Substitutionsmitteln wie Methadon oder Subutex muss die Möglichkeit der Beibehaltung der Fahrerlaubnis geklärt werden. Die Diskussion geht in Europa in die Richtung, dass Substitution als medizinische Behandlung alleine (ohne Beigebrauch von Substanzen) kein Ausschlussgrund ist.

Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdiensten und der Führerscheinkommission

In diesem Bereich ist die Umsetzung spezifischer, vom zuständigen Dienst für Rechtsmedizin ausgearbeiteter oder gesammelter Protokolle notwendig. Besagte Protokolle müssen für das gesamte Land einheitlich sein und die notwendige Unterscheidung zwischen Therapie und Kontrolle gewährleisten. Die ambulanten Dienste dürfen von der Bevölkerung auf keinen Fall als Organe angesehen werden, die ausschließlich für den Entzug des Führerscheins zuständig sind. In besagtem Falle würden nämlich potentielle Patienten den Diensten fernbleiben, was das ohnehin schon weit verbreitete Problem auf Dauer sicher nur verschlimmern würde, zumal der Führerschein einen höheren Wert zu haben scheint als die Gesundheit.

DIE ANZEIGE VON KONSUMENTEN ILLEGALER DROGEN

Bis heute gibt es keine gesicherten Daten bezüglich des Therapieerfolges bei Patienten, die aufgrund einer Anzeige ein sozio-rehabilitatives Programm absolviert haben. In enger Zusammenarbeit zwischen Regierungskommissariat und Einrichtungen der Suchtarbeit müssen geeignete Wege zur Qualitätskontrolle und zur Beurteilung des Behandlungserfolges entwickelt werden. Die Angebotspalette der Interventionen sollte sich nicht ausschließlich auf Urinkontrollen und Beratungsgespräche beschränken, sondern um spezifische Angebote (wie beispielsweise erlebnispädagogische Angebote) erweitert werden. Wichtig ist dabei, dass die mit der sozio-rehabilitativen Intervention betrauten Einrichtungen sich nicht in den Dienst der Kontrolle und Repression stellen.

Die Anzeigenentwicklung bei Cannabiskonsumenten

Bei Lebenszeiterfahrungen von 40% in der jugendlichen Bevölkerung (also einem kontinuierlichen Anstieg in den letzten 30 Jahren) stellt sich bei Cannabiskonsumenten die Frage, ob denn Repression nicht gerade in diesem Bereich einen gegenteiligen Effekt mit sich bringt. Sinnvoll scheint in diesem Zusammenhang eine Politik, die Gesundheit und Sicherheit statt Repression vorsieht.

DER STRAFVOLLZUG

Davon ausgehend, dass illegale Handlungen im Zusammenhang mit Sucht weiterhin bestraft werden, muss man folgende Punkte beachten:

Die Inhaftierung soll in jedem Fall als die letzte der restriktiven Maßnahmen angesehen werden, da sie dem Individuum wenig Entwicklungsmöglichkeiten bietet und für das soziale Zusammenleben, vor allem nach der Haftentlassung, zahlreiche Nachteile mit sich bringt.

Es gilt Bedingungen zu schaffen, die inhaftierten Alkohol- und Drogenkranken einen leichteren Zugang zu Alternativmaßnahmen zur Haft ermöglichen und diese bei entsprechender Motivation des Patienten möglichst voll auszuschöpfen. Die notwendigen administrativen und organisatorischen Prozeduren sollen möglichst rasch und einfach abgewickelt werden.

Die Gesundheitsversorgung innerhalb des Gefängnisses muss gewährleistet sein. Dies geht von der Untersuchung über die Behandlung chronisch kranker Patienten bis zur Verabreichung von Substitutionsmitteln oder anderer Medikamente. Die Substitutionsmedikation wird derzeit vom medizinischen Personal der Haftanstalt Bozen in Zusammenarbeit mit den D.f.A. durchgeführt, so dass sie auch nach der Haftentlassung besser weitergeführt werden kann.

In nächster Zukunft dürfte die Betreuungsform völlig unzureichend werden, um abhängigen Inhaftierten eine angemessene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Notwendig ist eine tägliche Betreuung durch bereitgestelltes sowohl ärztliches als auch krankenschweflerisches Personal. In diesem Zusammenhang ist die Umsetzung des Gesetzesdekrets Nr. 230/1999 seitens der Autonomen Provinz Bozen unerlässlich. Therapie und gerichtliche Maßnahmen im Auftrag der Gerichtsbehörde sind absolut zu trennen und müssen auch von getrennten Diensten durchgeführt werden. Die immer häufigere Nutzung alternativer Maßnahmen für Drogen- und Alkoholabhängige anstelle einer Haftstrafe ist nur dann therapeutisch und pädagogisch sinnvoll und vertretbar, wenn der Patient die Möglichkeit hat, ein auf Vertrauen gründendes therapeutisches Verhältnis aufzubauen. Bei einem Rückfall könnte ansonsten die Angst bestehen, dass die Gerichtsbehörde nun doch die Alternativbehandlung aufhebt. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den therapeutischen Diensten und dem Überwachungsgericht ist immer erforderlich, allerdings sollte sie sich auf Fragen der Therapie und Rehabilitation beschränken, während ein externer und neutraler Gesundheitsdienst für die eventuell angeforderten notwendigen Kontrollen zuständig ist.

Inhaftierten Personen muss Gelegenheit gegeben werden, Schulabschlüsse zu machen oder nachzuholen oder spezifische Aus- und Weiterbildungen zu besuchen. Um dies zu ermöglichen, ist eine geeignete Struktur mit mehr Raum notwendig, über welche das derzeitige Gefängnis in Bozen nicht verfügt.

Auch die Sensibilisierung der Bevölkerung und der Arbeitgeber muss ausgebaut werden. Dem Personal der Strafvollzugsanstalten sollten Weiterbildung und Schulungen zur Suchtproblematik angeboten werden.

INFORMATIONSWERGABE ÜBER ANALYSIERTE SUBSTANZEN

Die Informationsweitergabe von Seiten der Polizei an das Netz der Suchtarbeit über Art und Qualität der analysierten Substanzen ist notwendig und anzustreben. Da in Italien nur die Ordnungskräfte die Analyse illegaler Substanzen durchführen können, ist dies umso wichtiger. Aufbauend auf diesen Informationen können sozialarbeiterische Interventionen besser geplant und Warnungen zur Gefährlichkeit bestimmter Stoffe im Sinne einer „safer use“-Strategie veröffentlicht werden.

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- **Ordnungskräfte, Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Präventionsfachleute sollten vermehrt zusammenarbeiten und ihre Maßnahmen abstimmen.**
- **Das Thema der Sicherheit im Straßenverkehr, auf den Skipisten und bei öffentlichen Veranstaltungen muss weiter verfolgt werden.**
- **Die Trennung von Therapie und gerichtlicher Kontrolle ist voranzutreiben; ebenso gilt es eine genaue Kompetenzregelung bei den gerichtsmedizinischen Untersuchungen bei Führerscheinentzug festzulegen.**
- **Neue Ansätze bei den sozio-rehabilitativen Programmen als Alternative zur Verwaltungsstrafe bei Konsumenten illegaler Drogen müssen entwickelt werden.**
- **Die Gesundheitsversorgung innerhalb des Gefängnisses muss garantiert sein.**
- **Im Strafvollzug sollen die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten zugunsten von suchtkranken Häftlingen voll ausgeschöpft werden können. Therapeutische Interventionen und gerichtliche Überwachungsmaßnahmen sollen dabei von getrennten Einrichtungen durchgeführt werden.**

Vernetztes Arbeiten

Aktive Zusammenarbeit und Vernetzung verbessern die Qualität der Interventionen

Theorie

Suchtarbeit ist eine anspruchsvolle Intervention in der Gesellschaft. Der Erfolg hängt entscheidend von einer genauen Kenntnis und einer präzisen Einschätzung der Strukturen und der Dynamik der Systeme ab, mit denen man es zu tun hat. Suchtarbeit trifft immer auf ein komplexes, meist schwer erkennbares Netz von sozialen Strukturen, in denen die Ressourcen und Energien bereits verteilt und gebunden sind. Eine Veränderung an einem Knoten des Netzes betrifft alle anderen Teile.

Die Schwierigkeit, geeignete Arbeitszusammenhänge für gelingende Kooperation zu stiften, wird von Initiatoren und Projektkoordinatoren oft unterschätzt.²⁴ In Veränderungsprozessen kann man oft einen Zwiespalt zwischen dem beeindruckenden Engagement und den fachlichen Ressourcen der tätigen Personen einerseits und einer ernüchternden Realität auf organisatorischer Ebene andererseits beobachten. Sehr oft trifft man auf Mitarbeiter oder auch Führungskräfte, die durch entmutigende Erfahrungen gelernt haben, dass Innovationen am Widerstand auf Organisationsebene scheitern.

In der Suchtarbeit ist Vernetzung durch eine gut funktionierende Zusammenarbeit grundlegend. Netzerkennung erfolgt durch regelmäßigen Austausch und Förderung der Kommunikation zwischen den Fachkräften der einzelnen öffentlichen und privaten Einrichtungen und den Beauftragten der zuständigen Landesämter. In dieser Zusammenarbeit müssen die Kompetenzen und die Fachlichkeit der Kooperationspartner respektiert und ausgeschöpft werden.

Miteinander reden, um sich besser zu verstehen, gilt als Grundprinzip.

Aktuelle Situation

Die Südtiroler Suchtarbeit baut auf einer großen Anzahl von Einrichtungen auf, die durch die Zusammenarbeit mit Einrichtungen aus anderen Regionen Italiens und dem Ausland ergänzt werden.

Auf Landesebene bestehen verschiedene Ebenen der Zusammenarbeit, welche wiederum untereinander interagieren. Dies gilt einmal für den verwaltungstechnisch/organisatorischen Bereich (z.B. auf Assessors- und Gemeindeebene), zum Zweiten für den fachlichen Bereich (z. B. in der Prävention, der Behandlung und Rehabilitation). Zusätzlich besteht ein komplexes Zusammenspiel von Trägern und operativen Einrichtungen, in dem private und öffentliche Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. des Sozialwesens interagieren.

In der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Institutionen zeigen sich derzeit oft organisatorische und institutionelle Grenzen: Unklarheit in den Kompetenzen einzel-

²⁴ Kasplar, H. (1990)

ner Dienste, ungenaue Schnittstellenregelungen, unterschiedliche Arbeitshypothesen und Zielsetzungen, mangelnder Informationsaustausch und Termindruck machen oftmals effizientes Zusammenarbeiten sehr schwer. Hinzu kommt, dass bisher die Zusammenarbeit oft dem Gutdünken der einzelnen Einrichtungen überlassen war.

Perspektiven

ZUSAMMENARBEIT IN DER PRÄVENTION

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht an einige Experten delegiert werden kann. Es wäre unsinnig zu glauben, wenige beauftragte Fachleute könnten den diesbezüglichen Bedarf der gesamten Bevölkerung abdecken. Eine Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen und Menschen ist grundlegend. Die Bereitschaft, sich im Rahmen der Prävention zu betätigen, kann für alle im beratenden und therapeutischen Bereich tätigen Personen und Institutionen eine Bereicherung darstellen, da dadurch ein Bezug zum Alltag größerer Bevölkerungsschichten hergestellt werden kann.

Zwischen den einzelnen tätigen Einrichtungen müssen in Zukunft die Schnittstellen genau geklärt und definiert werden. Über die laufenden Präventionsprojekte im Land muss ein verbesserter Informationsaustausch angestrebt werden.

ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DEM SOZIAL- UND GESUNDHEITSBEREICH SOWIE ZWISCHEN ÖFFENTLICHEN UND PRIVATEN TRÄGERN

Die Entwicklung eines umfassenden Behandlungs- und Betreuungsansatzes ist die zentrale Aufgabe der Zukunft. Unter Berücksichtigung der Kompetenzzuschreibungen müssen flexible Übergänge und Verbindungen zwischen den spezialisierten sanitären und sozialen Hilfen geschaffen werden. Getrennte Kompetenzen müssen zueinander finden. Die sozio-sanitäre Integration ist eine Grundvoraussetzung, um die Qualität der Behandlungen zu garantieren.

Therapeutische und sozialarbeiterische Kontinuität kann nur durch gute Vernetzung der Strukturen gewährleistet werden. Das Netzwerk der zuständigen öffentlichen Stellen und privaten Träger soll im Rahmen ihres Versorgungsauftrages die gemeinsame Zielsetzung verfolgen, jeden Patienten entsprechend seiner Bedürfnisse zu betreuen.

Die Bereiche der Zusammenarbeit müssen in Zukunft transparent und klar definiert sein. Dafür empfehlen sich Vereinbarungsprotokolle zwischen den Partnern, welche die Kooperation öffentlicher wie privater, sozialer wie sanitärer Einrichtungen regeln. Eine gemeinsame Vorgangsweise zwischen sozialen und sanitären Strukturen, aber auch zwischen den zuständigen Landesämtern für das Sozial- und Gesundheitswesen muss gefunden werden.

In Zukunft sollen die öffentlichen und privaten Interventionen unter Anwendung des Subsidiaritätsprinzips gleichwertige Bedeutung bekommen, wenn sie im Sinne einer qualifizierten, an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten Suchtarbeit tätig sind.

Subsidiarität bedeutet, dass alle Formen staatlichen Handelns zunächst immer auf der Ebene erfolgen, die den Beteiligten/Betroffenen am nächsten ist. Dies kann in vielen Fällen über gemeindenahe Initiativen oder aber auch durch die Delegation an private Träger erreicht werden. Letztere können oftmals flexibler und unbürokratischer auf neue Phänomene reagieren.

Notwendig ist zudem eine Klärung der Zuständigkeiten bei übergemeindlichen Projekten. Beispielhaft soll hier der Aufgabenbereich „Jugendstreetwork“ angeführt werden. In diesem Fall überschneiden sich Zuständigkeiten der Sozialpolitik, der Gesundheitspolitik und der Jugendpolitik auf der einen Seite, Zuständigkeiten der einzelnen Gemeinden oder Bezirksgemeinschaften auf der anderen. In der Finanzierung solcher Projekte stößt der Praktiker immer wieder auf Hürden, die ein flexibles und schnelles Antworten auf Problemsituationen schwierig gestalten.

ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN ORDNUNGSKRÄFTEN, JUSTIZ UND DEN SOZIO-SANITÄREN EINRICHTUNGEN

Kooperationsmodelle zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich und den Ordnungskräften sind anzustreben. Ein Verständnis für die Arbeit des anderen und ein gegenseitiges Kennenlernen sind dafür Voraussetzung.

Gemeinsame übergeordnete Ziele, wie etwa der Gedanke „Therapie statt Strafe“, das Bevorzugen sozialer oder sanitärer Maßnahmen für Konsumenten illegaler Drogen oder die Kontrolle der Einhaltung von Jugendschutzbestimmungen müssen verfolgt werden. Gemeinsame Schulungen könnten erheblich zu einer Verbesserung der Kommunikation beitragen.

Im Rahmen der Primärprävention, bei Klassenbesuchen und Elternvorträgen seitens der Ordnungskräfte ist eine Entsendung von geschultem Personal notwendig.

Übereinkünfte mit den Ordnungskräften sind ebenso bei den Grundstrategien wie bei den Projekten im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention unerlässlich und rasch anzustreben. Zentrale Prämisse sollte sein, dass die Maßnahmen grundsätzlich nicht mehr Probleme hervorrufen sollen, als sie lösen können.²⁵

Auch muss dabei darauf geachtet werden, dass zwischen den Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialbereichs und der Klientel ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird, das gefährdet ist, wenn die Kooperation zwischen dem Gesundheits- und Sozialsektor und dem Sicherheitssektor zu eng wird – oder für Außenstehende zu eng erscheint.

²⁵ Uhl, A.; Springer, A. (2002)

DIE NEUREGELUNG DER „SEKTION FÜR SUCHTKRANKHEITEN“ DES LANDESBEIRATES FÜR SOZIALWESEN

Die „Sektion für Suchtkrankheiten“ des Landesbeirates für Sozialwesen wurde mit dem Landesgesetz Nr. 13 aus dem Jahr 1991 (betrifft die „Neuordnung der Sozialdienste in der Provinz Bozen“) eingesetzt. In der Nominierung der Mitglieder bleibt das Gesetz recht vage. Eine Neuregelung, welche die Nominierung von qualifizierten Fachleuten und eine neue Definition der Aufgaben vorsieht, erscheint sinnvoll.

Nach Genehmigung der vorliegenden Leitlinien wird die „Landesarbeitsgruppe für den Fachbereich Abhängigkeitserkrankungen“ mit Beschluss der Landesregierung ernannt werden. In dieser Landesarbeitsgruppe sollen alle relevanten, im Suchtbereich tätigen Einrichtungen vertreten sein.

Unter anderem sollte sich die „Landesarbeitsgruppe für den Fachbereich Abhängigkeitserkrankungen“ in der Öffentlichkeit bei brisanten und aktuellen Thematiken zu Wort melden und in periodischen Abständen Stellungnahmen zur Situation im Lande formulieren.

Auch sollte diese Landesarbeitsgruppe einmal jährlich eine Vollversammlung aller aktiven und anerkannten Einrichtungen der Suchtarbeit einberufen. Auf diese Art und Weise kann ein Beitrag in Richtung Vernetzung und Informationsaustausch gesetzt werden. Auch mit ethischen Fragen sollte sich die Landesarbeitsgruppe auseinander setzen und bei Bedarf Experten in Ethikfragen beiziehen. Ethische Überlegungen können nützlich sein bei der Beurteilung von Themen wie z. B. Werbung für legale Substanzen, Umgang mit Konsumenten illegaler Substanzen, Kostenbeteiligung, Recht auf Berufsgeheimnis, Versorgungsauftrag und Selbstbestimmungsrecht u.a.m.

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- Der Pluralismus in der Suchtarbeit soll gewährleistet sein.
- Die Vernetzung der Präventions-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie der Institutionen der Ordnungskräfte untereinander und die Zusammenarbeit mit den nicht auf Sucht spezialisierten Einrichtungen, wie beispielsweise Jugendarbeit, Wirtschaftsverbände, HGV, muss verbessert werden.
- Für eine effiziente Zusammenarbeit in den einzelnen Bereichen sind aufeinander abgestimmte integrative Impulse, klare Kompetenzzuteilungen und entsprechende Schnittstellenregelungen notwendig.
- Die Neuregelung der „Sektion für Suchtkrankheiten“ des Landesbeirates für Sozialwesen soll erfolgen.

II. QUALITÄTSSTRATEGIE

Professionalität

Professionelle Mitarbeiter gewährleisten hohe Qualitätsstandards in der Suchtarbeit

Theorie

Das Phänomen Sucht ist einem ständigen Wandel unterworfen. Die Einrichtungen in der Suchtarbeit und deren Mitarbeiter werden immer wieder vor neue Probleme und Herausforderungen gestellt. Auf diese muss flexibel und rasch reagiert werden.

Es ist daher erforderlich, die Professionalität der Mitarbeiter im Suchtbereich zu stärken und ihre Fachkompetenz in allen Bereichen präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Suchtarbeit fortlaufend den internationalen Standards anzupassen.²⁶

Die Etablierung professioneller Suchtarbeit bedarf zudem innovativer organisatorischer Lösungen. Es gilt, komplexe Projekte in und zwischen Organisationen zu managen und neue Ausbildungsmöglichkeiten zu gestalten. Es gehört zu den notwendigen Kompetenzen der in der Suchtarbeit tätigen Personen, die Dynamik von sozialen Systemen besser zu verstehen und Veränderungsprozesse in Organisationen anzuregen.

Suchtarbeit ist ein interdisziplinäres Arbeitsfeld, das Mitarbeiter aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Erziehung, Krankenpflege, Sozialarbeit, ehrenamtliche Arbeit, Jugendarbeit sowie Schule und Berufsausbildung betrifft. Für jede dieser Berufsgruppen gilt, dass eine systematische und kritische Auseinandersetzung mit den Grundlagen des eigenen Handelns als wesentlicher Schritt zur Professionalisierung und Konsolidierung der gesamten Branche notwendig ist.

Aktuelle Situation

Folgende Einrichtungen bieten kontinuierlich Fort- und Weiterbildungen zum Themenbereich Sucht in Südtirol an:

- Dienststelle für Personalentwicklung der Abteilung Sozialwesen
- Amt für Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals – Abteilung Gesundheitswesen
- Schulämter und Dienststellen für Gesundheitserziehung, Integration und Schulberatung
- Jugendhaus Kassianeum
- Landesfachschule für Sozialberufe Bozen
- Universität Bozen und Universität Innsbruck
- Landesfachschule für Gesundheitsberufe Bozen
- Bildungshäuser

²⁶ vgl. Haller, R.; Neubacher, T.; Halbeisen, M.; Diettrich, I.; Kocsis, E. (2002)

Perspektiven

Eine hohe Qualität in der Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Erziehung, Schule, Kultur- und Jugendarbeit bedarf folgender Maßnahmen:

- einer periodischen Erhebung des notwendigen Fachpersonals
- einer fachlich guten Ausbildung der Berufsgruppen
- einer kontinuierlichen Weiterbildung
- Ausbildungslehrgänge für Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und Arbeitsbereiche
- Supervision und Intervision
- Kongresse und Tagungen zur inhaltlichen Weiterbildung der Mitarbeiter und zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Gemeinsame Schulungen

Auf Sprengenebene wie auch landesweit können gemeinsame Fortbildungen der Mitarbeiter verschiedenster Einrichtungen als wertvolles Instrument der Vernetzung genutzt werden. Der von Nord- und Südtirol gemeinsam getragene universitäre Ausbildungslehrgang „Professionelle Suchtarbeit“ ist ein gutes Beispiel dafür, wie Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Fachbereichen und Arbeitsebenen sowie mit verschiedenen Grundausbildungen ihr Fachwissen eingebracht und weiterentwickelt haben.

Weiterbildung des Personals bedeutet für die Mitarbeiter immer auch neue Impulse, die sie dann in Form von neuen Projekten und Methoden in den Arbeitsalltag integrieren können. Fort- und Ausbildungen der Mitarbeiter zu neuen Themen, wie beispielsweise Beratung junger Konsumenten, Spielsucht, Doping, Internet mit dem Ziel die Betreuung/Behandlung der Klienten aufzubauen bzw. zu optimieren, gehören ebenfalls zur Professionalisierung.

Grundlagen der Suchtarbeit in Ausbildungscurricula

Ein Grundwissen über Prävention und Therapie von Sucht soll in den Ausbildungscurricula von Sozialassistenten, Psychologen, medizinischem Personal, Erziehern etc. eingebaut werden. Dadurch können ein gemeinsames Grundverständnis für Suchtarbeit und die Vernetzung der Angebote erleichtert werden.

Ausbildung der Ärzte für Allgemeinmedizin

Ein Arbeitsfeld in Entwicklung ist die Einbindung der Ärzte für Allgemeinmedizin in die Versorgung von Abhängigen und die Früherkennung von Suchtverhalten. Gerade für Allgemeinmediziner sollte eine Intensivierung der Weiterbildungsangebote vorgebracht werden.

Maßnahmen gegen das Burnout-Syndrom

Burn-out wird nach Körkel²⁷ verstanden als ein „Prozess der anhaltenden Überforderung durch das nicht nachlassende Anstreben unerreichbarer Ziele (...) Dieser Prozess wirkt sich nachteilig auf das Wohlbefinden in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht aus“.

Ein Maßnahmenbündel gegen das sich gerade bei Mitarbeitern in der Suchtarbeit sehr häufig einstellende „Burnout-Syndrom“ soll entwickelt werden.

Dazu gehören etwa:

- flexible Arbeitszeiten
- Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung
- Wechsel der Arbeitsschwerpunkte
- Aufgabenteilung
- psychophysischer Erholungsurlaub
- ökonomische Anreize wie Zulagen
- Supervision und Intervention
- Unterstützung anerkannter innovativer Arbeitsmethoden von Seiten der Verantwortlichen und der politischen Kräfte.

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- **(Gemeinsame) Weiterbildungen der Mitarbeiter der öffentlichen und privaten Einrichtungen sowie des Ehrenamtes und der Ordnungskräfte, sei es auf inhaltlicher Ebene als auch bezüglich des Organisationsmanagements, sollen vorangetrieben werden.**
- **In den Arbeitsverträgen einzelner Berufsgruppen und Arbeitsbereiche sollen Maßnahmen gegen das „Burnout“ einfließen.**
- **Besonders exponierte Dienste, die große Probleme bei der Personaleinstellung und mit häufigem Personalwechsel haben, sollen auch weiterhin administrative Erleichterungen erhalten.**

²⁷ Körkel, J. (1995)

III. QUALITÄTSSTRATEGIE

Planung und Koordination

Suchtkoordination schafft die Voraussetzungen
für zielgerichtete Planung und Dokumentation

Theorie

Die Inanspruchnahme der Einrichtungen der Suchtarbeit, ihre Aufgabenstellungen und die Anforderungen sind in Südtirol seit Mitte der neunziger Jahre stark gewachsen. Eine optimale Planung und Abstimmung aller Bereiche ist erforderlich, damit die eingesetzten finanziellen Mittel so effizient wie möglich verwendet werden können. Durch eine Organisationsstruktur, die auch auf der Ebene des zentralen Managements diesen veränderten Rahmenbedingungen gerecht wird, kann dieser Herausforderung begegnet werden.

Aktuelle Situation

Die Suchtarbeit umfasst mit ihren unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen eine Vielzahl von Kostenträgern, Einrichtungsträgern und Maßnahmenträgern. Zudem weisen die beauftragten Landesämter unterschiedliche Zuständigkeiten und Kompetenzen auf. Deshalb ist die Planung und Steuerung des regionalen Systems eine sehr komplexe und schwierige Aufgabe.

Mangelnde Klarheit in der Planung und Koordination führte in der Vergangenheit dazu, dass die Versorgungsaufgaben von den verschiedenen Einrichtungen auf sehr unterschiedliche Weise und nach eigenem Ermessen wahrgenommen wurden.

Der Versuch, eine Suchtkoordinationsstelle innerhalb der Landesverwaltung beim Amt für Hygiene der Abteilung Gesundheitswesen anzusiedeln, wurde im Jahr 2000 gestartet.

Bis zum heutigen Zeitpunkt ist diese Position aber unklar und nicht besetzt.

Die inhaltliche und finanzielle Planung und Koordination des Suchtbereiches obliegt derzeit den verschiedenen Landesämtern (vgl. Anhang Einrichtungen).

Perspektiven

Nach einer Aufbau- und Pionierphase in der Suchtarbeit sind jetzt Planungs- und Abstimmungsprozesse erforderlich.

DIE PLANUNG DES SUCHTBEREICHES

Die Planungsverantwortung muss von der Politik festgelegt werden. Aufbauend auf der gesellschaftlichen Entwicklung müssen klare und transparente Ziele und Leitlinien periodisch vorgegeben werden. Planung und Steuerung sind aber ohne die Einbeziehung der in den Facheinrichtungen tätigen Experten nicht denkbar.

Die Planungen im Suchtbereich müssen auf internationalen wissenschaftlichen Standards fußen. Die Grundgedanken und Leitlinien der europäischen Suchtpolitik – die sich beispielsweise in den Dokumenten wie dem Europäischen Aktionsplan EAAP²⁸,

den Forschungsergebnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der „Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ wiederfinden – sollen eingebaut werden. Ebenso gehören die UNO-Konventionen zu den grundlegenden Dokumenten.

Weiters sollen auch Publikationen oder Ergebnisse der wichtigsten Forschungsinstitute als Grundlage für Planung und Ausrichtung dienen.

Im letzten Jahrzehnt wurde deutlich, dass Europa in der Suchtarbeit einen eigenen Weg gehen und entwickeln muss, da die kulturellen Unterschiede zu den USA zu groß sind, um deren Leitlinien einfach nur zu übernehmen.²⁹

DIE SUCHTKOORDINATION AUF LANDESEBENE

Eine übergeordnete und übergreifende Suchtkoordinationsstelle steht in Südtirol noch aus. Eine solche Organisationsstruktur ist erforderlich, um eine optimale Abstimmung der Ziele und Interventionen im Suchtbereich zu planen und die Verteilung der öffentlichen Mittel an die Einrichtungen zu bestimmen. Die Stelle für Suchtkoordination soll bei diesen zentralen Fragen einen erheblichen Einfluss haben.

Aufgaben der Koordination sind weiters:

- die Bedarfserhebung
- die Entwicklung von Rahmenplänen und Richtlinien
- die Abstimmung von Grundsatzfragen und Maßnahmen
- die Festlegung von Qualitätsstandards
- die Vernetzung der Ämter und Einrichtungen der Suchtarbeit
- die Beratung der Landesregierung in der gesetzgeberischen Tätigkeit
- die Erstellung von „Landessuchtberichten“
- die Öffentlichkeitsarbeit
- die Kontakte zu nationalen und internationalen Drogenkoordinationsstellen

DIE DEPARTEMENTS IN DEN SANITÄTSBETRIEBEN

Um innerhalb der Sanitätsbetriebe die Ziele der Prävention, Behandlung und Rehabilitation auch wirklich zu erreichen, braucht es das Zusammenspiel zahlreicher Einrichtungen sowie öffentlicher und konventionierter privater Dienste mit Einbindung des Ehrenamtes. Zu diesem Zwecke ist die Einrichtung einer zentralen, praxisnahen Koordinationsstelle für eine bessere Vernetzung der Dienste notwendig.³⁰

Das Departement für Abhängigkeitserkrankungen übernimmt die Planung auf territorialer bzw. sanitätsbetrieblicher Ebene und stützt sich dabei auf eine genaue und tief greifende Analyse des Gesundheitsbedarfs. Es stellt zweifelsohne den besten Rahmen für die Einbindung der in diesem Bereich tätigen und entsprechend ermächtigten bzw. akkreditierten Fachkräfte dar. Die Departements sind in Dienststellen zu gliedern, um die Problematiken bezüglich Gebrauchs, problematischen Gebrauchs und Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen sowie der damit einhergehenden Verhaltensweisen anzugehen.³¹

²⁸ WHO Regionalbüro für Europa (1999) ²⁹ Springer, A.; Uhl, A. (1995) ³⁰ Regione del Veneto, Assessorato alle politiche sociali (2001); vergleiche auch: Accordo Stato-Regioni (1999) ³¹ Gruppo Abele (2002)

DIE FINANZIERUNG

Im Sinne einer Gesamtverantwortung und zur Sicherung eines ganzheitlichen Hilfsansatzes für Suchtkranke müssen die Kosten für den gesamten Bereich geplant und die finanziellen Ressourcen auf die Dienste angemessen verteilt werden. Das Prinzip der Gesamtverantwortung muss sich hier durchsetzen; Partikularismus und Einzelinteressen müssen in den Hintergrund treten.

Kostenanalysen und Überprüfung der Wirksamkeit der einzelnen Projekte müssen vorangetrieben werden.

Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- Die Planung im Suchtbereich wird aufbauend auf der gesellschaftlichen Entwicklung, den wissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Miteinbeziehung der Fachleute von der Politik in periodischen Abständen mit klaren Leitlinien neu festgelegt.
- Die Stelle der Suchtkoordination ist neu einzurichten und soll über eine europaweite Ausschreibung für die nächsten drei Jahre vergeben werden. Positionierung, Ressourcen, Kompetenzklärungen und Aufgaben sind mittels Stellenbeschreibung so zu klären, dass die Funktion der Suchtkoordination im Sozial- und Gesundheitsbereich auch ausführbar wird.
- Die Errichtung von Departements innerhalb der Sanitätsbetriebe ist zu unterstützen.
- Ein modernes Finanzierungskonzept in der Suchtarbeit ist zu entwickeln.

IV. QUALITÄTSSTRATEGIE

Dokumentation und Wissenschaft

Ergebnisse aus Wissenschaft und Forschung sind die Grundlage für effiziente Maßnahmen

Theorie

Die Ergebnisse von Wissenschaft und Forschung sollen die Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen in der Suchtprävention und der Beratung, Behandlung und Betreuung von abhängigen Menschen bilden.³²

Aktuelle Situation

DATENERFASSUNG UND DOKUMENTATION

Derzeit gibt es im Lande Bemühungen, Kriterien festzulegen, die eine einheitliche Vorgangsweise bei der Erhebung der statistischen Daten in den einzelnen Diensten für Abhängigkeitserkrankungen ermöglichen. Die Epidemiologische Landesbeobachtungsstelle erarbeitet die dafür notwendigen Kriterien. Einheitliche Standards zur Datenerhebung sind Voraussetzung für spätere Evaluationen. Die Verarbeitung und Interpretation der erhobenen Daten muss angestrebt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt sind die einzigen periodisch gelieferten Daten die des Landesgesundheitsberichtes. Das dort gelieferte Datenmaterial ist aber nicht immer miteinander vergleichbar und teilweise lückenhaft.

WISSENSCHAFT

Eine der großen Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines bedarfsgerechten regionalen Versorgungssystems liegt in den unzulänglichen epidemiologischen Erkenntnissen über Art und Ausmaß von Abhängigkeitserkrankungen.³³

In Südtirol stehen Epidemiologie und Suchtforschung erst am Anfang. Auch wenn in den letzten Jahren einige Studien (Synthetische Drogen, Gläserne Schule, Medikamente, Spielsucht)^{34 35} vorangetrieben wurden, existiert derzeit nur sehr wenig brauchbares und vergleichbares Datenmaterial über die lokale Situation.

Perspektiven

QUALITÄTSSICHERUNG

Einen wichtigen Impuls zur Weiterentwicklung der fachlichen Grundlagen hat die Diskussion um Qualitätssicherung gegeben. Die Forderung nach Entwicklung verbindlicher Qualitätsmaßstäbe ist Ausdruck der in den letzten Jahren im Gesundheitsbereich gestiegenen Anforderungen an Transparenz, Effektivität und Effizienz der Angebote.

Der Bereich der Qualitätssicherung steckt in Südtirol noch in den Anfängen. Qualitätssicherung bedeutet, die Leistungen ständig zu verbessern und weiterzuent-

³² vgl. Magistrat der Stadt Wien (1999) ³³ vgl. Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (1999)

³⁴ Autonome Provinz Bozen – Südtirol, Abteilung Gesundheitswesen, (2001a); (2001b); (2001c) ³⁵ Raschke, P.; Kalke, J. (2002)

wickeln. Die Ziele und Verfahren der Qualitätssicherung müssen von den Leistungsträgern und den Anbietern gemeinsam definiert werden.³⁶

Durch die Einführung eines Qualitätsmanagements unter Einbeziehung und Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätskriterien und Qualitätsstandards sollen Projekte und Angebote im therapeutischen, sozialen und präventiven Bereich dokumentiert und evaluiert werden.

Der Einsatz öffentlicher Mittel kann nur dann vertreten werden, wenn damit qualitativ wertvolle Leistungen finanziert werden. In der Beratung, Behandlung und Therapie von abhängigen Menschen darf Qualität aber nicht auf Vermittlungsquoten oder Patientenzahlen reduziert werden.³⁷

FORSCHUNG UND EPIDEMIOLOGIE

Im Vordergrund der Forschung stehen die Beschreibung, Erklärung, Vorhersage, Veränderung und Prävention von Suchtproblemen. Aufgabe der Forschung ist es ferner, vorgefasste Meinungen zu hinterfragen, Alternativen zur bestehenden Praxis zu entwickeln und mit angemessenen Methoden zu überprüfen.

Die Epidemiologie befasst sich mit dem Auftreten von Substanzenmissbrauch und Abhängigkeit in der Bevölkerung oder in Teilgruppen.³⁸ Forschung in diesem Bereich ist weiter zu unterstützen. So entstehen im Lauf der Zeit vergleichbare Daten. Veränderungen in den Einstellungen und im Konsumverhalten werden ersichtlich. Daten zum aktuellen Konsum illegaler Drogen, zum Alkohol- und Tabakkonsum und zu den dazu korrelierenden Todesfällen sollen in Zukunft zur Verfügung stehen.

Durch Einbeziehung anderer Datenquellen, wie etwa Kostenerhebungen für soziale und sanitäre Folgeerscheinungen, Diagnoseerhebungen in den Krankenhäusern, Verkehrsdaten (Alkohol am Steuer, Führerscheinentzug, Unfälle), Unfälle auf Skipisten und wirtschaftliche Produktionsdaten, kann eine komplexe Interpretation des Gesamtphänomens Substanzenkonsum und Abhängigkeit ermöglicht werden.

Es sollen keine Datenfriedhöfe, sondern aussagekräftige Untersuchungen angestrebt werden, die der praktischen Arbeit von Nutzen sind und zur Implementierung innovativer Strategien und Handlungsansätze beitragen. Daher ist die Partizipation ausgewählter lokaler Experten des Suchtbereichs in der Forschungsarbeit anzustreben. Die Forschung muss durch multidisziplinäre Ansätze geprägt sein und sich umfassenden Fragestellungen zuwenden. Die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Studien soll unter Einbindung von nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen und Universitäten vorangetrieben werden. Eine Teilnahme Südtirols an internationalen und interdisziplinären Forschungsprojekten muss verstärkt angestrebt werden.

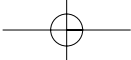
³⁶ vgl. Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (1999) ³⁷ vgl. Magistrat der Stadt Wien (1999)

³⁸ Schweizer Bundesamt für Gesundheit (2000)

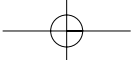
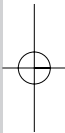
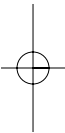
Handlungsschwerpunkte

Schwerpunkte für die kommenden Jahre:

- Die epidemiologische Datenerhebung soll leicht interpretierbare und über die Jahre vergleichbare Daten zur Verfügung stellen.
- Die Einrichtungen der Suchtarbeit sollen durch die Bereitschaft zur Evaluation zu einer weiteren Professionalisierung beitragen.
- Die Forschung im Suchtbereich soll gefördert werden.
- Forschungsergebnisse sollen direkt in die Suchtpolitik des Landes einfließen und der breiten Öffentlichkeit kommuniziert werden, so dass sie einen wahrnehmbaren Einfluss auf die öffentliche Diskussion und damit auf die politischen Entscheidungen haben.
- Erhebungen zur Prävalenz von Konsumenten von legalen und illegalen Substanzen sollen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden, um eine Basis vergleichbarer Daten zu erhalten.



Theoretische Grundlagen



Drogen – Begriffsdefinition

Bis heute sind alle Versuche gescheitert, in der Fachsprache einen konsistenten Sprachgebrauch des Begriffs „Droge“ zu etablieren³⁹. In der Öffentlichkeit wird der Begriff „Drogen“ meist im engeren Sinn als Synonym für „illegale Drogen“ verwendet. In der Fachwelt werden unter „Drogen“ meist im weiteren Sinn „alle Stoffe mit psychoaktiver Wirkung“, von illegalen Drogen über Schnüffelfstoffe und psychoaktive Medikamente bis zu Alkohol, Nikotin, Tee und Kaffee verstanden. „Psychoaktiv“ bedeutet hier, dass das Aktivierungsniveau, das subjektive Befinden, die Stimmung, die Gefühle oder die Wahrnehmung der Menschen verändert werden. In der Gesetzgebung ist festgelegt, ob der Konsum einer psychoaktiven Substanz als völlig legal (z.B. Nikotin), als dosisabhängig legal, als nur unter bestimmten Bedingungen legal (schmerzlindernde Medikamente, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Ersatzmedikamente) oder ganz illegal (z.B. Heroin oder Cannabis) anzusehen ist.

Um sprachlichen Missverständnissen vorzubeugen, wird in diesem Dokument, wenn „Drogen im engeren Sinn“ gemeint sind, von „illegalen Drogen“ und wenn von „Drogen im weiteren Sinn“ die Rede ist, von „Substanzen“ gesprochen.

Formen des Substanzgebrauchs

Die WHO und die Fachwelt empfehlen zunehmend, legalen und illegalen Substanzkonsum nicht grundsätzlich als medizinisches Problem, sondern als Risikoverhalten zu betrachten. Es ist daher zweckmäßig, den Konsum von psychoaktiven Substanzen zumindest in vier Kategorien zu unterteilen. Diese Kategorien sind nach Uhl & Springer⁴⁰:

- **Abstinenz**
- **unschädlicher Gebrauch**
experimenteller Gebrauch/Probierkonsum
regelmäßiger, unschädlicher Gebrauch
- **schädlicher, aber nicht süchtiger Gebrauch**
- **Sucht**

UNSCHÄDLICHER GEBRAUCH

Unter „unschädlichem Gebrauch“ wird ein Konsum ohne das Auftreten körperlicher und psychischer Schäden verstanden. Diese Kategorie kann noch in „experimenteller Gebrauch/Probierkonsum“ und „regelmäßiger, unschädlicher Gebrauch“ unterteilt werden. Während beim „experimentellen Gebrauch“ die Neugierde im Vordergrund steht, ist die Hauptmotivation bei Letzterem Gewohnheit und/oder Genuss.

³⁹ Uhl, A.; Springer, A. (2002)

⁴⁰ Uhl, A.; Springer, A. (2002)

Der Genussaspekt, der besonders im Zusammenhang mit illegalen Drogen häufig völlig negiert wird, sollte allerdings in alle Überlegungen mit einbezogen werden. Denn nur wer die Motivation der Konsumenten und deren aktuelle Lebensumstände berücksichtigt, kann adäquat auf die Situation reagieren.

Auf fachlicher Ebene wird die Kategorie „unschädlicher Gebrauch“ immer wieder kontrovers diskutiert. Wichtig ist es hierbei, immer die individuellen Voraussetzungen der Konsumenten und die eingegangenen Risiken mit zu berücksichtigen. Festzuhalten gilt, dass es sich in diesem Fall um einen risikoarmen, nicht akut schädlichen Gebrauch handelt.

SCHÄDLICHER, ABER NICHT SÜCHTIGER GEBRAUCH

Der Begriff „schädlicher Gebrauch“ bedeutet nach ICD-10⁴¹ einen „Gebrauch, der zu einer tatsächlichen Gesundheitsschädigung führt“. Die Diagnose beschreibt eine tatsächliche Störung der physischen oder psychischen Gesundheit des Konsumenten. Als Synonym für „schädlicher Gebrauch“ werden die Begriffe „Missbrauch“, „gesundheitsschädigender Gebrauch“ und „problematischer Gebrauch“ verwendet.

SUCHT

Sucht wird verstanden als das unkontrollierbare Verlangen nach bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen, die Missempfindungen lindern und erwünschte Empfindungen auslösen. Die Substanzen werden konsumiert, obwohl negative gesundheitliche oder soziale Konsequenzen für die Person selbst und für andere damit verbunden sind. Sowohl der Konsum von psychoaktiven Substanzen als auch Verhaltensweisen mit Suchtpotential wie Glücksspiel, Essen, Arbeiten, Fernsehen etc. können Suchtcharakter annehmen.

Bei psychischer Abhängigkeit herrscht ein starkes Verlangen nach Beschaffung und Einnahme des Suchtmittels, häufig verbunden mit Nervosität, Aggressivität, depressiven Verstimmungen und Angstzuständen. Von physischer (körperlicher) Abhängigkeit spricht man, wenn der Organismus die Droge in den Stoffwechsel einbaut, was zu Toleranzbildung führt und bei Absetzen Entzugerscheinungen hervorruft.

Der Begriff „Sucht“ wird von vielen Experten zunehmend durch den neutraleren Begriff „Abhängigkeit“ ersetzt, der auch im ICD-10 verwendet wird.

In diesem Text wird ebenfalls der Begriff „Abhängigkeit“ bevorzugt. Wenn aus sprachlichen Gründen auf den Begriff „Sucht“ zurückgegriffen wird, ist dieser als Synonym zu verstehen.

⁴¹ Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1991)

Laut ICD-10 ist Abhängigkeit dann gegeben, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

- ein starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit
- körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu besorgen
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

Eine zentrale Grundlage für den Aufbau einer modernen Suchtkrankenhilfe war die Entwicklung des Verständnisses von **Abhängigkeit als Krankheit**. Damit erhielten abhängige Menschen das Recht auf Behandlung und Hilfe und wurden gegen Anfeindung und moralische Verurteilung besser geschützt. Abhängigkeit kann aber nicht nur auf den medizinischen Aspekt reduziert werden, sondern sie betrifft den Menschen in seinem gesamten Lebenskontext (soziale Beziehungen, Familie, Arbeit, Freizeit etc.). Die psychosozialen Folgen der Abhängigkeit betreffen meist auch Familienangehörige und deren soziales Umfeld.

Moderne Konzepte der Suchtbehandlung berücksichtigen daher immer stärker auch die psychosoziale Ebene und sehen in der Abhängigkeitserkrankung eine Herausforderung für interdisziplinäre Ansätze unter Beteiligung vieler Professionen.

Suchthilfe muss also der Lebensrealität und den sozialen Möglichkeiten des Einzelnen angepasst sein und sollte möglichst früh ansetzen.

Das Menschenbild

Im Mittelpunkt der Suchtarbeit stehen nicht die Substanzen, sondern immer der Mensch mit seinen zahlreichen Bedürfnissen. Der problematische Konsum von Substanzen wird als Symptom gesehen und macht dadurch den Blick frei für darunter liegende Bedürfnisse, Wünsche, Ängste und Stimmungen.

Es gilt festzuhalten, dass nicht jeder Gebrauch von legalen wie illegalen Substanzen automatisch Probleme beinhaltet. Der Konsum muss immer im kulturellen und persönlichen Kontext gesehen werden. Fachleute und Politik haben jedoch die Aufgabe, klar auf die Risiken des Substanzgebrauchs zu verweisen. Dies gilt umso mehr, als sich gezeigt hat, dass viele Menschen mit problematischem Konsummuster zu einer Verharmlosung tendieren und in einem gesellschaftlichen Diskurs oft nur chronische Alkohol- und Heroinkonsumenten als „Süchtige“ betrachtet werden.

Den Konsumenten soll auch die persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit nahe gelegt werden.

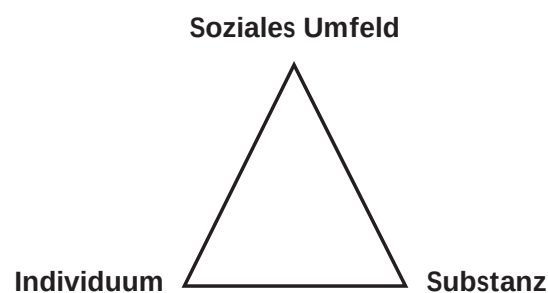
Ursachen von Suchtentwicklung

Trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher Erklärungsansätze besteht heute weitgehend Konsens darüber, dass die Entwicklung von abhängigem Verhalten nicht monokausal, sondern multifaktoriell bedingt ist und nicht linear verläuft, sondern unterschiedlichste Verlaufsformen zeigen kann.

Am einfachsten lassen sich die Faktoren, die bei der Entwicklung von Abhängigkeit mitspielen, mit dem bekannten Dreiecksmodell beschreiben.

Die Eckpunkte des Dreiecks sind

- psychoaktive Substanzen mit ihren spezifischen Wirkungen
- das konsumierende Individuum mit seinen körperlichen und psychischen Eigenschaften, die sich im Laufe des Lebens unter den jeweiligen genetischen Dispositionen entwickeln
- das soziale Umfeld, zu dem neben interpersonalen und sozialisierenden Beziehungen auch berufliche und wirtschaftliche Gegebenheiten sowie traditionsgebundene und religiös orientierte Normen zählen



Dieses komplexe Erklärungsmodell ist Ausdruck des dynamischen Charakters: verschiedene Faktorengruppen können sich in unterschiedlicher Weise, auch im Sinne eines Regelkreises, gegenseitig beeinflussen.⁴²

⁴² Zinberg, N.E. (1984)

Formen von Sucht

Grundsätzlich kann zwischen substanzgebundenen und nicht substanzgebundenen Formen von Sucht unterschieden werden.

SUBSTANZGEBUNDENE SÜCHTE

Unter substanzgebundenen Süchten versteht man die Abhängigkeit von bestimmten Substanzen (legalen oder illegalen), die der Betroffene entweder aufgrund eines physischen und/oder psychischen Verlangens immer wieder konsumieren möchte.⁴³

LEGALE SUBSTANZEN

Alkohol

Alkohol ist eine Substanz mit vielfältiger Wirkung, die in unserer Gesellschaft das am weitesten verbreitete Suchtmittel darstellt. Eine lange Tradition und wirtschaftliche Interessen bedingen eine tief verankerte Einbindung in Kultur und gesellschaftliches Leben.⁴⁴ Untersuchungen belegen, dass im Durchschnitt rund 5% der Erwachsenen alkoholkrank sind, dass fast jeder 5. Erwachsene in gesundheitsgefährdendem Ausmaß Alkohol konsumiert und dass rund 10% der Gesamtbevölkerung im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken.⁴⁵

Der problematische Gebrauch von Alkohol zieht sich durch alle Altersklassen und sozialen Gruppen. Schädlicher Konsum über längere Zeitspannen hat schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen. Die Abhängigkeit von Alkohol ist, neben der Nikotinabhängigkeit, in Südtirol die mit Abstand häufigste Suchterkrankung. Alkohol spielt auch im Zusammenhang mit Mehrfachabhängigkeiten und Suchtverschiebung eine bedeutende Rolle.

Nikotin

Das Rauchen von Tabak ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Im EU-Durchschnitt rauchen 39,2% der männlichen und 27,1% der weiblichen Bevölkerung im Alter über 15 Jahren.⁴⁶ Aus einer Südtiroler Studie geht hervor, dass 53,2 % der jugendlichen Berufs- und Oberschüler rauchen und dass dabei nur sehr geringe geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.⁴⁷

Neben dem Hauptwirkstoff Nikotin enthält der Tabakrauch eine Reihe von chemischen Verbindungen, die als krebserregend oder krebserfördernd bekannt sind. Nikotin ist stark abhängigkeitsbildend.

Ab 2005 darf in der EU nicht mehr für Tabakprodukte geworben werden. Begründet wird dies damit, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Werbung gesehen wird.

⁴³ Fengler, J. (2002) ⁴⁴ Fengler, J. (2002) ⁴⁵ Uhl, A.; Kopf, N.; Springer, A.; Eisenbach-Stangl, I.; Kobra, U.; Bachmayer, S.; Beiglböck, W.; Preinsberger, W.; Mader, R. (2001) ⁴⁶ DHS (2001) ⁴⁷ Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Abteilung Gesundheitswesen (2001a)

LEGALE SUBSTANZEN

Medikamente

Nicht alle Medikamente beinhalten ein relevantes Suchtpotential. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren sind es etwa 6 bis 8 % aller vielverordneten Arzneimittel, d.h. diese können bei nicht bestimmungsgemäßigem Gebrauch zu einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit führen.⁴⁸

Medikamente mit Suchtpotential sind derzeit

- Tranquillantien/Anxiolytika (dazu gehören die Benzodiazepine): sie wirken angstlösend, schlafanstoßend, zentral dämpfend bei Überreizung und Stresserleben
- Narkotika/ Analgetika (dazu gehören auch die Opioide): sie wirken schmerzunterdrückend
- Anorektika und Amphetaminähnliche: sie wirken anregend, schlafunterdrückend, euphorisierend, appetitzügelnd

Zu Medikamenten mit Missbrauchspotential zählen unter anderen auch Laxantien und Diuretika, welche von Menschen mit Essstörungen häufig indikationswidrig eingenommen werden.

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten stellen neben der Tabak- und Alkoholabhängigkeit das quantitativ drittgrößte Suchtproblem in unserer Gesellschaft dar.

Als Risikogruppen gelten besonders Frauen und ältere Menschen, die verstärkt Medikamente mit Suchtpotential aufgrund medizinischer Indikationen verschrieben erhalten bzw. diese auch ohne Verschreibung im Sinne einer Selbstmedikation einnehmen. Medikamente werden jedoch auch, ähnlich wie Alkohol, als Ersatz- und Ausweichdrogen, als Rauschverstärker und als Kompensationssubstanzen verwendet – ein Konsummuster, das sich häufig bei polytoxikomanen Abhängigen findet.

⁴⁸ DHS (2001)

ILLEGALE SUBSTANZEN

Die nachfolgend kurz angeführten Beschreibungen allgemeiner Trends in Europa lehnen sich an die Jahresberichte 2000 und 2001 über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht an.⁴⁹ Es ist davon auszugehen, dass in Südtirol ähnliche Trends vorherrschen, wie auch aus der „Studie über synthetische Drogen“⁵⁰ der Autonomen Provinz Bozen hervorgeht, die bei einigen der Substanzen zu ähnlichen Ergebnissen kommt.

Cannabis

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Europäischen Union. Mindestens 45 Millionen Menschen in der EU (18% der 15- bis 64-Jährigen) haben Cannabis wenigstens einmal probiert. Der Konsum ist unter Jugendlichen höher. Schätzungsweise 25% der 15- bis 16-Jährigen und 40% der 18-Jährigen haben Cannabis probiert. Diese letzten Zahlen werden auch von der Südtiroler Studie belegt. Beobachtet wurde in Europa ein steil ansteigender Anteil an Patienten, bei denen Cannabis als Primärdroge⁵¹ angegeben wurde. Ob das eine starke Zunahme cannabisverursachter Probleme bedeutet oder ob sich dahinter bloß ein durch das Erfassungsinstrument erklärbarer Artefakt verbirgt, wird gegenwärtig vom IFT (Institut für Therapieforschung) in München untersucht.

Cannabis ist in Europa immer noch die Hauptdroge im Zusammenhang mit Drogendelikten, dabei handelt es sich meist um Drogenbesitz und weniger um Drogenhandel. Im Landesgesundheitsbericht der Autonomen Provinz Bozen von 2001 wird darauf hingewiesen, dass sich Cannabiskonsumenten selten aus Eigenmotivation in Beratung begeben, sondern weil sie durch den Besitz oder Konsum mit dem Gesetz in Konflikt geraten und dadurch den Institutionen gemeldet worden sind.

Amphetamine und Ecstasy

Amphetamine und Ecstasy sind nach Cannabis die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen in der EU. Etwa 1–5% der Menschen in der EU, die zwischen 16 und 34 Jahre alt sind, haben Amphetamine und/oder Ecstasy probiert. Obwohl die Anzahl in engeren Altersgruppen höher ist, übersteigt sie nur in seltenen Fällen 10%. In der in Südtirol durchgeführten Studie geben 8,2% der befragten Berufs- und Oberschüler sowie Universitätsstudenten im Alter zwischen 15 und 21 Jahren an, Erfahrung mit Ecstasy gemacht zu haben.

Der Anteil der Konsumenten, die sich in Europa in Zusammenhang mit Ecstasykonsum in Behandlung begeben, ist auch auf Grund des geringen Problembewusstseins niedrig.

⁴⁹ E.B.D.D. (2000); (2001)

⁵⁰ Autonome Provinz Bozen – Südtirol, Abteilung Gesundheitswesen, (2001a)

⁵¹ „Primärdroge“ im Diagnosesystem der E.B.D.D. in Lissabon bedeutet, dass es die wichtigste der konsumierten illegalen Drogen ist. Wenn ein gelegentlicher Cannabiskonsument keine anderen illegalen Drogen konsumiert, bzw. wenn ein Alkoholabhängiger oder ein Patient mit einer psychiatrischen Erkrankung gelegentlich auch Haschisch raucht, so ist in allen drei Fällen Cannabis die Primärdroge.

ILLEGALE SUBSTANZEN

Kokain

In der EU ist ein steigender Kokainkonsum in immer breiteren Bevölkerungsschichten zu verzeichnen. Viele der Konsumenten dieser leistungssteigernden und aufputschenden Droge sind sozial gut integriert und nehmen sich selbst nicht als Suchtkranke wahr. Sie setzen sich aber im Falle starken Konsums ernsten gesundheitlichen Risiken und manchmal auch einer existentiellen Bedrohung in materieller Hinsicht aus. Der Anteil an Menschen, die sich wegen Kokain- oder Crackkonsums in Behandlung begeben, nimmt zurzeit in vielen europäischen Mitgliedsstaaten zu. Für Südtirol scheint sich dieser Trend – berücksichtigt man die Zahlen im Landesgesundheitsbericht – noch nicht zu bestätigen. Derzeit wird in einigen Hilfseinrichtungen in Südtirol ein starker Anstieg des Kokainkonsums unter polytoxikomanen Abhängigen und damit verbunden ein verstärktes Auftreten von Aggressivität und Kontrollverlust bemerkt. Dieser Anstieg lässt auch den Rückschluss zu, dass der Schwarzmarkt in Bewegung ist und verstärkt Kokain angeboten wird.

Opiate

Die Zahl der Heroinabhängigen in der europäischen Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren kaum verändert. Die größte Konsumentengruppe sind Erwachsene mit schweren gesundheitlichen sowie ernsthaften psychischen und gesellschaftlichen Problemen. Es gibt aber auch Anzeichen für den Heroinkonsum unter bestimmten Gruppen Jugendlicher. In einigen Mitgliedsstaaten wird über einen erhöhten Heroinkonsum unter Jugendlichen in Form von Rauchen berichtet. In Südtirol ist es derzeit nicht möglich, fundierte Aussagen über diesen Trend zu machen.

Halluzinogene

Im europäischen Jahresbericht werden Halluzinogene nicht in einem Spezialkapitel angeführt. Die Südtiroler Studie über synthetische Drogen beschreibt, dass 8,7% der befragten Jugendlichen Konsumerfahrungen mit den Halluzinogenen LSD und Pilzen haben.

Andere Substanzen

Über den Konsum synthetischer Drogen wie Ketamin oder GHB wird europaweit zwar berichtet, jedoch ist er wesentlich niedriger als derjenige von Amphetaminen oder Ecstasy einzustufen. Dasselbe gilt für den Konsum von flüchtigen Substanzen, insbesondere von Lösungsmitteln, Poppers, Klebstoffen, Benzin und Benzinderivaten. Dieser kommt normalerweise häufiger unter Schülern vor. In einigen europäischen Ländern ist in diesem Bereich eine steigende Tendenz zu verzeichnen.

Dopingmittel

Zur Erhöhung der sportlichen Leistungsfähigkeit werden eine Reihe gesundheitsgefährdender Stoffe benutzt. Die Palette dieser Stoffe ist riesig, und ständig gelangen neue Substanzen auf den Markt. Die anfangs verwendeten Amphetamine wurden durch Anabolika, Bluttransfusionen, Wachstumshormone, Erythropoietin, synthetische Hämoglobine, Perfluorkohlenwasserstoffe usw. ergänzt oder ersetzt. Natürlich gab es in all diesen Jahren auch zahlreiche Initiativen gegen das Doping. Diesen ist es allerdings aus verschiedensten Gründen (z. B. aus wirtschaftlichen Interessen) nicht gelungen, der Verbreitung des Doping nicht nur unter Profisportlern, sondern auch unter Amateuren, Kindern und Jugendlichen und selbst Senioren Einhalt zu gebieten.

KONSUMTRENDS

Freizeitkonsum

Der „Freizeitkonsum“ von Drogen, insbesondere von synthetischen Drogen, findet immer größere Verbreitung. Bemerkenswerterweise sind die Konsumenten nicht in erster Linie unter den Randgruppen oder sozial Benachteiligten zu finden, sondern unter den jungen Berufstätigen und relativ Wohlhabenden.⁵² Ergebnisse verschiedener Studien belegen einen hohen Konsum verschiedener Drogen unter einer Minderheit von Jugendlichen.

Polytoxikomanie

Wenn eine Person über einen Zeitraum von 12 Monaten wiederholt psychotrope Substanzen aus wenigstens 3 Substanzengruppen konsumiert hat (nicht eingeschlossen sind Nikotin und Koffein), aber keine Substanz für sich allein dominiert, empfiehlt DSM-IV⁵³ die Kategorie „Polytoxikomanie“. ICD-10 spricht von „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch“, wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind.

⁵² E.B.D.D. (2002) ⁵³ Saß, H.; Wittchen H.-U.; Zaudig M. (1999)

NICHT SUBSTANZGEBUNDENE SÜCHTE

Nicht substanzgebundene Süchte sind exzessive Verhaltensmuster, die der Kontrolle des abhängigen Menschen entgleiten. Im Prinzip kann jedes Verhalten, das positive Gefühle erzeugt oder hilft, negativen Gefühlen und Krisensituationen auszuweichen, zur Sucht werden. Kennzeichnend ist, dass durch das „süchtige Verhalten“ die aktive Bewältigung und Auseinandersetzung mit der auslösenden Situation vermieden wird. Der Abbau von inneren Spannungen und Konflikten kann durch übermäßiges Spielen am Automaten oder im Casino, durch Arbeiten bis zur Erschöpfung, durch Essen bzw. zwanghafte Kontrolle des Essverhaltens oder durch exzessiven Sport erfolgen. Schleifen sich derartige Verhaltensweisen als Strategien ein, kann sich eine Abhängigkeit analog zur substanzgebundenen Abhängigkeit entwickeln. Nicht substanzgebundene Süchte sind gekennzeichnet durch eine zunehmende Eigendynamik des Verhaltens, das dann nicht mehr steuerbar ist (Kontrollverlust).⁵⁴

Als Formen der nicht stoffgebundenen Sucht werden „Spielsucht“, „Internetsucht“, „Kaufsucht“, „Sportsucht“, „Arbeitssucht“, „Sexsucht“ usw. genannt. Nach ICD-10 werden nicht substanzgebundenen Süchte unter „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ zusammengefasst.

Um der Gefahr der Beliebigkeit des Suchtbegriffes entgegenzuwirken, ist es allerdings notwendig, auch im Zusammenhang mit nicht substanzgebundenen Süchten eine klare Grenze zu ziehen und darauf zu bestehen, dass „Sucht“ Krankheitscharakter hat.⁵⁵ „Sucht“ darf nicht einfach mit „Gewohnheit“ und/oder „Problemverhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle des Subjekts unterliegen“ gleichgesetzt werden.

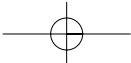
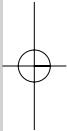
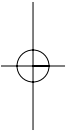
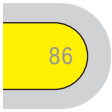
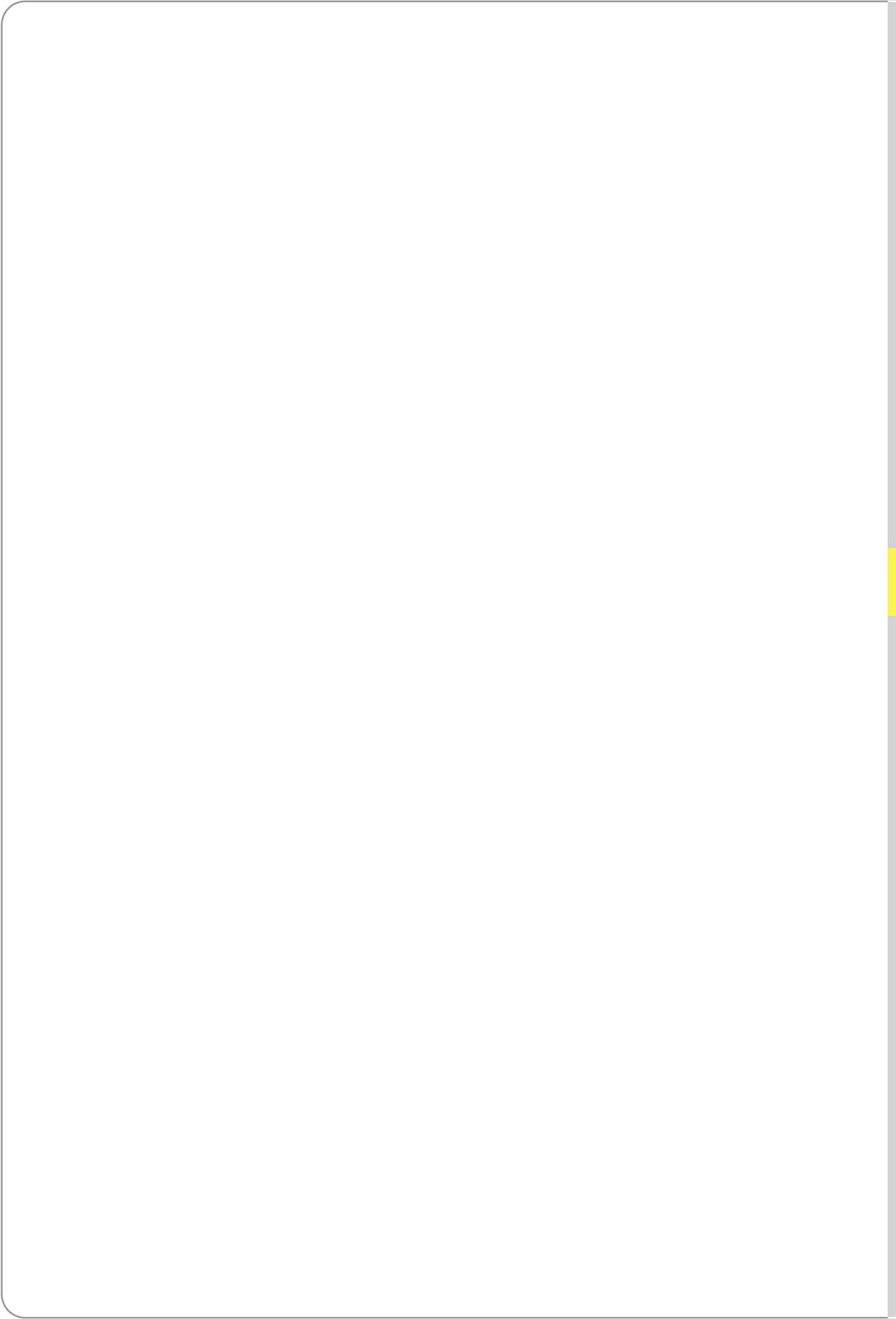
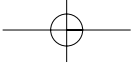
Spielsucht

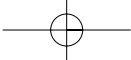
Spielsucht zeigt sich in andauernd wiederkehrendem, fehlangepasstem Spielverhalten, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Diese psychische Störung wurde in die beiden großen Klassifikationssysteme ICD-10 (1991) und DSM-IV (1999) aufgenommen.

Essstörungen

Essstörungen nehmen innerhalb der Suchtarbeit eine besondere Position ein. Fällt der Bereich der Vorbeugung in das Tätigkeitsfeld der Suchtarbeit, so erfolgt die Beratung und Behandlung im interdisziplinären Feld der Facheinrichtungen der Inneren Medizin, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychologie. Innerhalb dieses Suchtkonzepts wird daher auf diesen Bereich nur marginal eingegangen. Von Bedeutung für die suchtspezifischen Einrichtungen ist allerdings das gehäufte Auftreten von Essstörungen im Zusammenhang mit substanzgebundenen Abhängigkeiten.

⁵⁴ Koordinationsstelle Suchtprävention (KHS) (2000) ⁵⁵ Uhl, A.; Springer, A. (2002)





Gesetze und Dokumente

Die staatliche Drogengesetzgebung

D.P.R. 09.10.1990 NR. 309⁵⁶

(Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza)

Im Jahr 1990 wird die neue und bis auf einige Abänderungen heute noch gültige Gesetzgebung zum Drogenproblem erlassen. Im Einheitstext 309/90 werden alle für das Drogenphänomen relevanten, in den verschiedenen Gesetzestexten verankerten Bestimmungen zusammengefasst. Die Leitgedanken des Staates in den Bereichen Prävention, Therapie und Rehabilitation von Suchtkranken werden ausgeführt, ebenso wie die Vorschriften zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels. Das Gesetz siedelt den zentralen Dienst für Alkohol- und Drogenabhängigkeiten im Gesundheitsministerium an. Im Bereich Suchtarbeit geht es vor allem darum, eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen zu erzielen.

VOLKSBEFRAGUNG 1993

Die Drogengesetzgebung in Italien wird auf Grund der Ergebnisse der Volksbefragung abgeändert: Unter anderem wird die mittlere Tagesdosis⁵⁷ abgeschafft und der persönliche Gebrauch von illegalen Drogen neu geregelt. Das Verbot des Suchtmittelkonsums wird abgeschafft, ebenso die Maßnahmen gegen jene abhängigen Menschen, die ein Therapieprogramm unterbrochen oder verweigert hatten⁵⁸.

DEKRETE

Verschiedene weitere Dekrete des Gesundheitsministeriums betreffen die Erfassung der statistischen Daten der öffentlichen und privaten Dienste im Bereich Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Dekret vom 30.10.1993, vom 20.09.1997 und vom 04.09.1996). Die medizinische Versorgung im Gefängnis, u.a. die Versorgung von drogenabhängigen Menschen in Strafvollzugsanstalten wird mit Dekret vom 22.06.1999, Nr. 230 geregelt. Das Gesetzesdekret vom 14.09.1999 hat die Errichtung der staatlichen Beobachtungsstelle zum Drogenphänomen zum Inhalt.

Diese hat die Aufgabe, die Entwicklungen und Tendenzen im Bereich zu sammeln. Das Dekret Nr. 444 vom 30.11.1990 regelt die Organisation, die Aufgabenbereiche und das Personal der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen. Das Dekret Nr. 445 vom 12.05.1990 regelt den Einsatz von Substitutionsmedikamenten.

⁵⁶ Dekret des Präsidenten der Republik v. 09. Oktober 1990 Nr. 309

⁵⁷ Der Ausdruck im Absatz 1 des Artikels 75 des DPR 309/90 „...in dose non superiore a quella media giornaliera, determinata in base ai criteri indicati al comma 1 dell'articolo 78...“

⁵⁸ Trotz dieser liberaleren Grundhaltung besteht weiterhin die gesetzliche Bestimmung, Konsumenten illegaler Drogen verwaltungsrechtliche Strafen oder therapeutische Programme aufzuerlegen.

**“ACCORDO STATO-REGIONI PER LA RIORGANIZZAZIONE
DEL SISTEMA DI ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI –
21.01.1999”**

Im Accordo Stato-Regioni, der Vereinbarung zwischen Staat und Regionen bzw. autonomen Provinzen, ist die Neuorganisation der Betreuungssysteme für suchtkranke Menschen enthalten. Das Dokument beinhaltet auch Vorgaben, wie Suchtarbeit in Italien inhaltlich aufgebaut werden soll.

Das Präsidium des Ministerrats versucht mittels Vorgaben an die modernen europäischen Ansätze anzudocken (Betreuungsgarantie, Senkung der Mortalität und der Begleiterkrankungen, Prävention, Datensammlung, Aus- und Weiterbildung des Personals, Evaluation der Behandlungen, Zusammenarbeit der verschiedenen Strukturen, Schaffung von Departements) und übergibt den einzelnen Regionen und den autonomen Provinzen die weitere Ausführung.

Diese Delegation der Kompetenzen hat in Italien zu einer sehr unterschiedlichen Ausrichtung der Suchtpolitik in den einzelnen Regionen oder autonomen Provinzen geführt. Dementsprechend unterscheiden sich regional auch die Angebote und die Arbeitsweisen der Einrichtungen zur Suchtarbeit.

**DER STAATLICHE FONDS ZUR DROGENBEKÄMPFUNG
(LEGGE 45, 18.02.99)⁵⁹**

Dieses Gesetz sieht die Übertragung von 75% der Ressourcen des Staatlichen Fonds zur Drogenbekämpfung an die Regionen und autonomen Provinzen vor. Dabei wird vor allem auf die Vorbeugung, die Wiedereingliederung, die Schadensminderung und die Evaluation großer Wert gelegt. Die Projekte der ansuchenden Einrichtungen sollen sich mindestens über 3 Jahre erstrecken.

Das Gesetzesdekret vom 10.09.1999 legt die Kriterien für die Vergabe der Gelder und die Bewertung der Projekte fest.

⁵⁹ “Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale di servizi per le tossicodipendenze”

Die italienische Gesetzgebung im Alkoholbereich

LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOLCORRELATI – 30.03.01, NR. 125

(Rahmengesetz bezüglich Alkohol und der damit verbundenen Probleme)

Das neue Rahmengesetz Nr. 125 vom 30.03.2001 basiert auf zwei grundsätzlichen Prinzipien:

1. Alkohol und die damit verbundenen Probleme sind ein schwerwiegendes Problem für die Bevölkerung.
2. Alkohol und damit verbundene Probleme müssen von anderen Formen von Abhängigkeit unterschieden, getrennt gesehen und als spezifisches Problem bewältigt werden.

Dieses Gesetz gibt klare Richtlinien zur Annäherung der Dienste an Betreute und an ihre Familienangehörigen. Es handelt sich hierbei um das erste Gesetz auf europäischer Ebene, dessen Grundlagen und Ziele auf der „Europäischen Charta über den Alkohol“ fußen, verabschiedet im Jahre 1995 in Paris.⁶⁰

Das Gesetz Nr. 125 ist von besonderer Wichtigkeit, da eine staatliche Regelung zum Problem Alkohol und ein Interventionsmodell eingeführt wurden. Bis dahin hatten nur einige Regionen und Autonome Provinzen diesen Bereich durch Gesetze geregelt. Das Gesetz sieht die Mittel zur Prävention, Therapie und Rehabilitation von Personen mit Alkoholproblemen und deren Familienangehörigen vor.

Das Gesetz 125/01 stellt sicherlich eine wichtige Arbeitsgrundlage für die nächsten Jahre dar. Einige seiner Schwerpunkte sind: verstärkter Einsatz des Staates, Abänderung der Studienpläne der Universitäten mit Einbindung des Unterrichtsfachs Alkohologie, Herabsetzung des zulässigen Alkoholspiegels auf 0,5 gr./l (Straßenverkehrsordnung), Bestimmungen im Zusammenhang mit Werbung für alkoholische Getränke, Verkauf von Alkohol auf Autobahnen und Vorschriften zur Sicherheit am Arbeitsplatz.

⁶⁰ WHO Regionalbüro für Europa (1995)

Die Instrumente der Suchtpolitik in Südtirol

Wie aus dem Accordo Stato-Regioni hervorgeht, bleibt innerhalb der staatlichen gesetzlichen Richtlinien jeder Region bzw. autonomen Provinz der Umgang mit dem Phänomen „Abhängigkeit“ selbst überlassen.

Auf Landesebene gibt es verschiedene Instrumente, in deren Konzepten die Initiativen der Suchtarbeit ihre gegenwärtige und zukünftige Basis finden. Dazu gehören:

- **Landesgesetz Nr. 69 vom 07.12.1978**
- **Maßnahmenkatalog im Bereich der Suchtabhängigkeit – März 1998**
- **der jeweilige Landesgesundheitsplan**
- **der jeweilige Landessozialplan**
- **der jeweilige Sozialplan der Stadt Bozen**
- **Landesgesetz Nr. 13 von 1991 zur Neuordnung der Sozialdienste mit weiteren Änderungen**

DAS LANDESGESETZ NR. 69⁶¹

Dieses Gesetz behandelt die Vorbeugung, Heilbehandlung und Rehabilitation in Hinsicht auf soziales Fehlverhalten, Drogenabhängigkeit und Alkoholmissbrauch.

Das Gesetz kann angesichts der neuen staatlichen Richtlinien zur Organisation der Einrichtungen und der Entwicklung des Alkohol- und Drogenphänomens als veraltet bezeichnet werden und sollte daher abgeändert werden.

DER MASSNAHMENKATALOG

In diesem mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1240 vom 30.03.1998 genehmigten Dokument werden die nötigen Maßnahmen im Bereich der Drogen-, Alkohol- und anderen Abhängigkeiten beschrieben. Das Dokument wurde mit Vertretern der verschiedenen Einrichtungen erarbeitet und dient unter anderem der Realisierung einer Reihe von Einrichtungen. Im Kapitel 1.1 steht geschrieben:

Das vorliegende Projekt beruht auf der Notwendigkeit, ein Modell mit verschiedenen Maßnahmen für drogen- und alkoholabhängige Personen oder Personen mit anderen Formen der Abhängigkeit festzulegen, deren Ziel es ist, die Gesundheit zu schützen, den Betroffenen zu einem verantwortungsbewussten Verhalten zu führen und die Integration zwischen den Gesundheits- und den Sozialdiensten zu ermöglichen.

Folgende strategische Ziele werden zugrunde gelegt:

- Förderung der Vorbeugung
- Behandlung und Rehabilitation
- Einschränkung der Schäden
- Erfüllung der primären Bedürfnisse

⁶¹ “Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza e alcolismo“

ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH GESUNDHEITSWESEN*

D.f.A. – Dienste für Abhängigkeitserkrankungen

Bozen, Meran, Brixen, Bruneck

- Prävention
- medizinische, psychologische, psychosoziale u. psychotherapeutische Interventionen
- Entzugs- und Substitutionsbehandlungen
- Rehabilitation u. Wiedereingliederung von Drogen-, Alkohol- u. Medikamentenabhängigen
- psychologische u. soziale Maßnahmen für Abhängige mit HIV-pos.

Therapiegemeinschaften

„La Strada – Der Weg“

Bozen und Algund

Rehabilitation von
Drogenabhängigen

„Hands“

Bozen

Rehabilitation von
Alkoholabhängigen

Therapiezentrum

„Bad Bachgart“

Rodeneck

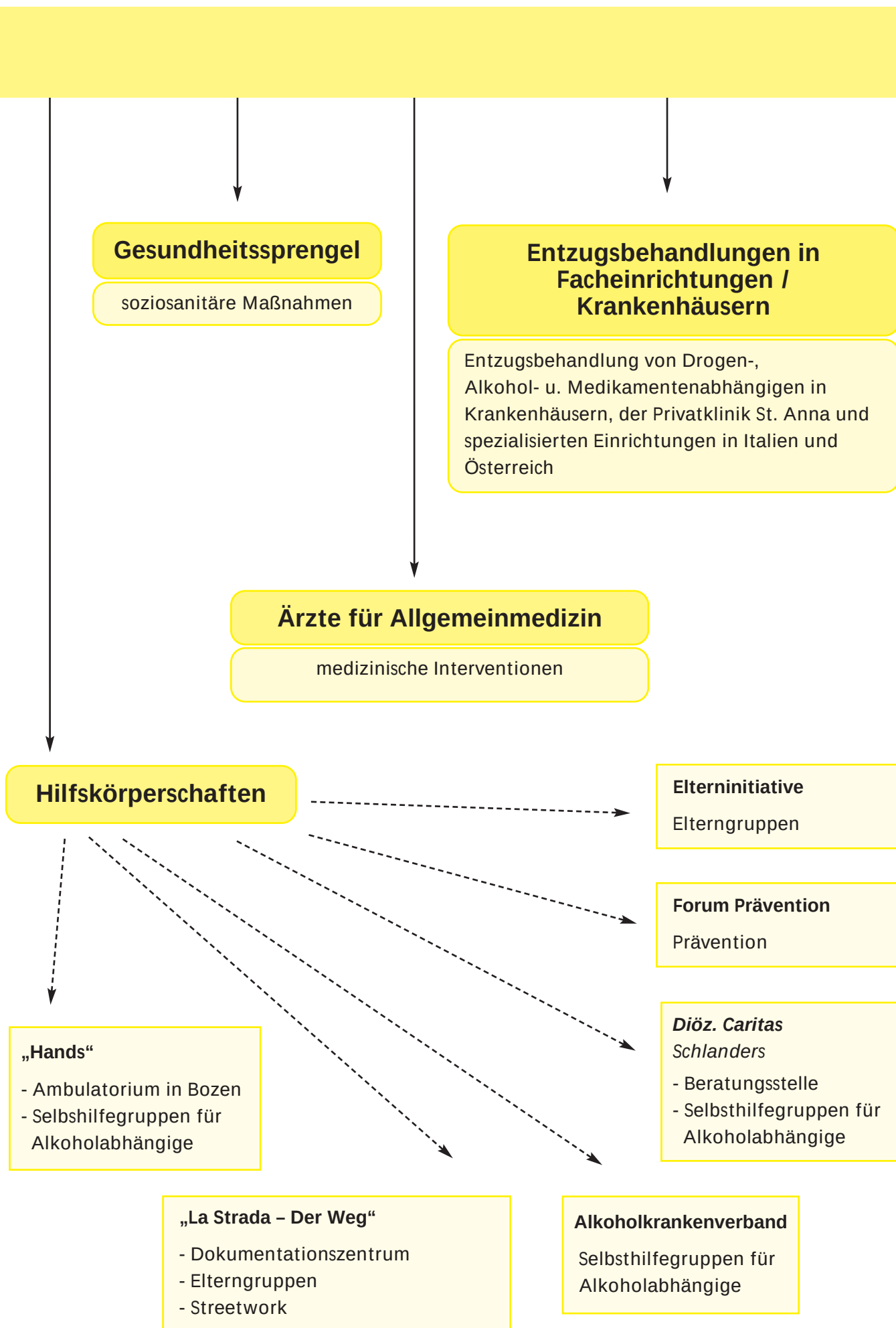
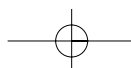
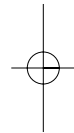
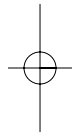
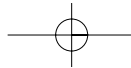
Sanitätsbetrieb Brixen

Rehabilitation von
Alkoholabhängigen

Vertragsgebundene Therapiegemeinschaften / Einrichtungen

Mit den Sanitätsbetrieben in Italien und
in Österreich für die Rehabilitation von
Drogen- und Alkoholabhängigen

* erstellt von der Abteilung Gesundheitswesen



ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH SOZIALWESEN*

Betreuungsmaßnahmen im niederschweligen Bereich

als Überlebenshilfe für Betreute mit
schweren psycho-sozialen Problemen

Maßnahmen zur finanziellen Unterstützung

Finanzielle Leistungen (soziales
Mindesteinkommen, Miete und
Wohnnebenkosten usw.)

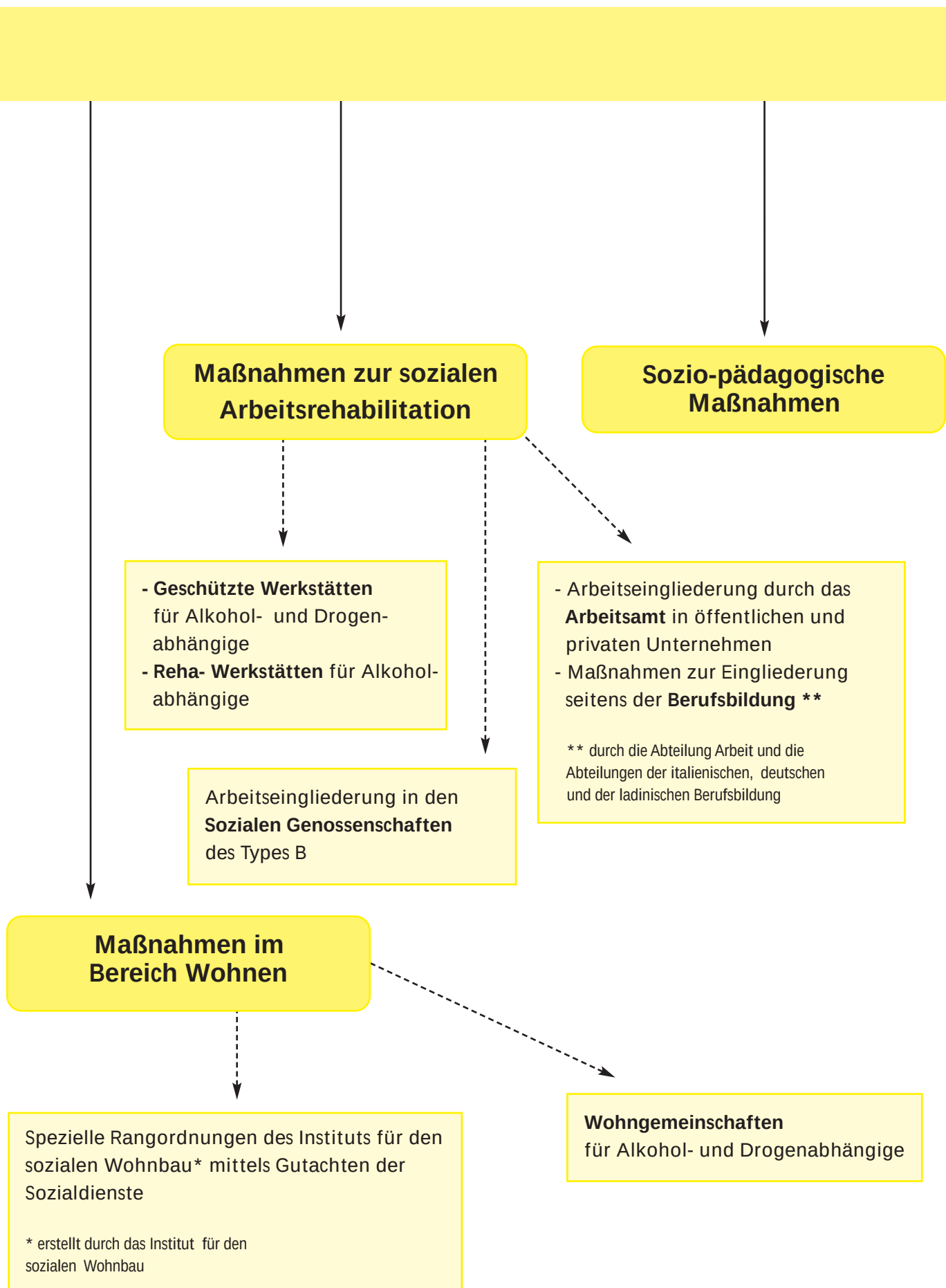
Niederschwellige **Tagesstätten**
für Alkohol- und Drogen-
abhängige

- Ausgabe von **Mahlzeiten** in den Mensen,
die von den Sozialdiensten geführt werden
- Aufnahme in den Notschlafstellen, die
von den Sozialdiensten geführt werden

Finanzielle Sozialhilfe
bei den Sozialsprengeln der
Bezirksgemeinschaft / des Betriebes
für Sozialdienste Bozen

*** erstellt von der Abteilung Sozialwesen**

P.S.: Die Dienste werden direkt von den Bezirksgemeinschaften/dem Betrieb für Sozialdienste Bozen geführt oder sind mittels Konventionen privaten Trägern anvertraut



EINRICHTUNGEN DER SUCHTARBEIT IN SÜDTIROL

Im Folgenden eine Kurzbeschreibung in alphabetischer Reihenfolge:

Abteilung Deutsche und Ladinische Berufsbildung – Abteilung Italienische Berufsbildung

In der Abteilung Deutsche und Ladinische Berufsbildung ist die Arbeitsgruppe für Gesundheitserziehung die zentrale Informationsstelle für Suchtprävention. Weiters schafft die Abteilung Möglichkeiten der Arbeitseingliederung durch Maßnahmen wie Betriebspraktika, Umschulungsmaßnahmen oder Kurzurse. Die Abteilung Italienische Berufsbildung bietet u.a. einen Dienst für Berufsberatung für Schulabbrecher, eine auf individuelle Erfordernisse abgestimmte Berufsausbildung für benachteiligte Teilnehmer und Information und Berufsberatung für Personen mit Beschäftigungsschwierigkeiten oder für sozial benachteiligte Personen einschließlich der Organisation von Betriebspraktika.

www.provinz.bz.it/berufsbildung

Deutsche-Ladinische.Berufsbildung@provinz.bz.it

www.provincia.bz.it/formazione-professionale

formazioneprofessionale@provincia.bz.it

Amt für Familie, Frau und Jugend – Abteilung Sozialwesen

Das Amt befasst sich mit der Planung, Ausrichtung, Koordinierung und Kontrolle der Maßnahmen und Fachdienste in den Bereichen Frau, Familie, Jugend und Sozialdevianz. Die Weiterbildung des Personals und der ehrenamtlichen Mitarbeiter für die Dienste, welche in den obgenannten Bereichen tätig sind, wird gefördert; Projekte zur Arbeitseingliederung von sozial benachteiligten Personen werden finanziell gefördert.

www.provinz.bz.it/sozialwesen

Familie.Frau-Jugend@provinz.bz.it

Amt für Gesundheitssprengel – Abteilung Gesundheitswesen

Das Amt für Gesundheitssprengel ist im Bereich der Suchtarbeit in Bezug auf die sanitären Aspekt für die Koordinierung der Tätigkeiten der öffentlichen Dienste und privaten konventionierten Vereinigungen sowie die Herstellung und Aufrechterhaltung der Kontakte zu externen Einrichtungen und Körperschaften zuständig.

In die Aufgabenbereiche fällt weiters die Vergabe von Beiträgen im Bereich der Suchtarbeit.

www.provinz.bz.it/gesundheitswesen

gesundheitssprengel@provinz.bz.it

Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit – Abteilung Gesundheitswesen

Das Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit organisiert im Bereich der Suchtarbeit Initiativen zur Gesundheitsförderung und -erziehung, die sich an die Allgemeinbevölkerung und besonders an die Jugendlichen bzw. an Risikogruppen richten.

Mit den drei Schulämtern besteht eine enge Zusammenarbeit.

Im Amt befindet sich auch die Rekursstelle für Entscheidungen der Führerscheinkommission.

www.provinz.bz.it/gesundheitswesen

Hygiene@provinz.bz.it

Amt für Jugendarbeit – Abteilung Deutsche Kultur und Abteilung Italienische Kultur

Die Ämter für Jugendarbeit fördern Investitionen in Einrichtungen der Jugendarbeit sowie innovative Projekte in der Jugendbildung und Jugendkulturarbeit nach dem Leitsatz „Engagement für mehr Freiraum junger Menschen“.

Hauptaufgabe der Jugendförderung ist es aber, die Vielfalt in der Jugendarbeit zu sichern bzw. quantitativ und qualitativ weiterzuentwickeln.

www.provinz.bz.it/kulturabteilung/jugendarbeit

jugendarbeit@provinz.bz.it

www.provincia.bz.it/cultura

ufficio.giovani@provincia.bz.it

Amt für Menschen mit Behinderung – Abteilung Sozialwesen

Das Amt für Menschen mit Behinderung befasst sich im Bereich der Suchtarbeit in Bezug auf den sozialen Aspekt mit der Planung, Ausrichtung, Koordinierung und Kontrolle der Maßnahmen der Fachdienste. Die Weiterbildung des Personals und der ehrenamtlichen Mitarbeiter für die Dienste in den oben genannten Bereichen wird gefördert. An öffentliche und private Einrichtungen werden Beiträge vergeben.

www.provinz.bz.it/sozialwesen

katia.tenti@provinz.bz.it

Arbeitsamt – Abteilung Arbeit

Das Arbeitsamt ist für die Zusammenführung von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt und für die Beratung und Betreuung der Arbeitnehmer bei der Arbeitssuche zuständig. Im Rahmen seiner Zuständigkeit fördert das Arbeitsamt die berufliche Eingliederung von Menschen, welche auf Grund ihrer Abhängigkeitserkrankung und/oder der damit zusammenhängenden Begleiterkrankungen Schwierigkeiten haben, Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden.

www.provinz.bz.it/arbeit

Arbeit-Lavoro@provinz.bz.it

Ärzte für Allgemeinmedizin

Ärzte für Allgemeinmedizin spielen bei der Betreuung alkoholkranker Menschen eine wichtige Rolle.

In komplexeren Situationen arbeiten sie besonders in ländlichen Gebieten eng mit dem Fachpersonal der Sprengel und des D.f.A. zusammen.

Ordine.medici.bz@rolmail.net

Caritas Diözese Bozen-Brixen**Die psychosoziale Beratung im Vinschgau**

Sie bietet psychosoziale Beratung, Behandlung sowie präventive Angebote bei substanzgebundenen und nicht substanzgebundenen Abhängigkeitsproblemen und -erkrankungen an. Zielgruppe sind Betroffene, Angehörige, Institutionen, Verbände und Betriebe. Zudem führt die Caritas mehrere Einrichtungen für Menschen, die unter anderem mit Suchtproblematiken konfrontiert sind:

Haus Emmaus

Das Haus Emmaus in Leifers bietet betreute Plätze für HIV-Positive oder aidsranke Menschen. Die Betroffenen sind großteils mit Suchtproblemen konfrontiert.

Iris Caritas

Schwerpunkt des Dienstes Iris Caritas mit Sitz in Bozen ist die ambulante psychosoziale HIV/AIDS Hilfe.

Beratungsdienst Menschen in Not

Der Dienst mit Sitz in Bozen hat sich zum Ziel gesetzt, Bedürftigen zur Seite zu stehen und sie aus schwierigen Lebenssituationen zu führen.

Schuldnerberatung

Die Schuldnerberatung der Caritas ist ein Dienst für Menschen, die in Südtirol in Privathaushalten leben und von Ver- oder Überschuldung sowie von Zahlungsunfähigkeit betroffen sind. Eine weitere Aufgabe besteht darin, präventiv zu arbeiten.

Weiters führt die Caritas das Haus Margaret für wohnungslose Frauen in Bozen und das Obdachlosenhaus in Meran.

www.caritas.bz.it

info@caritas.bz.it

Dienst für Abhängigkeitserkrankungen in den Sanitätsbetrieben (D.f.A.)

Die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen sind als Teil des öffentlichen Gesundheitsversorgungssystems in allen vier Sanitätsbetrieben Südtirols präsent und auf die Behandlung und Betreuung von Personen mit illegalen Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenproblemen und kombinierten Abhängigkeiten spezialisiert. Auch Familienangehörige und/oder Partner können sich an diese Einrichtungen wenden. Diese ambulanten Dienste sind der Dreh- und Angelpunkt der Suchtarbeit.

Entsprechend eines bio-psycho-sozialen Arbeitsansatzes arbeiten in den D.f.A. Ärzte, Psychologen, Sozialassistenten, Erzieher, Sozialarbeiter, Pflege- und Verwaltungspersonal.

Die D.f.A. übernehmen Aufgaben in der primären, sekundären und tertiären Suchtprävention und erstellen ärztlich-psychologische Gutachten für die Führerscheinkommission. Vom Regierungskommissariat werden Konsumenten illegaler Substanzen zur Behandlung überwiesen.

Auch zu Begleiterscheinungen der Suchterkrankungen wie HIV und Hepatitis können sich Betroffene in den D.f.A. informieren und beraten lassen.

Bozen sert-dfa@asbz.provincia.bz.it

Bruneck abhaengigkeitserkrankungen-Bruneck@sb-Bruneck.it

Meran sert@dnet.it

Brixen dfa@sb-brixen.it

www.sabes.it/de/rechtsmedizin

Dienst für Rechtsmedizin –**Sanitätsbetrieb Bozen**

Aufgabe der „Führerscheinkommission“ (Überörtliche Ärztekommision für die Feststellung der Fahrtauglichkeit der Invaliden zum Lenken von Auto- und Motorfahrzeugen) ist es, gemäß geltendem Straßenverkehrsgesetz die Fahreignung zu überprüfen.

Darunter fallen auch jene Fahrer, die sich in einem durch die Einnahme legaler oder illegaler Drogen beeinträchtigten Zustand ans Steuer gesetzt haben, aber auch jene, bei denen ein Verdacht auf Einnahme illegaler Substanzen besteht.

<https://www.sabes.it/de/rechtsmedizin>

medleg@asbz.it

Italienische Gesellschaft zur Bekämpfung der Suchtkrankheiten

Die I.G.B.S. (ital. S.I.I.Pa.C.) widmet sich der Behandlung von Menschen, die unter dem Glücksspiel bzw. unter der Abhängigkeit vom Glücksspiel leiden. Angeboten werden psychotherapeutische Hilfe, Selbsthilfegruppen für Spieler und für ihre Angehörigen sowie rechtlicher Beistand.

www.siipac.it

siipac.roma@siipac.it

Jugendarbeit

Die Jugendarbeit in Südtirol bildet ein eigenständiges engmaschiges, kommunikatives Netz vielfältiger Kinder- und Jugendgruppen, Jugendorganisationen, Jugenddienste, Jugendtreffs, Jugendzentren und Fachstellen im Rahmen des gesamten Kultur-, Bildungs- und Erziehungswesens. Zu den wichtigsten Inhalten der Jugendarbeit zählen die Erfahrungen der Jugendlichen selbst sowie die entstehenden Gruppenprozesse mit ihren Regeln und Konflikten. Die Strukturen und Einrichtungen der Jugendarbeit engagieren sich auch im Rahmen der primären Suchtvorbeugung, der Früherkennung und Erstberatung.

Young + Direct

In der Jugendinformations- und Beratungsstelle arbeiten hauptberuflich Fachkräfte mit pädagogischer, psychologischer sowie soziologischer Universitätsausbildung. Neben der Beratung für Kinder und Jugendliche werden Schwerpunkte in der Referats-, Präventions-, Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit gesetzt.

www.young-direct.it

online@young-direct.it

Einrichtungen der Suchtarbeit

**Die Krankenhausabteilungen
in den Sanitätsbetrieben**

Die stationäre Entgiftung bei körperlicher Abhängigkeit von Substanzen (Alkohol, psychoaktive Substanzen wie Heroin, Medikamente etc.) erfolgt in verschiedenen Krankenhausabteilungen je nach Bettenverfügbarkeit.

Die stationäre medizinische Behandlung von Begleiterkrankungen (Aids, Hepatitis, psychiatrische Pathologien, Erkrankungen der inneren Organe) fällt ebenfalls in den Aufgabenbereich der zuständigen Krankenhausabteilungen.

<https://www.sabes.it/de/krankenhaeuser>

**Der Überbetriebliche Pneumologische Dienst –
Sanitätsbetrieb Bozen**

Der Dienst arbeitet im Bereich der Nikotinabhängigkeit und ist diesbezüglich das Referenzzentrum für die interregionale Koordinierung im Rahmen der Präsidentenkonferenz der Regionen und autonomen Provinzen. Der Dienst hat den Hauptsitz in Bozen und weitere Außenstellen. In den Dienststellen von Bozen, Neumarkt und Meran sind Raucherberatungsstellen eingerichtet. Die Dienststellen in Schlanders und Bruneck beschränken sich auf die Weitergabe allgemeiner Informationen über die Sekundärprävention.

<https://www.sabes.it/de/pneumologischer-dienst>
pneumat@asbz.it

Psychologischer Dienst in den Sanitätsbetrieben

In Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen gewährleisten die psychologischen Dienste der Sanitätsbetriebe die Betreuung und Behandlung von Menschen mit Essstörungen.

Die psychologischen Dienste arbeiten im Bereich der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Schulproblemen und/oder sozial auffälligem Verhalten. Durch die Betreuung wird indirekt oder direkt auch der Suchtgefährdung vorgebeugt.

Bozen psychol@sbbz.it
Bruneck psychologischer-dienst@sb-bruneck.it
Meran psychologie.sbmeran@gmx.net
Brixen psychologischerdienst@sb-brixen.it
www. siehe Krankenhausabteilung in Sanitätsbetrieben

Sektion für Verkehrspsychologie

Die überörtliche Sektion für Verkehrspsychologie im Psychologischen Dienst des Sanitätsbetriebes Bozen erstellt psychologische Gutachten im Auftrag der Führerscheinkommission der Rechtsmedizin. Bei Personen, die im Straßenverkehr mit erhöhtem Alkohol- oder Drogenkonsum aufgefallen sind, wird die Rückfallgefahr abgeklärt. Zusätzlich werden Maßnahmen im Bereich der Prävention gesetzt.

Regierungskommissariat

In Südtirol übernimmt das Regierungskommissariat für den Bereich Sicherheit und illegale Substanzen eine wichtige Rolle.

Im Regierungskommissariat besteht ein zuständiges Gremium (Nucleo operativo tossicodipendenza), dessen Aufgabe es ist, die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen bei Konsumenten illegaler Substanzen vorzunehmen.

com.combolzano@interbusiness.it

Schulamt

Die Schulamtsleiter sind auf Landesebene dafür zuständig, Initiativen in den Bereichen „Erziehung und Prävention“ anzuregen, voranzubringen und zu koordinieren. Zur praktischen Durchführung wurde an den drei Schulämtern jeweils eine

Dienststelle für Gesundheitserziehung

eingerrichtet. Diese bieten den Kindergärten und Schulen Unterstützung bei der Durchführung von Initiativen im Bereich der Suchtprävention. Die Suchtprävention wird als ein Teilbereich im Rahmen der Gesamtaufgabe Gesundheitsförderung betrachtet. Einen besonderen Wert misst man der schulinternen Anlaufstelle bei Problemsituationen, der kontinuierlichen Aus- und Weiterbildung der Lehrpersonen sowie der Elternarbeit bei.

www.provinz.bz.it/schulamt
SA.schulamt@schule.suedtirol.it
Ladinisches Schulamt
Intendenza-Ladina@provincia.bz.it
www.provincia.bz.it/intendenza-ladina
Italienisches Schulamt
www.provincia.bz.it/intendenza-scolastica
ISSovr-Scol@scuola.alto-adige.it

Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfegruppe zeichnet sich dadurch aus, dass deren Mitglieder gleichberechtigt sind und die Teilnahme auf Freiwilligkeit beruht.⁶²

Die wichtigsten in Südtirol tätigen Selbsthilfegruppen sind: die Anonymen Alkoholiker, der Alkoholkrankenverband Südtirol, die Hands-Gruppen und die Gruppen des Kreuzbundes.

Weitere Informationen gibt die Dienststelle für Selbsthilfegruppen innerhalb des Dachverbandes der Sozialverbände Südtirols.

<https://www.dsg.bz.it/141.html>
info@fss.bz.it

Sozialgenossenschaften

Sozialgenossenschaften unterstützen sozial benachteiligte Personen bei der Eingliederung durch Ausbildung und Arbeitsbeschaffung. Sie bieten Arbeitsanstellungen oder Betriebspraktika an.

www.sozialcoop.it
info@sozialcoop.it

Die wichtigsten in Südtirol tätigen Sozialgenossenschaften sind:

⁶² Bauer, I. (2001)

⁶³ Landesgesetz 30.4.1991, Nr.13: Neuordnung der Sozialdienste der Provinz Bozen

Albatros

Albatros hat folgende Arbeitsbereiche: Planung, Pflege und Instandhaltung von Grünanlagen, Reinigungsarbeiten und Caritas-Projekt (Entleerung der Altkleidercontainer).

info@albatros.bz.it

Elios

Elios ist in erster Linie in der Arbeitseingliederung von Haftentlassenen tätig, betreibt einen Trödlerladen und eine Tischlerei- und Restaurierungswerkstatt.

coop.elios@dnet.it

Eureka

Eureka begleitet Menschen, welche nach einem Therapieaufenthalt eine Unterstützung in der beruflichen und sozialen Integration benötigen.

eureka.coop@libero.it

Novum

Novum ist in der Arbeitseingliederung für Jugendliche und junge Erwachsene in existentiellen Notlagen tätig, betreibt eine Tischlerei und eine Fahrradwerkstatt.

novum@katamail.com

Oasis

Oasis ist als produktive und soziale Struktur tätig, die ihre Schwerpunkte im Grafik- und Druckereibereich sowie in der Pflege und Instandhaltung von Grünflächen setzt.

coop.oasis@libero.it

Sprengel in den Bezirksgemeinschaften bzw. im Sozialbetrieb Bozen

Die 20 Sprengel sind die kleinsten territorialen und organisatorischen Einheiten der 7 Bezirksgemeinschaften bzw. des Sozialbetriebs Bozen und der Sanitätsbetriebe. Der Sprengel ist die Organisationseinheit für die Erbringung der sozialen und gesundheitlichen Grundleistungen. Die Sprengel verwirklichen Maßnahmen zur Förderung, Erhaltung und Wiedererlangung des Wohlbefindens in der Bevölkerung, zur vollen Entfaltung der Persönlichkeit innerhalb der familiären und sozialen Umgebung sowie der Deckung grundlegender Bedürfnisse.⁶³

Zusätzlich sind die Bezirksgemeinschaften zuständig für die Führung von sprengelübergreifenden Einrichtungen mit sozial-rehabilitativen Zielsetzungen, wie etwa Wohngemeinschaften und Werkstätten.

Die Sozialsprengel bieten in der Suchtarbeit Dienstleistungen in der Prävention, der sozialen Reintegration, der Information und der Beratung an, weiters in folgenden Bereichen:

Finanzielle/materielle Unterstützung

Abhängige Menschen in Not können sich, wie alle Menschen in Notlagen, an die finanzielle Sozialhilfe des zuständigen Sprengels wenden.

Die ambulante Hauspflege

Diese richtet sich an alte Menschen, psychisch Kranke, Menschen mit Behinderung und Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik.

Die sozial-pädagogische Grundbetreuung für Jugendliche und Erwachsene

Diese trägt dazu bei, persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Notsituationen vorzubeugen, sie abzubauen und zu beseitigen. In diesen Bereich fallen unter anderem die Maßnahmen zum Wohle und zum Schutz der Minderjährigen.

gesellschaftlichen Notsituationen vorzubeugen, sie abzubauen und zu beseitigen. In diesen Bereich fallen unter anderem die Maßnahmen zum Wohle und zum Schutz der Minderjährigen.

Bezirksgemeinschaft Pustertal:

www.bezirksgemeinschaftpustertal.it

BZG.Pustertal@provinz.bz.it

Bezirksgemeinschaft Burggrafenamt:

www.bzgbga.it

bzgmer@gvcc.net

Bezirksgemeinschaft Überetsch-Unterland:

https://www.bzgcc.bz.it/system/web/default.aspx?sprache=1&menuonr=224972291

bzgueb@gvcc.net

Bezirksgemeinschaft Vinschgau:

www.bzgvn.it

bzgvn@gvcc.net

Bezirksgemeinschaft Eisacktal

https://www.ccvalleisarco.it/system/web/default.aspx?sprache=1&menuonr=221503195

bzgeis@gvcc.net

Bezirksgemeinschaft Wipptal

www.wipptal.org

bzgwipptal@gvcc.net

Bezirksgemeinschaft Salten-Schlern

bzgsal@gvcc.net

Sozialbetrieb Bozen

www.sozialbetrieb.bz.it

kontakte@sozialbetrieb.bz.it

„Subway“ Projekt Jugend – Sozialbetrieb Bozen

Subway bietet folgende Tätigkeiten: Projekte in der primären und sekundären Prävention, Beratung und Betreuung der Eltern von Jugendlichen, Information und Netzwerkarbeit.

Therapiezentrum Bad Bachgart – Sanitätsbetrieb Brixen

Das Therapiezentrum Bad Bachgart ist eine stationäre Behandlungseinrichtung für Abhängigkeiten (Alkohol- Medikamenten- und kombinierte Abhängigkeiten sowie pathologisches Glücksspiel), die 30 Patienten Platz bietet. Die Abhängigkeiten werden dabei als bio-psycho-soziale Störungsbilder behandelt. Das Angebot setzt sich im Sinne eines integrativen bzw. multimodalen Ansatzes aus verschiedenen Therapiebausteinen (medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen, ergo- und sporttherapeutischen) zusammen und wird von einem interdisziplinären Team umgesetzt.

www.sb-brixen.it

badbachgart@sb-brixen.it

Verein „Elterninitiative zur Suchtvorbeugung und zur Wiedereingliederung der Drogenabhängigen“

Der Tätigkeitsschwerpunkt des Vereins liegt in der Information, Prävention und Betreuung bei verschiedenen Formen der Sozialdevianz und Abhängigkeitserkrankungen.

Das Angebot umfasst Betreuungsgruppen für Eltern, finanzielle Unterstützung in besonderen Härtefällen, Rechtsberatung und -hilfe für Abhängige sowie entsprechende Schalterdienste.

ass.gen.toss@tin.it

Suchtprävention

Verein „Forum für Suchtprävention“

Der Verein führt die Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung „Forum Prävention“, welche in Konvention mit dem Land Südtirol Maßnahmen im Bereich der primären und sekundären Prävention setzt. Wesentliche Aufgaben sind der Ankauf, die Ausarbeitung und Weitervermittlung von Informationsmaterialien, die Organisation und Durchführung von Aus- und Weiterbildungen, die fachliche Durchführung/Begleitung von Projekten sowie die kontinuierliche Vernetzung. Im Bereich der Sekundärprävention wird an Früherkennungsprogrammen gearbeitet.

www.forum-p.it
info@forum-p.it

Verein „Hands“

Die ambulante Betreuung und Rehabilitation von Alkoholpatienten für den Einzugsbereich des D.f.A. Bozen ist per Konvention dem privaten Verein Hands übertragen worden. Hands ist bemüht, individuell gestaltete Beratungsleistungen und Interventionen, einem bio-psycho-sozialen Arbeitsansatz entsprechend, anzubieten. Im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns stehen der Mensch mit Alkoholabhängigkeitsproblematiken und seine Familie.

Der Verein führt zudem eine

Langzeittherapiegemeinschaft für Alkoholabhängige

mit einer Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 3 Monaten bis 1 Jahr. Ziel ist es, Rehabilitationsprojekte zu verwirklichen und die Lebensbedingungen der Patienten zu verbessern, damit sie ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können.

Weiters führt Hands eine Wohngemeinschaft und betreibt zwei geschützte Werkstätten.

www.hands-bz.it
hands@katamail.com

Verein „La Strada – Der Weg“

Der Verein bietet Hilfe bei Suchtproblemen, bei Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, führt ein Studienzentrum und Jugendzentren im Sinne gemeindenaher Präventionsarbeit. Er arbeitet im Rahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

www.lastrada-derweg.org
info@lastrada-derweg.org

Die Therapiegemeinschaft „Josefsberg“

bietet eine Langzeittherapie für Abhängige illegaler Substanzen mit dem Ziel der Abstinenz. Das aktuelle therapeutische Konzept legt den Schwerpunkt auf die Erarbeitung individueller Projekte zugunsten der Klienten. Sonderformen der stationären Behandlung gibt es für Klienten mit einer psychiatrischen Komorbidität und für abhängige Mütter mit Kindern im Vorschulalter.

Die Aufnahmegemeinschaft für Orientierung

bietet suchtkranken Personen, welche nur geringfügig für eine Veränderung motiviert sind, für einige Monate einen geschützten Raum mit einem gezielten Betreuungsangebot.

Das Projekt „Streetwork“ in Bozen

Durch den direkten Kontakt zu gefährdeten Jugendlichen versuchen Streetworker, Problemfelder aufzudecken, Sozialkompetenzen zu stützen und alternative Erlebnisformen anzubieten.

Weiters ist der Verein am Arbeitswiedereingliederungsprojekt Eureka beteiligt.

Verein „Südtiroler Drogenhilfe“

Der Verein führt in Bozen die Anlauf- und Kontaktstelle „Bahngleis 7“ für Abhängige von illegalen Substanzen. Durch Gespräche wird eine Vertrauensbasis für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen mit den Klienten hergestellt. In Sinne der Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe erhalten die Klienten Essen, Trinken, die Möglichkeit zu duschen und Wäsche zu waschen. Weitere Angebote sind „safer use/safer sex“-Beratung, Spriztentausch, Wundbehandlungen, bürokratische und rechtliche Hilfestellungen. drogenhilfe@virgilio.it

Werkstätten für Abhängigkeitserkrankte

Geschützte Werkstätten, die es in den verschiedenen Landesteilen gibt, sind entweder privat konventioniert oder werden durch die Bezirksgemeinschaften geführt. Ihr Angebot richtet sich an Alkoholabhängige, für die eine mittel- oder langfristige Beschäftigung in Betracht kommt. In Sonderfällen können auch Abhängige von illegalen Substanzen und Medikamenten oder polytoxikomane Personen aufgenommen werden.

Im Vordergrund steht die Beschäftigung unter Abstinenzbedingungen. Einigen Werkstätten ist auch eine betreute WG angeschlossen.

Die wichtigsten Werkstätten in Südtirol sind:

Geschützte Werkstatt und sozialpädagogische Arbeitsrehabilitationsstätte in Freienfeld

Die Arbeitsangebote bestehen vorrangig im Bereich der Metallverarbeitung und der Landschaftspflege. Die angeschlossene Wohngemeinschaft bietet 4 Plätze für nicht abstinenten alkoholabhängige Männer.

Handwork

Zwei niederschwellige Integrationswerkstätten des Vereins „Hands“ in Tscherms und Bozen bieten in den Bereichen Verpackung, Möbelschleiferei und Weberei eine erste Integration in die Arbeitswelt.

handworkbz@yahoo.it

Ökoservice

Der Ökoservice in Bruneck ist eine Einrichtung mit sozialrehabilitativer Funktion. Durch ein geeignetes Beschäftigungsangebot in den Bereichen Metallbearbeitung, Gärtnerei und Recycling in Kombination mit niederschweligen Angeboten in der Essenausgabe und in der sozialen Betreuung soll chronisch Abhängigen die Möglichkeit der Wiedereingliederung geboten werden.

oeko.bzgbru@gvcc.net

ANHANG

Entwicklung des Versorgungssystems in Südtirol

101

Beitrag von Elio Dellantonio und Bruno Marcato

ENTWICKLUNGEN UND VERÄNDERUNGEN DER INSTITUTIONELLEN ANGEBOTE

Auch in Südtirol lassen sich in der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankungen verschiedene Merkmale und Schwerpunkte erkennen.

Einige eher allgemeine Merkmale:

- Veränderungen auf dem illegalen Drogenmarkt
- Veränderung der kulturellen und modebedingten Einstellungen
- Übergang von der „reinen“ Abhängigkeit von einem einzigen psychoaktiven Suchtmittel hin zur Polytoxikomanie
- Veränderung der Konsummotive und Zielsetzungen: Während in den 70er und 80er Jahren die Erweiterung der Erlebnishorizonte, die Suche nach neuen Wahrnehmungen und die Kritik am herrschenden System im Vordergrund standen, sind in letzter Zeit eher selbsttherapeutische Ursachen bei Menschen mit psychopathologischen und psychosozialen Problemen oder aber ein rein konsumorientierter bzw. fast „spielerischer“ Gebrauch durch junge und weniger junge Bevölkerungskreise wichtiger geworden.
- Ausweitung des Konsums auf mehrere Altersgruppen und tief greifende Veränderungen aufgrund der HIV-Problematik

Einige eher spezifische und lokal geprägte Merkmale:

- ein stark verbreiteter Alkoholkonsum und -missbrauch, der im Sinne einer althergebrachten „Weinkultur“ entsprechend tief in Wirtschaft und Produktionsgefüge des Landes verwurzelt ist
- ständige Zunahme des sozialen Wohlstandes, wodurch sich ein stärkeres Bedürfnis nach Genuss und Wohlbefinden ergibt
- verstärktes Problembewusstsein der lokalen Einrichtungen, die früher als anderswo Maßnahmen ergriffen und mit spezifischen, qualifizierten Versorgungsangeboten auf die anstehenden Bedürfnisse reagiert haben
- Mit der 1982 eingeführten Gesundheitsreform und 1991 im Rahmen der Neuordnung der Sozialdienste bestätigten Entscheidung wurden die Zuständigkeiten für die sanitäre Betreuung von denen der Sozialbetreuung getrennt. Daraus erwuchsen starke Impulse für die Sozialpolitik mit entsprechenden Instrumenten und Entwicklungschancen für den gesamten Bereich. Die Integration zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik vor allem in komplexen Bereichen wie den Abhängigkeitserkrankungen oder im stärker betroffenen Einzugsgebiet der Landeshauptstadt Bozen sind hingegen nur zögernd vorangekommen.
- erhebliche Schwierigkeiten, auf dem äußerst günstigen lokalen Arbeitsmarkt ausgebildete und motivierte Fachkräfte zu finden, die bereit sind, in einem so belastenden Bereich wie der Behandlung von Abhängigkeiten oder chronischen Erkrankungen tätig zu werden

WAS HAT SICH METHODISCH VERÄNDERT?

In den letzten 30 Jahren haben sich auf dem Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen vor allem in folgenden Bereichen Veränderungen ergeben:

Bewusstsein der Tragweite der Problems

Während sich das Problem der Abhängigkeit anfangs lediglich auf eine begrenzte Anzahl von Abhängigen und auf den Missbrauch illegaler Drogen bezog, hat sich diese Sichtweise im Laufe der Zeit immer mehr auf die gemeinsamen Muster und Verhaltensweisen aller Formen von Suchtverhalten, unabhängig von der Legalität oder Illegalität, ausgedehnt.

Risikowahrnehmung

Es ist heute allgemein anerkannt, dass alle psychoaktiven Stoffe und Missbrauchsverhaltensweisen, sollten sie zu einer Abhängigkeit und dem Verlust der Selbstkontrolle führen, ein mehr oder weniger hohes Gesundheitsrisiko darstellen sowie schwere soziale Probleme bewirken, die bei rechtswidrigem Verhalten aufgrund der rechtlichen Folgen zusätzlich verschlimmert werden. Andererseits kann man feststellen, dass es in diesem Zusammenhang eher schwierig ist, den Begriff des Risikos einer Schädigung vom tatsächlichen Schaden, der von den Konsumenten weitgehend unterschätzt und von den Nichtkonsumenten häufig überschätzt wird, zu unterscheiden.

Die Abhängigkeit als komplexe und widersprüchliche Erscheinung

Während früher die Vorstellung herrschte, dass die Abhängigkeit als tabuisiertes, pathologisch abweichendes und per definitionem unkontrollierbares Verhalten in jedem Falle zu bestrafen bzw. zu verurteilen sei, überwiegt heute die Ansicht, dass es sich um eine komplexe Erscheinung handelt, die verschiedene institutionelle Ebenen und Bereiche berührt. Neben der Anerkennung des Anspruchs auf Integration, persönliche Würde und Rechte der Betroffenen erwartet man sich heute von Letzteren, dass sie sich ihrer Verantwortung und ihrer Pflichten gegenüber dem Gesundheits- und Sozialwesen des Landes bewusst werden, das nicht allmächtig sein kann und ausdrücklich festzulegende Grenzen aufweist.

Die Notwendigkeit, jede Form der Abhängigkeit zu behandeln

Bis in die 70er Jahre hinein überwog die Einstellung, dass die Abhängigkeit von illegalen Drogen und die Alkoholabhängigkeit hauptsächlich ein Problem der öffentlichen Sicherheit sei, das nur bei schweren Verhaltensstörungen als psychische Krankheit betrachtet wurde. Als es sich jedoch als unmöglich erwies, diesem um sich greifenden Problem allein durch repressive Maßnahmen Herr zu werden, wurden – anfänglich vor allem auf private Initiative hin – spezifische Rehabilitationseinrichtungen, die so genannten Therapiegemeinschaften, ins Leben gerufen. Die Abhängigkeit wurde immer stärker als komplexe Störung und schließlich als pathologisches

Syndrom betrachtet. Auch in Südtirol, das in diesem Bereich gegenüber anderen italienischen und ausländischen Regionen eine Vorreiterrolle übernahm, kamen von privaten, katholisch orientierten Sozialvereinen und -einrichtungen ausschlaggebende Impulse zur Schaffung und Weiterentwicklung sanitärer Dienste, die durch ihre Kontinuität ein gleichberechtigtes und ausgewogenes Miteinander mit den öffentlichen Einrichtungen gewährleisteten. Diese Entwicklung gilt nicht nur für den Bereich der illegalen Drogen, sondern auch für die Alkoholabhängigkeit, für die bereits in den 80er Jahren wichtige ambulatoriale und rehabilitative Angebote entstanden. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre startete in Bozen – ebenfalls auf Anregung privater Einrichtungen – eine Sensibilisierungskampagne zum Thema Spielsucht, die auch die Behandlung anderer zwanghafter Verhaltensstörungen, welche zu Abhängigkeit führen können, nahe legte. Gleichzeitig wurde die Nikotinabhängigkeit immer stärker thematisiert, nachdem die pneumologischen Dienste bereits in den 80er Jahren erhebliche Ressourcen in diesen Bereich investiert hatten.

Vom Wertemangel hin zur Anerkennung der Abhängigkeit als Erkrankung mit sozialem Hintergrund

Vor etwa 30 Jahren wurden Konsumenten illegaler Drogen als Menschen mit abweichenden und damit „pathologischen“ Werten betrachtet, die es durch strukturierte Rehabilitationsprozesse sowie durch die Vermittlung neuer, „gesunder“ Werte zu heilen und zu „retten“ galt. Inzwischen ist man zum Bewusstsein eines weit verbreiteten Abhängigkeitsrisikos übergegangen, das auch im Zusammenhang mit legalen Suchtmitteln besteht. Es herrscht die Überzeugung, dass sich Abhängigkeiten und sozial belastendes Verhalten erst allmählich entwickeln und dass sie unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen behandelt werden müssen. Man weiß heute auch dank der wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass die Abhängigkeit eine lange Entstehungsgeschichte und vielfältige Ursachen haben kann und dass deshalb die Behandlung nicht nur ebenso lang sein kann, sondern immer personen- und projektorientiert sein muss. Realistischerweise werden auch die individuellen Grenzen sowie die psychosozialen Beeinträchtigungen der stärker betroffenen Patienten berücksichtigt. Deshalb verlagert sich der Betreuungsschwerpunkt allmählich vom reinen Abstinenzgedanken – der natürlich nach wie vor erhalten bleiben muss – hin zu unterstützenden Maßnahmen für jene Menschen, bei denen die psychosoziale Stabilisierung und die Vermeidung sozialer Ausgrenzungsprozesse im Vordergrund stehen. Sowohl bei Drogen- als auch bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit haben bestimmte Erscheinungen wie etwa die Neigung zu Rückfällen auch nach jahrelanger Abstinenz, der nicht lineare Krankheitsverlauf mit alternierenden Phasen des Kontrollverlustes, die Entwicklung von Mehrfachabhängigkeit, der Wechsel von einer Abhängigkeit zur anderen bzw. das Nebeneinander mehrerer Abhängigkeiten, aber auch nachgewiesene Fälle spontaner Heilung mittlerweile eindeutig die Notwendigkeit belegt, das bestehende Dienstleistungsangebot unbedingt auch für langfristige Behandlungen zu öffnen, die soziale Integration zu gewährleisten, die Entstehung schwerer Begleiterkrankungen zu vermeiden sowie die soziale Ausgrenzung und die Inhaftierung der Betroffenen so weit wie möglich

einzuschränken. Zudem ist es wichtig, dass Rückfälle nicht unnötig dramatisiert, sondern als mögliche, wenn auch schmerzhaftes Phasen des Heilungsprozesses angesehen werden, die einer frühzeitigen Behandlung bedürfen und nur durch ständige Betreuung und Begleitung vermieden werden können, Voraussetzungen, die allerdings nicht immer gewährleistet werden können. Gerade dieses Bewusstsein hat es in den letzten zehn Jahren möglich gemacht, die ursprünglich lediglich auf den finanziellen Bereich beschränkten Maßnahmen nun auch auf Ausbildungs- und Berufsintegrationsprojekte, geschützte Wohnungen sowie Schutzmaßnahmen für minderjährige Kinder der Betroffenen auszudehnen.

WIE SIND DIE MASSNAHMEN ORGANISIERT?

Im Zuge der Entwicklung dieser komplexen sozialen Erscheinungen hat es eine sozial- und gesundheitspolitische Neuorientierung in den verschiedenen Einrichtungen des Landes gegeben.

Integrativer Ansatz

Die Überzeugung, dass jeder Abhängigkeit mehrere Ursachen und Erscheinungsformen zugrunde liegen, bringt die Notwendigkeit mit sich, vor allem für sozial ausgegrenzte Patienten unterschiedliche Maßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich aufeinander abzustimmen, um die Betroffenen zu schützen bzw. die erforderliche Sicherheit für die Gesellschaft im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten zu gewährleisten. Im Sinne dieses neuen Ansatzes ist jeder Betroffene aufgefordert, die Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen, während die Allgemeinheit lediglich die Aufgabe übernimmt, die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Probleme zu behandeln. Der Umgang mit Substanzen und Verhaltensweisen, die zur Abhängigkeit führen können, ist Teil der individuellen Lebensgeschichte des Menschen bzw. der Menschheitsgeschichte. Deshalb betreffen die entsprechenden Probleme die gesamte Gesellschaft. Neben den gesundheitlichen und sozialen Lösungsansätzen braucht es Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen: der Schule, der Gesundheitserziehung, der Bildung, der Kultur, der Arbeitswelt und der Jugendarbeit.

Der Umgang mit der Komplexität

Der erfolgreiche Umgang mit komplexen, mitunter scheinbar unlösbaren Problemen erfordert von jedem System die Fähigkeit, die eigenen Aufgaben und Organisationsformen ständig zu überdenken und neu zu definieren, gleichzeitig jedoch konsequent zu bleiben und die festgelegte Richtung nicht aus den Augen zu verlieren. Angesichts dieser Notwendigkeit sind vor allem zwei Voraussetzungen zu schaffen: Einerseits geht es darum, die neuen Entwicklungen und Signale zu erkennen, andererseits, die vorgegebene Richtung einzuhalten. In diesem Sinne sollte eine genaue Unterscheidung der Zuständigkeitsbereiche (Gesundheitswesen, Sozialwesen, Kultur, Schule, Arbeitswelt u.s.w.) als Bereicherung für einen besseren und vielseitigen Umgang mit den Problemen angesehen werden, nicht jedoch als Fixierung auf den jeweiligen Ansatz, die eine Suche nach gemeinsamen Lösungen und deren Umsetzung

erschwert. Sämtliche Akteure sind aufgefordert, ihre jeweiligen Aufgaben klar und nachvollziehbar zu überblicken und im Sinne gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung zu handeln.

Ist das Leben immer mit Risiken verbunden?

Angesichts der zunehmenden Neigung der Bevölkerung im Allgemeinen und der Jugend im Besonderen, den Konsum von Substanzen als „normal“ zu betrachten, der weiten Verbreitung von negativen pädagogischen Modellen und der Tendenz, die pathologischen Abhängigkeitsformen lediglich mit intravenösem Heroinkonsum oder Alkoholabhängigkeit zu verbinden, stellt sich das Problem der Zweideutigkeit und „kulturellen Widersprüchlichkeit“ im Zusammenhang mit dem Konsum von Stoffen und Missbrauchsverhalten. Das bringt Belastungen und Risiken auf unterschiedlichsten Ebenen mit sich. Die Suche nach Genuss und Bedürfnisbefriedigung (eine menschliche Eigenschaft), die Neugier, die Anziehungskraft des Risikos und der Versuch, Schmerz und psychische Belastung zu vermeiden oder zu lindern, können zu einem Verlust der Selbstkontrolle bei bestimmten Verhaltensweisen und Substanzkonsum führen, der im Laufe der Zeit in eine Abhängigkeitserkrankung münden kann. Deshalb erscheint es auch im Hinblick auf einen präventiven Ansatz durchaus sinnvoll, bestimmte Bereiche stärker und gezielter zu fördern, wie etwa die Gesundheitsförderung, die Umsetzung verantwortungsbewusster Lebensstile, sowie Bildung, Erziehung und Information über einen bewussten Umgang mit den kritischen Phasen unseres Lebens, in welchen der Übergang von der Lust zum Leid unerwartet schnell und unbemerkt eintreten kann.

BIBLIOGRAPHIE

- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2001a): Neue Abhängigkeiten in der Autonomen Provinz Bozen: Studie über die synthetischen Drogen. Bozen
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2001b): Neue Abhängigkeiten in der Autonomen Provinz Bozen: Studie zum Konsum und Missbrauch von Psychopharmaka. Bozen
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2001c): Neue Abhängigkeiten in der Autonomen Provinz Bozen: Studie zur Spielsucht. Bozen
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2002): Landesgesundheitsbericht 2001. Bozen
- Bauer, I. (2001): Versorgung von Suchtkranken in Südtirol – Selbsthilfegruppen für Alkoholranke. Abschlussarbeit Suchtberaterlehrgang. Innsbruck
- Bundesamt für Gesundheit (2000): Die Schweizer Drogenpolitik. Bern
- Costa E.; Koler P.; Ladurner C.; Prader S.; Schwienbacher L. (1999): Konzept einer Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung für Südtirol. Bozen
- DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (1999): 10-Punkte-Katalog zur Suchtstoffpolitik und Suchtkrankenhilfe. Internet: <http://www.dhs.de/>
- DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.) (2001): Jahrbuch Sucht 2002. Neuland Verlag, Geesthacht
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Huber Verlag, Bern
- E.B.D.D. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2000): Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft, Luxemburg
- E.B.D.D. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2001): Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft, Luxemburg
- E.B.D.D. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2002): Briefing 6 – Drogen im Blickpunkt. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft, Luxemburg
- Fengler, J. (Hrsg.) (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. ecomed, Köln und Bonn
- Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1999): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hrsg.) (1999): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York
- Gruppo Abele (2002): Strada facendo. Documenti per i gruppi di lavoro del convegno a Torino, settembre 2002. Internet: <http://www.gruppoabele.org/>
- Gruppo Europeo di Esperti di ERIT (2002): Formazione permanente degli operatori delle tossicodipendenze. In: Personalità/Dipendenze Vol. 8, fascicolo II, settembre 2002
- Hafen, M. (2002): Was ist Prävention? Internet: <http://www.fen.ch>
- Hainz, W. (2001): Der D.f.A. - Dienst für Abhängigkeitserkrankungen Bozen. Entwurf für die Verfassung eines Tätigkeitsberichtes für das Jahr 2000, eingebettet in den sozialhistorischen, gesellschaftspolitischen und kulturellen Rahmen. Abschlussarbeit Suchtberaterlehrgang. Innsbruck
- Haller, R.; Neubacher, T.; Halbeisen, M.; Diettrich, I.; Kocsis, E. (2002): Vorarlberger Drogenkonzept. Bregenz
- Kasplar, H. (1990): Die Handhabung des Neuen in organisierten Sozialsystemen. Springer, Berlin/Heidelberg/New York

Bibliographie

- Klein, M.: Kinder von Abhängigen. In: Fengler, J. (Hrsg.) (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. ecomed, Köln und Bonn
- Knobloch, M.: Integration. In: Fengler, J. (Hrsg.) (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. ecomed, Köln und Bonn
- Koordinationsstelle Suchtprävention der Hessischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.) (2000): Handbuch Suchtprävention in Hessen. Frankfurt
- Körkel, J.: Burnout in der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen. In: Missel, Peter; Braukmann, Walter (Hrsg.) (1995): Burnout in der Suchttherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen
- Ladurner, C.; Schwienbacher, L. (2001): Suchtprävention und Jugendarbeit in Südtirol. Perspektiven einer Zusammenarbeit. Abschlussarbeit Suchtberaterlehrgang. Innsbruck
- Landesregierung Südtirol (1998): Maßnahmen im Bereich der Suchtabhängigkeit (Drogen-, Alkoholabhängigkeit und andere Abhängigkeitsformen). Bozen
- Leune, J.: Niedrigschwellige Angebote. In: Fengler, J. (Hrsg.) (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. ecomed, Köln und Bonn
- Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.) (1999): Wiener Drogenkonzept 1999. Wien
- Raschke, P.; Kalke, J. (2002): Lernen durch Verzicht. Konzept und Wirkung des suchtpreventiven Unterrichtsprogramms „Gläserne Schule“. Schneider Verlag, Hohengehren
- Regione del Veneto, Assessorato alle politiche sociali (2001): Linee strategiche di intervento per le dipendenze. Piano operativo per il triennio 2002-2004. Venezia
- Saß, H.; Wittchen H.-U.; Zaudig M. (dt. Bearbeitung) (1999): DSM- IV Handbuch der Differentialdiagnosen. Hogrefe, Göttingen
- Schmid, B.: Zielgruppenspezifische Sekundärprävention. In: Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1999): Illegale Alltagsdrogen. Juventa, Weinheim und München
- Springer, A.; Uhl, A. (1995): Primärprävention des Drogenmißbrauchs und ihre Evaluation – Erfassung der österreichischen Situation und Diskussion der Rahmenbedingungen in Europa und den USA. Forschungsbericht des LBI Sucht. Wien
- Uhl, A.: Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe in: Röhrle B. (Hrsg.) (2002): Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. DGVT, Tübingen
- Uhl, A.; Kopf, N.; Springer, A.; Eisenbach-Stangl, I.; Kobrna, U.; Bachmayer, S.; Beiglböck, W.; Preinsberger, W.; Mader, R. (2001): Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001. Zweite, überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- Ulrich, W. (2000): Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs. Verlag an der Ruhr, Mülheim an der Ruhr
- Verein Wiener Sozialprojekte (Hrsg.) (2001): Jahresbericht 1999/2000 des sekundärpräventiven Projekts Checkit! Wien
- Waggoner, A. (2001): ÖKO SERVICE Bruneck. Ein Beschäftigungsangebot im niederschweligen Bereich für nicht abstinente Alkoholiker. Abschlussarbeit Suchtberaterlehrgang. Innsbruck
- WHO Regionalbüro für Europa (1995): Europäische Charta Alkohol. Verabschiedet von der Europäischen Konferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol, Paris, 12.–14. Dezember 1995. Kopenhagen
- WHO Regionalbüro für Europa (1999): Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005. Kopenhagen
- Zinberg, N.E. (1984): Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press, New Haven

