

Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013



sucht und drogen
koordination wien

StadT  Wien
Wien ist anders.

Inhalt

Vorwort	6
Einleitung	8
Teil 1: Wiener Drogenkonzept 1999	11
1 Grundsätzliches	14
2 Ziele des Wiener Drogenkonzepts	17
3 Umsetzung und Handlungsfelder – der Wiener Weg	19
4 Handlungsfeld 1: Neue Wege der Suchtprävention	20
4.1 Suchtprävention in der Schule	22
4.2 Organisation der Suchtprävention	22
5 Handlungsfeld 2: Jugendliche Drogenkonsumenten	24
5.1 Umgang mit Drogenvorkommnissen in der Schule	25
5.2 Krisenintervention	26
5.3 Betreuung delinquenter Jugendlicher	26
6 Handlungsfeld 3: Beratung – Behandlung – Betreuung	27
6.1 Netzwerk Wiener Drogenhilfe	27
6.2 Niederschwellige Drogenarbeit	28
6.3 Ambulante Einrichtungen	29
6.4 Stationäre Einrichtungen	30
6.5 Verbindungsdienste	30
6.6 Angehörigenberatung und -betreuung	31
6.7 Substitutionsbehandlung	31
6.8 Nachbetreuung	32
6.9 AIDS und Hepatitis	32
7 Handlungsfeld 4: Beschäftigung – soziale Integration und Prävention	33
7.1 Erster Arbeitsmarkt	33
7.2 Zweiter Arbeitsmarkt	34
7.3 Zusammenarbeit und Vernetzung	34

8	Handlungsfeld 5: Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Bildung, Jugend, Soziales und Gesundheit	36
9	Handlungsfeld 6: Zusammenarbeit zwischen Drogeneinrichtungen und Justiz	38
10	Handlungsfeld 7: Sicherheit	39
11	Handlungsfeld 8: Neue Drogen – neue Trends	41
	11.1 Neue Strategien bei Ecstasykonsum	41
12	Handlungsfeld 9: Wissenschaft und Forschung	43
13	Handlungsfeld 10: Strukturelle Maßnahmen und Koordination	45
	13.1 Dokumentation und Evaluierung	45
	13.2 Qualitätssicherung	46
	13.3 Bedarfsplanung	46
	13.4 Finanzierung	47
	13.5 Vernetzung und Koordination	47
 Teil 2: Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit im Sinne des Wiener Drogenkonzepts von 1999		 49
14	Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit – Wiener Guidelines für eine gendersensible Sucht- und Drogenarbeit	51
	14.1 Mission Statement	51
	14.2 Definition	51
	14.3 Basis – Guidelines	51
	14.4 Guidelines bezogen auf die Strukturen der Einrichtungen	52
	14.5 Guideline im Bereich Personalmanagement	52
	14.6 Guideline im Bereich der gendersensiblen Forschung	53
15	Rückblick	54
16	Auszug der Studienergebnisse	55
	16.1 Die Personalebene	55
	16.2 Verteilung weiblicher und männlicher KlientInnen in den Einrichtungen	56
	16.3 Drogenabhängige Frauen sind seltener in das Erwerbsleben eingebunden als Männer	57
17	Entwicklung der Guidelines	58

Teil 3: Strategie 2013	63
18 Grundsätzliches	64
18.1 Was ist Sucht?	64
18.1.1 Ursachen	64
18.1.2 Abstufungen	65
18.1.3 Diagnose	66
18.1.4 Substanzungebundene oder verhaltensbezogene Süchte	67
18.2 Substanzen und Suchtmittel	69
18.2.1 Legale Suchtmittel	70
18.2.2 Handlungsleitlinie für legale Suchtmittel	74
18.2.3 Neue Psychoaktive Substanzen und Research Chemicals	76
18.3 Umsetzung der Wiener Sucht- und Drogenpolitik	77
18.3.1 Aktuelle strategische Ziele und Geschäftsfelder	78
18.3.2 Bedarfsdeckung	79
19 Strategische Geschäftsfelder – Kernbereiche	81
19.1 Suchtprävention	81
19.1.1 Oberstes Wirkungsziel Suchtprävention	81
19.1.2 Prinzipien der Suchtprävention	81
19.1.3 Ansätze und Zielgruppen	82
19.2 Beratung, Behandlung und Betreuung	84
19.2.1 Oberstes Wirkungsziel Beratung, Behandlung und Betreuung	84
19.2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	84
19.2.3 Organisation der KlientInnenversorgungsprozesse	85
19.3 Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration	86
19.3.1 Oberstes Wirkungsziel Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration	86
19.3.2 Früherkennung und (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt	87
19.4 Öffentlicher Raum und Sicherheit	88
19.4.1 Oberstes Wirkungsziel Öffentlicher Raum und Sicherheit	88
19.4.2 Koordinierte Gesamtstrategie	88
19.4.3 Ganzheitliche Ansätze und koordinierte Maßnahmen zur Förderung des Sicherheitsgefühls	90
20 Strategische Geschäftsfelder – Querschnittsbereiche	92
20.1 Öffentlichkeitsarbeit	92
20.1.1 Strategisches Wirkungsziel Öffentlichkeitsarbeit	92
20.1.2 Nachhaltige Entstigmatisierung mittels professioneller Öffentlichkeitsarbeit	92
20.2 Qualitäts-, Gender- und Diversitätsmanagement	93
20.2.1 Qualitätsmanagement	93
20.2.2 Gender-Mainstreaming	94
20.2.3 Diversitätsmanagement	94
20.3 Dokumentation	95
20.4 Controlling	95
21 Schlusswort	96



Foto: Peter Rigaud

Vorwort

Der Wiener Weg in der Sucht- und Drogenpolitik ist ein wichtiger Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik der Stadt Wien, der über die Jahre gewachsen ist und sich mit den zahlreichen Hilfsangeboten laufend weiterentwickelt hat – vorausschauend und bedarfsorientiert. Das vom Wiener Gemeinderat beschlossene Wiener Drogenkonzept von 1999 bildet die Basis dafür.

Um auch in Zukunft eine kontinuierliche Bedarfsdeckung zu gewährleisten, werden die Angebote und Maßnahmen regelmäßig überprüft – und gegebenenfalls einem veränderten Bedarf entsprechend angepasst.

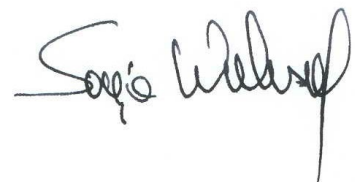
In den letzten Jahren sind neue wichtige Aspekte – wie z.B. der Umgang mit substanzungebundenen Suchtformen und legalen Suchtmitteln etc. – hinzugekommen. Die wissenschaftliche Forschung im Suchtbereich hat sich weiterentwickelt und auch der Suchtbegriff ist heute umfassender definiert.

Daher wurde eine Weiterentwicklung des Wiener Drogenkonzepts von 1999 zu einer Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 unabdingbar. Prämisse dabei war, das Konzept von 1999 als Gesamtdokument unverändert zu lassen, da es in allen Punkten heute nach wie vor uneingeschränkte Gültigkeit hat.

Wien hat sich für den Grundsatz der „Integrierten Sucht- und Drogenpolitik“ entschieden. Dieser entspricht der gesellschaftspolitischen Tradition in Wien, durch soziale Maßnahmen die Ausgrenzung von Randgruppen zu verhindern und sie in das breite soziale und medizinische Netz der Stadt zu integrieren. Sucht ist eine chronische, rezidivierende Erkrankung und es ist wichtig sicherzustellen, dass kranke Personen die Behandlung bekommen, die sie benötigen.

Darüber hinaus wird die Stadt Wien auch weiterhin gefordert sein, wirksame Strategien zu entwickeln, um die gesundheitlichen und sozialen Risiken und Schäden möglichst gering zu halten, die im Zusammenhang mit dem Konsum bestimmter legaler und illegaler Substanzen stehen oder mit Verhaltensweisen, die zu einer Suchterkrankung führen können.

Die Erfahrungen und Erfolge der letzten Jahre machen deutlich, wie wichtig es ist, beim Thema Sucht und Drogen einen konsequenten Weg zu gehen. Die vorliegende Sucht- und Drogenstrategie 2013 setzt diesen Wiener Weg im Umgang mit Sucht und Drogen fort und bildet die Grundlage für die Maßnahmen der nächsten Jahre.



Sonja Wehsely
Stadträtin für Gesundheit und Soziales

Einleitung

Das Wiener Drogenkonzept von 1999 hat sich bewährt. Bisher ist es durch erweiterte und umfassende Angebote der Wiener Sucht- und Drogenarbeit gut gelungen, suchtkranke Personen in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) und das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem zu integrieren.

Sucht- und Drogenarbeit ist jedoch permanenten Veränderungen unterworfen – auch und besonders im Hinblick auf neue Substanzen und Suchtformen. Eine vorausschauende und erfolgreiche Sucht- und Drogenpolitik erweitert ihren Fokus und wird bedarfsorientiert umgesetzt. Ein Schwerpunkt liegt hierbei in Wien auf der sozialen Integration von Suchtkranken und auf niederschweligen Angeboten, die einen Zugang zum Hilfesystem ermöglichen.

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat sich, als Fachstelle für diesen Bereich, 2012 mit einer Weiterentwicklung des Wiener Drogenkonzepts von 1999 auseinandergesetzt. Auch wenn sich Rahmenbedingungen und Herausforderungen in diesem Bereich geändert haben, bleibt die Aktualität der drogenpolitischen Grundsätze von 1999 bestehen.

Der Wiener Weg im Umgang mit Sucht und Drogen wird auch künftig der einer „integrierten Sucht- und Drogenpolitik“ sein und konsequent fortgesetzt:

- ▶ So wenig Menschen wie möglich sollen Drogen konsumieren und jene, die nicht davon abzuhalten sind, sollen dabei so wenig Schaden wie möglich nehmen.
- ▶ Dem organisierten Drogenhandel muss entgegengetreten werden und Suchtkranke sind vorrangig als Kranke zu behandeln und sollen nicht strafrechtlich verfolgt werden.
- ▶ DrogenkonsumentInnen und suchtkranke Personen sollen in die soziale und medizinische Versorgung der Stadt integriert werden und ihre Ausgrenzung ist zu verhindern.

Das Wiener Drogenkonzept von 1999 wird durch die Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 nicht erneuert oder abgelöst, sondern der Suchtbegriff wird erweitert und um wichtige neue Aspekte und Themen ergänzt. Besonders hervorzuheben ist die Festlegung strategischer Ziele für die legalen Suchtmittel Alkohol, Nikotin und Medikamente.

In der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 werden folgende Aspekte thematisiert und die Aufgaben der Kern- und Querschnittsbereiche der Sucht- und Drogenkoordination Wien dargelegt:

- ▶ Umgang mit Süchten im Bereich legaler psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Nikotin, Medikamente),
- ▶ Umgang mit synthetisch hergestellten Substanzen (Neue Psychoaktive Substanzen),
- ▶ Veränderungen im Bereich der substanzunabhängigen oder verhaltensbezogenen Süchte,
- ▶ Qualitäts-, Gender- und Diversitätsmanagement als Voraussetzung für eine erfolgreiche Sucht- und Drogenarbeit,
- ▶ Weiterentwicklungen in der Organisation der KlientInnen-Versorgungsprozesse,
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit im Sinne universeller Suchtprävention und Entstigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen.

Die strategischen Geschäftsfelder der Sucht- und Drogenkoordination Wien sind in Kern- und Querschnittsbereiche geteilt. Die Querschnittsbereiche, die der Unterstützung der Kernbereiche und des Managements dienen, werden in der Strategie 2013 in unterschiedlichem Umfang beschrieben.

Auf die Querschnittsbereiche Controlling und Dokumentation wird in Kapitel 13 des Drogenkonzepts von 1999 näher eingegangen. Diese werden in den Kapiteln 20.3 und 20.4 der Strategie 2013 nur noch kurz thematisiert.

Die Querschnittsbereiche Öffentlichkeitsarbeit, Qualitäts-, Gender- und Diversitätsmanagement werden in den Kapiteln 20.1 und 20.2 ausführlich beschrieben.

Die Querschnittsbereiche Recht und Administration werden nicht dezidiert in eigenen Kapiteln angeführt. Sie nehmen als grundlegende Bestandteile der Organisation Einfluss auf alle Tätigkeitsfelder der Sucht- und Drogenkoordination Wien.

Die vorliegende *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* gliedert sich somit in drei Teile. Das *Wiener Drogenkonzept 1999*, die *Guidelines Gendermainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit* und die *Strategie 2013* bilden gemeinsam die strategische Leitlinie der Stadt Wien im Umgang mit Sucht und Drogen.

Teil 1

Wiener Drogenkonzept 1999

Präambel¹

Das Wiener Drogenkonzept² wurde im Rahmen der Wiener Drogenkommission erstellt. In 13 Sitzungen wurden von 92 Experten und den Vertretern aller im Gemeinderat vertretenen Parteien die individuellen und gesellschaftlichen Probleme, die durch den Konsum und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und Suchtmitteln entstehen, diskutiert.

Debatte versachlichen, Bereiche abstimmen

Die Beratungen der Drogenkommission führten zu einer Versachlichung der Drogendebatte und es wurde ein breiter Konsens darüber erzielt, dass zur Lösung der Probleme gemeinsame Anstrengungen erforderlich sind. Wenn es gelingt, die befassten Bereiche aufeinander abzustimmen und zu koordinieren, dann ist erfolgreiche Drogenpolitik möglich. Der gemeinsame Weg macht die Qualität der Wiener Drogenpolitik aus.

Wien geht einen konsequenten Weg

Die Erfahrungen der letzten Jahre und die Beratungen der Wiener Drogenkommission machen deutlich, wie wichtig es ist, beim Thema Sucht und Drogen einen konsequenten Weg zu gehen. Das vorliegende Drogenkonzept setzt diesen Wiener Weg im Umgang mit Sucht und Drogen fort und bildet die Grundlage für die Maßnahmen der nächsten Jahre.

unterschiedliche Probleme – differenzierte Strategien

Das Wiener Drogenkonzept konzentriert sich auf die Probleme im Zusammenhang mit jenen Substanzen, die im Suchtmittelgesetz geregelt sind, wie Opiate, Kokain, Amphetamine und Cannabis; dies unbeschadet der Tatsache, dass weit mehr Menschen durch den Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen als durch den Missbrauch illegaler Drogen betroffen sind. Allerdings gilt ein Teil der Überlegungen für Suchtverhalten schlechthin. Doch müssen zu den unterschiedlichen Problemstellungen differenzierte Strategien entwickelt werden.

Die Frage, inwieweit der Konsum von Drogen toleriert werden kann oder bestraft werden soll, wurde in der Drogenkommission ausführlich diskutiert. Das Wiener Drogenkonzept baut auf dem derzeit geltenden Suchtmittelgesetz auf, insbesondere auf dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Sucht bedeutet in jedem Fall individuelles, familiäres und gesellschaftliches Leid und erfordert Hilfe.

1 Hinweis: Das Wiener Drogenkonzept 1999 wurde inhaltlich unverändert übernommen. Personenbezogene Bezeichnungen sind daher wie im Originaltext aus 1999 nur in männlicher Form angeführt. Sie beziehen sich selbstverständlich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

2 Das Wiener Drogenkonzept 1999 wurde im Wiener Gemeinderat am 2. Juni 1999 beschlossen.

*Grundsatz: integrierte
Drogenpolitik*

Wien hat sich für den Grundsatz der „Integrierten Drogenpolitik“ entschieden. Es entspricht der gesellschaftspolitischen Tradition in Wien, durch soziale Maßnahmen Randgruppen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Ein ebenso wesentlicher Bestandteil des Wiener Drogenkonzepts ist die Integration der Beratung und Betreuung von Suchtkranken in das breite soziale und medizinische Netz der Stadt Wien.

*neue Fragen – neue
Herausforderungen*

Die Arbeit der letzten Jahre war erfolgreich und viele Probleme konnten gelöst oder verringert werden. Gleichzeitig sind neue Aufgaben entstanden, die es zu bewältigen gilt. So werden beispielsweise neue Medikamente zur Stimmungsveränderung, Entspannung und Leistungssteigerung von immer größeren Teilen der Bevölkerung, oftmals auch ohne Verschreibung eines Arztes, konsumiert. Diese Tendenz zu einem unkritischen Konsum von Tabletten stellt eine zusätzliche Herausforderung an die Suchtprävention dar. Dies insbesondere auch im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Formen des Drogenkonsums in einigen Bereichen der Jugendkultur. Neue Erkenntnisse über Zusatzerkrankungen, die mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehen – z.B. AIDS und Hepatitis –, ermöglichen wirksame Methoden der Früherkennung und eine bessere Behandlung. Die Situation am Arbeitsmarkt hat sich verschärft und erfordert neue Strategien zur beruflichen Stabilisierung und Integration von Drogenabhängigen.

*am internationalen
Erfahrungsaustausch
teilnehmen*

Das Problem Sucht und Drogen ist global. Deshalb müssen auch die Maßnahmen und Strategien der einzelnen Staaten, Regionen und Städte aufeinander abgestimmt werden. Für Wien ist es von grundlegender Bedeutung, am internationalen Erfahrungsaustausch aktiv teilzunehmen. Die fachliche und politische Zusammenarbeit auf österreichischer und internationaler Ebene wird auch in den nächsten Jahren eine wichtige Dimension der Wiener Drogenarbeit darstellen.

1

Grundsätzliches

*das oberste Ziel –
so wenig individuel-
len und gesellschaft-
lichen Schaden
wie möglich*

Das oberste Ziel der Wiener Drogenpolitik ist es, dass so wenige Menschen wie möglich Drogen konsumieren und dass jene, die davon nicht abzuhalten sind, so wenig Schaden wie möglich nehmen. Zur Bewältigung der komplexen Probleme im Zusammenhang mit Sucht und Drogen sind ineinandergreifende Strategien zu entwickeln, um den Schaden für die gesamte Gesellschaft so gering wie möglich zu halten.

*der Konsum
aller Drogen ist
abzulehnen*

Nicht jede Droge hat ein Suchtpotenzial oder macht direkt süchtig. Aber alle Drogen und Suchtmittel beeinträchtigen die körperliche oder psychische Gesundheit und bergen daher bestimmte Gefahren. Deshalb ist aus gesundheitspolitischer Sicht grundsätzlich der Konsum aller Suchtmittel und Drogen einschließlich der missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten, Alkohol und Nikotin abzulehnen.

*Drogenpolitik gibt
den Rahmen für die
Maßnahmen vor*

Die Wiener Drogenpolitik begegnet dem gesellschaftlichen Phänomen „Sucht und Drogen“ in seinen vielfältigen Ausprägungen und legt die notwendigen Rahmenbedingungen für die erforderlichen Maßnahmen fest. Eine zeitgemäße Gesetzgebung und differenzierte Kontrollmaßnahmen sind genauso wichtig wie unterschiedliche präventive, soziale und therapeutische Maßnahmen.

*Bestrafung des Han-
dels – Behandlung
der Kranken – Be-
ratung der Konsu-
menten*

Die Wiener Drogenpolitik beruht auf einem klaren Bekenntnis zur Reduktion des Drogenangebots und der Nachfrage, zur Verfolgung und Bestrafung des organisierten Drogenhandels und zur Behandlung der Drogenabhängigen als Kranke. Bei Drogenkonsumenten hat die Beratung bzw. medizinisch-therapeutische Behandlung Vorrang vor der strafrechtlichen Verfolgung.

*Entkriminalisierung
– nicht Legalisierung*

Dieser Grundgedanke – strafrechtliche Verfolgung von Drogenhändlern bei gleichzeitiger Entkriminalisierung von Konsumenten – bedeutet nicht die Legalisierung von Drogen.

*wirksame
Prävention*

Für die Wiener Drogenpolitik ist wirksame Suchtprävention ein zentrales Anliegen, wobei Wien auch einen deutlichen Schwerpunkt bei der Auseinandersetzung mit den Ursachen von Sucht setzt.

Sucht hat viele Ursachen

Sucht stellt eine schwere körperliche, seelische und soziale Beeinträchtigung dar und wird als Krankheit definiert. Die Entstehung von Sucht hat viele Ursachen. Die Frage, warum ein Mensch süchtig wird und ein anderer nicht, ist wissenschaftlich noch nicht vollständig geklärt. Individuelle, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse spielen dabei genauso eine Rolle wie die chemisch-pharmakologischen Eigenschaften der jeweiligen Droge. Ein großer Teil der Drogenabhängigen hat zusätzliche psychische Erkrankungen.

Zwischen Suchtkrankheit, sozialer Desintegration und Verelendung bestehen enge Zusammenhänge, wobei Sucht oft das Symptom einer tiefer gehenden Störung ist.

unterschiedliche Verläufe – unterschiedliche Modelle

Die Suchtkrankheit hat unterschiedliche Verläufe. Deshalb sind in Beratung, Behandlung und Betreuung unterschiedliche Modelle notwendig. Eine Behandlungsform, die für einen Suchtkranken richtig ist, muss nicht auch für andere geeignet sein. Drogentherapeutische Maßnahmen sind nur dann erfolgreich, wenn sie von den Betroffenen angenommen werden. Es ist ein zentrales Anliegen der Wiener Drogenpolitik, diese erforderliche Akzeptanz zu gewährleisten.

die vier Säulen der Wiener Drogenpolitik

Die Wiener Drogenpolitik ist als Querschnittspolitik gemeinsames Anliegen und integrierter Bestandteil sämtlicher Bereiche kommunalen Handelns. Sie baut auf vier Säulen auf:

1. Prävention

Suchtprävention ist Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung und schließt Fragen des Drogen-, Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenmissbrauchs als gleichbedeutend mit ein. Sie erfordert eine ganzheitliche Sichtweise und muss im Rahmen eines pädagogischen Prozesses umgesetzt werden. Bildungs- und jugendpolitische Maßnahmen bilden dafür den notwendigen Handlungsrahmen. Suchtprävention darf nicht auf punktuelle Maßnahmen und Abschreckungsmethoden reduziert werden. Sie muss eine öffentliche Sensibilisierung erzielen und langfristig wirken.

2. Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Um den unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen der Suchtkrankheit gerecht zu werden, muß es ein breites Spektrum an Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen geben, die auf die individuelle Problematik eingehen. Wien setzt in der Behandlung und Betreuung Suchtkranker auf Methodenvielfalt. Ambulante und stationäre Einrichtungen bilden mit abstinenzorientierten, substituierenden und suchtbegleitenden Therapieangeboten ein breites Netzwerk.

3. Soziale Maßnahmen

Zwischen Drogenkonsum, Suchterkrankung und der sozialen Situation der Betroffenen bestehen ursächliche Zusammenhänge. Daher ist die soziale Betreuung integrierter Bestandteil des Behandlungs- und Betreuungskonzepts. Maßnahmen zur Verhinderung von Verelendung und zur Sicherung der sozialen Grundbedürfnisse – wie zum Beispiel Wohnen – und Maßnahmen zum Abschluss einer Berufsausbildung und zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt haben einen hohen Stellenwert.

4. Sicherheit

Die Wiener Drogenpolitik bekennt sich zu den Grundsätzen Hilfe statt Strafe für die Drogenkonsumenten und Verfolgung und Strafe bei Drogenhandel. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Bekämpfung der organisierten Kriminalität und Geldwäsche, wobei die Sicherheit der Bevölkerung oberste Priorität hat. Ein umfassender Sicherheitsbegriff schließt Aspekte der objektiven Sicherheit und Maßnahmen zur Verbesserung des subjektive Sicherheitsgefühls, der sozialen Verträglichkeit und der Konfliktregelung mit ein.

adäquate Organisationsstruktur – effizientes Management

Um auch in den nächsten Jahren eine erfolgreiche Entwicklung zu gewährleisten, muss die Koordination aller Maßnahmen strukturell und organisatorisch abgesichert sein. Dies soll durch umfassende Entscheidungsgrundlagen, eine adäquate Organisationsstruktur und ein effizientes Management erreicht werden.

2

Ziele des Wiener Drogenkonzepts

Ziel 1: Gesundheit fördern – Suchtentwicklung verhindern

Ziel ist es, Probleme, die durch den Konsum von Drogen bedingt sind, und Suchtkrankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen. Die Prävention von Suchtkrankheiten ist als integrativer Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsförderung zu verstehen. Die Stärkung der sozialen Kompetenzen, des Selbstbewusstseins und der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung sind wichtige Schutzfaktoren.

Ziel 2: Suchtgefahren früh erkennen – rechtzeitig intervenieren

Ziel ist es, schon beginnenden Drogenkonsum, eine bestehende Suchtgefährdung oder eine beginnende Suchtentwicklung so früh wie möglich zu erkennen, um auch so früh wie möglich die richtigen Interventionen setzen zu können.

Das Vertrauen der Betroffenen in die Hilfsangebote ist so weit zu fördern, dass diese schon zu einem frühen Zeitpunkt in Anspruch genommen werden. Dadurch ist es möglich, schädlichen und riskanten Drogenkonsum zu minimieren.

Ziel 3: Kranke behandeln – Schaden begrenzen

Ziel ist es, Suchtkranke mit allen heute zur Verfügung stehenden Methoden zu behandeln, so wie dies auch bei anderen Erkrankungen selbstverständlich ist. Dort, wo eine Heilung nicht, noch nicht oder nur teilweise möglich ist, ist es das Ziel, die zusätzlichen Erkrankungen und Schäden, die durch Drogenkonsum entstehen, möglichst gering zu halten.

Ziel 4: Hilfe und Beratung – angstfreies Klima für Konsumenten schaffen

Ziel ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Drogenkonsumenten Beratung und Hilfe ohne Angst vor nachteiligen Folgen in Anspruch nehmen können.

Nur wenn die angebotene Hilfe die Betroffenen auch erreicht und von ihnen angenommen wird, kann sie wirksam sein. Solange jemand Sorge haben muss, seinen Arbeitsplatz, die Lehrstelle oder den Ausbildungsplatz zu verlieren oder strafrechtlich verfolgt zu werden, wenn er Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen will, werden Hilfsangebote nicht ihre volle Wirksamkeit entwickeln können.

Ziel 5: Beratung – Behandlung – Betreuung vernetzen

Die Anzahl und die Kapazität der Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen, sowie der nicht direkt auf das Problem Sucht und Drogen spezialisierten Stellen, die sich der Problematik annehmen, ist in den letzten Jahren gewachsen.

Ziel ist ein effektives Netzwerk der Hilfseinrichtungen. Vor einer Kapazitätserweiterung ist der Schwerpunkt daher zunächst auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu legen. Die einzelnen Angebote müssen – z. B. durch mehr Verbindungsdienste – besser aufeinander abgestimmt werden.

Ziel 6: Soziale Integration und Rehabilitation fördern

Ziel ist es zu verhindern, dass Drogenkonsumenten und Suchtkranke ihre Ausbildung abbrechen, ihre Arbeitsfähigkeit verlieren, aus dem Arbeitsprozess ausscheiden und in eine Spirale der sozialen Ausgrenzung geraten.

Die Behandlung und Betreuung von Suchtkranken kann nur dann erfolgreich verlaufen, wenn es gelingt, die soziale Integration und Rehabilitation der Betroffenen zu sichern.

Ziel 7: Sicherheit gewährleisten

Ziel ist es, die öffentliche Ordnung und Sicherheit auch weiterhin auf hohem Niveau zu gewährleisten.

Der umfassende Sicherheitsbegriff des Wiener Drogenkonzepts bezieht neben klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenproblems auch gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen mit ein.

3

Umsetzung und Handlungsfelder – der Wiener Weg

In den Beratungen der Wiener Drogenkommission wurden zehn zentrale Handlungsfelder erarbeitet:

- Handlungsfeld 1: **Neue Wege der Suchtprävention**
- Handlungsfeld 2: **Jugendliche Drogenkonsumenten**
- Handlungsfeld 3: **Beratung – Behandlung – Betreuung**
- Handlungsfeld 4: **Beschäftigung – soziale Integration und Prävention**
- Handlungsfeld 5: **Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Bildung, Jugend, Soziales und Gesundheit**
- Handlungsfeld 6: **Zusammenarbeit zwischen Drogeneinrichtungen und Justiz**
- Handlungsfeld 7: **Sicherheit**
- Handlungsfeld 8: **Neue Drogen – neue Trends**
- Handlungsfeld 9: **Wissenschaft und Forschung**
- Handlungsfeld 10: **Strukturelle Maßnahmen und Koordination**

4

Handlungsfeld 1: Neue Wege der Suchtprävention

*drei Präventions-
bereiche*

Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO wird Suchtprävention in drei Bereiche gegliedert:

► **Primär-Prävention**

Ziel der Primärprävention ist es, sicherzustellen, dass eine Störung, ein Prozess oder ein Problem nicht auftreten

► **Sekundär-Prävention**

Ziel der sekundären Prävention ist es, eine Störung, einen Prozess oder ein Problem zum ehest möglichen Zeitpunkt zu erkennen, festzustellen oder zu ändern.

► **Tertiär-Prävention**

Ziel der tertiären Prävention 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.

*Sucht verhindern –
Schaden begrenzen*

Ziel von Suchtprävention ist die nachhaltige Förderung und Erhaltung von Gesundheit, um zu verhindern, dass sich Sucht entwickelt und durch den Konsum von Drogen Probleme auftreten. Prävention heißt aber auch, dort, wo bereits Probleme bestehen, Schaden und Leid möglichst gering zu halten.

*Prävention ist ein
langfristiger pädago-
gischer Prozess*

Prävention ist vor allem als langfristiger pädagogischer Prozess zu verstehen, der nicht durch punktuelle Maßnahmen ersetzt werden kann. Drogenkonsum und Suchtentwicklung stehen oftmals in engem Zusammenhang mit Pubertäts- und Adoleszenzproblemen. Dabei spielt das gesamte soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen eine Rolle – Eltern, Lehrer, Freunde, andere Bezugspersonen und die Öffentlichkeit. Die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der Erwerb von gesunden Lebenskompetenzen, wie Selbstwertgefühl, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit, aber auch das Erlernen der Übernahme von Verantwortung für sich und seine Mitmenschen, spielen eine große Rolle. Suchtprävention heißt auch „Leben lernen“ und ist ein integrierter Bestandteil umfassender Gesundheitsförderung.

*jugendgerechte
Konzepte*

Suchtprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Kinder und Jugendliche stehen dabei im Mittelpunkt der Bemühungen. Sie müssen ermutigt werden, Hilfe und Unterstützung bei allen Fragen und Problemen in Anspruch zu nehmen – ohne jede Form der Ausgrenzung.

► Handlungsfeld 1: Neue Wege der Suchtprävention

Kinder- und jugendgerechte Präventionskonzepte müssen die verschiedenen Faktoren, die zu einer Suchtentwicklung führen, berücksichtigen. Suchtprävention betrifft deshalb den gesamten Jugend- und Bildungsbereich. Dafür gibt es eine Vielfalt verschiedener Ansätze, Modelle und Methoden. Sie müssen den unterschiedlichen Lebenswelten, in denen die Jugendlichen aufwachsen, entsprechen und auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen.

Beratung und Information für Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Vorbildwirkung der erwachsenen Bezugspersonen muss in Hinkunft stärker berücksichtigt werden. Dazu sind spezielle Maßnahmen, wie eine öffentliche Sensibilisierung, Beratung und verstärkte Information von Eltern und Erziehungsberechtigten anzubieten. Schwerpunkt muss dabei die Stärkung der Erziehungskompetenz sein – mit dem Ziel, die Vertrauensbeziehung zwischen Eltern und Kindern und ein partnerschaftliches Miteinander zu stärken. Ein anderer wichtiger Bereich ist die Auseinandersetzung mit dem unkritischen Konsum neuer Medikamente zur Stimmungsveränderung, Entspannung und Leistungssteigerung in weiten Teilen der Bevölkerung. Der leichtfertigen Abgabe von Psychopharmaka und „Leistungspillen“ an Kinder und Jugendliche ist entgegenzuwirken.

bessere Methoden durch Evaluierung

Die Evaluierung der einzelnen Präventionsstrategien muss dazu beitragen, effektive Methoden zu entwickeln.

punktuelle Information allein ist zu wenig

Die Vermittlung von Wissen über Wirkungen und Gefahrenpotenziale von Drogen und andere Informationen sind wichtige Elemente im gesamten Präventionsbereich – sowohl in der Arbeit mit Jugendlichen als auch mit Erwachsenen. Vor allem bei Jugendlichen kann oft auf einem bereits vorhandenen Wissensstand über die Risiken des Drogenkonsums aufgebaut werden. Allerdings darf Suchtprävention nicht auf Informationsweitergabe beschränkt werden, sondern geht weit darüber hinaus. Punktuelle Information allein ist zu wenig, Abschreckung zumeist präventiv wirkungslos. Information muss integrierter Bestandteil eines umfassenden suchtpreventiven Lernprozesses sein.

Suchtprävention braucht jugendgerechte Stadtplanung

Die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, hängt auch von ihrem Lebensraum und der Gestaltbarkeit ihrer Wohnumgebung ab. In die Konzepte der Stadtplanung müssen die Erfahrungen der Suchtprävention mit einfließen. Stadtplanung muss einen Rahmen vorgeben, der den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht wird und kommunikative Lebensräume, Erlebnismöglichkeiten und Freiräume schafft.

Projekt Focus – Analyse sozialer Probleme im öffentlichen Raum

Um die Situation im öffentlichen Raum unter verschiedenen Aspekten zu analysieren, wurde vor einigen Jahren das Projekt „Focus“ gegründet. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen arbeiten dabei mehrere Wochen lang in bestimmten Stadtteilen und öffentlichen Parkanlagen in beobachtender Funktion. Problemlagen werden mit den Vertretern aller vor Ort tätigen Institutionen besprochen, um abschließend einen umfassenden Situationsbericht und Maßnahmenkatalog vorzulegen.

Regionale Vernetzung und Bezirksforen

Das Projekt „Focus“ trägt maßgeblich zur Vernetzung der sozialen, freizeitpädagogischen und schulischen Institutionen, der Bezirksvertretungen und der Polizei in diesen Stadtteilen bei.

4.1 Suchtprävention in der Schule

*Suchtprävention ist Teil der Gesundheits-
erziehung*

Schule ist neben der Familie der wichtigste soziale Lebens- und Entwicklungsraum von Kindern und Jugendlichen. Suchtprävention in der Schule betrifft in erster Linie Primärprävention und ist als fächerübergreifendes Unterrichts- und Erziehungsprinzip integrierter Bestandteil der schulischen Gesundheitserziehung. Dies ist ein kontinuierlicher und langfristiger Prozess, der von der gesamten Schulgemeinschaft, vor allem aber auch von den Lehrern getragen werden muss.

*Vertrauensbasis herstellen – angstfreies
Klima schaffen*

Es gilt, in der Schule eine Vertrauensbasis herzustellen, die es ermöglicht, über das Thema Sucht angstfrei zu sprechen. Dies ist die Grundvoraussetzung für wirkungsvolle Suchtprävention. Suchtprävention kann nur dann langfristig wirken, wenn sie von der Schulgemeinschaft selbst getragen wird und die Schaffung eines gesundheitsfördernden Schulklimas zum Ziel hat.

*qualifizierte Fach-
leute erforderlich*

Außenstehende Fachleute können wichtige, oft auch notwendige Impulse liefern. Jedenfalls ist es unerlässlich, dass schulfremde Fachkräfte, die in der Suchtprävention tätig sind, speziell geschult sind. Um die erforderliche Qualifikation der Fachleute und Multiplikatoren, die in der Suchtprävention tätig sind, sicherzustellen, soll in den nächsten Jahren ein System der Qualitätssicherung aufgebaut werden. Die Entwicklung eines eigenen „Qualitätszertifikates“ ist zu überlegen.

4.2 Organisation der Suchtprävention

*Aus- und Weiterbil-
dung von qualifizier-
ten Multiplikatoren*

In Wien leben über 300.000 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren. Das Drogenkonzept sieht daher die Aus- und Weiterbildung von qualifizierten Multiplikatoren als Schlüsselpersonen sowie den Aufbau einer geeigneten Organisationsstruktur als einen Schwerpunkt der kommunalen Suchtprävention vor. Nur so kann Nachhaltigkeit erreicht werden und ein kontinuierliches Angebot geschaffen werden.

Multiplikatoren sind in erster Linie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Kindergartenpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Jugendwohlfahrt und Freizeitpädagogik, Schule und Lehrlingsausbildung, Psychologie, Krankenpflege und Medizin. Sämtlichen Aus- und Weiterbildungseinrichtungen dieser Berufsgruppen kommt daher eine Schlüsselrolle zu.

*Forum Sucht-
prävention Wien*

Um den Erfahrungsaustausch, die Zusammenarbeit und die Abstimmung der Präventionsfachleute sicherzustellen, wurde das „Forum Suchtprävention Wien“ gegründet. Dieses bildet die Grundlage für das Netzwerk der Fachleute der Suchtprävention.

*Kompetenzzentrum
ISP*

Als Kompetenzzentrum für die fachliche Weiterentwicklung und Umsetzung der Suchtprävention wurde die „Informationsstelle für Suchtprävention“ (ISP) – geschaffen. Sie stellt allen MultiplikatorInnen Informationen, Weiterbildung, Expertenwissen und fachliches Know-how zur Verfügung, führt selbst Pilotprojekte durch und entwickelt beispielhafte Modelle.

Im Hinblick auf die stark gestiegene Bedeutung der Suchtprävention ist ein Ausbau der Tätigkeit der ISP erforderlich. Dabei wird ins Auge gefasst, die ISP in Richtung eines Instituts für Suchtprävention weiterzuentwickeln und den Informationsbereich grundlegend neu zu gestalten. Dabei ist auch an den Aufbau eines telefonischen Beratungs- und Informationsdienstes gedacht.

5

Handlungsfeld 2: Jugendliche Drogenkonsumenten

Bei den meisten Menschen, die in ihrem Leben Erfahrungen mit psychotropen Substanzen machen, findet der erste Kontakt mit Alkohol, Nikotin und Medikamentenmissbrauch in der Zeit der Pubertät und Adoleszenz statt. Dies gilt ebenso für Cannabis und andere verbotene Drogen. Diese ersten Konsumerfahrungen finden fast immer im Geheimen und Verborgenen statt – in einem Alter, in dem auch der Konsum legaler Drogen und Suchtmittel noch verboten ist. Dem Spannungsfeld der unterschiedlichen Verbotsnormen muss sich Suchtprävention mit besonderer Sensibilität annehmen.

*schadensvermei-
dende Präventions-
strategien*

Bei einem Großteil der Jugendlichen beschränken sich ihre Erfahrungen mit illegalen Drogen auf einige wenige Kontakte und Drogenkonsum spielt im weiteren Leben keine oder nur mehr eine untergeordnete Rolle.

Gerade für diese jugendlichen Drogenkonsumenten sind schadensvermeidende Präventionsstrategien einzusetzen, wie sie in Wien in den vergangenen Jahren vor allem bei Ecstasykonsumenten erfolgreich entwickelt wurden.

*rechtzeitig beraten
und unterstützen*

Bei einer kleineren Gruppe von Jugendlichen, die während Pubertät und Adoleszenz in schwere Krisen geraten, kann sich hochriskanter und selbstschädigender Drogenkonsum entwickeln. Wenn diese Jugendlichen rechtzeitig Beratung und Unterstützung erhalten, bleibt der Drogenkonsum meist eine vorübergehende Phase und es kommt nicht zu einer Suchtentwicklung.

*Grundprobleme im
psychosozialen Be-
reich – Drogenmiss-
brauch als Symptom*

Auch bei der kleinen Gruppe Jugendlicher mit einer manifesten Suchtentwicklung liegt das Grundproblem meistens im psychosozialen Bereich und die Suchtkrankheit ist das Folgeproblem – der Drogenmissbrauch also das sichtbare Symptom. Deshalb sind gerade hier Behandlungsmodelle erforderlich, die über die reine Behandlung der Suchtkrankheit hinausgehen.

*Voraussetzung für
Hilfe ist eine Vertrau-
ensbeziehung*

Ob Jugendliche mit Problemen Hilfe in Anspruch nehmen, hängt in erster Linie damit zusammen, ob sie zu den Helfern eine Vertrauensbeziehung entwickeln können. Angebote müssen daher so gestaltet werden, dass Jugendliche sie möglichst von sich aus in Anspruch nehmen können.

aufsuchende und nachgehende Hilfsangebote

Für jene Jugendlichen, die es von sich aus nicht schaffen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind aufsuchende und nachgehende Hilfsangebote erforderlich. Den Prinzipien moderner Jugendwohlfahrt entsprechend, sind Maßnahmen, die über das Jugendwohlfahrtsgesetz, die bestehenden Regelungen für eine psychiatrische Behandlung und das Jugendstrafrecht hinausgehen, nicht erforderlich.

Kompetenzzentren

In Wien besteht ein dichtes Netz von Einrichtungen, die Hilfe und Unterstützung für Kinder und Jugendliche anbieten. Die Auseinandersetzung mit Drogenproblemen ist nur eine von vielen Aufgabenstellungen dieser Einrichtungen. Die Mitarbeiter haben daher eine breit gefächerte Qualifikation, brauchen aber in manchen sucht- und drogenspezifischen Fragen spezielle Unterstützung. Dafür sind Kompetenzzentren aufzubauen, die dieses fachliche Wissen zur Verfügung stellen und die notwendige Kommunikation zwischen allgemeinen Jugendeinrichtungen und speziellen Drogeneinrichtungen herstellen.

5.1

Umgang mit Drogenvorkommnissen in der Schule

angstfreies Klima für Suchtprävention

Drogenkonsum und eine mögliche Suchtgefährdung von Schülern stellen für die Schule eine besondere Herausforderung dar. Diese steht in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Aufgaben, denen sie sich stellen muss. Auf der einen Seite muss die Schule die Möglichkeit bieten, Suchtprävention in einem angstfreien und offenen Klima umzusetzen. Gleichzeitig muss sie sich auch mit der konkreten Suchtgefährdung Einzelner auseinandersetzen und die Kompetenz vermitteln, mit Mitmenschen umzugehen, die körperliche oder seelische Defizite haben.

zu unterscheiden: Suchtprävention und Krisenintervention

Suchtpräventive Maßnahmen dürfen nicht erst im Krisenfall einsetzen. Zwischen Krisenintervention und Suchtprävention ist in der Schule deutlich zu unterscheiden. Sie erfordern unterschiedliche Ansätze und Strategien.

Krisenmanagement bei Suchtmittelmissbrauch

Das Suchtmittelgesetz hat der Schule im Sinne eines Krisenmanagements klare Aufgaben übertragen, wenn Schüler im konkreten Verdacht stehen, Suchtmittel zu missbrauchen. In diesen Fällen muß die Schule eine aktive und konstruktive Rolle einnehmen.

Zusätzliche fachliche Unterstützung

Um diese Aufgabe erfüllen zu können, ist eine gute Ausbildung aller Verantwortlichen und eine Zusammenarbeit zwischen Schulleitung, Schulärzten und Schulpsychologischem Dienst notwendig. Im Bedarfsfall muss eine zusätzliche kompetente fachliche Unterstützung von außen angeboten werden. Die dafür notwendigen Vorkehrungen sind zu treffen.

*gesundheitsbezogene
Maßnahmen sichern
Ausbildungsziel*

Das Wohl des Schülers hat an oberster Stelle der Interessenskala zu stehen. Notfalls erforderliche gesundheitsbezogene Maßnahmen sollen ermöglichen, dass der oder die Betroffene das Ausbildungsziel erreicht.

5.2

Krisenintervention

Für die meisten Jugendlichen mit Drogen- und Suchtproblemen können die derzeit bestehenden Einrichtungen die notwendigen Beratungs- und Betreuungsangebote anbieten. Diese Einrichtungen sind auch für eine jugendgerechte Entzugsbehandlung zuständig.

*für eine kleine
Gruppe: multiprofes-
sionelles Team für
Krisensituationen*

Es gibt eine kleine Gruppe von Jugendlichen in akuten Problemsituationen, die mit riskantem Drogenkonsum verbunden sind. Für sie ist ein neues Modell der Betreuung zu entwickeln. Ein multiprofessionelles Team soll in Krisensituationen fallbezogene Hilfe leisten und eine Schnittstellenfunktion zwischen bestehenden Hilfs- und Betreuungsangeboten übernehmen. Dadurch soll die Tätigkeit aller im Einzelfall befassten Einrichtungen aufeinander abgestimmt werden und eine kontinuierliche Betreuung sichergestellt werden.

Betreute Nächtigungsmöglichkeiten sind in ausreichendem Ausmaß zu gewährleisten.

5.3

Betreuung delinquenter Jugendlicher

*spezielle Betreuung
für Jugendliche
in Haft*

Jugendliche mit Drogenproblemen, die sich in U-Haft oder im Strafvollzug befinden, brauchen eine besondere Betreuung. Diese Betreuung während der Haft, bei der Entlassung aus dem Strafvollzug und die Vermittlung in eine weiterführende Betreuung nach der Haft sind derzeit nicht befriedigend. Jugendspezifische gesundheitsbezogene Maßnahmen und der Einsatz qualifizierter Therapeuten im Justizbereich sind dringend erforderlich.

6

Handlungsfeld 3: Beratung – Behandlung – Betreuung

*unterschiedlicher
Verlauf – differen-
zierte Maßnahmen*

Um den unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen der Suchtkrankheit richtig begegnen zu können, ist ein breites und differenziertes Spektrum von Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen erforderlich.

*Ziel ist die Heilung
der Suchterkrankung*

Das grundsätzliche Ziel jeder Beratung, Behandlung und Betreuung ist die Heilung der Suchtkrankheit. Sucht ist allerdings eine chronische Erkrankung und oft kann – wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch – keine vollständige Heilung erreicht werden. Die Behandlung und Betreuung muss dann ein möglichst normales Leben mit der Krankheit zum Ziel haben.

*Ursachen erkennen
und behandeln*

Sucht wird nicht als isoliertes Phänomen gesehen. Vielmehr sind bereits davor liegende Ursachen und tiefer liegende Störungen zu erkennen und zu behandeln.

*je früher die Behand-
lung, desto besser
die Chancen*

Je früher beginnende Drogenprobleme, eine bestehende Suchtgefährdung oder eine beginnende Suchtentwicklung erkannt und je früher die richtigen Interventionen gesetzt werden, desto besser sind die Chancen auf Heilung und vollständige Rehabilitation. Deshalb wird ein Schwerpunkt auf Früherkennung und Frühintervention gelegt.

*abstinenzorientiert,
substituierend oder
suchtbegleitend*

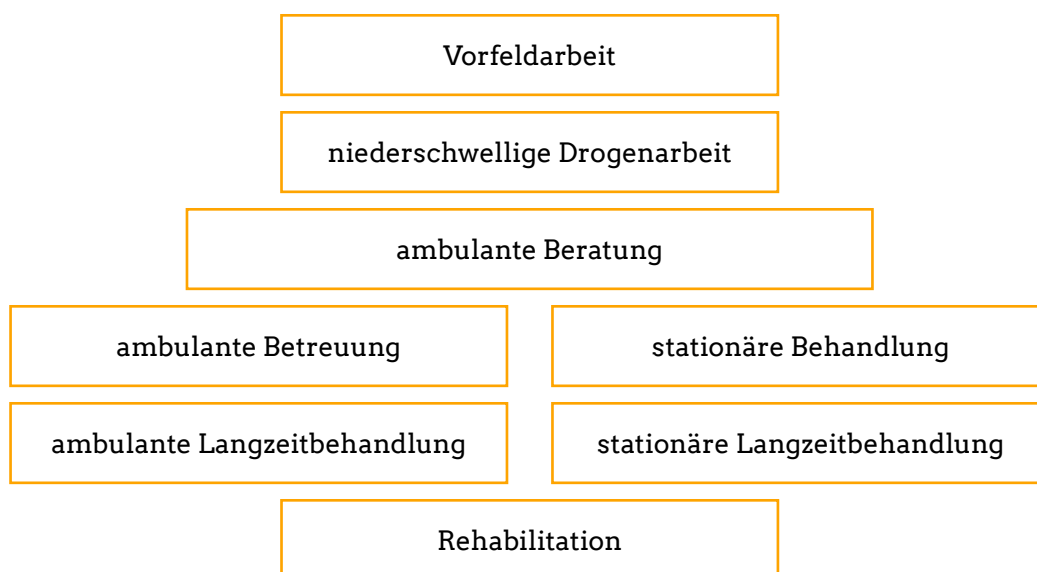
Die Betreuung kann als abstinenzorientierte oder als substituierende Behandlung oder suchtbegleitend erfolgen. Zu beachten ist, dass die Angebote altersgemäß sind und auch geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bedürfnisse erfüllen.

6.1

Netzwerk Wiener Drogenhilfe

*Unterschiedliche
Betreuungskonzepte*

Zur Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen ist eine Reihe von spezialisierten Einrichtungen notwendig. Das Angebot für Behandlung und Therapie bildet ein Netzwerk, in dem die einzelnen Einrichtungen mit verschiedenen Betreuungskonzepten tätig sind:



Standards für die Behandlung und Kriterien für die Wahl der Behandlungsform definieren

Viele Patienten durchlaufen etliche Behandlungsformen, bis sie die richtige finden und die Therapie Erfolg hat. Deshalb müssen Standards in der Diagnostik und Behandlung definiert werden und Kriterien für die Wahl der geeigneten Behandlungsform entwickelt werden. Dadurch kann die Entscheidung, welcher Patient welche Behandlung in Anspruch nehmen soll, auf eine bessere fachliche Grundlage gestellt werden.

Umgang mit Suchtpatienten normalisieren

Ein Teil der Probleme, die in Zusammenhang mit Sucht und Drogen stehen, bedarf keiner Behandlung durch Drogenspezialisten.

Deshalb müssen auch die allgemeinen Hilfs- und Behandlungseinrichtungen des medizinischen, therapeutischen und sozialen Sektors für Betroffene offenstehen. Suchtpatienten sind hier genauso zu behandeln wie andere Patienten auch. Der Umgang mit Suchtpatienten soll sich dadurch weiter normalisieren.

Drogeneinrichtungen als Kompetenzzentren

Drogeneinrichtungen haben somit die Funktion von Kompetenzzentren. Sie unterstützen andere Einrichtungen mit ihrem Fachwissen und stehen vor allem auch den Patienten zur Verfügung, die eine spezifische Betreuung benötigen.

6.2

Niederschwellige Drogenarbeit

besonders gefährdet: Klienten der offenen Szene

Die Gruppe jener Personen, die sich in der offenen Szene aufhält, ist klein, aber besonders gefährdet, in hohem Maß sozial desintegriert, gesundheitlich belastet und in der Öffentlichkeit besonders auffällig.

Hilfe vor Ort

Die sozialarbeiterische und medizinische Betreuung und Behandlung für diese Gruppe muss vor Ort angeboten werden, weil es sich bei dieser Zielgruppe um Suchtkranke handelt, die oft nicht in der Lage sind, von sich aus Hilfe zu suchen oder sich an anspruchsvolle Behandlungsregeln zu halten. Durch Straßensozialarbeit und Einrichtungen, die Anonymität anbieten und den Klienten helfen, ihre Lebensgrundbedürfnisse zu decken, können diese Betroffenen jedoch erreicht werden. Der direkte Kontakt zu den Klienten der Straßenszene schafft eine Vertrauensbasis für die Inanspruchnahme von weiterführender Hilfe. Eine Eskalation der Straßenszene und eine Verelendung der Suchtkranken konnten damit bereits in den vergangenen Jahren verhindert werden.

niederschwellige Einrichtungen als erste Anlaufstelle und Auffangnetz

Die niederschweligen Einrichtungen sind oft die erste Anlaufstelle. Viele können über diesen Einstieg in eine weiterführende höherschwellige Behandlung und Betreuung bzw. in Arbeitsprojekte vermittelt werden. Für rückfällige Suchtkranke stellen die niederschweligen Einrichtungen ein Auffangnetz dar, das den Betroffenen ermöglicht, schneller wieder einen neuen Anlauf zu einer Therapie zu nehmen.

ärztliche Basisversorgung

Die niederschweligen medizinischen Maßnahmen bestehen vor allem aus einer ärztlichen Basisversorgung für Klienten der Straßenszene. Außerdem kommt der HIV- und Hepatitis-Prävention eine große Bedeutung zu. Die Prävention bei diesen Erkrankungen kommt auch der Allgemeinbevölkerung unmittelbar zugute.

niederschwellige Maßnahmen erweitern

Im Rahmen der Beratungen der Wiener Drogenkommission wurde eine Erweiterung der niederschweligen Angebote und eine Ergänzung der Maßnahmen empfohlen. Dies insbesondere auch im Hinblick auf eine Verbesserung der Prophylaxe von Infektionserkrankungen, die durch die oftmals unhygienischen Rahmenbedingungen bei intravenösem Konsum auftreten. Kurzfristig sind die Einrichtung eines Spritzenaustauschprogrammes in den Stadtrandbezirken und eine Erweiterung der Kapazität bei den Notschlafplätzen zu prüfen.

6.3 Ambulante Einrichtungen

ambulante Hilfe erreicht die größte Zielgruppe

Über die ambulante Beratung, Behandlung und Betreuung wird die größte Zahl der Drogengefährdeten und -abhängigen und deren Angehörige erreicht.

Neben abstinenzorientierter Behandlung wird auch Substitutionstherapie angeboten. Bei einer Reihe von Patienten beginnt ein Betreuungsverhältnis mit der Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen ihres Drogenkonsums – zu einem Zeitpunkt, zu dem die Suchterkrankung selbst nicht oder noch nicht beeinflussbar ist. In diesen Fällen wird von suchtbegleitender Behandlung gesprochen.

Patienten bleiben sozial integriert

Ein wesentlicher Vorteil der ambulanten Therapie besteht darin, dass die Patienten nicht aus ihrem sozialen Umfeld herausgerissen werden und ihren Arbeitsplatz nicht aufgeben müssen.

gute Erreichbarkeit

Die Errichtung eines Behandlungs- und Betreuungszentrums im Norden Wiens wird ausdrücklich begrüßt. Mittelfristig ist die ambulante Beratung, Behandlung und Betreuung so weit auszubauen, dass flächendeckend eine gute Erreichbarkeit im gesamten Stadtgebiet sichergestellt ist.

6.4 Stationäre Einrichtungen

verschiedene Modelle

Die stationäre Behandlung ist in erster Linie abstinentorientiert und umfasst Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung. Es gibt Kurzzeit- und Langzeitmodelle, die sich jeweils an andere Zielgruppen richten.

weitere Differenzierung

In Hinkunft sollen Modelle der stationären Entzugsbehandlung entwickelt werden, in denen die Behandlungsdauer flexibler gehandhabt wird.

Eine erfolgreich abgeschlossene Abstinenztherapie ist der größte Behandlungserfolg, der in der Suchttherapie erreicht werden kann.

6.5 Verbindungsdienste

Verbindungsdienste haben sich bewährt

Wie sich am Beispiel des Spitalsverbindungsdienstes „Contact“ zeigt, hat sich die Einrichtung von derartigen Modellen bewährt.

Modell: Betreuung drogenabhängiger Schwangerer

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Kinder hat zu einer Verbesserung der Drogentherapie, der Geburtshilfe, der Betreuung durch das Amt für Jugend und Familie und der kinderärztlichen Nachsorge dieser besonderen Risikogruppe geführt. Die verschiedenen Fachbereiche werden durch die Tätigkeit des Verbindungsdienstes „Contact“ in Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Familie aufeinander abgestimmt.

Erweiterung auf andere Bereiche

Diese positiven Erfahrungen interdisziplinärer Zusammenarbeit können nun auch auf andere Bereiche umgelegt werden. Hohe Priorität haben der Ausbau der Betreuung besonders gefährdeter Jugendlicher, die Betreuung von Suchtkranken im Polizeigefangenenhaus und von Häftlingen während und nach der Haft.

6.6 Angehörigenberatung und -betreuung

Angehörige oft stark betroffen

Die Beratung und Betreuung Angehöriger von Suchtgefährdeten oder Suchtkranken ist ein wesentliches Element der Drogentherapie. Angehörige sind oft am intensivsten von den Begleitproblemen betroffen und benötigen daher spezifische Beratung. Richtiges Verhalten in der Anfangsphase der Suchtentwicklung und rechtzeitige Beratung hilft Angehörigen und Betroffenen. Sie soll deshalb ausgebaut werden.

6.7 Substitutionsbehandlung

Begleitbetreuung sichert den Erfolg

Bei einem Teil der chronisch Opiatabhängigen ist die ärztliche Verschreibung eines Ersatzmittels sinnvoll. Entscheidend für den Erfolg dieser Behandlung ist die psychosoziale und medizinische Begleitbetreuung der Patienten. Substitutionsbehandlung darf nicht auf die Verabreichung eines Medikaments reduziert werden. Die psychosoziale Betreuung der Patienten ist ein integrierter Bestandteil der Substitutionstherapie und soll in den nächsten Jahren erweitert und qualitativ verbessert werden.

Neue Substitutionsmittel – wissenschaftlich absichern

Zur Substitutionsbehandlung werden in Wien neben Methadon auch andere geeignete Medikamente verwendet. Die Entwicklung zusätzlicher Medikamente, die eine verbesserte Behandlung der Patienten ermöglichen, ist sinnvoll und wünschenswert. Die Wahl des Substitutionsmittels muss wissenschaftlich abgesichert sein.

verbesserte Organisation sichert Begleitbetreuung

In den vergangenen Jahren wurde in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, den Apotheken und der Gesundheitsbehörde ein gut funktionierendes System an Hilfs- und Kontrollmaßnahmen zur Substitutionsbehandlung aufgebaut. In enger Kooperation mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wurde die Begleitbetreuung verstärkt.

Um den weiteren Ausbau der Substitutionsbehandlung in den nächsten Jahren zu ermöglichen, muss eine ausreichende Anzahl geschulter Ärzte zur Verfügung stehen. Damit muss auch im Bereich der Amtsärzte eine Erweiterung der Kapazität Hand in Hand gehen. Zusätzliche Hilfsangebote für Substitutionspatienten, die an Wochenenden akute Versorgungsprobleme haben, sind zu überlegen.

6.8 Nachbetreuung

Nachbetreuung sichert Reintegration

Nach der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung stellt die Nachbetreuung eine wichtige Phase der Drogentherapie dar und soll in Zukunft einen größeren Stellenwert haben. Ziel ist die gesellschaftliche Reintegration als Grundlage für ein möglichst suchtfreies Leben. Der Abschluss einer Ausbildung, der Wiedereinstieg in das Berufsleben, Schuldenregelung und die Absicherung der Wohnverhältnisse sind für einen Erfolg der Therapie entscheidende Faktoren.

6.9 AIDS und Hepatitis

AIDS – weniger Infektionen und Erkrankungen

Die Neuinfektionen mit HIV und der Ausbruch der AIDS-Erkrankung unter Drogenkonsumenten konnten in den letzten Jahren deutlich reduziert werden. Die rechtzeitig getroffenen Präventionsmaßnahmen waren richtig und sollen fortgesetzt bzw. regional erweitert werden.

Hepatitis B und Hepatitis C sind neue Herausforderungen

Die Prävention von Hepatitis B und Hepatitis C stellt neue Herausforderungen an die Behandlung und Betreuung von Drogenkonsumenten. Während es für Hepatitis B eine Schutzimpfung gibt, sind für Hepatitis C ähnliche Präventionsmaßnahmen wie für HIV erforderlich. Dabei kommt der niederschweligen Drogenarbeit besondere Bedeutung zu.

Arbeitskreis „Hepatitis und Drogenkonsum“: Richtlinien ausarbeiten

Da unter Drogenkonsumenten eine hohe Infektionsrate mit Hepatitis festgestellt wurde, arbeitet der „Arbeitskreis Hepatitis und Drogenkonsum“ Richtlinien für Prävention, Impfung, Früherkennung und Behandlung aus. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe sollen auch anderen Bereichen, die mit der Behandlung von Hepatitiserkrankungen befasst sind, zur Verfügung gestellt werden.

7

Handlungsfeld 4: Beschäftigung – soziale Integration und Prävention

*verschärfter Druck
am Arbeitsmarkt*

Die soziale Stellung in der Gesellschaft wird in hohem Maße durch Erwerbsarbeit definiert. Ein verschärfter Wettbewerb in der Wirtschaft erzeugt auch am Arbeitsmarkt eine stärkere Konkurrenz. Die dadurch gestiegenen Anforderungen bereiten oft schon Erwerbstätigen ohne gesundheitliche oder soziale Beeinträchtigungen Probleme. Für sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit gesundheitlichen Problemen wird es immer schwerer, ihren Arbeitsplatz zu behalten. In dieser Situation ist es für Suchtkranke während und auch nach der Therapie besonders schwierig, einen Arbeitsplatz zu finden.

*Menschen ohne
Arbeitsplatz stärker
suchtgefährdet*

Erwerbsarbeit ist ein bedeutender präventiver Faktor. Menschen ohne Arbeit sind wesentlich stärker suchtgefährdet. Die Bekämpfung von Arbeitslosigkeit hat daher grundlegende suchtpreventive Bedeutung.

*Ausgrenzung verhin-
dern – Integration
fördern*

Das Wiener Drogenkonzept misst arbeitsmarktbezogenen Maßnahmen einen hohen Stellenwert bei. Der Ausgrenzung von Suchtkranken aus der Arbeitswelt ist aktiv entgegenzuwirken. Die Erhaltung und die Wiederherstellung der sozialen Grundbedürfnisse – wie z. B. Wohnen – und der Arbeitsfähigkeit sind vorrangige Aufgaben in der Betreuung und Behandlung von Suchtkranken.

Besonderes Augenmerk ist in Zukunft darauf zu richten, dass die Erfolge der Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nicht durch zusätzliche Hürden – wie zum Beispiel gewerberechtliche Beschränkungen oder „präventiver“ Führerscheinenzug – in Frage gestellt werden.

7.1

Erster Arbeitsmarkt

*Zusammenarbeit:
Drogeneinrichtungen
und Arbeitgeber*

Der Umgang mit suchtgefährdeten und suchtmittelabhängigen Arbeitnehmern stellt Arbeitgeber vor eine schwierige Situation. Es soll verhindert werden, dass suchtgefährdete Arbeitnehmer, die arbeitsfähig und sozial unauffällig sind, nur aufgrund ihres Suchtmittelkonsums ihren Arbeitsplatz oder ihre Ausbildungsstelle verlieren. Dazu sind Modelle der Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und Drogeneinrichtungen zu entwickeln, wie sie für alkoholgefährdete Arbeitnehmer bereits bestehen. In dieser Zusammenarbeit müssen Strategien für die Prävention von Suchtmittelmissbrauch am Lehr- und Arbeitsplatz und ein Hilfsnetz für akut Betroffene entwickelt werden. Die Erfahrungen und Möglichkeiten der Arbeitsmedizin müssen dabei mit einbezogen werden.

Bei der Entwicklung von konkreten Maßnahmen ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmarktservice (AMS), dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfond (WAFF) und Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu suchen.

Arbeitsplatz sichert den Therapieerfolg

Der Erhalt des Arbeitsplatzes und die berufliche Wiedereingliederung von arbeitslosen Klienten ist im Rahmen einer Suchttherapie von zentraler Bedeutung und sichert den Behandlungserfolg langfristig ab. In arbeitsmarktbezogenen Beratungseinrichtungen, wie der „WienerBerufsBörse“ und „Needles or pins“ konnte in den letzten Jahren ein Teil der arbeitsfähigen Klienten erfolgreich auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. Derartige Projekte sollen ausgebaut und auch finanziell abgesichert werden.

7.2 Zweiter Arbeitsmarkt

neue Chance – der zweite Arbeitsmarkt

Um Suchtkranken mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit den Zugang zu einer Ausbildung oder die Möglichkeit zu einer sinnvollen Arbeit zu geben, sind spezifische arbeitsmarktpolitische Projekte notwendig. Im Rahmen von Projekten des zweiten Arbeitsmarktes sollen Betroffene in betreuten Ausbildungs- und Arbeitsverhältnissen ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen.

Ausbildungsdefizite aufholen – neue Fertigkeiten erlernen

In Arbeitssituationen, die den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nahekommen, können Defizite in der Qualifikation oder Leistung aufgeholt und neue Fertigkeiten erlernt werden.

Beschäftigungsprojekte ausbauen – Qualifizierungsmaßnahmen fördern

Dafür bestehen in Wien bereits Modelle, die ausgebaut und weiterentwickelt werden sollen. Eine Ausweitung ist vor allem auch im Bereich der Tagesarbeitsplätze nötig, die einen niederschweligen Einstieg ermöglichen. Da Suchtkranke häufig keine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung haben, müssen betreute Kurs- und Ausbildungsprogramme als Qualifizierungsmaßnahmen gezielt die Aus- und Weiterbildung der Klienten fördern.

7.3 Zusammenarbeit und Vernetzung

Die derzeit bestehenden Modelle der Zusammenarbeit zwischen Drogeneinrichtungen, AMS und WAFF haben sich bewährt und sollen ausgebaut werden. Die Vermittlung von Patienten nach erfolgreich abgeschlossener Therapie bzw. arbeitsmarktpolitischer Maßnahme muss verbessert werden.

Arbeitskreis „Arbeitsmarkt und soziale Rehabilitation“

Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist nur in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten möglich – ständige Kommunikation und Anpassen der Rahmenbedingungen sind unumgänglich. Um dies zu erreichen, soll ein Arbeitskreis aus Vertretern der Drogeneinrichtungen, des AMS, des WAFF und des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales eingerichtet werden, um ein operatives Maßnahmenpaket auszuarbeiten.

Neben den arbeitsmarktspezifischen Einrichtungen besteht eine Reihe von eigenen Arbeitsprojekten in den stationären Therapieeinrichtungen. Diese sind in die strukturellen Überlegungen miteinzubeziehen, um eine Verbesserung der Produktauswahl und ein besseres Marketing zu entwickeln.

Änderung im Vollzug des Wiener Sozialhilfegesetzes

Das Wiener Sozialhilfegesetz schränkt für Sozialhilfeempfänger den Zugang zu geförderten Arbeitsplätzen und Arbeitsprojekten ein. Das Gesetz bzw. seine Durchführungsverordnung sollen daher dahingehend geändert werden, dass sich für Personen, die im Rahmen einer drogentherapeutischen Maßnahme einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen bzw. ein therapeutisches Taschengeld erhalten, keine empfindliche Einschränkung des Sozialhilfeanspruches ergibt.

8

Handlungsfeld 5: Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Bildung, Jugend, Soziales und Gesundheit

*interdisziplinäre
Zusammenarbeit*

Suchtprävention und die Beratung, Behandlung und Betreuung von Drogenkonsumenten, Suchtgefährdeten und Suchtkranken sind interdisziplinäre Arbeitsfelder, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Kindergartenpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Jugendwohlfahrt und Freizeitpädagogik, Schule und Lehrlingsausbildung, Psychologie, Krankenpflege, Medizin und andere Berufsgruppen tätig sind.

*gemeinsames Grund-
verständnis – Aus-
bildungsstandards
definieren*

In der Ausbildung dieser Berufsgruppen soll daher ein Grundwissen über Prävention und Therapie von Sucht vermittelt werden. Dazu sind Ausbildungsstandards zu definieren und in die Curricula aufzunehmen. In der Ausbildung der Ärzte während des Medizinstudiums und im Krankenhaus müssen Suchterkrankungen ebenfalls stärker berücksichtigt werden. Ein gemeinsames Grundverständnis von Prävention, Früherkennung und der Zusammenarbeit mit Drogeeinrichtungen erleichtert die Vernetzung der Angebote.

*Fort- und Weiter-
bildung intensivieren*

Eine spezifische berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung ermöglicht die erforderliche Vertiefung zum Thema Sucht und Drogen. Dabei wurden in den vergangenen Jahren große Fortschritte erzielt. So wird beispielsweise vom Pädagogischen Institut der Stadt Wien, der Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien, der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, dem Verein Wiener Jugendzentren und vom Schulpsychologischen Dienst für Krankenpflegeschulen und medizinisch-technische Akademien der Stadt Wien regelmäßig Fort- und Weiterbildung angeboten. Diese Angebote müssen erweitert und ausgedehnt werden.

*niedergelassene
praktische Ärzte:
vorbildliches Modell*

Im Bereich der niedergelassenen praktischen Ärzte wurde in Zusammenarbeit mit der Wiener Ärztekammer, der Wiener Gebietskrankenkasse und der Gesundheitsbehörde ein Modell der fachlichen Weiterbildung entwickelt, das auch als Vorbild für andere Bereiche dienen kann.

Darüber hinaus bietet die Arbeitsgruppe „Substitution professionell“ Informations- und Weiterbildungsmöglichkeiten für jene niedergelassenen Ärzte an, die Patienten substituieren.

Aus- und Weiterbildung: MitarbeiterInnen qualifizieren – Burn-out verhindern

Die laufende Weiterbildung hat in allen Berufsgruppen, die mit Suchtkranken befasst sind, auch die Entwicklung von Fähigkeiten zur Vermeidung von Burn-out und die eigene Suchtvorbeugung zum Ziel. Darauf ist bei der Erstellung von Unterrichts- und Lehrplänen für Aus- und Weiterbildungsangebote besonders zu achten.

9

Handlungsfeld 6: Zusammenarbeit zwischen Drogeneinrichtungen und Justiz

*Grundsatz:
Therapie statt Strafe*

Das Wiener Drogenkonzept beruht auf dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Die Umsetzung dieses Leitgedankens soll weiterentwickelt und ausgebaut werden.

*gesundheits-
bezogene Maßnah-
men erweitert*

Das österreichische Suchtmittelgesetz, SMG, das am 1. Jänner 1998 in Kraft getreten ist, hat die Möglichkeiten des Einsatzes gesundheitsbezogener Maßnahmen bei vorläufiger Zurücklegung der Anzeige, bei der vorläufigen Einstellung des Strafverfahrens und beim Aufschub des Strafvollzuges erweitert. Bei diesen gesundheitsbezogenen Maßnahmen (gemäß §11 Abs. 2 SMG) handelt es sich um die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, die ärztliche Behandlung einschließlich Entzugs- und Substitutionsbehandlung, die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, die Psychotherapie sowie die psychosoziale Beratung und Betreuung.

*Beurteilung des
Behandlungs-
bedarfes und
Therapieempfehlung*

Derzeit ist vorgesehen, dass die Gesundheitsbehörde in den Begutachtungen, die sie für Staatsanwalt und Gericht durchführt, eine Beurteilung über die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme abgibt – dies aber ohne Empfehlung einer bestimmten Form der Behandlung. Eine Therapieempfehlung im Rahmen der Begutachtung wäre für Staatsanwaltschaft und Gericht eine wesentliche Unterstützung und zieht auch bessere Therapieerfolge nach sich.

*Vorgangsweise
für Berichtspflicht
verbessern –
Interessenskonflikte
lösen*

Ebenso muss die Vorgangsweise der Berichterstattung von den therapeutischen Einrichtungen an Staatsanwalt und Gericht über den Erfolg der gesundheitsbezogenen Maßnahmen verbessert werden. Derzeit befinden sich Therapeuten oft in einem Interessens- und Entscheidungskonflikt, weil sie den Erfolg jener Maßnahmen beurteilen müssen, die sie selbst durchführen. Da Therapeuten nicht gleichzeitig therapeutische Interventionen setzen und eine unabhängige Gutachterrolle darüber einnehmen können, wäre es dringend erforderlich, eine Instanz zu schaffen, die nicht unmittelbar in den therapeutischen Prozess eingebunden ist, aber den Erfolg der gesundheitsbezogenen Maßnahmen fachlich beurteilen kann.

*Qualitätskontrolle
entwickeln –
Behandlungserfolg
beurteilen*

In enger Zusammenarbeit zwischen Justiz, Gesundheitsbehörde und Drogeneinrichtungen müssen daher Kriterien für die Auswahl der gesundheitsbezogenen Maßnahmen und geeignete Wege zur Qualitätskontrolle und zur Beurteilung des Behandlungserfolges entwickelt werden.

Für die durchgängige Betreuung von Betroffenen vor, während und nach der Haft müssen neue Modelle entwickelt werden. Dies betrifft vor allem Jugendliche und Erstfälle. Dabei muss die Zusammenarbeit der Einrichtungen zur Suchtkrankenhilfe und der Bewährungshilfe verbessert werden.

10 Handlungsfeld 7: Sicherheit

In den letzten Jahren konnte in Wien die Arbeit der Polizei mit den Maßnahmen der Sozialarbeit und der Behandlung und Betreuung erfolgreich abgestimmt werden. Dadurch wurde eine Eskalation der Probleme, vor allem im Bereich der offenen Drogenszene, vermieden.

Kooperation von Polizei und Sozialarbeit auf strategischer Ebene

Diese Zusammenarbeit wurde durch intensive Kommunikation zwischen allen Beteiligten erreicht. Gerade weil Polizei und Sozialarbeit unterschiedliche operative Aufträge haben, ist eine Kooperation auf strategischer Ebene wichtig.

Objektiven Sicherheitsproblemen muss durch gezielte Maßnahmen der Polizei und Schwerpunkten der Sozialarbeit begegnet werden. Eine Konzentration der offenen Drogenszene auf bestimmte Plätze der Stadt führt zu einem überproportionalen Anstieg der Probleme vor Ort und ist daher zu verhindern. Verstöße gegen die allgemein gültigen Gesetze zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit sind grundsätzlich nicht tolerierbar.

Gefühl der Unsicherheit verringern – soziale Verträglichkeit erzielen

Ein zentrales Anliegen der Wiener Drogenpolitik ist es, die Belastung und das Gefühl der Unsicherheit in der Bevölkerung zu verringern. In den Bereichen des öffentlichen Raumes, an denen sich sozial auffällige Menschen aufhalten, muss eine größtmögliche soziale Verträglichkeit erzielt werden. In vielen Fällen sind Begleitkriminalität und soziale Auffälligkeit ein Begleitphänomen von Suchterkrankungen. Daher sind sowohl sicherheitspolizeilichen Maßnahmen als auch soziale Interventionen von Bedeutung.

Sicherheitslage untersuchen – neue Maßnahmen entwickeln

Der Kooperation zwischen Sicherheitsbehörde und Sozialarbeit muss auch in Zukunft große Beachtung geschenkt werden. Auf der Grundlage von gemeinsamen Analysen der Sicherheitssituation in problematischen Bereichen sind spezifische Maßnahmen zu entwickeln. Besondere Bedeutung kommt neben einem intensiven Informationsaustausch auch der gegenseitigen Schulung zu – diese soll in Hinkunft verstärkt werden.

breiter Sicherheitsbegriff

Dadurch soll erreicht werden, dass Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt eines breiten Sicherheitsbegriffs entwickelt werden. Aspekte der objektiven Sicherheit, der sozialen Verträglichkeit und der Konfliktregelung müssen gleichermaßen berücksichtigt werden.

die Wiener Polizei orientiert sich am Drogenkonzept

Sicherheit in diesem Sinn ist eine der vier Säulen der Wiener Drogenpolitik. Die Arbeit der Wiener Polizei orientiert sich dabei – im Rahmen der bundesgesetzlichen Verpflichtungen – am Wiener Drogenkonzept.

Spritzentauschprogramm und Projekt „Moskito“ fortsetzen

Als besonderes Sicherheitsproblem werden in der Öffentlichkeit weggeworfene Spritzen empfunden. Durch ein Spritzentauschprogramm, das rund um die Uhr erreichbar ist, und den speziellen Spritzensammeldienst „Moskito“, der von allen Bürgern im konkreten Bedarfsfall angefordert werden kann, konnte dieses Problem weitgehend entschärft werden. Diese Maßnahmen sollen fortgesetzt und bei Bedarf auf ganz Wien ausgedehnt werden. Dabei ist auch eine Zusammenarbeit mit den Apotheken zu suchen.

11 Handlungsfeld 8: Neue Drogen – neue Trends

*Trend zu
Designerdrogen*

Seit einigen Jahren zeichnen sich neue Formen des Drogenkonsums ab. Heute besteht ein Trend zu Designerdrogen mit geringerem Suchtpotenzial. Die Konsumenten dieser Substanzen sind meist sozial angepasst und verstehen sich selbst nicht als Drogengefährdete. Ihr Drogenkonsum ist Teil ihres Freizeitverhaltens und findet vor allem am Wochenende statt.

*Vorläuferstoffe
leicht verfügbar*

Diese neuen Drogen – deren Hauptvertreter die Gruppe der Amphetamine und amphetaminähnlichen Substanzen, wie zum Beispiel Ecstasy, darstellen – haben sich in wenigen Jahren global ausgebreitet. Die Chemikalien, die als Vorläuferstoffe für die Produktion notwendig sind, sind legal oder auf dem Schwarzmarkt leicht verfügbar und billiger als die natürlichen Rohstoffe für traditionelle Drogen.

*Konsum bei Raves
und Technopartys*

Designerdrogen werden auf vielen Tanzveranstaltungen, vor allem bei Raves und Technopartys konsumiert. Neben den Gefahren einer akuten Überdosierung besteht bei wiederholtem Ecstasykonsum das Risiko neurologischer Schäden. Der Konsum von Amphetaminen kann auch zu einer massiven Abhängigkeit führen. Ein besonderes Problem stellen die starken Verunreinigungen und verfälschten Substanzen dar, die als Ecstasy verkauft werden.

*ein neues Aufgaben-
feld für Prävention,
Beratung und
Betreuung*

Aus dieser Situation ergibt sich ein neues Aufgabenfeld für Prävention, Beratung und Betreuung. Um diese Zielgruppe zu erreichen und auf die neuen Entwicklungen reagieren zu können, sind neue Strategien und Maßnahmen notwendig.

11.1 Neue Strategien bei Ecstasykonsum

*steigende Tendenz
zu Freizeitdrogen*

Der weltweit steigende Konsum von Designerdrogen zeigt den Beginn einer neuen Entwicklung. In Zukunft ist eine weitere Verbreitung des Konsums von Freizeitdrogen durch sozial angepasste und unauffällige Konsumenten zu erwarten.

*aufsuchende Metho-
den der Sozialarbeit*

Diese Drogenkonsumenten suchen in der Regel von sich aus keine Beratungs- und Betreuungsangebote auf. Deshalb sind aufsuchende Methoden der Sozialarbeit die beste Möglichkeit, mit diesen neuen Konsumenten Kontakt aufzunehmen.

„ChEck-iT!“-Projekt zur Prävention und wissenschaftlichen Untersuchung von Ecstasy

In Wien wurde in den vergangenen Jahren das wissenschaftliche Pilotprojekt „ChEck-iT!“ zur Prävention und Untersuchung der chemischen Zusammensetzung von Tabletten entwickelt, die in der Szene als Ecstasy angeboten werden. Dabei konnte erstmals ein Überblick gewonnen werden, welche Substanzen auf dem Schwarzmarkt erhältlich sind. Erst dadurch ist eine verlässliche Einschätzung der Situation möglich.

Beratung und chemisch-toxikologische Substanzanalysen

Im Zuge von Großveranstaltungen werden bei „ChEck-iT!“ vor Ort chemisch-toxikologische Analysen durchgeführt und von Sozialarbeitern Informations- und Beratungsgespräche mit Drogenkonsumenten durchgeführt. Gefährdete Jugendliche können so unmittelbar erreicht werden und erfahren auf diesem Weg oft erstmals von möglichen Hilfs- und Betreuungsangeboten. Aufbauend auf den positiven Erfahrungen soll „ChEck-iT!“ regelmäßig durchgeführt werden. Die Errichtung einer eigenen Beratungsstelle für Designerdrogen ist im Detail zu prüfen.

Europäisches Frühwarnsystem für synthetische Drogen

Durch die Beteiligung an internationalen Programmen, wie zum Beispiel der Errichtung eines Frühwarnsystems für neue synthetische Drogen der Europäischen Union, sollen durch Erfahrungsaustausch weitere Erkenntnisse gewonnen werden.

12 Handlungsfeld 9: Wissenschaft und Forschung

wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage für Maßnahmen

Die Ergebnisse von Wissenschaft und Forschung bilden die Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen in der Suchtprävention und der Beratung, Behandlung und Betreuung von Drogenkonsumenten und Suchtkranken. Nur durch wissenschaftlich abgesicherte Methoden kann gewährleistet werden, dass diese Maßnahmen den gewünschten Erfolg haben.

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung tragen daher wesentlich zur Sicherung der Qualität und Entwicklung neuer Methoden, zur Planung und zu organisatorischen Entscheidungen im Drogenbereich bei.

Verglichen mit anderen Forschungsbereichen steht die Suchtforschung erst am Anfang. In den nächsten Jahren ist ein Schwerpunkt im Bereich der Grundlagenforschung erforderlich, um grundlegende Fragen abzuklären. Weiters besteht Bedarf nach neuen Forschungsergebnissen und innovativen Methoden zur Bewertung der Erfahrungen in der Praxis der Beratung, Behandlung und Betreuung von Drogenkonsumenten und Suchtkranken.

interdisziplinäre Forschung, Lehre und Praxis erforderlich

In den vergangenen Jahren hat die Medizin in der Suchtforschung eine dominierende Rolle eingenommen. Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass nur interdisziplinäre Forschung, Lehre und Praxis den komplexen Fragestellungen im Bereich Sucht und Drogen gerecht werden. Die bisherige Forschung muss daher durch multidisziplinäre Ansätze ergänzt und erweitert werden und sich umfassenden Fragestellungen zuwenden.

Risikofaktoren und Schutzfaktoren von Suchtverhalten erforschen

Große Bedeutung kommt der Erforschung von Risiko- und Schutzfaktoren für Sucht zu, weil nur so die derzeitigen Präventionsstrategien weiterentwickelt werden können. Die Entstehung von Sucht, die Wechselwirkung zwischen sozialen Rahmenbedingungen und Suchtverhalten, die Bedeutung der Strafverfolgung in der Beratung und Behandlung, die Wirkung von Drogen und ihr Einfluss auf das Sozialverhalten oder auf die Fahrtauglichkeit, der Stellenwert von Drogentests und ökonomische Aspekte des Drogenhandels, sind einige der Fragestellungen, die genauer erforscht werden müssen.

wissenschaftlich prüfen: medizinische Anwendung von Cannabis

Die medizinischen Anwendungsmöglichkeiten von Cannabis sollen wissenschaftlich geprüft werden. Nach Klärung der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sollen konkrete Forschungsprojekte realisiert werden.

*Rahmenbedingungen
für Forschung
verbessern*

Nur über eine Ausweitung der Forschung und die Vertiefung der wissenschaftlichen Erkenntnisse kann der dynamischen Entwicklung im Drogenbereich weiterhin erfolgreich begegnet werden. Um gezielte Projekte zu ermöglichen, müssen die entsprechenden organisatorischen Rahmenbedingungen verbessert werden.

*Internationale
Zusammenarbeit*

Besonders im wissenschaftlichen Bereich ist eine enge Kooperation mit nationalen und internationalen Instituten und Organisationen unumgänglich. Die bereits bestehende Mitarbeit an internationalen Projekten, wie etwa mit der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle, dem Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen, der Pompidougruppe des Europarates und anderen soll ausgebaut werden.

13 Handlungsfeld 10: Strukturelle Maßnahmen und Koordination

Netzwerk öffentlicher und privater Träger

Das Netzwerk der Wiener Drogeneinrichtungen besteht aus Einrichtungen öffentlicher und privater Träger. Die Finanzierung wird vom Bund, den Sozialversicherungen und zum überwiegenden Teil von der Stadt Wien getragen.

Vernetzung unbedingt notwendig

Die Angebote und Maßnahmen bilden ein einheitliches Ganzes. Gerade in einem komplexen Aufgabenbereich wie der Drogenarbeit ist Vernetzung und eine gut funktionierende Zusammenarbeit unbedingt notwendig.

flexible Reaktionen auf neue Problemstellungen

Die Strukturen der kommenden Jahre müssen flexible und rasche Reaktionen auf neue Problemstellungen ermöglichen. Die Vernetzung der Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen untereinander und die Zusammenarbeit mit den nicht-spezialisierten Einrichtungen muss auch auf der organisatorischen Ebene verbessert werden.

neue Organisationsstruktur erforderlich

Die Inanspruchnahme der Drogeneinrichtungen, die Aufgabenstellungen und Anforderungen sind in den letzten Jahren gewachsen. Damit die eingesetzten öffentlichen Mittel so effizient wie möglich verwendet werden, ist eine optimale Abstimmung aller Bereiche erforderlich. Es ist daher eine Organisationsstruktur erforderlich, die diesen veränderten Rahmenbedingungen entspricht.

Verbesserung des zentralen Managements

Die Beratungen der Wiener Drogenkommission haben einige Probleme aufgezeigt, die strukturelle Ursachen haben. Diese sollen in den kommenden Jahren durch eine Verbesserung der Organisationsstruktur und des zentralen Managements behoben werden.

13.1 Dokumentation und Evaluierung

Objektive Kriterien für Dokumentation und Evaluierung entwickeln

In den Wiener Drogeneinrichtungen gibt es derzeit keine einheitliche Dokumentation und Evaluierung. Dadurch ist die Bewertung der Ergebnisse von Maßnahmen oft nur schwer möglich. Es müssen daher Kriterien der Evaluierung entwickelt werden, um auf der Grundlage von überschaubaren und vergleichbaren Informationen objektive Beurteilungen vornehmen zu können.

Gemeinsames Dokumentationssystem

Es soll daher ein Dokumentationssystem entwickelt werden, das es ermöglicht, die Arbeit sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht darzustellen und zu evaluieren.

13.2 Qualitätssicherung

Ein gut funktionierendes Dokumentations- und Evaluierungssystem ist auch die Voraussetzung für Qualitätssteigerung und laufende Qualitätskontrolle. In Zukunft sollen alle von der Stadt Wien finanzierten Einrichtungen und Leistungen darin mit einbezogen werden.

*Qualitätskriterien
und Qualitäts-
standards entwickeln*

Der Einsatz öffentlicher Mittel kann nur dann vertreten werden, wenn damit qualitätvolle Leistungen finanziert werden. In der Beratung, Behandlung und Betreuung von Drogenkonsumenten und Suchtkranken darf Qualität aber nicht auf Vermittlungsquoten oder Patientenzahlen reduziert werden. Deshalb ist die Entwicklung von neuen Qualitätskriterien, Qualitätsstandards und die Einführung eines Qualitätsmanagements notwendig. Dabei muss auf fachliche Überlegungen ebenso Bedacht genommen werden wie auf betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Überlegungen.

*Kompetenzzentrum
für Dokumentation
und Evaluation*

Für die Dokumentation und Evaluation und die darauf aufbauende Qualitätssicherung soll ein Kompetenzzentrum eingerichtet werden.

13.3 Bedarfsplanung

*Bedarfserhebung
und Bedarfsplanung
verbessern*

In den vergangenen Jahren wurden in Wien zahlreiche neue Projekte und Kapazitätserweiterungen in der Prävention und Beratung, Behandlung und Betreuung geschaffen. Eine systematische Bedarfsplanung muss eine flächendeckende Prävention und Versorgung in Wien sicherstellen.

In einigen Bereichen besteht derzeit keine Übereinstimmung zwischen den bestehenden Angeboten und dem Bedarf bzw. herrscht Unklarheit über den tatsächlichen Bedarf.

Eine Verbesserung des zentralen Managements der Drogenarbeit in Wien muss zu einer Entwicklung von Instrumenten der Bedarfserhebung und -planung und zu einer übersichtlichen Organisationsstruktur führen.

13.4 Finanzierung

*Mitteleinsatz
optimieren*

Die Stadt Wien hat die Ausgaben im Drogenbereich in den letzten Jahren stark gesteigert. Diese jährliche Steigerungsrate der finanziellen Aufwendungen wird aller Voraussicht nach in den kommenden Jahren nicht aufrechterhalten werden können. Die Optimierung des Mitteleinsatzes hat daher Vorrang vor einer weiteren überdurchschnittlichen Steigerung.

*Finanzierung an den
Dienstleistungen
orientieren*

Die derzeit unterschiedlichen Förderungs- und Finanzierungsformen sollen durch ein neues überschaubares System abgelöst werden, um die Finanzierung der einzelnen Einrichtungen administrativ zu vereinfachen. Die Orientierung an den erbrachten Dienstleistungen soll der Stadt Wien einen verbesserten Leistungseinkauf – denkbar wären Leistungsverträge – und den Projektträgern eine verlässliche Planung ermöglichen. Dabei ist auch das Problem der Vor- und Zwischenfinanzierung zu berücksichtigen, die vor allem kleinere, kapitalschwächere Einrichtungen leicht in Schwierigkeiten bringt, weil keine Rücklagen gebildet werden dürfen. Jedenfalls müssen die Beziehungen zwischen Leistungserbringer, Leistungsempfänger und Leistungsfinanzierung in Hinkunft klarer gestaltet werden.

*neue Finanzierungs-
quellen erschließen*

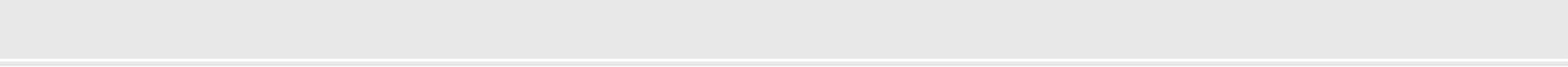
Neue Finanzierungsquellen, z.B. durch die bessere Inanspruchnahme von EU-Förderungen, sollen erschlossen werden.

13.5 Vernetzung und Koordination

Die Einrichtung einer zentralen Drogenkoordinationsstelle hat sich bewährt. Die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Einrichtungen und Behörden hat in Wien in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht.

*neue Formen der
Koordination und des
Managements*

Dieser Weg soll daher konsequent weiterbeschritten und neue Formen der Koordination und des Managements entwickelt werden. Wie bewährt, sollen dabei der Drogenbeauftragte und der Drogenkoordinator zentrale Aufgaben wahrnehmen. Der Wiener Drogenbeirat wird als beratendes Gremium ihre Arbeit unterstützen.



Teil 2

Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit

**im Sinne des Wiener
Drogenkonzepts von 1999**

Vorwort

Die vorliegenden Guidelines¹ wurden in den Jahren 2005–2006 auf Grundlage des Wiener Drogenkonzepts (1999) erarbeitet und sollen dessen gendersensible Ausrichtung für die Zukunft gewährleisten.

Diese Richtlinien betreffen sowohl die MitarbeiterInnen als auch die KlientInnen der Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH (SDW) und deren FördernehmerInnen.

Gender-Mainstreaming ist nicht allein ein Instrument zur Erreichung von Gleichberechtigung, sondern führt auch zu einer höheren Motivation der MitarbeiterInnen, einer besseren Nutzung ihrer Potenziale und dadurch zu einer Steigerung der Unternehmensperformance. Die Teilnahme an diesem Prozess ist für moderne Unternehmen im 21. Jahrhundert absolut opportun.

Unser Dank gilt allen AutorInnen, insbesondere der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten a. o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger und sämtlichen anderen Personen, welche durch ihr Engagement das Entstehen dieser Richtlinien erst ermöglichten.

¹ Vorgestellt im Wiener Drogenbeirat am 6. November 2006.

14 Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit – Wiener Guidelines für eine gendersensible Sucht- und Drogenarbeit

14.1 Mission Statement

klares Bekenntnis zur Chancengleichheit

Die Organisationen und Einrichtungen der Wiener Sucht- und Drogenhilfe bekennen sich zu dem Ziel der Chancengleichheit und der Gleichstellung der Geschlechter.

Gender-Mainstreaming soll als Qualitätsentwicklungskonzept die Gleichstellung von Frauen und Männern fördern, zur Sensibilisierung der geschlechtsspezifischen Bedürfnisse beitragen und dadurch die Behandlungs- und Betreuungsqualität kontinuierlich verbessern.

14.2 Definition

Gender-Mainstreaming auf allen Ebenen

Als allgemein gültige Definition von Gender-Mainstreaming in der EU wird die Definition des Europarates betrachtet (Straßburg 1998):

„Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen.“

14.3 Basis – Guidelines

gendersensible Angebote

1. Alle im Wiener Drogenkonzept beschriebenen Maßnahmen zielen auch auf die Gleichstellung der Geschlechter ab. Dementsprechend sollen sich die Einrichtungen der Wiener Suchtkrankenhilfe dazu verpflichten, bei der Gestaltung ihrer Angebote eine gendersensible Vorgehensweise gemäß der Gender-Mainstreaming-Guidelines zu einem integralen Bestandteil zu machen.

Bewusstsein fördern

2. Dies erfordert, dass das Bewusstsein für unterschiedliche Genderperspektiven gefördert wird. Die dafür nötigen Voraussetzungen müssen sowohl in den Organisationsstrukturen der Drogenhilfe-Einrichtungen als auch hinsichtlich der Förderrichtlinien bzw. der Vergabe-Richtlinien der SDW geschaffen werden. Die Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe müssen Gender-Mainstreaming-Maßnahmen in einem Top-down-Ansatz, also ausgehend von der Führungsebene, implementieren, umsetzen und auf ihren Erfolg hin evaluieren.

14.4

Guidelines bezogen auf die Strukturen der Einrichtungen

bestehende Netzwerke nutzen

3. Zur Vernetzung der Einrichtungen im Bereich Gender-Mainstreaming sollen einrichtungsübergreifende Gremien genutzt werden, welche Standards und Maßnahmen für eine gendersensible Drogenarbeit entwickeln, sicherstellen und evaluieren. Diese sollen die verschiedenen Handlungsfelder der Drogenarbeit – also Prävention, Beratung, Behandlung, Betreuung, soziale Integration, Integration am Arbeitsmarkt und Sicherheit – einbeziehen.

Gendersensibilität in allen Bereichen

4. Die gendersensible Ausrichtung der Einrichtungen muss sich in den jeweiligen Leitbildern wiederfinden.
5. Alle bestehenden und neu zu entwickelnden Angebote sollen auf ihre Gendersensibilität hin überprüft und nötigenfalls adaptiert werden, um (unter anderem auch) eventuell bestehende Zugangsbarrieren abzubauen.
6. Die Gleichstellung von Frauen und Männern soll integraler Bestandteil aller Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen sein.
7. Die Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache, die also beide Geschlechter benennt und sichtbar macht, muss in der internen und externen Kommunikation der Einrichtungen Standard werden.

14.5

Guideline im Bereich Personalmanagement

Gender-Kompetenz durch Personalmanagement

8. Voraussetzung für eine gendersensible Drogenarbeit ist die Aus- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen im Bereich der Gender-Mainstreaming-Strategie zum Aufbau von Gender-Kompetenz.

Ziele für eine gendersensible Aus- und Weiterbildung:

- Die Komplexität der Kategorie Gender wird verstanden, Informationen zu Genderaspekten im jeweiligen Sachgebiet und Handlungsbereich sowie Daten zu den Geschlechterverhältnissen sind vorhanden oder werden erarbeitet.

- ▶ Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen vermitteln Wissen zu den Lebensrealitäten beratener/betreuter Frauen und Männern sowie zu den sich daraus ergebenden geschlechterspezifischen Bedürfnissen und (potenziellen) Diskriminierungsstrukturen. Dies inkludiert Informationen zu gendersensiblen Betreuungsansätzen und Interventionen, sowie zu Instrumenten und Methoden der Gender-Analyse.
- ▶ Supervisionen, Intervisionen und themenspezifische Arbeitsgruppen fördern die Reflexion der eigenen geschlechterrollenspezifischen Vorstellungen und Erwartungen der MitarbeiterInnen. Damit soll ein kritisches Infragestellen möglicher stereotyper Geschlechterrollenbilder auch im Umgang mit KlientInnen erreicht werden.

Ziele für ein gendersensibles Personalmanagement:

- ▶ Teilzeitbeschäftigung ist kein Hindernis für eine Leitungsfunktion.
- ▶ Frauen und Männer werden bei der Inanspruchnahme von und beim Wiedereinstieg nach einer Elternkarenz gefördert.
- ▶ Es besteht Einkommensgleichheit bei Frauen und Männern mit vergleichbaren Qualifikationen und Funktionen.
- ▶ Die Leitungs- und Entscheidungsfunktionen sind bei vergleichbarer Qualifikation paritätisch besetzt.

14.6

Guideline im Bereich der gendersensiblen Forschung

*Unterstützung
durch Forschung*

9. Gendersensible Forschung soll dazu beitragen, die Bedürfnisse der KlientInnen ihren Lebensrealitäten entsprechend zu ermitteln, Zugangsbarrieren zu identifizieren und dadurch Informationen für eine gendersensible Gestaltung der Angebote zu liefern.

Ziele für eine gendersensible Forschung:

- ▶ Sowohl die Erhebung als auch die Auswertung von Daten (organisationsbezogen, klientInnenbezogen) erfolgen getrennt nach Frauen und Männern.
- ▶ Diverse Erhebungen, KlientInnenzufriedenheitsmessungen, Evaluationen, Forschungsprojekte etc. werden in ihren Ergebnissen getrennt nach Frauen und Männern interpretiert und dargestellt.

15 Rückblick

Gender-Mainstreaming in der Suchtkrankenhilfe

Das 1998 vom Wiener Gemeinderat beschlossene „Frauengesundheitsprogramm“ beinhaltet unter anderem auch Maßnahmen zur Prävention von Drogenabhängigkeit sowie die Beratung, Behandlung und Betreuung von SuchtmittelkonsumentInnen unter dem Aspekt des Gender-Mainstreamings. In weiterer Folge wurde im Wiener Drogenbeirat 2003 eine gendersensible Vorgehensweise in der strategischen Ausrichtung der Drogen- und Suchtarbeit als wichtig angesehen. Dementsprechend soll auch die Umsetzung von Gender-Mainstreaming in der Suchtkrankenhilfe erfolgen.

Aus diesem Grund initiierten die Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger und der Wiener Drogenkoordinator, MA Michael Dressel, im Dezember 2004 einen Start-up-Workshop, bei dem der Sucht- und Drogenbereich unter Gender-Mainstreaming-Gesichtspunkten analysiert wurde.

professionelle Entwicklung

Um eine Übersicht aktueller gendersensibler Angebote und Maßnahmen der Suchtarbeit in Wien zu erlangen, fand im Dezember 2005 eine Befragung in den Wiener Institutionen der Drogenhilfseinrichtungen statt. Dabei wurden die Einrichtungen zur Planung oder bereits erfolgten Umsetzung von GM-Strategien, aber auch zu bisher wahrgenommenen KlientInnen-Bedürfnissen befragt. Die Studie erfolgte im Rahmen einer Diplomarbeit in Kooperation mit der Fachhochschule Krets Studiengang Gesundheitsmanagement und wurde von Mag.^a (FH) Felice Drott durchgeführt.

16 Auszug der Studienergebnisse

*großes Interesse
an gendersensiblen
Maßnahmen*

Zusammenfassend zeigt die Untersuchung der befragten Einrichtungen eine hohe Sensibilisierung für geschlechtsspezifische Bedürfnisse. Allerdings gibt es nur teilweise konkrete Planungsschritte zur Implementierung einer umfassenden GM-Strategie, welche die Gleichstellung von Frauen und Männern fördert und der Zuschreibung von Geschlechterrollen entgegenwirkt.

So wurde beispielsweise sichtbar, dass existierende Datenerhebungs- und Analysemethoden bei der Darstellung von Lebensrealitäten bestimmte Variablen (wie Kinderbetreuungspflichten) vernachlässigen oder erhobene Daten noch geschlechterblind auswerten (Zusammenfassung von Frauen und Männern in Altersgruppen). Da GM ein „junges“ innovatives Konzept ist, trifft die mangelnde Beachtung von Lebensumständen jedoch für viele Institutionen zu.

Sehr positiv ist hervorzuheben, dass der Wunsch nach der Umsetzung gendersensibler Maßnahmen auf großes Interesse und Teilnahmebereitschaft bei allen Beteiligten gestoßen ist.

16.1 Die Personalebene

*mehr Männer in
Führungspositionen
als Frauen*

Hinsichtlich der Personalstrukturen wurde deutlich, dass Männer markant häufiger obere Hierarchieebenen einnehmen („gläserne Decke“)² und Vollzeitstellen besetzen. Frauen arbeiten vermehrt auf niedrigeren Hierarchieebenen sowie in Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen und sind häufiger als ihre männlichen Kollegen in direktem Kontakt mit den Suchtkranken (55% operativ tätige Frauen zu 45% Männer). Männliche Klienten (rund 70%) werden häufiger von Mitarbeiterinnen betreut.

² eine unsichtbare Barriere, welche Frauen (und andere unterrepräsentierte Gruppen) davon abhält, über einen bestimmten Hierarchiegrad aufzusteigen und, dass abgeschlossene Karriereräume innerhalb von Organisationen existieren.“ (Schmidt, 2004, S.147)

16.2 Verteilung weiblicher und männlicher KlientInnen in den Einrichtungen

Bei der Untersuchung der zahlenmäßigen Verteilung von weiblichen und männlichen KlientInnen in den Einrichtungen ergaben sich folgende Signifikanzen:

Der Anteil von drogenabhängigen Frauen, die mit Einrichtungen der Drogenhilfe in Kontakt kommen, liegt im Durchschnitt derzeit bei 30 Prozent; der von drogenabhängigen Männern bei 70 Prozent.

Suchtkrankenhilfe: je älter, desto weniger Inanspruchnahme der Angebote durch Frauen

Analysiert man die Verteilung unter Berücksichtigung des Alters, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Bei den jugendlichen KlientInnen (unter 18-jährigen Personen) werden gleich viele Mädchen wie Burschen in den untersuchten Einrichtungen betreut. Ab dem 19. Lebensjahr sind die Zahlen betreuter Frauen im Verhältnis zu betreuten Männern rückläufig. Je älter drogenabhängige Frauen sind, desto seltener sind sie in den Einrichtungen der Wiener Drogenhilfseinrichtungen anzutreffen.

Auch auf europäischer Ebene wird über die Abwesenheit weiblicher Klientinnen diskutiert. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) nimmt an, dass die Zahl der drogenabhängigen Frauen vermutlich unterschätzt wird.

Wie Untersuchungen zeigen, sind sie in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe unterrepräsentiert. Vor allem, weil die Angebote nicht ausreichend auf Bedürfnisse und Lebensumstände wie Kinderbetreuungspflichten, ein durch (Geheim-)Prostitution strukturierter Alltag, Leben in einer Gewaltbeziehung u.ä. Bedacht nehmen, die Frauen ungleich häufiger betreffen als Männer.

Als offenkundiges Beispiel kann Mutterschaft dienen: Zwischen 18 und 75 Prozent (EU-weit) aller Drogenkonsumentinnen bekommen mindestens ein Kind und sind mit dessen Versorgung zu beschäftigt, um sich einer Therapie zu unterziehen oder fürchten, dass ihre Kinder von der Jugendwohlfahrt fremduntergebracht werden (vgl.: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Jahresbericht 2000, S.44).

*Angebote wirken
geschlechtsspezifisch*

Weiters konnten bei der Analyse der Faktoren für die KlientInnenstruktur keine direkten Zusammenhänge zwischen der Einrichtungsart (bspw. stationäre Einrichtung) und dem Anteil von Klienten und Klientinnen in den Organisationen gefunden werden. Vielmehr ist es von den Betreuungsangeboten der einzelnen Einrichtung abhängig, ob der Frauenanteil unter- oder überdurchschnittlich hoch ist. Höhere Frauenanteile können in Einrichtungen mit frauenfördernden Maßnahmen und Angeboten (z.B. Frauengruppen, Angebote für Schwangere, Kinderbetreuung, Frauenquoten) oder in „aufsuchenden“ Einrichtungen (z.B. Betreuung in Krankenhäusern, Streetwork) sowie in Einrichtungen mit vorwiegend jugendlicher Zielgruppe beobachtet werden.

Für die Anteile von Klienten und Klientinnen kann auch die Vermittlungspraxis von KlientInnen in Einrichtungen bzw. die Art und Weise, wie KlientInnen mit Einrichtungen in Kontakt kommen (bspw. durch behördliche Weisungen der Justiz, des AMS oder des Amtes für Jugend und Familie oder durch andere Drogenhilfe-Einrichtungen), ausschlaggebend sein.

16.3

Drogenabhängige Frauen sind seltener in das Erwerbsleben eingebunden als Männer

*Reintegration in den
Arbeitsmarkt als
wesentlicher Faktor*

Aus der Basisdokumentation des FSW – Fachbereich Sucht und Drogen, KlientInnenjahrgang 2004, wird ersichtlich, dass drogenabhängige Frauen ihr Einkommen vermehrt aus Sozialhilfe beziehen, während Männer viel häufiger Notstandshilfe und Arbeitslosengeld als Einkommensquellen angeben. Dies ist bedeutsam, da sowohl Personen, die Arbeitslosengeld beziehen, als auch NotstandshilfebezieherInnen immerhin noch – wenn auch in nur geringem Ausmaß – im Arbeitsmarkt integriert sind. Das Beziehen von Sozialhilfe bedeutet jedoch, dass die Wahrscheinlichkeit wesentlich geringer ist, im Arbeitsmarkt integriert zu werden. Der Zugang zu Informationen und konkreten Hilfsmaßnahmen für den Wiedereinstieg (z.B. AMS-Schulungen) ist für diese Personengruppe wesentlich schwieriger.

Weibliche Drogenabhängige sind demzufolge seltener als männliche Drogenabhängige in das Erwerbsleben eingebunden und dementsprechend häufiger armutsgefährdet.

17 Entwicklung der Guidelines

Berücksichtigung internationaler Expertise

In einem weiteren Workshop wurden Erfahrungen der international anerkannten Schweizer Genderexpertin Zita Küng sowie von Doris Heinzen-Voß, einer Referentin der Landesfachstelle Frauen & Sucht Nordrhein Westfalen, BELLA DONNA, eingeholt. Gemeinsam mit den teilnehmenden Einrichtungen wurden Vorschläge für Leitlinien einer gendersensiblen Drogenarbeit erarbeitet. Die Leitlinien befassen sich mit einem gendersensiblen Aufbau der Strukturen der Einrichtungen, der Gestaltung von Prozessen und der Evaluierung von Ergebnissen.

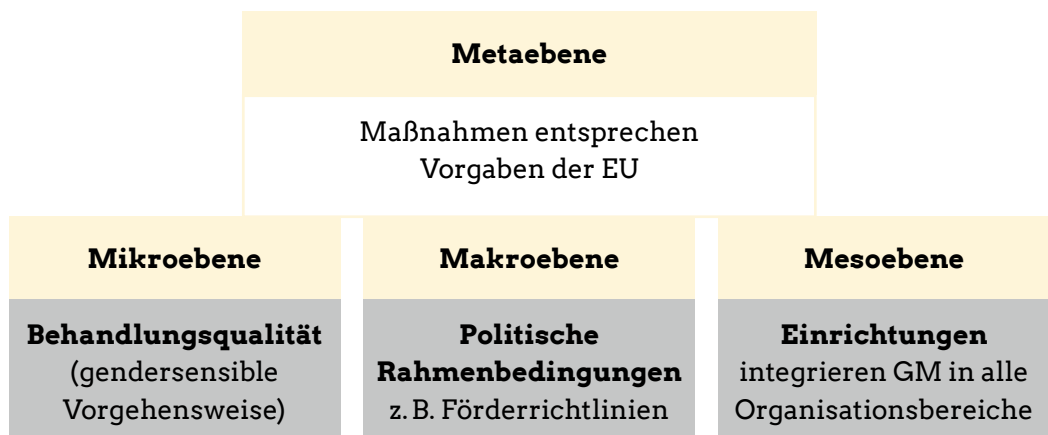
durchgängiges Konzept für alle Ebenen

Grundsätzlich müssen die Voraussetzungen für eine die Gleichstellung fördernde Drogenarbeit auf der Makro-, Meso- und Mikroebene geschaffen werden. Die Wiener Drogenpolitik steht für die Makroebene. Diese unterstützt eine gendersensible Vorgehensweise (Gender-Mainstreaming als Förderkriterium bzw. Kriterium der Auftragsvergabe).

Die Mesoebene bezieht sich auf die Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, welche die Gender-Mainstreaming-Strategie systematisch z. B. in der Planung & Evaluierung von Maßnahmen, im Personalmanagement, bei Personalschulungen etc. implementieren.

Dadurch wird eine gendersensible Vorgehensweise auf der Mikroebene, also in der direkten Arbeit der MitarbeiterInnen mit KlientInnen, gewährleistet.

Darüber hinaus müssen alle Maßnahmen den diesbezüglichen Vorgaben der Europäischen Union entsprechen („Metaebene“).



(Darstellung Mag.^a (FH) Felice Drott)

Anhang

Begriffsbestimmungen

Gender (engl.)

wird mit „soziales Geschlecht“ übersetzt: Gemeint sind gesellschaftliche Rollenzuschreibungen (persönliche Eigenschaften, Haltungen und Verhalten, Werte, Macht und Einfluss etc.), welche aufgrund des biologischen Geschlechts vorgenommen werden (psychologische, soziale und kulturelle Dimension von Geschlechtszugehörigkeit).

Z. B.: „Frauen können nicht einparken, Männer können nicht zuhören.“

Gendersensibilisierung

Der Prozess des Bewusstmachens der Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Gesellschaft im Zugang zu Ressourcen, Beteiligung und Entscheidungsmacht, aber auch – z. B. in der Gesundheitsförderung – bezüglich der zu berücksichtigenden biologischen und sozialen Geschlechterunterschiede. Dazu gehört auch, die tatsächlichen und die vermeintlichen Unterschiede zu verifizieren und zu unterscheiden (soziale Konstruktion von Geschlecht). Eine im Zusammenhang mit Gender-Mainstreaming angebotene Methode für die Gender-Sensibilisierung sind sogenannte „Gender-Trainings“.

Gender-Analyse

Unter Gender-Analyse wird die detaillierte Untersuchung eines Gegenstandes bezüglich seiner Genderrelevanz verstanden. Hierzu stehen verschiedene Instrumentarien zur Verfügung bzw. werden entwickelt (z. B.: Gender Based Analysis, Gender Budgeting, Gender Impact Assessment, 3-R-Methode).

Gender-Kompetenz

Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht ist auf Gender-Kompetenz angewiesen und erweitert diese zugleich (Übung macht die Meisterin und den Meister). Gender-Kompetenz setzt sich aus drei Elementen zusammen: (1) Sensibilisierung, d. h. es besteht Sensibilität für Geschlechterverhältnisse und (potenzielle) Diskriminierungsstrukturen sowie die Motivation, einen Beitrag zum Abbau der Ungleichheit der Geschlechter zu leisten. (2) Wissen um Strategien und Methoden, das heißt z. B., es sind Instrumente und Methoden der Gender-Analyse bekannt und können im eigenen Arbeitsgebiet angewendet werden. (3) Gender-Wissen, das heißt, die Komplexität der Kategorie Gender wird verstanden, Informationen zu Gender-Aspekten im jeweiligen Sachgebiet und Handlungsbereich sowie Daten zu den Geschlechterverhältnissen sind vorhanden oder werden erarbeitet.

Gender-Relevanz

Unter Gender-Relevanz wird verstanden, in welchem Umfang ein Thema in der Perspektive der Gleichstellung der Geschlechter wichtig ist. Als Faustregel kann gelten, dass ein Thema immer dann genderrelevant ist, wenn Menschen beteiligt sind.

Gender Training

„Gender-Training“ (engl.) Veranstaltung zur Information, Weiterbildung und strukturierten Selbsterfahrung in der Gender-Thematik. Im Rahmen der Umsetzung von Gender-Mainstreaming gelten Gender-Trainings als vorbereitende Maßnahme auch zum Kennenlernen des Verfahrens.

GM Gender-Mainstreaming

(Definition siehe Seite 1)

Geschlechterspezifische Bedürfnisse

aufgrund des biologischen Geschlechts bestehende Bedürfnisse

Geschlechtergerechte Sprache

Sprache ist unser Hauptkommunikationsmittel. Sprachbezogene Geschlechterstereotype bilden die kognitive Grundlage der interaktiven Herstellung von Geschlecht (doing gender). Eine geschlechterangemessene Politik, Forschung und Praxis erfordert auch eine geschlechterangemessene Sprache. Das Prüfkriterium dafür ist: Passen Sprache und Inhalt zusammen bzw. sind beide Geschlechter genannt, wenn beide Geschlechter gemeint sind, oder ist das Geschlecht genannt, welches gemeint ist.

Gläserne Decke

beschreibt „... eine unsichtbare Barriere, welche Frauen (und andere unterrepräsentierte Gruppen) davon abhält, über einen bestimmten Hierarchiegrad aufzusteigen, und dass abgeschlossene Karriereräume innerhalb von Organisationen existieren.“ (Schmidt, 2004, S.147)

Quelle: www.genderhealth.ch

Literaturangaben

Bendl R./Hanappi-Egger E./Hofmann R. (2004); Interdisziplinäres Gender- und Diversitätsmanagement; Wien.

Bergmann N., Pimminnger I. (2004) für die GeM-Koordinationsstelle für Gender-Mainstreaming im Europäischen Sozialfonds (Hrsg.); Praxis Handbuch Gender-Mainstreaming; Wien: Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht; Jahresbericht 2000; Luxemburg; Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Europarat (1998); Homepage des Europarats; <http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/02_Gender_mainstreaming/>

Fonds Soziales Wien (2005); Basisdokumentation KlientInnenjahrgang 2004; Wien: Institut für Empirische Sozialforschung.

Genderhealth Glossar; Homepage Chancengleichheit und Gesundheit des Schweizer Bundesamts für Gesundheit, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann und Radix Gesundheitsförderung. <<http://www.genderhealth.ch/html/de/glossar/>>

Hacker P./David A./Dressel M. (1999); Wiener Drogenkonzept 1999 – beschlossen im Wr. Gemeinderat; Wien.

Schmidt, Angelika (2004); Gendergerechte Personalentwicklung, In: Bendl/Hanappi-Egger/Hofmann (2004); Interdisziplinäres Gender- und Diversitätsmanagement; Wien.

Teil 3

**Strategie
2013**

18 Grundsätzliches

18.1 Was ist Sucht?

*Abhängigkeits-
syndrom*

Sucht wird von der WHO als *Abhängigkeitssyndrom* (umgangssprachlich: „Abhängigkeit“) bezeichnet, das durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert wird, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.¹ Charakteristisch ist ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, sich die Substanz zuzuführen oder ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Weitere Kennzeichen sind eine fortwährende oder periodische Einnahme der Substanz, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und eine fortschreitende Vernachlässigung von Interessen, Verpflichtungen oder Aktivitäten. Es kommt dabei zu einer Toleranzerhöhung und vielfach zu einem körperlichen Entzugssyndrom.

*Sucht ist eine chroni-
sche Erkrankung*

Sucht ist der umgangssprachliche Begriff für verschiedene medizinisch-psychologische Krankheitsbilder und eine Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann. In der Fachwelt hat sich der medizinische Fachbegriff „*Abhängigkeitssyndrom*“ für substanzgebundene Abhängigkeiten durchgesetzt. Die Begriffe „*Persönlichkeits- und Verhaltensstörung*“ sowie „*Störung der Impulskontrolle*“ bezeichnen substanzungebundene Abhängigkeiten.

Sucht beschreibt Verhaltensweisen, die sich weitgehend der Kontrolle der Betroffenen entziehen, und deren individuelle und/oder gesellschaftliche Auswirkungen schädlich sind, sodass therapeutischer oder gesellschaftlicher Handlungsbedarf besteht.

18.1.1 Ursachen

*Faktoren der Sucht-
entwicklung*

Bei Entstehung und Verlauf einer Suchtentwicklung spielen jedenfalls die nachfolgenden drei Faktoren eine wichtige Rolle. Bei allen diesen Faktoren ist der Genderaspekt insbesondere im Kontext von Suchtgefährdung sowie in Bezug auf Schutz vor einer Suchterkrankung oder deren Überwindung speziell zu berücksichtigen:

¹ World Health Organisation (WHO), Management of substance abuse, URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

1. Die betroffene Person

Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung, die biologische Konstitution und dementsprechend die individuellen, eigenen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt – bilden grundlegende Risiko- oder Schutzfaktoren.

2. Das soziale Umfeld und die gesellschaftlichen Verhältnisse

Das Risiko, an Sucht zu erkranken, aber auch die Chancen, eine bestehende Suchterkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt. An Risikofaktoren sind hier soziale Perspektivenlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie insbesondere Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Suchterkrankung schützen können oder hilfreich sein können, eine Sucht zu überwinden.

3. Die Substanzen oder Verhaltensweisen

Unterschiedliche Suchtmittel bzw. suchtfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Suchtpotenziale. Bei suchtfördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen.

Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen und illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten suchtfördernden Verhaltens, z.B. durch die Verfügbarkeit von Spielautomaten, sowie die gesellschaftliche Anerkennung oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.

18.1.2

Abstufungen

Die Entwicklung einer Suchterkrankung ist ein dynamischer Prozess und verläuft nicht linear. Die Übergänge zwischen Abstinenz, Genuss und Sucht sind fließend und kontextbezogen zu definieren.

*Unterscheidung
zwischen Genuss und
problematischem
Konsum*

Risikoreicher oder problematischer Konsum ist von Genuss dahingehend abzugrenzen, dass die Konsequenzen aus dem Konsumverhalten bei einer Suchterkrankung für das Individuum und/oder die Gesellschaft dauerhaft belastend sind, das Konsumverhalten zu Kontrollverlust führt und die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigt sowie deren soziale Situation gefährdet.

Genuss ist von kulturellen, gesellschaftlichen, traditionellen und sozialen Normen geprägt.

*verschiedene
Ausprägungen und
fließende Übergänge*

Diese Normen können wesentliche Schutzfaktoren gegen exzessiven Konsum und die Entwicklung einer Suchterkrankung sein. Innerhalb des Spektrums von Abstinenz, Genuss und Sucht gibt es verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge:

- Probierkonsum (einmaliges oder sporadisches Probieren),
- Experimentierkonsum (Neugierde, Sensationslust, unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten, z. B. an Wochenenden, intensiver ist)
- regelmäßiger Konsum (Gewöhnung ohne zwangsläufige Abhängigkeit),
- Risikokonsum (durch die Art des Konsums erhöhte Risiken für schädliche Konsequenzen, z. B. Probleme am Arbeitsplatz),
- schädlicher und problematischer Konsum – ein Konsummuster, das körperliche und/oder psychische gesundheitliche Schäden zur Folge hat. Die Betroffenen können den Konsum oder suchtfördernde Verhaltensweisen auch dann nicht einstellen, wenn sie sich der damit verbundenen Gefährdung und Schädigung bewusst sind.

18.1.3

Diagnose

Suchtforschung ist eine relativ junge wissenschaftliche Disziplin; Definitionen und Begriffe sind in einer kontinuierlichen Weiterentwicklung begriffen.

*Klassifikations-
systeme*

Die Diagnose wird in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), Diagnoseklassifikationssystem der WHO, gestellt.² Daneben ist auch das „Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders“ (DSM), ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, gebräuchlich.

Von einer Suchterkrankung (Abhängigkeitssyndrom) wird laut ICD-10 gesprochen, wenn von verschiedenen Symptomen innerhalb des letzten Jahres mindestens drei gleichzeitig und mindestens einen Monat lang aufgetreten sind:

1. ein starkes Verlangen, eine Art Zwang, eine Substanz zu konsumieren oder einem bestimmten Verhalten nachzugehen,
2. eine herabgesetzte Kontrolle über den Substanzgebrauch (Beginn, Beendigung, Menge),

² Dies gilt für Wien bzw. den österreichischen Raum.

3. Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz oder bei Beendigung des Verhaltens,
4. eine Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Dies bedeutet, dass immer mehr gebraucht wird, um subjektiv das gleiche Ergebnis zu erzielen (Dosissteigerung),
5. die Vernachlässigung von anderen Interessen durch Einengung auf den Konsum einer oder mehrerer Substanzen, anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen.³

Die genannten Klassifikationssysteme basieren auf wissenschaftlichen Ergebnissen der Suchtforschung und stellen keinen letztgültigen Standard dar, sondern sind in laufender Weiterentwicklung begriffen.

Multidimensionale Diagnostik

*medizinische,
psychische und
soziale Aspekte*

Für die Erstellung einer umfassenden Diagnose sind neben medizinischen auch psychische sowie soziale Aspekte von Bedeutung und gelangen daher im Rahmen der multidimensionalen Diagnostik des SDHN auch zur Anwendung.

Nach aktuellem Stand dienen folgende Kategorien der Diagnose des Zustandes der KlientInnen: Konsum, somatische, psychische und soziale Gesundheit (Ressourcen und Netzwerke, Beruf und Bildung, Einkommen, Wohnen).

18.1.4

Substanzungebundene oder verhaltensbezogene Süchte

Suchterkrankung im Zusammenhang mit Substanzen wird als „substanzgebundene Sucht“ bezeichnet, im Zusammenhang mit normabweichenden Verhaltensweisen, wie zum Beispiel pathologischem Glücksspiel, wird hingegen von „substanzungebundener Sucht“ gesprochen.

Nach ICD-10 wurde Sucht bisher nur über den Konsum von Substanzen definiert.

*Störungen der
Impulskontrolle*

Nach derzeitigem Stand des DSM (DSM-IV) (Diagnostische Kriterien der American Psychiatric Association) ist pathologisches Glücksspiel unter den *Störungen der Impulskontrolle* klassifiziert.

³ Vgl.: Dilling, H./Mambour, W./Schmidt, M.H./Schulte-Markwort, E.: „Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F) – Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis“, Verlag Hans Huber, 4. überarbeitete Aufl., 2006, S. 79f.

Pathologisches Glücksspiel (DSM-IV, 312.31)

- A.** Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, das mindestens fünf der folgenden Merkmale aufweist:
- 1.** Ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Möglichkeiten, Geld zum Spielen zu beschaffen),
 - 2.** muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen,
 - 3.** hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
 - 4.** ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,
 - 5.** spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern,
 - 6.** kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“),
 - 7.** belügt Familienmitglieder, den Therapeuten/die Therapeutin oder andere, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,
 - 8.** hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren,
 - 9.** hat eine wichtige Beziehung, den Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,
 - 10.** verlässt sich darauf, dass andere Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte, hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.
- B.** Das Spielverhalten kann durch eine manische Episode nicht besser erklärt werden.⁴

⁴ Vgl.: Saß, H./Wittchen, H./Zaudig, M./Houben, I.: „Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR“, Hogrefe-Verlag, 2003, S. 250f.

Bei der Überarbeitung der Diagnosekriterien nach DSM-V wird von ExpertInnen vorgeschlagen, *pathologisches Glücksspiel* ebenfalls als *Abhängigkeitserkrankung* und nicht wie bisher als *Impulskontrollstörung* zu klassifizieren.

Behandlungsbedarf

Bei substanzgebundener und auch bei substanzungebundener Sucht, ist es manchen Betroffenen aus eigener Kraft nicht möglich, den Konsum zu beenden oder das Verhalten und die damit verbundenen schädlichen individuellen und/oder gesellschaftlichen Auswirkungen zu ändern. Dies stellt einen wesentlichen Indikator für die Feststellung eines Behandlungsbedarfs dar.

18.2 Substanzen und Suchtmittel

legale Suchtmittel

Sowohl legale als auch illegale Suchtmittel unterliegen zahlreichen gesetzlichen Bestimmungen. Zu den gängigsten legalen Suchtmitteln zählen in Österreich: Alkohol, Tabak (Nikotin) und viele Medikamente (Psychopharmaka, Sedativa etc.)

Die Verwendung dieser Substanzen unterliegt zwar nicht generellen Verboten bzw. weitreichenden Restriktionen, erfährt aber in bestimmten Zusammenhängen Einschränkungen.

Dies trifft zum Beispiel auf Alkohol im Straßenverkehr und den NichtraucherInnenenschutz in der Arbeitswelt oder Gastronomie zu. Auch im Arzneimittelrecht bestehen umfassende Regelungen.

illegale Suchtmittel

Zu illegalen Suchtmitteln zählen jene Substanzen, deren Erzeugung (Gewinnung und Herstellung), Besitz, Verkehr, Ein-, Aus- und Durchfuhr, Gebarung oder Anwendung aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (Suchtmittelgesetz samt Durchführungsverordnungen) entweder generell untersagt oder zumindest stark beschränkt ist.

Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

Die Erzeugung, die Ein- und Ausfuhr, das Überlassen oder Verschaffen Neuer Psychoaktiver Substanzen wird seit Jänner 2012 im „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ (NPSG) geregelt.

Bisher waren nur einzelne chemische Stoffe verboten, sodass eine kleine Abänderung der chemischen Struktur genügte, um das Gesetz zu umgehen. Mit dem NPSG werden ganze Substanzgruppen und auch Abkömmlinge genannter Substanzen erfasst. Damit soll dem dynamischen Markt, auf dem den InteressentInnen ständig neue, in der chemischen Struktur bloß geringfügig veränderte Stoffe angeboten wurden, ein derartiges Ausweichverhalten erschwert werden.

gesetzlicher Status noch kein Maßstab für Suchtpotenzial

Der gesetzliche Status einzelner Suchtmittel stellt noch keinen Maßstab für ihr Suchtpotenzial und die Gefährdung der KonsumentInnen dar.

18.2.1 Legale Suchtmittel

Der im Folgenden dargestellte Abriss von den gängigsten legalen Suchtmitteln in Österreich verdeutlicht den Handlungsbedarf.

18.2.1.1 Alkohol

*häufigste Diagnose:
Alkoholabhängigkeit*

Alkoholabhängigkeit ist die häufigste Diagnose bei Suchterkrankungen in Österreich und ist in allen sozialen Schichten zu finden.

Auch bei Alkoholkonsum gibt es fließende Übergänge innerhalb des genannten Spektrums von Abstinenz, Genuss und Sucht, und wie bei allen anderen (illegalen oder legalen) Substanzen kommen die genannten Abstufungen von Sucht sowie die Diagnose von Sucht zur Anwendung.⁵

Trinkfrequenz

Das regelmäßige Trinken von Alkohol ist laut Suchtmittelmonitoring⁶ 2011 nach wie vor eine männliche Domäne. Während von den Männern 36% mehrmals pro Woche alkoholische Getränke konsumieren, beläuft sich der Anteil bei den Frauen auf 22%.⁷

Konsumierte Alkoholmenge

9% der Wiener Bevölkerung nehmen innerhalb eines Monats zumindest zwei- bis dreimal in der Woche eine Alkoholdosis zu sich, die mindestens drei Krügeln Bier oder drei Vierteln Wein bzw. neun kleinen Schnäpsen entspricht. Bei 12% kommt dies mindestens einmal pro Woche vor.

*Korrelation mit
Geschlecht, Bildungs-
niveau, Rauch-
verhalten*

Die konsumierte Alkoholmenge korreliert mit dem Geschlecht und dem Bildungsniveau. Männer trinken die oben genannte Menge häufiger als Frauen. Personen mit einem Bildungsniveau ab der Matura trinken in Summe weniger Alkohol.

Auch das Rauchverhalten der Personen, die Alkohol konsumieren, spielt eine Rolle. Von jenen Personen, die täglich rauchen, gaben 9% an, fast jeden Tag große Alkoholmengen zu konsumieren; seitens der Gelegenheits- und NichtraucherInnen sind es nur je eine/r von hundert.⁸

⁵ Siehe dazu Kapitel 18.1.2 und 18.1.3.

⁶ Das Wiener Suchtmittel-Monitoring wird alle zwei Jahre im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien durchgeführt. Die Datenerhebung für die hier angeführte Studie erfolgte von März bis April 2011 in Form von mündlichen Interviews bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 600 Personen ab 15 Jahren.

⁷ Suchtmittel-Monitoring 2011, Bevölkerungsbefragung Wien, Studienbericht IFES, erstellt für die Sucht- und Drogenkoordination Wien, Archivnummer: 25323 010; S. 12–27.

⁸ Suchtmittel-Monitoring 2011, a. a. O.

<i>Wein und Bier</i>	Präferierte Alkoholika Bei den Alkoholvorlieben der Wiener Bevölkerung stehen nach wie vor Wein und Bier an erster Stelle. Jeweils ein gutes Drittel derer, die zumindest gelegentlich Alkohol konsumieren, nennt diese beiden Alkoholika als Präferenzen. Männer greifen eher zu Bier, Frauen tendieren zu Wein. Hochprozentige Destillate werden eher von Männern bevorzugt; Mixgetränke und Alko-Pops vor allem von unter 30-jährigen Frauen.
<i>Zellgift Alkohol</i>	Alkohol in der Schwangerschaft Alkohol ist ein Zellgift, für das es keine klare Gefährdungsgrenze hinsichtlich schädlicher Auswirkungen auf das ungeborene Kind gibt. Die Folgen reichen von negativen Effekten auf die kognitive Entwicklung und die Verhaltensregulation der Kinder bis hin zum Fetalen Alkoholsyndrom (FAS).
<i>Entwicklungsverzögerungen und Gewalt</i>	Kinder aus alkoholkranken (suchtbelasteten) Familien Abgesehen von den medizinischen Problemen hat eine Sucht der Eltern häufig auch massive negative Auswirkungen auf die psychische und soziale Entwicklung der Kinder. Neben Entwicklungsverzögerungen und (schweren) Verhaltensstörungen treten bei Kindern aus suchtbelasteten Familien öfter als im Durchschnitt auch starke Beeinträchtigungen durch Vernachlässigung auf. In diesen Familien kommt es darüber hinaus häufig zu psychischer und physischer Gewalt.
<i>Risiko- und Handlungskompetenzen fördern</i>	Jugendliche Jugendliche interessieren sich meist in der Pubertät – einer Phase des Ausprobierens und Experimentierens – für Alkohol und entwickeln sehr unterschiedliche substanzbezogene Risikoverhaltensweisen. Sie suchen Grenzerfahrungen und entwickeln in diesem Zusammenhang persönliche Risiko- und Handlungskompetenzen. ⁹ Diese Risiko- und Handlungskompetenz zu entwickeln, ist eine entwicklungspsychologisch notwendige Aufgabe und befähigt dazu, Risikosituationen zu erkennen und zu analysieren, um das eigene Risikoverhalten bewusst wahrzunehmen und somit individuell und sozial verträglich zu handeln.

⁹ Vgl. Scheithauer, H., Hayer, T., Niebank, K. (Hrsg.): „Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter. Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Kohlhammer“, Stuttgart, 2008, S. 15.

Es ist daher wichtig, zwischen einem Substanzgebrauch zu unterscheiden, der noch einem Spektrum des Auslotens von Grenzen – der eigenen und jener der anderen – zuzuordnen ist, und einem Substanzgebrauch, der dahinterliegende Probleme vermuten lässt. In letzterem Fall bedürfen Jugendliche einer entsprechenden qualifizierten Hilfestellung.

18.2.1.2

Nikotin

Gesundheitspolitisch ist Tabakkonsum ein brisantes Thema. Regelmäßiger Tabakkonsum kann zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit von Nikotin führen.

Verschiedene schwere Erkrankungen als Folge des Nikotinkonsums verursachen im Gesundheitssystem jährlich hohe Kosten, die mit geeigneten Präventionsmaßnahmen reduziert werden können.

*weltweit größte
Verbreitung*

Nikotin fordert – vor allem wegen der weltweit größten Verbreitung unter allen Suchtmitteln – mit Abstand die meisten Opfer. Laut dem Verband der Europäischen Krebs-Ligen (ECL) liegt Österreich im europäischen Tabakkontrollindex (TCS 2010) im Vergleich von 31 Ländern auf dem schlechtesten Rang.¹⁰

Ähnlich wie beim Alkoholkonsum gibt es in Wien auch beim Nikotinkonsum signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Von den Männern rauchen annähernd vier von zehn (38 %) regelmäßig, von den Frauen etwas mehr als ein Viertel (27 %).

Der Anteil der RaucherInnen bei den 40- bis 60-Jährigen ist überdurchschnittlich hoch (40 %). In allen Altersgruppen ist der Anteil der Männer höher als jener der Frauen.

Der Anteil der RaucherInnen bei Personen mit Pflichtschulabschluss liegt bei 38 % und jener bei HochschulabsolventInnen bei 16 %.¹¹

Rauchen in der Schwangerschaft

*Wachstumsstörungen
im Mutterleib*

Die Auswirkungen von Tabakrauch in der Schwangerschaft dürfen nicht unterschätzt werden. Aufgrund eines erhöhten Kohlenmonoxidspiegels im mütterlichen Kreislauf kann es beim Fötus zu Wachstumsstörungen im Mutterleib kommen.¹²

¹⁰ Vgl. Association of European Cancer Leagues (ECL), Tobacco Control Scale (TCS) 2010: Der TCS bewertet die Umsetzung von Tabakkontrollprogrammen in 31 Ländern

¹¹ Suchtmittel-Monitoring 2011, Bevölkerungsbefragung Wien, Studienbericht IFES, erstellt für die Sucht- und Drogenkoordination Wien, S. 28 ff.

¹² Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien; Fachstelle für Suchtprävention NÖ: „Schwangerschaft und Drogen – Professionell“, 2012.

Die Sauerstoffversorgung der Organe des Kindes ist nicht vollständig gewährleistet und die Inhaltsstoffe einer Zigarette haben auch eine schädigende Wirkung auf das Nervensystem und den Kreislauf des Kindes.¹³

Kinder und Jugendliche

Erstkonsum in jungen Jahren

Statistiken belegen, dass die große Mehrheit der RaucherInnen schon im Jugendalter mit dem Rauchen begann. Bei Jugendlichen zeigt sich, dass in der gleichen Altersgruppe mehr Mädchen als Buben rauchen und Erstere auch früher zu rauchen beginnen.

vermeidbares Gesundheitsrisiko

Laut der OECD Studie „Health at a Glance, 2009“ rauchen in Österreich unter den 15-jährigen Jugendlichen Mädchen häufiger als Buben, während Buben sich häufiger betrinken als Mädchen.¹⁴ Unter den Erwachsenen rauchen OECD-weit mehr Männer als Frauen.

Laut OECD bleibt Nikotin das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko.¹⁵

18.2.1.3

Medikamente

Zum Konsum von Psychopharmaka und illegalen Substanzen liegen inzwischen für viele Substanzgruppen Zeitreihenergebnisse vor, die sich über beinahe 20 Jahre erstrecken.¹⁶

geringes Problembewusstsein bei Verschreibung und Konsum

Generell ist festzuhalten, dass bei der Verschreibung und dem Konsum von Psychopharmaka ein geringes Problembewusstsein besteht.

Nach wie vor werden Psychopharmaka in Summe zu höheren Anteilen von Frauen eingenommen, bei einigen Substanzen gleichen sich die Konsumgewohnheiten der Geschlechter allerdings zunehmend an. Überdurchschnittlich häufig nehmen Frauen Beruhigungsmittel (17 %) und Schlafmittel (21%) ein. Männer liegen hier allerdings nur noch um wenige Prozentpunkte darunter.

Die Lebenszeit-Prävalenz¹⁷ in Bezug auf Schlankheitsmittel ist bei Frauen mit 9 % ungefähr doppelt so hoch wie bei Männern.

13 Vgl. Wiener Programm für Frauengesundheit: „Rauchen in der Schwangerschaft“, 2009.

14 Vgl. Health at a Glance – Gesundheit auf einen Blick, OECD, 2009.

15 Vgl. Health at a Glance – Gesundheit auf einen Blick, OECD, 2011.

16 Suchtmittel-Monitoring 2011, Bevölkerungsbefragung Wien, Studienbericht IFES, erstellt für die Sucht- und Drogenkoordination Wien, S. 30.

17 Frage: „Haben Sie irgendwann einmal schon selbst eines der folgenden Mittel genommen?“

Zu annähernd gleich hohen Anteilen greifen Frauen und Männern zu Anti-depressiva. Dasselbe gilt für die Einnahme von Medikamenten gegen Müdigkeit bzw. für Anregungs- und Konzentrationsmittel.¹⁸

Erstkonsumalter

Jene, die zum ersten Mal zu Sedativa greifen, sind im Schnitt etwa Mitte 30 Jahre. Bei Abmagerungsmitteln und Anregungsmitteln liegt das Einstiegsalter zwischen 25 und 30 Jahren.

18.2.2 Handlungsleitlinie für legale Suchtmittel

Alkohol

Maßnahmen planen und abstimmen

Im Rahmen eines langfristigen Konzepts ist in einem ersten Schritt die Erhebung der Ist-Situation im Alkoholbereich durchzuführen, um daraus abgeleitete Maßnahmen zu planen.

Während sich für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im Bereich illegaler Substanzen über Jahre hinweg ein differenziertes und umfangreiches Hilfsangebot etabliert hat, ist es notwendig, das Behandlungskonzept für Alkoholgefährdete und Alkoholabhängige dahingehend weiterzuentwickeln, dass die LeistungserbringerInnen – ähnlich wie im bestehenden SDHN – ein Netzwerk bilden, in dem sie einander ergänzen und ihre Leistungen bedarfsorientiert aufeinander abstimmen.

zielorientierte Angebote schaffen

Die Entwicklung von therapeutischen Angeboten mit klar definierten Zielen und Qualitätsstandards, deren Vernetzung und das Nahtstellenmanagement werden in den nächsten Jahren von großer Bedeutung sein. Zur Rehabilitation sollen sowohl Angebote im stationären als auch – verstärkt – im ambulanten Bereich beitragen.

Konzepte, die soziale (Re-)Integration und einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt ermöglichen, sind eine notwendige Ergänzung im Rahmen differenzierter Behandlungsmodelle.

diversifizierte Behandlungskonzepte

Auch im Alkoholbereich müssen diversifizierte Behandlungskonzepte und Angebote etabliert werden.

Sowohl auf Abstinenz ausgerichtete therapeutische Angebote als auch Programme für Alkoholranke, die eine Abstinenz nicht erreichen oder aufrechterhalten können, müssen im Wiener Therapieangebot Platz finden.

¹⁸ Suchtmittel-Monitoring 2011, Bevölkerungsbefragung Wien, Studienbericht IFES, erstellt für die Sucht- und Drogenkoordination Wien, S. 32.

In diesem Kontext ist es wesentlich, auch das Problem des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft zu berücksichtigen und geeignete Konzepte zur Vermeidung der Schädigung von Kindern zu erarbeiten.

Hilfe für Angehörige

Nicht nur die unmittelbar betroffene Person selbst, sondern auch deren Angehörige und das umgebende System – wie Familie, Arbeitsplatz und soziales Umfeld – müssen in das Behandlungssystem integriert werden, wobei insbesondere Kindern aus alkoholkranken (suchtbelasteten) Familien Beachtung geschenkt werden sollte.

NichtraucherInnenschutz

Problembewusstsein schaffen

Im Bereich der Tabakprävention und Behandlung von Nikotinabhängigkeit wird ein Zusammenspiel aus edukativen und normativen Ansätzen als zielführend erachtet.

Hier sind Bildungsmaßnahmen und Jugendschutzbestimmungen sowie die Durchsetzung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Konsum von Tabakwaren prioritär.

Besonderes Augenmerk sollte auch auf die Entwicklung eines Problembewusstseins und die Möglichkeit der Weiterbildung von MultiplikatorInnen und Schlüsselpersonen gerichtet gelegt werden.

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Wirksame Tabakprävention setzt sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene an. Zur Verhältnisprävention zählen zum Beispiel das Jugendschutzgesetz und die Bestimmungen zum NichtraucherInnenschutz: Durch Verschärfungen des Tabakgesetzes wurde der NichtraucherInnenschutz in den letzten Jahren zwar deutlich ausgedehnt und große Teile der Gastronomie wurden einbezogen, die Einrichtung von getrennten RaucherInnenbereichen ist aber weiterhin möglich.

Die Erlassung von Tabakregelungen und NichtraucherInnenschutzvorschriften (Tabakrecht, ArbeitnehmerInnenschutz) fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Aufgabe der Stadt Wien ist es, für die Einhaltung dieser Bundesgesetze sowie des Wiener Jugendschutzgesetzes Sorge zu tragen und bei Verstößen die vorgesehenen Sanktionen zu verhängen.

Unabhängig von der Substanz ist die Vernetzung von Gebietskörperschaften, SozialversicherungsträgerInnen, Spezialeinrichtungen, niedergelassenen ÄrztInnen, Krankenanstalten, der Jugendwohlfahrt, der Wirtschaft und VertreterInnen der Zivilgesellschaft (Vereine, Organisationen etc.) von großer Bedeutung.

18.2.3 Neue Psychoaktive Substanzen und Research Chemicals

In den letzten Jahren finden neue, bisher kaum bekannte und erforschte Substanzen (Legal Highs, Research Chemicals) vermehrt Zuspruch und stellen die Gesundheitspolitik vor besondere Herausforderungen.

*Vertriebsweg
Internet*

Diese Substanzen sind häufig leicht zu beschaffen. Dies liegt zum Teil an den direkten Bestell- und Vertriebswegen (Internet, Versandhandel) und zum Teil an einem schwach ausgeprägten Regulierungssystem für den Umgang mit bewusst falsch deklarierten Stoffen (Badesalz, Räuchermischung), selbst wenn die Falschdeklaration klar ersichtlich ist.

Der rechtliche Status etlicher neuer Substanzen war bisher in vielen Ländern unterschiedlich bis gar nicht definiert.

*nicht vorhersagbare
Wirkungen und
erhöhte Risiken*

Research Chemicals (RCs) sind diverse chemische Substanzen, die in der Regel zu Forschungszwecken bezogen werden und in der chemischen oder Arzneimittelindustrie Verwendung finden können. Einige der unzähligen Stoffe können psychische Auswirkungen haben. Über die genauen psychoaktiven Wirkungen, das Suchtpotenzial und die Toxikologie von RCs ist noch relativ wenig bekannt, da es bisher in diesem Bereich noch keine ausreichende Forschung gibt.

Bei RCs kann es sich um psychoaktive Substanzen diverser Wirkstoffgruppen handeln (Stimulanzien, halluzinogene, empathogene, entaktogene Wirkstoffe etc.). Die Wirkungen der Substanzen sind je nachdem, zu welcher Wirkstoffgruppe sie gehören sehr unterschiedlich. Die Problematik der RCs ist vor allem auch dadurch geprägt, dass ihre Wirkung kaum vorhersagbar ist.

Die Risiken, die der Konsum von RCs mit sich bringt, können daher möglicherweise um ein Vielfaches höher sein als jene, die der Konsum von anderen psychoaktiven Substanzen birgt, die schon länger bekannt sind, und über die deshalb mehr Informationen verfügbar sind. Der aktuelle Stand des Wissens z.B. über Wirkung, Dosierung und Risikoreduzierung basiert fast ausschließlich auf Berichten von UserInnen.

Die Toxikologie, genaue Wirkmechanismen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, die akute und die Langzeit-Toxizität, mögliche Langzeitfolgen und tödliche Dosen sowie Folgen von Überdosierungen sind von den meisten RCs unbekannt bzw. noch nicht ausreichend erforscht.

Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

Der Bundesgesetzgeber hat hier durch das Beschreiten eines neuen Weges den Versuch unternommen, das gänzlich unkontrollierte und bisher auch unkontrollierbare Phänomen Neuer Psychoaktiver Substanzen einer Regelung zu unterziehen. Anfang 2012 trat das „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ (NPSG) in Kraft. Mit diesem Gesetz hat Österreich eine Regelung getroffen, die weitreichender ist als die international verbindlichen Vorgaben im Rahmen der Vereinten Nationen.

Prävention ohne Kriminalisierung

Ein wesentlicher Inhalt der Prävention im Bereich Research Chemicals ist es, betroffene Menschen zu befähigen, Risiken einzuschätzen und somit verantwortungsvoll mit diesen Risiken und ihrer Gesundheit umzugehen. Das schließt Maßnahmen der Verhältnisprävention wie (neue) gesetzliche Regelungen mit ein. Entscheidend ist dabei, dass die betroffenen KonsumentInnen nicht kriminalisiert werden.

Das NPSG entspricht in vollem Umfang dem Wiener Weg in der Sucht- und Drogenpolitik, Menschen möglichst vor Gesundheitsrisiken zu bewahren, ohne sie strafrechtlichen Sanktionen auszusetzen.

„checkit!“

In Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen und Research Chemicals ist insbesondere die Einrichtung „checkit!“ der Suchthilfe Wien gGmbH ein unerlässlicher Bestandteil der Wiener Suchtprävention. „checkit!“ ist ein wissenschaftliches Präventionsprojekt mit den Zielen der Vermeidung problematischer Konsummuster sowie der Verhinderung von kurz-, mittel- und langfristigen Gesundheitsschäden, des Sammelns von wissenschaftlichen Daten (Substanzanalyse, Fragebögen) zur Früherkennung von neuen Trends sowie der Information und Beratung wichtiger Zielgruppen auf Veranstaltungen.

18.3 Umsetzung der Wiener Sucht- und Drogenpolitik

Die Wiener Sucht- und Drogenpolitik als Querschnittspolitik wird auch zukünftig das gemeinsame Anliegen und ein integrierter Bestandteil sämtlicher Bereiche des kommunalen Handelns sein.¹⁹

SDW, SHW und SDHN

Zur Umsetzung der strategischen und operativen Ziele der Wiener Sucht- und Drogenpolitik wurde 2006 die Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (SDW) gegründet. Die SDW hat die Aufgabe dafür Sorge zu tragen, dass die damit verbundenen Angebote und Maßnahmen durch das gesamte SDHN – bestehend aus der SDW, ihrer Tochtergesellschaft, der Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH, sowie ihren FördernehmerInnen und PartnerInnen aus dem stationären und ambulanten Bereich – umgesetzt werden.

¹⁹ Siehe Kapitel 1 Grundsätzliches, Wiener Drogenkonzept, 1999, Seite 14.

Kontraktmanagement

Hierbei gelangt das Prinzip des *Kontraktmanagements* zu Anwendung. Unter diesem Begriff ist die Führung und Steuerung mittels Leistungs- und Zielvereinbarungen zu verstehen. Die jeweiligen Zielvereinbarungen basieren auf den folgenden übergeordneten Zielen:

18.3.1 Aktuelle strategische Ziele und Geschäftsfelder

Gesamtzweck und Ziele

Das SDHN ist ein Bestandteil des Sozial- und Gesundheitssystems und orientiert sich dementsprechend mit allen seinen Maßnahmen an einem übergeordneten Gesamtzweck, der Grundsatzserklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, „Gesundheit für alle“):

Das Ziel ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien.

Ausgehend davon verfolgt die SDW folgendes strategisches Ziel für ihren Aufgabenbereich:

Das Ziel ist, die bedarfsgerechte (in Bezug auf Qualität und Quantität) Umsetzung der Wiener Sucht- und Drogenpolitik dauerhaft sicherzustellen und laufend zu verbessern.

Diese Formulierung ist gleichzeitig das übergeordnete Ziel für jene Leistungen, die im Rahmen des Kontraktmanagements der SDW erbracht werden.

Ausgehend von diesem Gesamtzweck und dem strategischen Ziel gibt es die folgenden strategischen Geschäftsfelder, die in Kernbereiche (inhaltlich) und Querschnittsbereiche (unterstützend) unterteilt sind.

Strategische Geschäftsfelder SDW – Kernbereiche

Ausgehend von den zuvor genannten übergeordneten Zielen ist für jeden Kernbereich ein strategisches Ziel formuliert.

Suchtprävention

Das Ziel ist, dass Menschen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen selbstbestimmt, kritik- und genussfähig sowie sozial integriert sind.

Hierbei stellen die sozialen und ökonomischen Voraussetzungen von Personen wesentliche Faktoren dar.

Beratung, Behandlung und Betreuung

Das Ziel ist, dass Menschen mit einer Suchtproblematik sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.

dauerhaftes Zurechtkommen mit chronischer Erkrankung

Dieses Ziel muss einerseits objektiv messbar sein und andererseits der subjektiven Lebensrealität entsprechen. Als Erfolg (Zielerreichung) ist in diesem Zusammenhang nicht nur die völlige Abstinenz, sondern auch das dauerhafte Zurechtkommen mit einer chronischen Krankheit zu verstehen.

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale Integration

Das Ziel ist, Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels der (Re-)Integration in einen Arbeitsmarkt und der sozialen (Re-)Integration zu ermöglichen.

verträgliches Mit- oder Nebeneinander

Öffentlicher Raum und Sicherheit

Das Ziel ist, dass ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller NutzerInnengruppen im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen gegeben ist. Suchtkranke Menschen werden bedarfsorientiert in das SDHN bzw. in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem integriert.

Die Aufgabe der Sucht- und Drogenkoordination ist es, durch Kommunikation, Beratung und Vermittlung, das subjektive Sicherheitsgefühl aller Menschen in Wien zu stärken und ein verträgliches Mit- oder Nebeneinander sowie die Toleranz innerhalb der Bevölkerung zu fördern.

Strategische Geschäftsfelder SDW – Querschnittsbereiche

Die Querschnittsbereiche Öffentlichkeitsarbeit, Qualitäts-, Gender- und Diversitätsmanagement, Dokumentation, Recht, Controlling und allgemeine Administration unterstützen die Kernbereiche durch Sicherstellung von umfassenden Entscheidungsgrundlagen, einer adäquaten Organisationsstruktur und eines effizienten Managements.

18.3.2

Bedarfsdeckung

überprüfen und anpassen

Um Bedarfsdeckung kontinuierlich zu gewährleisten, werden die definierten Ziele, Maßnahmen, Strukturen und Prozesse regelmäßig überprüft und gegebenenfalls einem veränderten Bedarf entsprechend angepasst.

Dabei werden einerseits vorhandene Forschungsergebnisse und Ergebnisse aus ExpertInnengremien herangezogen und andererseits auch die Bedürfnisse der unterschiedlichen Anspruchsgruppen (KlientInnen, Angehörige, Bevölkerung etc.) in adäquater Weise mitberücksichtigt.

Bedarf und Bedürfnis unterscheiden

Bedarf wird in diesem Zusammenhang als objektive, quantifizierbare Größe zur Behebung einer vorhandenen Mangelsituation verstanden. Im Unterschied dazu drückt ein **Bedürfnis** den Wunsch aus, einem empfundenen Mangel Abhilfe zu schaffen.

19 Strategische Geschäftsfelder – Kernbereiche

19.1 Suchtprävention

Suchtvorbeugung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erfordert die Sensibilisierung der Bevölkerung und setzt bei der Entstehung und Entwicklung von Suchtverhalten an. Suchtpräventive Angebote müssen sich dabei sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundene Süchte beziehen.

*Institut für
Suchtprävention
(ISP)*

Für die Umsetzung der Wiener Suchtprävention ist u. a. das Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien zuständig. Aufgaben des Instituts sind die Entwicklung von Pilot- und Modellprojekten, die Vernetzung mit Institutionen und Fachkräften und die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von bestehenden suchtpreventiven Angeboten in Wien.

19.1.1 Oberstes Wirkungsziel Suchtprävention

Das Ziel ist, dass Menschen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen selbstbestimmt, kritik- und genussfähig sowie sozial integriert sind.

Hierbei stellen die sozialen und ökonomischen Voraussetzungen von Personen wesentliche Faktoren dar.

19.1.2 Prinzipien der Suchtprävention

*Wertschätzung,
Partizipation, Eman-
zipation, (Eigen-)
Verantwortung*

Die Wiener Suchtprävention basiert auf einem wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbild und setzt auf die Eigenverantwortung der Menschen. Sie orientiert sich an wissenschaftlichen Theorien, empirischer Forschung und praktischem Erfahrungswissen.

*Qualitätssicherung
und wissenschaft-
liche Evaluation*

Sie ist qualitätsgesichert und bezieht umfassende Konzepte und wissenschaftliche Evaluationen von Modellprojekten mit ein. Durch die Umsetzung innovativer Konzepte und Projekte soll auch das Beschreiten neuer Wege ermöglicht werden.

Suchtprävention arbeitet ursachenorientiert. Die Sucht und ihre Entwicklung – bedingt durch biologische, psychische und soziale Faktoren – sind über den Substanzkonsum hinausgehend wesentliche Aspekte.

Sucht als dynamischer Prozess

Gesundheit wird als aktiv herzustellender Zustand und somit als Prozess verstanden, auf den sich diverse Einflussfaktoren positiv oder negativ auswirken können. Demgemäß sind die Entstehung und der Verlauf von Sucht als ein dynamischer Prozess zu sehen, der nicht linear verläuft und in dem viele unterschiedliche Entwicklungen möglich sind. Zeitgemäße suchtpräventive Konzepte orientieren sich an Bedingungen, Kompetenzen und Faktoren, die zur Gesundheit beitragen und diese schützen.

19.1.3 Ansätze und Zielgruppen

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Suchtprävention berücksichtigt sowohl die *Verhaltens-* als auch die *Verhältnis-*ebene. Während *Verhaltensprävention* beim Verhalten der jeweiligen Person oder Gruppe ansetzt, zielt die *Verhältnisprävention* auf strukturorientierte Maßnahmen ab. Darunter fallen z. B. gesetzliche Regelungen, Zugangsbeschränkungen, Preisgestaltungen, Normen, Umfeld-Bedingungen und indirekt auch Schulungen von MultiplikatorInnen.

Suchtpräventive Ansätze, wie z. B. Lebenskompetenzansatz und Interventionen bei Alkoholproblematiken, können neben der Vorbeugung von Sucht sowohl kurz- als auch langfristig gewaltpräventiv wirken.

MultiplikatorInnen-Ansatz

Vor allem durch den MultiplikatorInnen-Ansatz können viele Menschen erreicht werden.

MultiplikatorInnen sind beispielsweise LehrerInnen, (Schul-)SozialarbeiterInnen, JugendarbeiterInnen oder auch Jugendliche selbst, indem sie Gleichaltrige und Gleichgesinnte (mit dem *Peer-to-Peer-Ansatz*) ansprechen.

Die Maßnahmen der Suchtprävention müssen auf die Bedürfnisse der Zielgruppen und ihre Lebensräume, wie z. B. Schule, außerschulische Jugendarbeit, Kinder und Familien, Betrieb etc., zugeschnitten sein und sollen bedarfsorientiert für aktuelle Anforderungen adaptiert werden.

Suchtprävention orientiert sich an einer Reihe fachlicher und strategischer Ansätze:

Fachliche Ansätze

Als *fachliche Ansätze* sind im Rahmen der Suchtprävention besonders die Früherkennung bzw. Frühintervention und die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen hervorzuheben.

Lebenskompetenz

Lebenskompetenzen sind jene Fähigkeiten, die einen angemessenen Umgang sowohl mit Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen.

Die Förderung von Lebenskompetenzen zielt auf eine breite Stärkung von sozialen Fähigkeiten und persönlichen Ressourcen ab. Um einer Suchtentwicklung entgegenzuwirken, muss die Entwicklung von unterschiedlichen, an die jeweilige Situation angepassten Bewältigungsstrategien gefördert werden.

Risikokompetenz

Der *Risikokompetenzansatz* geht davon aus, dass Experimentier- und Risikoverhalten aus entwicklungspsychologischer Sicht, insbesondere von Jugendlichen, ein normaler und notwendiger Entwicklungsschritt auf dem Weg des Erwachsenwerdens ist. Risikoverhalten entspringt häufig auch den Bedürfnissen nach sozialer Anerkennung, Genuss und Abenteuer. Im Umgang mit Risiken können Jugendliche ihre Fähigkeiten, aber auch Grenzen kennenlernen, da Risiken auch mit negativen Auswirkungen für die Jugendlichen selbst und andere verbunden sein können.

Risikokompetenzförderung zielt darauf ab, Risikoverhalten in seinen positiven Aspekten aus zuleben und die Gefahren dabei auf ein Minimum zu reduzieren. Das Ziel ist, Menschen zu befähigen, Risikosituationen zu erkennen und zu analysieren, ihr eigenes Risikoverhalten bewusst wahrzunehmen, individuell und sozial verträglich zu handeln und die Grenzen dort zu ziehen, wo schädliche Wirkungen eintreten.

Strategische Ansätze

Zielgruppenorientierung

Die strategischen Ansätze berücksichtigen die unterschiedlichen Bedingungen und Voraussetzungen der Zielgruppen. So macht es einen Unterschied, ob sich Prävention an die allgemeine Bevölkerung oder an eine ganz spezifische Zielgruppe mit bestimmten Risikomerkmale für problematischen Suchtmittelgebrauch oder an Personen mit bereits manifestem Risikoverhalten richtet. Die Sozialraumorientierung und die Beachtung regionaler, gesellschaftlicher und kultureller Verhältnisse sind hierbei wesentlich.

19.2 Beratung, Behandlung und Betreuung

Sucht ist eine chronische Erkrankung: aufeinander abgestimmte Maßnahmen

Sucht ist eine chronische Erkrankung. Gute Angebote und Maßnahmen in der Beratung, Behandlung und Betreuung haben nicht nur die Abstinenz zum Ziel, sondern auch das dauerhafte Zurechtkommen mit dieser chronischen Erkrankung. Um dem Klienten oder der Klientin zur richtigen Zeit das richtige Angebot bieten zu können, bedarf es der genauen Planung aufeinander abgestimmter Maßnahmen. Stationär und ambulant erbrachte Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis und am Bedarf der KlientInnen ausgerichtet werden.

19.2.1 Oberstes Wirkungsziel Beratung, Behandlung und Betreuung

Das Ziel ist, dass Menschen mit einer Suchtproblematik sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.

19.2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das seit 1976 kontinuierlich aufgebaute Netzwerk der Wiener Sucht- und Drogenhilfe hat sich bewährt. Die Vernetzung der spezialisierten Einrichtungen mit dem allgemeinen Gesundheit- und Sozialbereich ist für ein breites Angebotsspektrum essenziell.

Die Behandlung von Suchtkranken ist heute nicht nur in den Spezialeinrichtungen der Suchthilfe, sondern auch in anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems weitgehend ein integrierter Teil des Leistungsangebots.

institutionenübergreifende Kooperationen

Wesentlich sind daher die Zusammenarbeit und der Austausch dieser Bereiche im Sinne einer Integration im Gesundheits- und Sozialsystem. Eine der zentralen Aufgabe in der Sucht- und Drogenarbeit ist es, die unterschiedlichsten beruflichen Settings zu beraten und zu befähigen, suchtkranken PatientInnen/KlientInnen eine adäquate Behandlung, Betreuung und Versorgung zukommen zu lassen.

Je nach Bedarfs- oder Problemlage der Zielgruppe müssen längerfristige und institutionenübergreifende Kooperationen eingegangen werden, um gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.

An dieser Stelle sei exemplarisch der Pflegebereich älterer Suchtkrankter, die Behandlung und Betreuung suchtkrankter schwangerer Frauen oder hochriskant konsumierender Jugendlicher erwähnt.

In der medizinischen Versorgung von Suchtkranken werden neue, auf Forschungsergebnissen und internationalen Erfahrungen beruhende therapeutische Ansätze berücksichtigt.

Fokus auf den niedergelassenen Bereich

In Bezug auf die unterschiedlichen Suchtformen (illegale Substanzen oder legale Substanzen wie Alkohol, Nikotin und Medikamente) kommt den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin eine entscheidende Rolle zu. Häufig sind sie für Personen mit einer Suchterkrankung die erste Anlaufstelle, oder die Problematik tritt in ihrer Praxis das erste Mal zutage. Das Erkennen und Ansprechen der Suchterkrankung, die Verschreibungspraxis und der vom Arzt oder der Ärztin für Allgemeinmedizin geplante weitere Behandlungsverlauf haben weitreichende Folgen für die PatientInnen/KlientInnen.

Die Bemühungen in der Sucht- und Drogenarbeit müssen somit auch dahin gehen, im niedergelassenen medizinischen Bereich verstärkt Schulungen anzubieten und das komplexe Thema Suchterkrankung bereits während des Studiums und der Aus-, Fort- und Weiterbildung adäquat zu verankern.

19.2.3

Organisation der KlientInnenversorgungsprozesse

Maßnahmen: wissenschaftlich fundiert und bedarfsorientiert

Entsprechend den Qualitätsstandards des SDHN müssen sämtliche Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungskonzepte wissenschaftlich fundiert sein. Konkrete Maßnahmen für KlientInnen müssen stets unter Berücksichtigung der gegebenen Ausgangslage²⁰ und des angestrebten Wirkungsziels ausgewählt und umgesetzt werden. Dabei soll, dem jeweiligen Bedarf entsprechend, auf eine multiprofessionelle und methodenvielfältige Versorgung geachtet werden.

Ausgehend von der Zielgruppe „Menschen mit Suchtproblematik“ sind KlientInnengruppen definiert. Jeder KlientInnengruppe sind ein Wirkungsziel und zur Zielerreichung geeignete soziale und therapeutische Maßnahmen zugeordnet. Diese Definitionen werden entsprechend den Ausführungen im Kapitel 18.3.2 Bedarfsdeckung erarbeitet.

²⁰ abgebildet durch die Multidimensionale Diagnostik, vgl. dazu Kapitel 18.1.3

19.3

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration

erhöhtes Risiko durch Arbeitslosigkeit

Arbeit und Wohnen sind soziale Grundbedürfnisse. Suchterkrankung stellt einerseits ein erhöhtes Risiko dar, den Arbeitsplatz zu verlieren, andererseits ist bei arbeitslosen Personen die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von zwölf Monaten an einer stoffgebundenen Abhängigkeit zu erkranken, doppelt so hoch wie bei arbeitstätigen Personen. Eine Suchterkrankung stellt auch eine zusätzliche Hürde beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt dar.

Ein koordiniertes Maßnahmen-system mit dem Arbeitsmarktservice Wien (AMS Wien), dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) und Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) ermöglicht Suchtkranken, einen Arbeitsplatz oder eine Ausbildungsstelle zu finden und diese mittel- und langfristig zu behalten.

Marginalisierung verhindern

Das SDHN hat die grundlegende Aufgabe, den Kreislauf von Arbeitslosigkeit, Sucht und sozialer Desintegration zu durchbrechen und suchtkranke Menschen vor Arbeitslosigkeit zu bewahren. Reintegrative arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die eine Marginalisierung verhindern und die soziale (Re-)Integration fördern, sind wesentliche Bestandteile der Wiener Sucht- und Drogenpolitik.

19.3.1

Oberstes Wirkungsziel Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration

Das Ziel ist, Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels der (Re-)Integration in einen Arbeitsmarkt und der sozialen (Re-)Integration zu ermöglichen.

Grundsätzlich zählt Arbeitsmarktpolitik zu den Aufgaben der Bundesverwaltung. Seitens der Sucht- und Drogenkoordination ist dafür einzutreten, dass für die Zielgruppe Menschen mit Suchterkrankungen im Rahmen der Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik ausreichend Kapazitäten und Angebote für die Reintegration in den Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt werden.

19.3.2 Früherkennung und (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt

*Grundlage der
Früherkennung:
Wissen über Sucht*

Früherkennung und Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext bedeutet, Bildungsinstitute dazu zu befähigen, suchtpreventive Schulungen anzubieten. TrainerInnen von Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sollen ausreichend Wissen über die Früherkennung von Suchterkrankungen erlangen, um suchtkranke arbeitslose Personen bei der Einbindung in das bestehende suchtspezifische Maßnahmenangebot besser unterstützen zu können.

Durch arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtungen²¹ können Betroffene erfolgreich in den Arbeitsmarkt vermittelt werden und ihre Suchterkrankung kann stabilisiert werden.

*individuelle Bedürf-
nisse und Erforder-
nisse berücksichtigen*

Bei der (Re-)Integration von Suchtkranken in das Arbeitsleben ist es erforderlich, die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse der KlientInnen zu berücksichtigen, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Personen, deren Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht möglich ist, sollen die Möglichkeit erhalten, in einem geschützten Rahmen einer befristeten Beschäftigung nachzugehen.

*sozialökonomische
Betriebe*

Als eine geeignete Maßnahme, suchtkranke Personen in einen Arbeitsmarkt zu (re)integrieren, haben sich sozialökonomische Betriebe etabliert. Dort können Betroffene kontinuierlich und konsequent an die vorgegebenen Erfordernisse der Arbeitswelt heran geführt werden.

Suchtkranke Personen müssen über eine medizinische und psychische Versorgung hinaus wesentlich bei der Integration in den Arbeitsmarkt unterstützt und begleitet werden. Speziell im Bereich der Alkoholabhängigkeit müssen Maßnahmen zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt geplant werden, die direkt im Anschluss an eine Therapie oder einen Entzug ansetzen.²²

*Arbeitsplatz erhalten –
Behandlungserfolg
absichern*

Der Erhalt des Arbeitsplatzes sowie die berufliche Wiedereingliederung von arbeitslosen KlientInnen sind im Rahmen einer ambulanten oder stationären Suchttherapie von zentraler Bedeutung, um den Behandlungserfolg langfristig abzusichern.

21 Wie z.B. die Wiener Berufsbörse und das Projekt „Standfest“ oder sozialökonomische Beschäftigungsbetriebe wie fix & fertig und gabarage upcycling design.

22 An dieser Stelle sei erneut angemerkt, dass alkoholkrankte Personen, die eine Abstinenz nicht erreichen oder aufrechterhalten können, ebenso im Wiener Therapieangebot Platz finden müssen. Nicht nur die völlige Abstinenz, sondern auch die Reduktion des Alkoholkonsums ist in diesem Zusammenhang als Behandlungserfolg zu verstehen und kann Ziel einer Therapie sein. Vgl. Kapitel 18.2.2 und 18.3.1.

19.4 Öffentlicher Raum und Sicherheit

*gleichberechtigtes
Zusammenleben*

Der öffentliche Raum ist dadurch charakterisiert, dass er für alle BürgerInnen frei und uneingeschränkt zugänglich ist und daher unterschiedliche soziale Gruppen und Milieus miteinander in Kontakt kommen. Die allgemeine Zugänglichkeit und Gestaltbarkeit öffentlicher Räume sowie die in ihnen stattfindende Aushandlung von Normen, Werten und Konflikten sind Grundvoraussetzung für ein gleichberechtigtes Zusammenleben.

*Politik der Toleranz
und Integration*

Die Stadt Wien verfolgt hinsichtlich der sozialen Aspekte des Zusammenlebens traditionell eine Politik der Toleranz, der Integration und der Inklusion, so auch in sozialen Problemzonen im öffentlichen Raum.

19.4.1 Oberstes Wirkungsziel Öffentlicher Raum und Sicherheit

Das Ziel ist, dass ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller NutzerInnengruppen im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen gegeben ist. Suchtkranke Menschen werden bedarfsorientiert in das SDHN bzw. in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem integriert.

Hierbei wird im Rahmen einer aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit – unter der Federführung der SDW – zwischen Polizei, Wiener Linien, ÖBB, den beteiligten Abteilungen des Wiener Magistrats und den involvierten sozialen Einrichtungen eine Gesamtstrategie umgesetzt.

19.4.2 Koordinierte Gesamtstrategie

Durch sozialarbeiterische, medizinische, pädagogische und polizeiliche Maßnahmen werden folgende für den öffentlichen Raum definierte Ziele verfolgt:

- Suchtkranke Personen sollen erreicht und in das SDHN und das allgemeine Sozialsystem integriert werden.
- Die Etablierung offener Drogen(Handels)-Szenen in Wien muss verhindert werden.
- Die objektive Sicherheit und das subjektive Sicherheitsgefühl aller BürgerInnen soll erhöht werden.
- Die notwendigen Kooperationen zwischen involvierten Gebietskörperschaften, Institutionen und Organisationen sowie deren koordinierte Öffentlichkeitsarbeit müssen gewährleistet bleiben.

Alternativen zum Aufenthalt im öffentlichen Raum

Um diese Ziele zu erreichen, benötigen suchtkranke Personen ausreichend bedarfsgerechte Alternativen zum Aufenthalt im (halb)öffentlichen²³ Raum.

Vertreibungen oder Wegweisungen von Personen oder Personengruppen aus dem öffentlichen Raum sind – wenn keine Gesetzesübertretungen begangen werden – rechtswidrig, stigmatisierend und stellen keine nachhaltige Lösung dar. Die Stigmatisierung von suchtkranken Personen führt zu einer Einschränkung ihrer Teilhabemöglichkeiten an Gesundheit, Wohnen, Arbeit und Bildung.

Entstigmatisierung fördern

Die Entstigmatisierung marginalisierter Personen im öffentlichen Raum ist ein zentrales Anliegen. Durch niederschwellige²⁴ Angebote für die Zielgruppe, Öffentlichkeitsarbeit sowie partizipative Prozesse wird Entstigmatisierung gefördert.

Ausgewogene und am Bedarf der KlientInnen orientierte Leistungen sind von großer Bedeutung.

Dabei ist wesentlich, Leistungen so anzubieten, dass sie leicht erreichbar sind. Insbesondere ist auch der Aspekt zu beachten, wie zentral oder dezentral Leistungen angeboten werden.

Soziale Arbeit im öffentlichen Raum

Die Integration suchtkranker Personen in das SDHN und das bestehende Gesundheits- und Sozialsystem wird durch unterschiedliche Methoden und Ansätze der Sozialen Arbeit ermöglicht.

23 Öffentliche oder halböffentliche Räume können u. a. an der Befugnis unterschieden werden, wer über den Zugang zu diesen Räumen bestimmen kann. Öffentliche Räume sind für alle Personen zugänglich und werden von der öffentlichen Hand verwaltet. Halböffentliche Räume bilden eine Zwischenform. Sie sind aufgrund ihrer Zweckbestimmtheit zwar öffentlich zugänglich, unterliegen jedoch privatrechtlichen Zugangsregeln (insbesondere Hausrecht der BesitzerInnen und MieterInnen). Aufgrund verschiedener Ursachen (rechtliche, gesellschaftliche oder gesundheitliche) ist nicht allen Personen die Nutzung halböffentlicher Räume möglich. Oft stehen im halböffentlichen Raum ökonomische Nutzungsinteressen, z. B. von Gewerbetreibenden, im Vordergrund. Der Bevölkerung ist oft gar nicht bewusst, ob es sich um öffentliche, halböffentliche oder private Räume handelt und welche Regeln oder Verbote mit deren Nutzung einhergehen.

24 Der Begriff Niederschwelligkeit ist eng mit der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit verknüpft. Demnach werden Einrichtungen und Angebote so gestaltet, dass der Zugang für die unterschiedlichen Zielgruppen bzw. AdressatInnen möglichst einfach ist. Eine alltagsnahe Gestaltung und eine bewusste Reduktion von Zugangsbarrieren sind dabei von Bedeutung.

Je nach Methode und Ansatz kommen der Sozialen Arbeit hierbei vielfältige Aufgaben zu. Dazu zählen die Vermittlung zwischen den Interessenslagen suchtkranker Personen und anderen NutzerInnengruppen im öffentlichen Raum, die Entschärfung von Konflikten, das Entgegenwirken der Stigmatisierung marginalisierter²⁵ Personen, die Kommunikation bestehender Normen und Regeln und das Thematisieren gesellschaftspolitischer Rahmenbedingungen und sozialer Ungleichheiten. Soziale Arbeit muss sich auch auf struktureller Ebene für Lösungen einsetzen und Diversität fördern.

In diesem Zusammenhang hat auch das komplexe Zusammenspiel sozialer Rahmenbedingungen – die unter anderem durch Bildung, soziale Ungleichheit, Ethnizität, Geschlecht oder Alter bestimmt werden – Berücksichtigung zu finden.

Mobile Soziale Arbeit im öffentlichen Raum – unter Berücksichtigung des Bedarfs aller Beteiligten – ist ein Beitrag zur professionellen Gestaltung von öffentlichen Arrangements und zum Management von Diversität.

19.4.3 **Ganzheitliche Ansätze und koordinierte Maßnahmen zur Förderung des Sicherheitsgefühls**

*subjektive Sicherheit:
viele Faktoren*

Die subjektive Wahrnehmung von Sicherheit oder Unsicherheit hängt nur bedingt von der objektiven Sicherheitslage ab. Physische Faktoren, wie z. B. Einsehbarkeit, Dunkelheit, wenig Licht, Verschmutzung, zu wenige WC-Anlagen etc., können Unsicherheitsgefühle ebenso fördern wie die Begegnung mit sichtbarem Elend und marginalisierten Menschen im öffentlichen Raum.

Persönliche Faktoren im Umgang mit Situationen im öffentlichen Raum sind individuell erlernte Haltungen, Kompetenzen und Handlungsspielräume.

Durch den Einsatz der Sozialen Arbeit soll die Kompetenz der BürgerInnen, mit unterschiedlichen Großstadtphänomenen umzugehen, erhöht werden.

Die Aufgaben der Sozialen Arbeit enden bei Übertretungen von Rechtsvorschriften.

Die Überwachung der Einhaltung der Gesetze sowie die Verfolgung von Gesetzesübertretungen sind Aufgaben von Verwaltungsbehörden, Polizei und Justiz. Die bedarfsorientierte und angemessene Präsenz der uniformierten Polizei trägt dazu bei, die Entstehung von Drogenhandelsszenen zu verhindern.

25 Mit dem Begriff „marginalisierte Gruppen“ werden Menschen beschrieben, die aus unterschiedlichen Gründen nicht (mehr) in der Lage sind, ihr soziales oder ökonomisches Leben ohne Unterstützung zu bestreiten. Diese Menschen sind häufig im öffentlichen Raum anzutreffen.

organisationsübergreifende Zusammenarbeit ist entscheidend

Die organisationsübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Stadt Wien – auf strategischer und auch auf operativer Ebene – mit Dienststellen des Magistrats, Bezirksvertretungen, öffentlichen Verkehrsbetrieben, der Exekutive und den AkteurInnen der Sozialen Arbeit sind unerlässlich. Einerseits, um die Nutzungsinteressen aller Zielgruppen im öffentlichen Raum zu berücksichtigen, und andererseits, um koordinierte Maßnahmen zur Förderung der objektiven Sicherheit und des subjektiven Sicherheitsgefühls aller Menschen in Wien entwickeln zu können.

Dies betrifft insbesondere auch die Kooperation mit Planungsabteilungen der Stadt, um bereits im Vorfeld baulicher Maßnahmen die Beeinträchtigung der Sicherheit gar nicht erst entstehen zu lassen.

20 Strategische Geschäftsfelder – Querschnittsbereiche

20.1 Öffentlichkeitsarbeit

*zentrales Anliegen:
umfassende
Information*

In öffentliche Kommunikationsprozesse sind viele Gruppen, wie z. B. die Bevölkerung, Exekutive, politische und gesellschaftliche EntscheidungsträgerInnen, ExpertInnen etc., involviert. Deren jeweiliger Informationsstand ist jedoch sehr unterschiedlich. Es gilt, diese unterschiedlichen Zielgruppen, ihrem Wissensstand entsprechend, umfassend fachlich und sachlich über die Thematik Sucht und Suchterkrankung zu informieren.

20.1.1 Strategisches Wirkungsziel Öffentlichkeitsarbeit

Das Ziel ist eine bessere und differenziertere Diskussion in der Öffentlichkeit über die Sucht- und Drogenproblematik.

Entstigmatisierung

Die nachhaltige Entstigmatisierung von Menschen mit Suchtproblemen ist ohne Öffentlichkeitsarbeit nicht möglich. Eine zentrale Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit im Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk ist es, der Stigmatisierung, Diskriminierung, Emotionalisierung und Dramatisierung entgegenzuwirken.

20.1.2 Nachhaltige Entstigmatisierung mittels professioneller Öffentlichkeitsarbeit

*sachliche
Kommunikation*

Die Weitergabe von Informationen durch verschiedene Medien spielt im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit eine zentrale Rolle. Zeitgemäße suchtpreventive Kommunikationsmaßnahmen verzichten auf Abschreckung und Dramatisierung, Belehrungen und der Anwendung von Furchtappellen, weil diese entweder wirkungslos sind oder aber nicht intendierte Wirkungen erzeugt werden. Sie bestehen aus sachlicher Kommunikation auf Augenhöhe und setzen Sprache und Bilder geschlechtersensibel ein.

Sucht wird in der Öffentlichkeit meist als ein individuelles Problem wahrgenommen, das durch eigenes Verschulden hervorgerufen wird. Eine Abhängigkeit von illegalen Substanzen wird weitgehend mit kriminellen Aktivitäten gleichgesetzt.

Oftmals fehlt das Verständnis, Sucht – deren Ursachen u. a. auch gesellschaftlich bedingt sind – als ein Phänomen zu begreifen, das die gesamte Gesellschaft betrifft.

Kernbotschaften

Der Begriff Sucht ist nach wie vor mit vielen Vorurteilen und Ängsten behaftet. Die Kernbotschaften in der Öffentlichkeitsarbeit müssen daher lauten:

1. Sucht ist – unabhängig von der Art der Substanz oder des Suchtverhaltens – eine Erkrankung und keine Willensschwäche oder moralische Verfehlung.
2. Prävention und Suchthilfe sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
3. Der öffentliche Raum, in dem unterschiedliche soziale Gruppen und Milieus aufeinandertreffen, ist für alle Menschen frei und uneingeschränkt zugänglich.

Vorurteile abbauen

Durch gezielte und aktive Öffentlichkeits- und Medienarbeit können einerseits Vorurteile, die im Zusammenhang mit Sucht bestehen, abgebaut werden, andererseits kann sachlich und transparent über die Wiener Sucht- und Drogenarbeit informiert werden. Mittels Öffentlichkeitsarbeit soll Bewusstseinsbildung über Suchtmittel – unabhängig von ihrem gesetzlichen Status – erreicht werden.

Hierbei ist es wichtig, zielgruppenadäquate und zeitgemäße Informationskanäle zu nutzen und so der Öffentlichkeit sachliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählen klassische Medien wie Presse und Rundfunk, Hintergrundgespräche, Fachtagungen und auch elektronische und neue Medien.

20.2 Qualitäts-, Gender- und Diversitätsmanagement

20.2.1 Qualitätsmanagement

kontinuierlichen Verbesserungsprozess etablieren

Im gesamten SDHN soll ein umfassender Qualitätsbegriff im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses etabliert werden. Nicht nur die Qualität der Leistungen und Maßnahmen soll hierbei berücksichtigt werden, sondern auch der Bedarf der Anspruchsgruppen, einschließlich der Mitarbeitenden, um so der Verantwortung für die Gesellschaft gerecht zu werden.

Die zentralen Prinzipien des Qualitätsmanagements – die Orientierung an Anspruchsgruppen, die Definition von Qualitätsstandards und die Beteiligung der MitarbeiterInnen – sind im Rahmen des Kontraktmanagements²⁶ regelmäßig und auf geeignete Weise zu berücksichtigen.

²⁶ Siehe Kapitel 18.3 Umsetzung der Wiener Sucht- und Drogenpolitik

Speziell in Bezug auf Anspruchsgruppen sind Gender- und Diversitätsmanagement als unverzichtbare Bestandteile des Qualitätsmanagements zu betrachten.

20.2.2 Gender-Mainstreaming

Im Wiener SDHN soll die derzeit gültige Definition von Gender-Mainstreaming²⁷ in der EU, die Definition des Europarates (Straßburg 1998), übernommen werden:

„Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte, auf allen Ebenen und in allen Phasen, durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen.“

*gendersensible
Gestaltung von
Maßnahmen*

Nachdem Sucht nicht monokausal zu erklären ist, sondern aus dem Zusammenspiel individueller biologischer, psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren resultiert²⁸, wird die Entstehung und der Verlauf dieser Erkrankung nicht unabhängig vom Geschlecht gesehen. Angebote und Maßnahmen der Prävention und der Behandlung von Sucht müssen daher gendersensibel gestaltet werden.

Um die gendersensible Ausrichtung der Sucht- und Drogenarbeit für die Zukunft zu gewährleisten, muss Gender-Mainstreaming, entsprechend den „Gender-Mainstreaming Guidelines der Sucht- und Drogenkoordination Wien“, als ein verbindlicher Bestandteil der Sucht- und Drogenarbeit gelten.

20.2.3 Diversitätsmanagement

Diversitätsmanagement ist ein strategischer Managementansatz, der zur Wahrnehmung der sozialen Vielfalt von Menschen dient, um strukturelle und soziale Bedingungen zum Vorteil aller Beteiligten zu schaffen.

soziale Vielfalt

Zu den Kerndimensionen von Vielfalt zählen das Alter, die psychischen, physischen und kognitiven Voraussetzungen, die ethnische Zugehörigkeit (bzw. die Sprache), das Geschlecht, die Religion, die sexuelle Orientierung und die Weltanschauung.

Bei der Planung, Umsetzung und Evaluierung sämtlicher Maßnahmen im SDHN müssen die beschriebenen Kerndimensionen von Vielfalt regelmäßig und in geeigneter Weise berücksichtigt werden. Dies gilt gleichermaßen in Bezug auf die MitarbeiterInnen und die KlientInnen des SDHN.

²⁷ Siehe Kapitel 14 Gender-Mainstreaming Guidelines der Sucht- und Drogenkoordination Wien

²⁸ Vgl. Kapitel 18.1.1 Ursachen

*Stigmatisierung
verhindern*

Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass gesetzte Maßnahmen für eine bestimmte KlientInnengruppe, z. B. in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund, zur sozialen Integration beitragen und nicht zu Stigmatisierung führen oder gar einer Exklusion dieser Gruppe Vorschub leisten.

Gerade in der Sucht- und Drogenarbeit erfordert das Berücksichtigen der Verschiedenheit der Menschen hohe Sensibilität.

20.3 Dokumentation

Die Konzipierung, Implementierung und der Betrieb eines SDHN-weiten Dokumentationssystems wurde bereits im Drogenkonzept 1999 empfohlen und mittlerweile umgesetzt.

*einheitliches Dokumentations-
system*

Dieses gemeinsame Dokumentationssystem des SDHN stellt eine wichtige Grundlage für ein effizientes Berichtswesen und Controlling, eine vertiefende Evaluation und ein umfassendes Qualitätsmanagement dar. Darüber hinaus soll dadurch die Zusammenarbeit aller Einrichtungen untereinander erleichtert und die Transparenz erhöht werden.

Auch allgemeine Verwaltungsziele sollen durch ein einheitliches Dokumentationssystem verfolgt werden. Dazu zählen die Erhaltung und der Ausbau moderner Projekt- und Qualitätsstandards, die Sicherstellung von optimalen Kosten- und Organisationsstrukturen, der qualitätsvolle Ausbau des E-Government-Leistungsangebots bzw. der Beitrag zu den E-Health-Aktivitäten der Stadt Wien und die Verstärkung der KundInnen- bzw. KlientInnenorientierung.

20.4 Controlling

*ergebnisorientiertes
Steuerungssystem*

Das Controlling unterstützt die Kernbereiche, um eine bedarfsgerechte Optimierung des Mitteleinsatzes im Sinne des Kontraktmanagements dauerhaft zu gewährleisten und ein ergebnisorientiertes Steuerungssystem für die Weiterentwicklung des Förderungs- und Finanzierungsmanagement zu etablieren.²⁹ Unter einem „ergebnisorientierten Steuerungssystem“ ist die Orientierung an geplanten Wirkungen, die als Folge von erbrachten Leistungen entstehen, zu verstehen.

29 Vgl. Kapitel 18.3 Umsetzung der Wiener Sucht- und Drogenpolitik

21

Schlusswort

Die Grund- und Menschenrechte als fundamentale Prinzipien unserer Rechts- und Gesellschaftsordnung bilden die Grundlagen und den äußeren Rahmen der Strategie 2013. Die Achtung der Menschenwürde, des Selbstbestimmungsrechts des Individuums, der Freiheit und Gleichheit, der gesellschaftlichen Solidarität sowie der Rechtsstaatlichkeit sind unabdingbare Grundvoraussetzungen aller suchtspezifischen Aktivitäten.

Weder trifft einen Menschen eine „Schuld“ an einer Suchterkrankung – gleichgültig, von welcher Substanz oder von welchem Verhalten eine Abhängigkeit besteht – noch fehlt es Suchtkranken bloß an der entsprechenden Willenskraft, einem Verlangen zu widerstehen.

Vereinzelt kommt es zu Forderungen nach Anwendung von Zwang oder „Zwangsbearbeitungen“ für Suchtkranke; dies stellt jedoch einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der Betroffenen dar und ist daher strikt abzulehnen.

Sucht als psychische Erkrankung ist mit einem gesellschaftlichen Stigma belastet. Suchtkranke Menschen werden häufig Opfer – direkter oder indirekter – Diskriminierungen. Diskriminierendes Verhalten und Ausgrenzung gefährden nicht nur den individuellen Therapieerfolg, sondern auch den sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Die Maxime der Wiener Suchtpolitik ist es daher, die Wahrung der Rechte der KlientInnen zu gewährleisten und durch ein Klima des Vertrauens und gegenseitigen Respekts Grundvoraussetzungen für eine individuelle Bewältigung eines Suchtproblems herbeizuführen.

Die hierfür erforderliche Vertraulichkeit ist in der Sucht- und Drogenarbeit durch unterschiedlich strenge Verschwiegenheitspflichten geschützt. Bei der Umsetzung aller suchtspezifischen Aktivitäten muss daher gewährleistet sein, dass die Rechte aller KlientInnen in vollem Umfang respektiert werden und in allen Bereichen der Sucht- und Drogenarbeit die entsprechenden rechtlichen Grundvoraussetzungen geschaffen und eingehalten werden.

Anhang

Literaturangaben

Association of European Cancer Leagues, ECL; Tobacco Control Scale, TCS (2010), Website ECL: <http://www.europeancancerleagues.org/tobacco-control/tobacco-control-in-europe.html>

Dilling, H./Mambour, W./Schmidt, M.H./Schulte-Markwort, E.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F) – Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, Verlag Hans Huber, 2006.

OECD (2011), Health at a Glance 2011, OECD Indicators, Website OECD: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf>

OECD (2009), Health at a Glance 2009, OECD Indicators, Website OECD: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/44117530.pdf>

Saß, H./Wittchen, H./Zaudig, M./Houben, I.: Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR, Hogrefe Verlag, 2003.

Scheithauer, H./Hayer, T./Niebank, K. (Hrsg.): „Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter. Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention, Kohlhammer, Stuttgart, 2008.

Studienbericht IFES, erstellt für die Sucht- und Drogenkoordination Wien (2001), Suchtmittel-Monitoring 2011, Bevölkerungsbefragung Wien.

Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH/Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2012), Schwangerschaft und Drogen – Professionell.

Wiener Programm für Frauengesundheit (2009), Rauchen in der Schwangerschaft.

World Health Organisation (2012), Management of substance abuse, Website WHO: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

Abkürzungsverzeichnis

WHO	World Health Organisation
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen
SDHN	Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
ECL	Association of European Cancer Leagues Verband der Europäischen Krebs-Ligen
TCS	Tobacco Control Scale Europäischer Tabak-Kontroll-Index
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RCs	Research Chemicals
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
ISP	Institut für Suchtprävention
AMS	Arbeitsmarktservice
waff	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
ÖBB	Österreichische Bundesbahn

Impressum

Wiener Drogenkonzept 1999

Redaktion: Alexander David
Michael Dressel
Peter Hacker

Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit

AutorInnen: Michael Dressel
Felice Drott
Karin Goger
Dominik Kalwoda
Bettina Matt
Gerhard Schinnerl
Hermine Schmidhofer
Beate Tomas
Beate Wimmer-Puchinger

Strategie 2013

AutorInnen: Lisa Brunner
Alexander David
Stefan Dobias
Michael Dressel
Andrea Jäger
Dominik Kalwoda
Wolfgang Kohlhofer
Ewald Lochner
Doris Pumberger
Hermine Schmidhofer
Artur Schroers
Wilbirg Stöger
Gabriele Wagner-Wasserbauer
Brigitte Wegscheider
Eva-Maria Wimmer

Medieninhaberin und Herausgeberin:

Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH
Modecenterstraße 14, 1030 Wien

Durckerei: Schmidbauer GmbH

Gestaltung: Franz Tettinger

Wien, Oktober 2013



sucht und drogen
koordination wien

Stad**t**  **Wien**
Wien ist anders.