

Bericht an den Gemeinderat

Bearbeiter: Dr. Ulf Zeder

BerichterstellerIn:

Graz, 13.11.2014

GZ : A7-4113/2014-2

Bericht über die Aktualität des Konzeptes „Strategien der Stadt Graz für eine wirksame Suchtpolitik, aus dem Jahr 2001.

Informationsbericht an den Gemeinderat

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung – Wandel der Zugänge	S. 1
Abstinenz – Illusion der Suchtfreiheit	S. 5
Die Stärken und Schwächen des Konzeptes aus 2001	S. 7
Modelle der Drogenpolitik und Prävention	S.13
Ausmaß von Sucht - Das Wissen hat Lücken	S. 15
Vielfalt von Substanzen – Vom besseren Ansatz	S. 18
Handlungsoptionen – Ansatzebenen der Stadt Graz	S. 20

Einleitung – Wandel der Zugänge

Seit der Beschlussfassung im Gemeinderat, bei dem das Konzept „**Strategien der Stadt Graz für eine wirksame Suchtpolitik**“ als verbindliches und handlungsanleitendes Grundsatzdokument beschlossen wurde, sind mittlerweile über 12 Jahre vergangen. Eine Sichtung und Bewertung des Konzeptes hinsichtlich seiner Gültigkeit auf Basis des derzeitigen Informationsstandes ist getätigt worden, und ergibt folgenden Kurzbericht, der nun dem Gemeinderat zur Kenntnis gebracht wird:

Zur Zeit der Konzepterstellung im Jahre 2001 waren die Grundverständnisse der Suchttherapie bzw. der Interpretation von Einflussfaktoren für „süchtiges Verhalten“ und der daraus mitableitbaren drogenpolitischen Konsequenzen anders gelagert als heute.

Die schon damals häufig benutzte Trias „Person - Umwelt – Droge“, welche als Erklärungsansatz und Illustrationsversuch für die vielen Einflussgrößen verwendet wird, ist stetig erweitert worden.

Heute schließt der Betrachtungspunkt „Person“ auch Faktoren wie biographische Spezifika, Persönlichkeitsstruktur, Anfälligkeit u.ä. mit ein. Diese Faktoren müssen aber nicht per se in einem defizitorientierten Betrachtungswinkel gesehen und bewertet werden, sondern können auch die Basis für einen mündigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen sein.

Bei „Substanz“ werden Konsumart, Dosishöhe, Mittelkombinationen u.ä. mit berücksichtigt.

Die „Umwelt“ reduziert sich nicht nur auf die mitformenden Einflussfaktoren, wie z.B. die Wohnsituation/Ghettoisierung, sondern fokussiert auch die gesellschaftliche Inklusionsmöglichkeiten, wie z.B. der Zugang zu Beschäftigung, aber auch auf die hierfür hinderliche, da ausgrenzende Faktoren.

Schließlich wird natürlich auch die Funktionalität des Konsums für das Individuum und auch die Umwelt mitbedacht. Die persönliche Konsummotivation, die Frequenz des Konsums, das Wirkungsziel, der Konsumort, die kulturelle Einbettung des Konsums/der Substanz, das Alter/ die Reife der Person, Genderaspekte usw. spielen hierbei eine große Rolle.

Wir sprechen demnach heute von einem „**multifaktoriellen Geschehen**“, das eben nicht losgekoppelt von der politischen Gestaltungsverantwortung existiert.

Eine Trennung dessen, was evidenzbasiert therapeutisch wirksam ist und im Rahmen der notwendigsten Freiheitsgrade der Eigenentscheidungen des Individuums liegt und jener Ziele, die als politischer Auftrag formuliert sind, findet nunmehr stärker Beachtung in der einschlägigen Diskussion.

Lösungsvorschläge wie Zwangsentzüge und Verelendungsverstärkung als „ausstiegsmotivationserhöhender Druck“ oder Integrationsunterstützung nur für Abstinente und ähnliches mehr, gehören im allgemeinen der Vergangenheit an bzw. werden zumindest in der Fachwelt als kontraproduktiv wahrgenommen.

Der damals eben noch weitverbreitete paternalistische Zugang, welcher sich mitunter auch im Konzept 2001 niederschlägt, hat sich dahingehend abgeschwächt, dass die betroffene Person heute, (auch das etwaig süchtige Individuum) stärker in der Rolle des/der grundsätzlich für sich selbst kompetenten Anwalts/Anwältin bzw. Verwalter/in der eigenen Belange betrachtet wird.

Eingeschränkt wird das Recht auf Selbstverantwortlichkeit für das eigene Tun, für den Konsum psychoaktiver Substanzen, durch gesetzliche Gebotsnormen und Verbotsnormen, wie z.B. dem Suchtmittelgesetz, oder wenn jemand mit seinem/ihrem Verhalten das eigene Leben oder die eigene Gesundheit bzw. Leben und Gesundheit von Dritten ernsthaft und erheblich gefährdet, und so legitimierbare Bevormundung und Zwangshandlungen des Staates auslöst.

Drogenmissbrauch an sich, wie z.B. der weit verbreitete moderate Cannabiskonsum, ist zumeist nicht „erheblich“, denn sonst müsste vergleichsweise vielen Verhaltensweisen, wie übermäßigem PC-Gebrauch, Alkoholkonsum, Binge-Eating oder Lärmerzeugung ähnlich

massiv begegnet werden.

Das bedeutet aber nicht, dass Prävention keine Bedeutung haben soll - ganz im Gegenteil. Allerdings müssen dabei Standards eingehalten werden, die teilweise von Ideen und Zugängen abweichen, die immer wieder artikuliert werden. Seien es fehlerhafte Annahmen wie „Abschreckung hilft“ oder die Idee, dass ein gestärktes Selbstbewusstsein vor Drogenkonsum schützt.

Prävention

Prävention kann etwaig ein Anwachsen und Verschlimmern eines Problems verhindern, es aber nicht beseitigen. „Probleme“ wachsen dann nach, wenn sie begünstigt werden. Deswegen setzt die moderne Suchtprävention verstärkt auch auf die sogenannte „strukturelle Prävention“, also darauf, die Umwelt so zu gestalten, dass süchtige Entgleisungen möglichst verhindert oder reduziert werden können.

Jede Präventionsmaßnahme muss, bevor sie beginnt, Problemlage, Ziel, Zielgruppe und Evaluationskriterien definieren und in ihrer Vorgehensweise dem Ziel und der Zielgruppe angepasst sein.

Suchtprävention ist demnach ein kontinuierlicher Prozess, der sich nicht auf illegalisierte Drogen allein einschränkt, sondern sich als Gemeinschaftsaufgabe mit dem Ziel ‚Helfen statt Strafen‘ sowie dem Erlangen einer größtmöglichen Autonomie und Lebenszufriedenheit für die Zielgruppen sieht.

Prävention beginnt mittlerweile schon im Kindergartenalter und endet nicht mit dem Erreichen des Erwachsenenalters, da auch später Herausforderungen und Krisen warten. Als Beispiele hierfür seien Veränderungen und Überforderungen im Berufsleben, Beziehungsbrüche, Pensionierung, nicht erfüllte Erwartungen, Erkrankungen und vieles mehr erwähnt.

Es wäre eine Verkennung der Prävention, wenn diese sich auf „abschreckende“ Drogenkunde reduzierte, da die aus der Forschung abgeleitete moderne Suchtprävention vielmehr auf ausgewogene Information, Persönlichkeitsentwicklung und Einflussnahme auf die Gestaltung der Lebensumwelten fokussiert.

Letztlich sind es oftmals überregionale Einflüsse, wie z.B. die Wirtschaftslage oder gesamtgesellschaftliche Stressoren, die auf das Konsumverhalten mit einwirken.

Umgang mit Konsumenten/innen

Auch bei Maßnahmen, die sich an aktiv konsumierende Personen bzw. an Abhängige richten, gilt:

Die Einbindung der Adressaten/innen, also der Konsumenten/innen/Abhängigen, in der Suchthilfe ist wesentlich. Menschen nur Anweisungen oder Informationen zu geben oder sie zur Anhörung oder zum Informationsbezug zu laden, kann nicht als Partizipation sondern maximal als eine Vorstufe hiervon gelten.

Tatsächliche Mitentscheidungskompetenz und Mitentscheidungsmacht zu verleihen, bringt jedoch Vorteile, denn schließlich wissen die Konsumenten/innen am besten darüber

Bescheid, was wie und unter welchen Bedingungen funktionieren kann.

Eine gute Beteiligung ist kein Glückstreffer, sondern beinhaltet das systematische Bemühen der gestaltenden Kräfte um Teilnahme der Zielgruppen und das Anbieten von ausreichender Einflussmöglichkeit auf Prozesse der Meinungsbildung, der Entscheidungsfindung und der Umsetzung.

Suchtpolitik in Veränderung

Suchtpolitik kann sich daher nicht nur auf den oft zitierten „Kampf gegen Drogen“ beschränken, da die Problematik, wie bereits skizziert, ungemein komplexer ist.

Suchtpolitik bzw. der gesellschaftspolitische Umgang mit den Phänomenen der Sucht – von der Prävention über klassische therapeutische Maßnahmen bis hin zur Schadensminimierung - ist demnach nicht nur Sache der Gesundheitspolitik und kann auch nicht allein mit gesundheitlichen Interventionen bearbeitet bzw. begegnet werden.

Nur ein breit diversifiziertes Behandlungsangebot kann der Vielfalt an unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht werden und dazu braucht es eine breit geteilte Verantwortungsübernahme bei gleichzeitig konkreter Abstimmung zwischen den verantwortlichen (und verantwortlich zu machenden) Akteuren/innen.

Gemäß der Parole „health in all policies“ muss auch hier die Mit-Verantwortung in vielen Bereichen gesehen werden.

Maßnahmen in allen Lebens- und Politikbereichen, die Einfluss auf den Erfolg von Suchtpolitik nehmen können, müssen daher so stimmig wie möglich ineinander greifen.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Einbindung und Mitgestaltung der Zielgruppen lässt die Effizienz von Maßnahmen im Allgemeinen steigern. Hierfür hinderliche Dogmen sollten jedoch kritisch hinterfragt werden.

Abstinenz – Illusion der Suchtfreiheit

Das Abstinenzparadigma (die Idee der absoluten Drogenfreiheit), welches im Konzept des Jahres 2001 bereits sehr kritisch hinterfragt wurde, wird mittlerweile in Fachkreisen als Dogma durchwegs abgelehnt. Die Abstinenz findet ihre Berechtigung als Option, demnach fallweise gar nur noch als periphere oder zeitlich nach hinten verlagerte Zieloption, und eben nicht mehr als Königsweg oder - wie früher - stets direkt anzusteuernendes Primärziel.

Gemessen am Therapieziel der dauerhaften Abstinenz muss festgehalten werden, dass diese Therapie, vor allem bei Abhängigkeitsformen wie die von Opiaten, eben nur für ganz wenige erfolgreich ist.

Zwar wollen viele Abhängige, denen es subjektiv nicht mehr gut geht, vordergründig weg von den Drogen, aber zumeist wünschen sie sich doch kontrolliert mit diesen umgehen zu können.

Abstinenz lässt sich nicht erzwingen und ist nicht per se ein Garant für eine gute oder bessere Lebensqualität. Eine möglichst hohe subjektive Lebensqualität stellt laut WHO ein wesentliches Gesundheitsziel dar.

Die Zielvorgabe „Abstinenz von Suchtgift“, wie im Suchtmittelgesetz festgehalten, gilt laut der Richtlinie des Gesundheitsministeriums für die Anerkennung von Einrichtungen nach § 15 SMG als Ausrichtung auf Einrichtungsebene und nicht als zwingendes Ziel auf Klienten/innenebene. Die „Abstinenz“ wird im weiteren Sinn als Orientierung und als mittelbar oder nur unter Umständen zu bewerkstelligendes Ziel von Betreuungsangeboten definiert.

Der überwiegende Teil der Abhängigen hat traumatisierende Erfahrungen im Leben gemacht und die meisten leiden unter zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen bzw. bekämpfen ihre Symptome mittels Substanzen. Diese zusätzlichen Erkrankungen, wie Depressionen, Ängste, Aktivitätsstörungen usw. existieren in der Regel vor der Suchterkrankung, weswegen ein reiner Substanzentzug auf dieser Basis geringe Erfolgsaussichten hat.

Um Abstinenz erfolgreicher zu gestalten, müssen wir abseits davon auch andere Ziele akzeptieren, wie z.B. Teilabstinenz, also das Freisein von zusätzlichen Substanzen, oder Verhaltensabstinenz, z.B. von selbstschädigenden Konsumformen, oder einer schrittweisen Annäherung an das vereinbarte Behandlungsziel.

Sowohl das Minimieren von Risikoverhalten als auch die Minimierung von Risikoumständen müssen zentral beachtet werden. Schadensvermeidung statt Schadenserzeugung („harm reduction“ statt „harm production“).

Im Sinne einer umfassenden Schadensminimierung inklusive der Mortalitätsverringerung müssen zu möglichst vielen riskant konsumierenden und abhängigen Menschen tragbare

Beziehungen aufgebaut und Sinn-volle Angebote gesetzt werden.

Das ist auch der Grund, weshalb es Maßnahmen wie Safer-Use-Trainings, Substitutionsprogramme, Drug-Checking und ähnliches mehr gibt.

Auch wenn in vielen Bereichen (v.a. Opiate) eine Abstinenzbehandlung als primäres Behandlungsziel nur für Wenige (ca. 10% der Abhängigen laut Fachliteratur) in Frage kommt, und im Falle des Zustandekommens von der Hälfte wiederum vorzeitig abgebrochen wird, gilt:

Je größer die Anzahl von Überlebenden, desto größer auch die Zahl jener, die für eine Abstinenzbehandlung in Frage kommen, auch wenn nur eine Minderheit längerfristig abstinent bleibt.

Die Stärken und Schwächen des Konzeptes „Strategien der Stadt Graz für eine wirksame Suchtpolitik“ aus dem Jahr 2001 (siehe Beilage)

Grundlegend lässt sich festhalten, dass das Konzept, welches im Gemeinderat einstimmig beschlossen wurde, weitgehend zeitlos verfasst wurde und in den meisten Kernaussagen heute noch Gültigkeit besitzt. Letztlich sind es jene Punkte, die sich auf Definitionsschemata, konkrete Maßnahmen oder angenommene Mengengerüste beziehen, die nicht mehr stimmig sind. Es handelt sich hierbei weniger um Haltungen als vielmehr um echte oder angebliche Tatsachen und Klassifikationsmodelle, die sich immer wieder im Wandel befinden.

Der verwendete Begriff „Sucht“ ist oftmals wenig präzise, weshalb einige Autoren/innen dazu übergegangen sind, den Ausdruck „Sucht“ konsequent durch den von der WHO vorgeschlagenen aktuelleren Begriff „Abhängigkeitserkrankungen“ zu ersetzen.

Der Ausdruck „Substanzmissbrauch“ wird neuerdings in vier Kategorien „unerlaubter“, „gefährlicher“, „dysfunktionaler“ bzw. „schädlicher“ Substanzgebrauch unterteilt.

Da aber der Begriff „Sucht“ in zahlreichen etablierten Ausdrücken wie „Suchtprävention“, „Suchthilfe“, „Suchtforschung“, „Suchtverhalten“, „Suchtmittelgesetz“ etc. vorkommt wird er auch jetzt verwendet wie auch die immer noch gängige, weniger präzise Einteilung in „Missbrauch“ und „Sucht“.

Das Konzept 2001 unterscheidet zwischen legalen und illegalen Suchtmittel.

Richtigerweise wurde auf die Relativität hingewiesen, denn „legale“ und „illegale Drogen“ sind bei wörtlicher Auslegung natürlich irreführend, weil „legale Drogen“ nicht von allen Personen und in allen Situationen legal verwendet werden dürfen (siehe Alkohol/Tabak und Jugendschutz, Nüchternheitsgebote am Arbeitsplatz, Trunkenheitsverbote im Straßenverkehr u.v.m.) und weil manche „illegale Drogen“ bei entsprechender medizinischer Indikation legal verschriebene Medikamente sein können.

Als zeitlich überdauernd hat sich das ethisch ausgerichtete Fundament des Konzeptes aus 2001 erwiesen, das ein zu Grunde liegendes humanistisches Weltbild betont, welches nicht nur der Stadt Graz als Menschenrechtsstadt gut anstand und immer noch steht, sondern auch fachlich und ethisch richtig ist. Selbstverständlich hat es auch hier internationale Weiterentwicklungen gegeben, allein schon dadurch, dass heute ein verstärktes Augenmerk auf Teilhabe/Inklusion und Selbstbestimmtheit gelegt wird.

Das Konzept 2001 war von Anfang an kein „Illegale Drogen-Konzept“ sondern ein Suchtpolitisches und stand damals im vorherrschenden Spannungsverhältnis zwischen restriktiv-kontrollierenden Ansätzen und jenen, die für einen Paradigmenwechsel votierten. Letztlich ging es darum, ausgewogene Handlungsoptionen abzuleiten, was an sich gelang.

Im Konzept wurde aus damaliger Sicht eine Auflistung von Maßnahmen mit hoher Dringlichkeit oder mittelfristiger Notwendigkeit erstellt.

Im letzten Teil dieses Reviews werden Möglichkeiten auf lokaler Ebene skizziert, die aus dem

derzeitigen Stand einer ganzheitlicheren Suchtarbeit sinnvoll erscheinen.

Jene konkreten Maßnahmen, die mit anderen Partnern/innen (Land, Bund, Sozialversicherungen u.a.) umzusetzen wären, sollen zu einem späteren Zeitpunkt dargelegt werden, da, wie eingangs erwähnt, dieses Papier eine thematische Einführung bzw. ein Review des Konzeptes aus 2001 ist und eben kein „Maßnahmenkatalog“.

An dieser Stelle wird der Umsetzungsstand der damals vorgeschlagenen Maßnahmen nun kurz beschrieben.

Viele der Maßnahmen sind im Verbund mit, aber auch selbstständig durch, Suchthilfe- und Präventionseinrichtungen durchgeführt worden bzw. werden durch diese durchgeführt.

Im Bereich der legalisierten Drogen und substanzungebundenen Süchte wurden folgende Maßnahmen empfohlen:

- „Kontrollinstrumente sollen entwickelt und Kooperationspartner/innen gefunden werden, um die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen – bei einer gleichzeitig verstärkten öffentlichen Sensibilisierung - besser überwachen zu können“

Ab 2002 wurden Testkäufe gemeinsam mit Jugendlichen durchgeführt. Mittlerweile – wie auch im Steiermärkischen Jugendgesetz verankert - können diese von der Landesregierung und den Bezirksverwaltungsbehörden bzw. durch beauftragte Organisationen durchgeführt werden. Folder für die Gastronomie wurden in Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt und dem Amt für Jugend und Familie erstellt. Round Tables mit dem Lebensmittelhandel wurden abgehalten. Gemeinsam mit der Wirtschaftskammer, Sparte Tankstellen, wurden sogenannte „Altersdreh scheiben“ zum leichteren Ermitteln des Alters von Käufern/innen erstellt.

- „Interventionsketten und Interventionspläne für Betriebe und Ämter sind zu forcieren, um eine Integration in der Suchtarbeit zu verankern“

Betriebliche Suchtprävention samt dazugehörenden Interventionsplänen wurden für den Magistrat entwickelt und verankert und später im gesamten Haus Graz übernommen und angepasst.

- „Suchtformen im Alter, vor allem im Bereich des Medikamentenmissbrauchs/der Medikamentenabhängigkeit, sollen verstärkt bearbeitet werden“

Zwar ist dieses Thema medial bedeutsamer geworden, aber trotzdem ist hier noch zu wenig geschehen.

- „Verankerung von suchtpreventiven Inhalten in der Ausbildung von Pädagogen/innen, Kindergärtnern/innen, Jugendarbeitern/innen“

Mittlerweile wird in der Ausbildung der Berufsgruppen das Thema Sucht stärker betont. Kooperationen mit der Uni for Life bis zu den pädagogischen Hochschulen werden durchgeführt. Auch vor Ort im praktischen Bereich werden Projekte umgesetzt, wie die von VIVID in Schulen und Kindergärten.

- „Bewusstseinsbildende Maßnahmen, auch im Bereich der verschreibenden Ärzte/innen, hinsichtlich des Missbrauchs psychotroper Substanzen.(mittelfristig notwendig)“

Eine Empfehlung (Richtlinie) zum Umgang mit Benzodiazepinen ist unter bundesweiter Mitbeteiligung erstellt worden. Die Verschreibepraktiken werden seitens der GKK stärker beachtet. In der Sachverständigenkommission für die Substitutionsbehandlung für die Steiermark werden die Modalitäten für die Medikamentenabgabe mitbeobachtet.

- „Ergänzende Hilfestellungen im Bereich der Verhaltensüchte“

Eine enge Kooperation zwischen der 2009 entstandenen Fachstelle für Glückspielsucht und der Schuldner/innenberatung ist installiert worden. Im LSF werden wegen der hohen Komorbiditäten Betten für multimorbide pathologische Spieler/innen angeboten. Auch nehmen sich mittlerweile alle §15-Einrichtungen nach dem Suchtmittelgesetz substanzungebundener Abhängigkeitsformen an. Beim Verein JUKUS läuft seit 2012 das Projekt „Schnittstelle Glückspiel“ mit dem speziellen Fokus Migrantinnen/innen.

- Fortbildungsangebote für die neuen und alten Suchtformen, auch hinsichtlich der Zielgruppenspezifika.

Diesbezügliche Fortbildungen werden hauptsächlich in Kooperation mit den pädagogischen Hochschulen angeboten, aber auch an Schulen werden Jugendliche informiert. Folder über neue Substanzen sind entstanden.

Speziell für den Bereich stationäre Jugendwohlfahrt und der mobilen Jugendbetreuung wurde in Kooperation der Stadt Graz mit dem Land und dem BFI der Lehrgang „Sucht-kompetentes Jugendcoaching“ mehrfach angeboten.

Im Bereich der illegalisierten Drogen wurden folgende Maßnahmen empfohlen:

- „Stationäre Therapiestation“

Im Jahr 2004 wurde die Therapiestation „Walkabout“ eröffnet, im Jahr 2012 die dazugehörige Vor-/Nachbetreuungsambulanz am Mariahilfer Platz.

- „Der Ausbau des niederschweligen Kontaktladens für Drogenkranke“

Der Um- und Ausbau des Kontaktladens in der Orpheumgasse 8 wurde 2004 fertiggestellt.

- „Aufstockung von Streetwork im Drogenbereich von drei auf vier Mitarbeiter/innen“

Durch die Koppelung von Kontaktladen und Streetwork konnte der Mitarbeiter/innenstab auf achteinhalb hauptamtliche Dienstposten erweitert werden.

- „Drogenambulanz“

Im LSF wurde das Zentrum für Suchtmedizin erweitert und zusätzlich das Projekt IKA (Intradisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle) in der Papiermühlgasse 28 im Jahr 2011 installiert und sukzessiv erweitert.

- „Flächendeckender Einsatz von Präventionsprojekten - hauptsächlich sekundäre Ansätze an den Schulen“

Ab 2002 wurde das Projekt „Step by Step“ (zur Früherkennung) und „Next Step“ (Interventionskette) flächendeckend an Grazer Schulen ab der fünften Schulstufe durchgeführt.

- „Arbeitsprojekt“

Das Projekt „Offline“ startete 2009 und auch im Kontaktladen werden Abhängige beteiligt (Spritzensammeln, Safer-Use-Sets verpacken)

- „Spritzenautomat“

Mittlerweile werden zwei Automaten von Streetwork betreut (Jakominiplatz und Herrgottwiesgasse) und zusätzlich einer von privater Hand (Südtirolerplatz).

- „Entzugsbetreuung (mittelfristig notwendig)“

Dieses Projekt wurde so noch nicht umgesetzt.

- „Notschlafstelle (mittelfristig notwendig)“

Das Schlupfhaus wurde auch für Konsumierende geöffnet, zusätzlich werden Abhängige auch in Notschlafstellen/Wohnheimen unter gewissen Auflagen akzeptiert (z.B. Vinzitel, Arche 38, Männerwohnheim). Über eine spezialisiertere Wohnform für aktiv

Konsumierende wird derzeit nachgedacht.

- „Ravestreetwork (mittelfristig notwendig)“

Durch die Entwicklungen in diesem Bereich erschien diese Maßnahme nicht mehr als sinnvoll.

- „Weiterbildung zu Jugendkulturen und Konsumformen (mittelfristig notwendig)“

Dieser Punkt ist durch bereits beschriebene Angebote mit abgedeckt. Informationen dieser Art geschehen laufend, je nach Szeneveränderungen.

- „Monitoring (mittelfristig notwendig)“

Teilweise passiert dies in den Gremien (z.B. Arbeitskreis Sucht), durch Protokolle der Spritzensammler/innen und der Streetworker/innen oder im Kooperationsnetzwerk der aufsuchenden Sozialarbeit mit der Exekutive. Eine automatisierte und weitergefasste Datenzusammentragung könnte noch implementiert werden.

- „Stadteilorientierte Suchtprävention (mittelfristig notwendig)“

Derzeit laufen die Bemühungen dahingehend, die Stadteilbüros oder Gesundheitsförderungsprojekte (Gesunde Stadt- Gesunde Bezirke) mit diesen Aufgaben zu versehen.

Das Konzept betonte schon 2001 die Wichtigkeit, durch wohl abgestimmte Maßnahmen Randgruppen effektiv erreichen zu wollen.

Wie man Abhängigkeitserkrankte besser erreichen kann, war damals umstrittener als heute.

Wie damals noch verbreitet üblich, wurden die Integrationsmöglichkeiten der Suchtthematik in bestehende soziale und therapeutische Maßnahmen vernachlässigt.

Vorgesehen wurde auch, dafür Sorge zu tragen, dass Sucht in einem möglichst breiten Spektrum gesehen und begegnet werden muss.

Die notwendige Ausgewogenheit in Form medialer Berichterstattung (Sachlichkeit, Entideologisierung) als auch der Ansatz der Schadenslast für die Gesellschaft wurde im Konzept betont und ist mittlerweile – vgl. das Suchtkonzept des Landes Steiermark „die neue steirische Suchtpolitik“ aus dem Jahre 2011- verbreitet akzeptiert worden.

Bis heute kommt einer Entideologisierung und Versachlichung der Debatte Wichtigkeit zu, wird sie doch oft auf dem Rücken der Betroffenen ohne Nutzen für sie geführt.

Die Thesen zum Thema Kinder- und Jugendarbeit können ebenfalls als immer noch richtig

bewertet werden, da ein individualisierter und unaufgerechterer Ansatz propagiert wurde.

Es lässt sich festhalten, dass die **Zielsetzungen**, so wie sie im Konzept definiert wurden, noch heute relevant sind.

Ursachenorientierung und frühzeitige und differenzierte Hilfen, wie sie 2001 festgehalten wurden, haben nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.

Ebenso richtig ist es, die Schadensminimierung wie auch den Grundgedanken der Entmarginalisierung und der Teilnahme am sozialen Leben zu betonen.

Nicht explizit genug ausgeführt wurde damals die aktive Einbindung der Abhängigen, denn Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einzufordern ohne aktive Mitgestaltungsmöglichkeiten anzubieten, ist wohl nicht ausreichend. Auch fehlt die Hinwendung zu den Bedürfnissen von (derzeitig) risikoarmen Konsumenten/innen sowohl legaler wie illegalisierter Substanzen.

Modelle der Drogenpolitik und Prävention

Im Konzept aus 2001 wurde ein auszubalancierendes 4-Säulenmodell der Drogenpolitik präsentiert, welches aus vier Säulen bestand:

- Prävention,
- Gesundheitsbezogene Maßnahmen,
- Soziale Maßnahmen und
- Repression

Das Grazer Modell war auf der Höhe der Zeit, da die gesundheitsbezogenen Maßnahmen nicht nur die vermeintlich kurativen Aspekte beinhaltete, sondern Schadensminimierung prominent in die Auslage stellte und auch die substanzungebundenen Süchte, wie z.B. die Glücksspielsucht, mitbedachte.

Repression wurde 2001 stark auf die Felder Angebotsreduktion und Tatverfolgung akzentuiert. Nachdem die Stadt Graz nicht effektiv auf die Vorgaben der Exekutive einwirken kann, bleibt die Beschreibung dieser Säule eine Vorstellung von Prioritätensetzungen. Die Säuleninterpretation würde heute so nicht mehr beschrieben werden, und auf jedem Fall um den Begriff Regulation erweitert sein. Im Umgang mit z.B. Alkohol würden nach wie vor sowohl der Schutzgedanke als auch die Regulation des Konsums und auch die Konsumationsmündigkeit als interagierende Zielparameter verstanden werden.

Diese Grundgedanken sind letztlich auch auf andere, zum Teil ohnehin weniger schädigende Substanzen bzw. andersgelagerte individuelle und soziale Auswirkungen innehabende, Substanzen grundsätzlich umlegbar.

Damit relativiert sich die Sinnhaftigkeit von reflexartigen Reaktionen wie „Schutz vor Drogen“ ohne spezifischere Betrachtung der passgenaueren Notwendigkeiten. Dies bedeutet, dass - jenseits des Aspektes der Illegalität - genauer betrachtet werden muss, wie groß und wie geartet die jeweilige individuelle Gefährdung ist. Dazu mehr im nächsten Kapitel.

Um neben den Interventionsfeldern, wie sie in den Säulenmodellen dargestellt werden, auch die Art der psychoaktiven Substanz sowie die Konsummodalität zu berücksichtigen, hat die Schweizer „eidgenössische Kommission für Drogenfragen“ das „Vier-Säulen-Modell“ um die Art der psychoaktiven Substanz und um die Konsummodalität (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum, Abhängigkeit) zum sogenannten „Suchtwürfel“ ausgebaut.

Der Suchtwürfel verdeutlicht die Notwendigkeit der weiteren Differenzierung des Säulenmodells und stellt somit auch nur den Status Quo dar.

In der Delphi-Studie von Uhl u.a. zur Vorbereitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie, im Auftrag des BMG entwickelt und 2013 fertiggestellt, wurde unter Mitarbeit unterschiedlichster Akteure/innen – von Forschungsinstituten über den Suchtkoordinator der Stadt Graz bis zur Wirtschaftskammer - auch der Suchtwürfel

modifiziert und erweitert.

Verhaltenssüchte haben den Einzug erlangt und das Feld der Suchthilfe um die Begrifflichkeiten „Suchtberatung“ und „soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration“ erweitert.

Der negativ konnotierte Begriff „Repression“ wurde durch die neutralere Beschreibung „Sicherheit“ ersetzt.

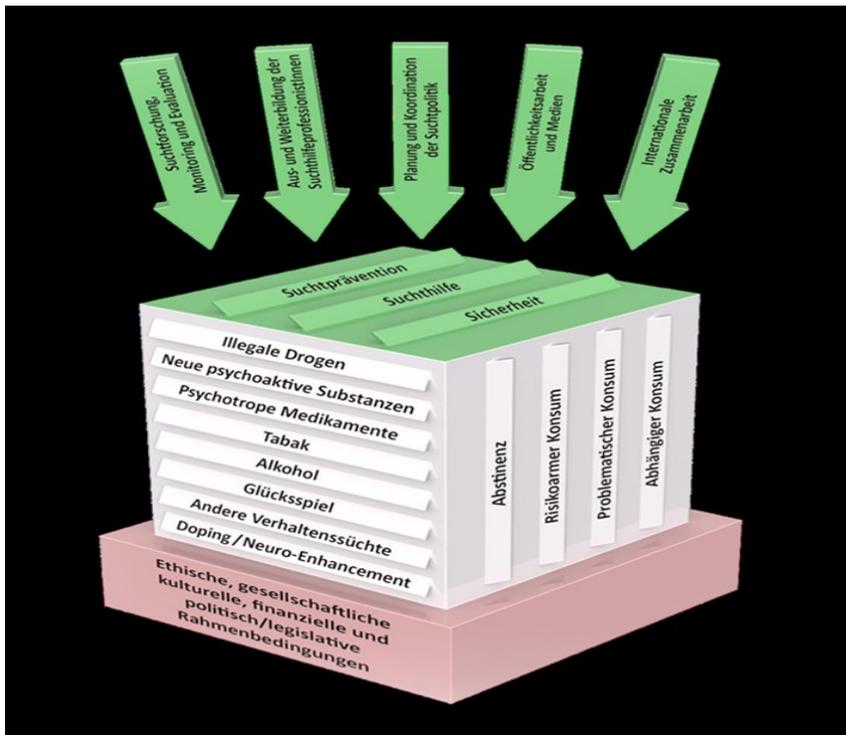


Abb.: Der erweiterte Suchtwürfel – grafische Darstellung der drei Dimensionen (Interventionsfelder, Konsummodalität, Art der psychoaktiven Substanz bzw. Verhaltensweise) plus Pfeile (Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen) plus Sockel (Rahmenbedingungen)

Ausmaß von Sucht – Das Wissen hat Lücken

Im Konzept wurde versucht, möglichst gültige Aussagen über das Ausmaß von Sucht bzw. Abhängigkeit zu tätigen.

Zahlen alleine bieten zwar die Möglichkeit, faktisches Geschehen zu erraten oder wahrzunehmen, bieten aber deswegen noch keine Handlungsempfehlungen und können Sucht an sich nicht erklären. Ansätze und Maßnahmen müssen, wie die folgenden Seiten und Kapitel zeigen, erst abgeleitet werden.

Viele der im Konzept getätigten Prävalenzschätzungen standen schon damals auf einem wackeligeren Fundament als der Begriff „Schätzung“ suggeriert, da dieser Terminus von einer relativ guten Ableitung via Hinweisgrößen bis zu einem im Dunklen tappenden Anlehnen an Schätzungen oder Zählungen aus anderen Gegenden und Kulturkreisen reichen kann. Hier ist die kritische Sorgfaltspflicht in der Interpretation und Gültigkeitszuerkennung des Öfteren gefordert.

Es gibt zwar anerkannte Konventionen über Diagnosekriterien und vielfältige Quellen und Methoden der Erfassung von Problemkonsum und Sucht, aber trotzdem bleibt ein „Restrisiko“.

Es ist auch notwendig, meinungsbildende relevante Studien aufmerksam im Original zu lesen und sich nicht auf die mediale Aufarbeitung und Auslegung zu verlassen.

Referenzstudien, die zur Umlegung auf die Grazer Situation bemüht werden, haben prinzipielle Störvariablen wie die Problematik im Angeben sozial unerwünschte Verhaltensweisen (Erfahrungen zeigen, dass kaum wer erst nach dem 25. Lebensjahr erstmalig illegalisierte Drogen ausprobiert, diese Personen aber später im Leben weniger geneigt sind, den früheren Konsum (Lebenszeitprävalenz) zuzugeben), die Missverständlichkeit von Fragestellungen und damit einhergehend „falsche“ Antworten, Undersamplingtendenzen (Schwierigkeit marginalisierte Zielpersonen in der Stichprobe vorzufinden), regionale Besonderheiten im Angebotssektor (angebotene Substanzen und deren Erhältlichkeit) usw.

Oftmals sind die einzigen Belege Behandlungszahlen (und deren Dokumentationssysteme), Anzeigezahlen und Bevölkerungsbefragungen, mit all ihren Einschränkungen.

Die Frage, wie viele Personen eine bestimmte psychoaktive Substanz gebrauchen (Konsumerfahrung), bzw. diese in gesundheitsbeeinträchtigendem Maße gebrauchen (schädlicher Gebrauch) bzw. vom Konsum abhängig sind (Abhängigkeitssyndrom) ist wohl die zentrale Fragestellung der Epidemiologie, aber es ist problematisch, exakte Zahlen vorzulegen, vor allem je weniger verbreitet eine Substanz ist und je willkürlicher oder auch relativer eine kategoriale Einteilung ist.

Viele Substanzen begleiten Mythen über ihre Gefährlichkeit, diese Mythen sind im Allgemeinen oftmals (noch) nicht als solche erkannt worden. Fehleinschätzungen sind hier tägliche Routine.

Im Bereich des hochriskanten Drogengebrauchs ist das Ausmaß multiplen Substanzkonsums mehrheitlich sehr hoch - dies aber nicht immer stringent sondern von Begleitumständen abhängig. Dadurch stellen sich methodologische Zuordnungsfragen, die sich auf das

Ergebnis auswirken.

Für das Ergebnis von Schätzungen zu Substanzabhängigkeiten ist ferner die Frage, ob Substanzabhängige, die aktuell abstinent leben, als „abhängig“ gezählt werden bzw. gewillt sind, über diese Historie zu berichten.

Ebenso wird in der Psychiatrie, je nach inhaltlicher Ausrichtung, Sucht primär gesehen oder als weniger relevant vernachlässigt.

Da aber eine starke Zunahme von unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen europaweit beobachtet werden kann, so wurden in den letzten Jahren von zwischen 40 bis 70 neue Substanzen jährlich berichtet, sind starke Verschiebungen anzunehmen. Hauptsächlich gelangen als „neue Substanzen“ synthetische Cannabinoide, Cathinome, Phenethylamine und Arzneimittel auf dem Markt. Zusätzlich verschieben sich die Erhältlichkeiten von bereits bekannten psychoaktiven Substanzen immer wieder aufs Neue, wie das Beispiel der Metamphetamine („Crystallmeth“) zeigt.

Epidemiologische Befunde zeigen, dass sich die Konsummuster mit dem Alter verändern. Sie nehmen sowohl ab (Rauchen, Rauschtrinken, Konsum illegalisierter Substanzen) als auch zu (problematischer Alkoholkonsum, Medikamentenabhängigkeit). Interventionen müssen demnach diese Spezifika – wie im Konzept postuliert- miteinbeziehen.

Im Bereich der **Opiatabhängigkeit** wurde im Konzept von 2001 ein Mengengerüst von 1000 Personen bei einer gleichzeitigen Teilnahme von ca. 200 Personen im Substitutionsprogramm angenommen, da damals die Quote der Opiatabhängigen mit maximal 0,4% der Gesamtbevölkerung geschätzt wurde.

Da sich nachweislich die Zahl der Substitutionspatienten/innen mittlerweile auf das Vierfache erhöht hat, stellt sich somit die Frage, wie viele Opiatabhängige Personen nun tatsächlich existieren.

Beobachtungen von Szenen, Spritzenabgaben u.ä. lassen aber keine Vervierfachung der Quote in Relation zur Grundpopulation vermuten und der Abdeckungsgrad durch die Substitutionsbehandlung bleibt unklar. Eventuell sind es heute nicht wesentlich mehr opiatabhängige Personen als damals wohl eher fälschlich vermutet wurde.

Da erfahrungsgemäß auf jede/n Problemkonsumenten/in eine Reihe von Probierkonsumenten/innen, gelegentlichen Konsumenten/innen und ehemaligen Problemkonsumenten/innen kommen, kann man davon ausgehen, dass die Zahl der Opiaterfahrenen höher ist als die Zahl der Abhängigen. Die größere Stigmatisierung des intravenösen Opiatkonsums in Vergleich zu anderen Drogen, wie z.B. Kokainschnupfen, macht eine diesbezügliche Erhebung via Befragungen allerdings nicht leichter.

Die Zunahme im Substitutionsbereich zeigt eine Kurve, die parallele Strukturen zur Kurve der Zunahme von Burn-Out am Arbeitsplatz oder der Zunahme von psychiatrischen Diagnosen als Krankenstandsgrund aufweist.

Dies erhärtet den Verdacht, dass der Konsum/die Abhängigkeit eine Spiegelfunktion der gesellschaftlichen Entwicklung an sich darstellen könnte.

Bei legalisierten Substanzen wie Alkohol oder Nikotin ist es erheblich leichter, Schätzungen durchzuführen, da viele der skizzierten Probleme wegfallen und noch zusätzlich

Markt/Verkaufszahlen mit eingebunden werden können.

Grob geschätzt dürfte etwa jede/r sechste bis siebente erwachsene Grazer/in längerfristig in gesundheitsbedenklichem Ausmaß **Alkohol** konsumieren (und hierbei wird ein sehr „großzügiger Maßstab“ angelegt - international werden oft wesentlich geringere Mengen als problematisch erachtet), was bei Männern ab 60 Gramm Reinalkohol/Tag (ca. drei große Biere) bei Frauen ab 40 Gramm/Tag bedeutet. Im Querschnitt sind ca. 5% der Erwachsenen alkoholkrank und im Laufe des Lebens erkrankt jede/r Zehnte an Alkoholismus.

Aber auch diese Zahlen könnten bald durch unterschiedliche einflussnehmende Faktoren ihre Gültigkeit verlieren.

Die halbsynthetische Substanz Alkohol belastet zudem das Gesundheitssystem deutlich.

Bei **Nikotin** geben ungefähr zwei Drittel der Bevölkerung an, zumindest gelegentlich geraucht zu haben, und rund die Hälfte gibt an, schon öfter geraucht zu haben. Mit zunehmendem Alter hören allerdings immer mehr Menschen mit dem Rauchen auf.

Waren vor vier Jahrzehnten kaum soziale Bedingungen bzw. Verhaltensregeln für das Rauchen auszumachen, so sind diese heute stark ausgeprägt.

Während in der Altersklasse der 20- bis 24-Jährigen noch etwas mehr als ein Drittel angibt zu rauchen, verringert sich dieser Anteil bei den 70+-Jährigen - auch durch den Mortalitätsfaktor - auf nur mehr 15%.

Auf der Annahme aufbauend, dass rund zwei Drittel der täglichen RaucherInnen nikotinabhängig sind, ergibt das, dass grob geschätzt, etwas weniger als 20% der erwachsenen GrazerInnen nikotinabhängig sind. Nikotin gilt in seiner Klassifikation als eine der suchterregendsten Substanzen und als eine mit hoher Mortalitätsrate (bundesweit auch bei defensiver Ursachenzuschreibung über 10.000 Tote jährlich).

Schwieriger als bei Nikotin ist es sinnvolle Zahlen über das Ausmaß von **Medikamentenabhängigkeit** bzw. des problematischen Konsums hiervon zu erhalten, zumal im Gegensatz zu den RaucherInnen viele der potentiellen Abhängigen/Missbrauchenden nichts von ihrer Daseinsform wissen bzw. diesen anders deuten.

Der Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln nimmt historisch zu, was auf Bedingungen des gesellschaftlichen Lebens, die Alterung usw. zurückgeführt werden kann.

Auch zwischen den Altersklassen sind Unterschiede beobachtbar. In der Altersklasse der 75+-Jährigen sind etwa 15% low-dose-Benzodiazepinabhängig, obwohl nur ein Drittel dieser Gruppe dies auch so wahrnimmt.

Mit großen Vorbehalten kann man, basierend auf unterschiedlichen Datenquellen, schätzen, dass rund 2% der Bevölkerung von Beruhigungs- und/oder Schlafmitteln abhängig sind.

Beim pathologischen **Glückspielen**, auch eine Erkrankungsform, in der sich die Patienten/innen erst sehr spät melden, nämlich erst dann, wenn eine gewisse Ausweglosigkeit subjektiv festgestellt wurde, kann auch nur grob geschätzt werden, dass in Graz zumindest 1.000 Betroffene existieren. Zusätzlich mitbetroffen ist hier, wie bei vielen Abhängigkeitserkrankungen, auch ein engeres Umfeld.

Vielfalt von Substanzen – vom besseren Ansatz

Suchtarbeit bzw. Suchttherapie kann, wie bei anderen Hilfestellungen oder Therapien auch, immer nur ein individualisierter Ansatz sein.

Die von dem/der Klienten/in verwendete Substanz, oder Substanzkombination, unterliegt ebenso individuellen Bedingungen, aber trotzdem lassen sich gewisse Aussagen über die Notwendigkeit der speziellen Aufmerksamkeit gegenüber psychoaktiven Substanzen tätigen.

Unter Berücksichtigung des Schädigungspotentials und der Verbreitung von psychoaktiven Substanzen können wesentliche Priorisierungen vorgenommen werden:

Jene Substanzen mit einer hohen Bandbreite an Schädigungen und großer Verbreitung sollen vorrangig beachtet werden. Hier liegt Alkohol – auch mit der höchsten Quote an Fremdschädigungen- wohl an erster Stelle.

Jene Substanzen mit der höchsten Schadenslast für die Gesellschaft sollen vorrangig beachtet werden – auch hier liegt Alkohol an erster Stelle gefolgt von Nikotin, Medikamenten und Opiaten.

Jene Substanzen, die eine erhöhte psychosoziale Verelendung mit sich ziehen, sollen vorrangig beachtet werden - hier liegen (stark gesellschaftlich mitkonstruiert) Opiate knapp vor Research Chemicals, wie z.B. Mephedron, und Alkohol.

Jene Substanzen, die für Kinder und Jugendliche bedeutsam sind und ein deutliches Fremd- und Selbstschädigungspotential aufweisen, sollen vorrangig beachtet werden - hier liegt Alkohol vor Tabak, diverse „New Drugs“ aus dem Internet und wegen der großen Verbreitung und fallweise hohen Konsumfrequenz Cannabis.

Es ist in Behandler/innenkreisen weitgehend akzeptiert, dass man bei Probier- oder Gelegenheitskonsumenten/innen von illegalisierten Drogen ohne Behandlungsbedarf durch ein kompromissloses Bestehen auf strafrechtlichen Konsequenzen, um „Entgleisungen zu verhindern“, oftmals jene Probleme erst erzeugt, die in der Folge Desintegration und eine Suchtentwicklung begünstigen.

Eine Einstiegsverhinderung durch die Androhung und Durchsetzung von Bestrafung hat bisher keine Nachweise der Effektivität geleistet noch die der Effizienz, da davon ausgegangen wird, dass Biographiestörungen, Schwarzmarktdilemmata und hohe Repressionskosten zu den unangenehmsten Kollateralschäden dieser Politik gezählt werden müssen.

Eine generalpräventive Wirkung kann mittlerweile verneint werden und auch die Möglichkeit, problematischen Konsumenten/innen eine Therapie oder andersgelagerte Hilfen zukommen zu lassen, braucht an sich nicht einer Strafverfolgung.

Eine Entkriminalisierung von Konsumenten/innen sollte nicht unreflektiert mit einer Legalisierung gleich gesetzt werden, da der Grundgedanke jener ist, sinnvolles individuelles

Gefahrenscreening durchzuführen und allenfalls sinnvollere und besser zugeschnittene Konsequenzen vorzuschreiben.

Gerade bei jugendlichen Konsumenten/innen kann eine schnelle und adäquate Reaktion einen wirkungsvollen Schutz vor Problementwicklung darstellen, um nicht in der Folge in den (dann) vorgesehenen Sanktionsbereich zu geraten.

Im derzeitigen Status Quo ist die Erledigung eines Strafverfahrens in einem Diversionsverfahren einer strafrechtlichen Verurteilung von Konsumenten/innen vorzuziehen.

Jugendschutz und Schutz der Vulnerableren (= besonders für Schädigungen/Entgleisungen anfällige Personen) ist natürlich sinnvoll, aber wie bei Tabak oder Alkohol kann es bei gewissen psychoaktiven Substanzen gelingen, auch hier eine dienliche Differenzierung durchzuführen.

Der Legalstatus von Substanzen sagt eben wenig über die tatsächliche Gefährlichkeit von Substanzen aus und eine entsprechende Fokussierung ist aus gesundheitspolitischer Perspektive irreführend, weil sie dem komplexen Ursachengefüge, das einer Suchtentwicklung zu Grunde liegt, nicht gerecht wird.

Psychoaktive Substanzen können hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit übrigens nur schwer miteinander verglichen werden, weil es unterschiedliche Aspekte der Gefährlichkeit gibt:

- Substanzqualität/Verunreinigungen
- Suchtgefahr
- Überdosierungsgefahr
- akute - und chronische Gesundheitsschädigung
- Preispolitik
- negative soziale Auswirkungen usw.

Diese Aspekte kann man kaum sinnvoll zu einem einzigen Wert aufsummieren, zumal einige der negativen Auswirkungen Folge oder Teilakkumulation der Drogenpolitik sind.

Zusätzlich ist es wie eingangs erwähnt Unsinn, Substanzen und ihre potentiellen Auswirkungen „objektiv“ (entindividualisiert) betrachten zu wollen, da, wie bereits erwähnt, die Spezifika der Person, ungewollte Konsumationsbedingungen und die gesellschaftliche Reaktion auf den Konsum und vieles mehr mit ausschlaggebend sind.

Handlungsoptionen – Ansatzebenen der Stadt Graz

Schlussendlich sollen nun die Ansatzebenen der Stadt Graz kurz skizziert werden:

Die Finanzierung der Aufwände für Prävention, Therapie und Beratung erfolgt zum überwiegenden Teil über die Länder und die Sozialversicherungen.

Die Beteiligungsoptionen für die Stadt Graz können nicht grundsätzlich festgelegt werden, sondern müssen je nach Inhalt und Ausrichtung ausverhandelt werden.

Gelingt es nicht, Finanzierungen sicherzustellen, sei es weil gesetzliche Zuständigkeiten nicht klar definiert sind oder Lastenaufteilungen strittig sind, so wäre es wünschenswert sicherzustellen, dass Zuständigkeits- und Finanzierungskonflikte von den beteiligten Körperschaften intern gelöst werden und nicht auf dem Rücken der in diesem Feld tätigen Einrichtungen oder der Suchtkranken ausgetragen werden müssen.

Dies betont die Wichtigkeit der Kommunikation zuständiger Politikbereiche als auch die Vernetzung und Gremienarbeit der Proponenten/innen der unterschiedlichen Behörden und Stakeholder.

Im eigenen Wirkungsbereich sollte die Stadt Graz gemäß dem Gesundheitsleitbild dafür Sorge tragen, dass suchtpreventive Maßnahmen bzw. Einsichten zielorientiert eingesetzt und angewendet werden.

Da lokale Suchtpolitik somit als Querschnittsmaterie betrachtet werden muss, geht es um die interne Kooperation der Ämter und der zuständigen städtischen Politik wie auch um die Kooperation mit externen Professionalisten/innen und Akteuren/innen.

Je stärker die Allgemeinbevölkerung und die Klientel direkt von den Aktivitäten profitieren, desto nachhaltiger werden diese sein.

Als besonders relevante interne, Haus Graz-weite Kooperationspartner/innen gelten das Sozialamt, das Amt für Jugend und Familie, das ABI, das Gesundheitsamt, alle Abteilungen die mit Agenden des öffentlichen Raumes betraut sind, sowie mit Wohnungsangelegenheiten, Beschäftigung, Sicherheit, Diversität und Gleichstellung.

Jene Mitarbeiter/innen des Hauses Graz samt Dienstleistern/innen, die als aktive und/oder passive Kontaktpersonen der diversen Zielgruppen gelten (demnach mit manifest Abhängigen, riskant Konsumierenden bzw. auch Hochrisikogruppen in Kontakt geraten), sollten nach Möglichkeit eine profunde und tätigkeitsbezogene Ausbildung absolvieren.

Beachtenswert wird es sein, die unterschiedlichen Zielgruppen in ihrer jeweiligen Diversität zu betrachten.

Grundsätzlich wird dafür geworben, den Adressaten/innen von Maßnahmen und Programmen aktiv eine mitgestalterische und mitentscheidende Funktion (echte Partizipation) zukommen zu lassen, sei es in Gremien, Projektgruppen oder in der Evaluation.

Ein Case Management, das nicht eine altersklassenspezifische Stafettenweitergabe bedeutet, sondern im Bedarfsfall eine lebenslange Begleitungsmöglichkeit offeriert, sollte generell angedacht werden.

Da es in Zeiten knapper Budgets wichtig ist, die wenigen vorhandenen Mittel vernünftig und ethisch korrekt einzusetzen, steigt die Notwendigkeit Suchtpolitik auch als Gesellschaftspolitik zu betrachten und keine Politik mit der Sucht zu betreiben.

Damit einhergehend sind die Rahmen Gesundheitsziele (RGZ) des Bundes zu verstehen, welche auf die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig vom Bildungsstatus, von der Einkommenssituation oder von den Lebensumständen, fokussiert. Sie rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse (Gesundheitsdeterminanten). So kann nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, sondern auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden.

Für die Suchtpolitik besonders relevant sind zwei der Ziele:

Ziel 2 - Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen.

Alle Bevölkerungsgruppen sollen gemäß dieses Ziels über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem sein.

Ziel 9 - Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern.

Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention (z.B. Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten wie Essstörungen) gelegt werden. Das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen soll erhöht werden, mit dem Ziel einer umfassenden Entstigmatisierung.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige (vor allem Eltern und Kinder) müssen umfassend und bedarfsgerecht versorgt und in der Gesellschaft integriert bleiben bzw. in sie integriert werden.

Das konzeptuell ableitbare Handlungscluster, welches durch Aktivitäten der Stadt Graz ergänzt und (mit)getragen werden kann, lässt sich über folgende Eckpfeiler definieren:

- Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation
 - Schadensminimierung
 - niederschwellige/Ortsnahe Hilfen und Präventionsprogramme
 - Integrative Maßnahmen
 - Ordnungspolitisches Handeln.
- **Bevölkerungskommunikation/Öffentlichkeitsarbeit** im Sinne einer sachlichen Information und Austauschmöglichkeit.

Wo immer es möglich ist, können die verantwortlichen Stellen/Personen der Stadt Graz dafür Sorge tragen, dass Aussagen und Informationen sachlich und präzise formuliert werden, sodass weder Mythen genährt werden noch Verunsicherungen entstehen. Oft ist nämlich das Verunsicherungsproblem größer als das Sicherheitsproblem.

Inklusion der riskant Konsumierenden/Abhängigen am gesellschaftlichen Leben und Stärkung der Möglichkeiten der Selbstverantwortung sind wie schon mehrfach erwähnt wesentlich.

- **Schadensminimierung** in aufsuchender und spezialisierter Form, wie durch Drogenstreetwork und Kontaktladen praktiziert. Implementierung in bestehende Angebote.

Nach Möglichkeit ist die Implementierung von Schadensminimierung in Routineangeboten in mehreren Segmenten der sozialen und medizinischen Dienstleistungen voran zu treiben.

Obwohl viele Suchtkranke nicht zuletzt auch durch Maßnahmen wie das Substitutionsprogramm zwar sozial und beruflich integriert werden können, ist der Anteil jener, die mehr oder weniger stark desintegriert sind, trotzdem relativ hoch.

Gerade hier sind multiprofessionelle Zentren, wie z.B. die Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle (IKA) von großer Bedeutung, da hier eine möglichst umfassende Diagnostik und Betreuung möglich sind.

- **Niederschwellige/Ortsnahe Hilfen und Präventionsprogramme**

Bedürfnisbefriedigung sollte mit der Stabilität der Zielpersonen abgestimmt sein. Dies beinhaltet in der suchtmmedizinischen/psycho-sozialen Versorgung auch die Aspekte Wohnversorgung, Arbeitstätigkeit, Tagesstrukturierung und/oder Beziehungsleben.

Oftmals sind Betroffene, bedingt durch jene psychischen Erkrankungen und andersartigen multiplen Probleme, die oft auch Erkrankungs-mitauslösend waren, nie wirklich sozial oder beruflich integriert worden.

Bei anderen wiederum erfolgte durch die Suchterkrankung eine langsam fortschreitende Desintegration, nicht zuletzt durch exkludierende und stigmatisierende Tendenzen in unserer Begegnung mit Suchterkrankten.

Bewerbung und Einsatz von suchtpreventiven Maßnahmen und Programmen in diversen Settings sollte forciert werden. Neben dem klassischen präadulten Bereich auch durch kultur-, alters-, geschlechts-, bildungs-, und arealsensible Zugänge.

Die klassische Prävention im schulischen Setting wird von Professionalisten/innen, wie durch VIVID und andere, noch am stärksten umgesetzt.

Gemeindeorientierte Suchtprevention ist ein Ansatz, der von Schlüsselpersonen in regional begrenzten Gebieten, wie z.B. Stadtteilen, ausgeht und sich auf eine Projektgruppe oder Initiative, bestehend aus zentralen Personen vor Ort stützt.

Wo gemeindenahere Präventionsinitiativen entstehen, sollen diese von öffentlicher Seite unterstützt werden. Beispielsweise sind „Grätzelsbezogene“ Gesundheitsförderungsprojekte gemeinsam mit Stadteilbüros und partieller Unterstützung durch professionelle Suchtprevention, sehr wohl in der Lage, sinnvolle, Adressaten/innennahe Modelle und Maßnahmen zu entwickeln und auch umzusetzen.

Dieser Ansatz kann aber nur dann erfolgreich sein, wenn zentrale Personen der Gemeinde diese Projekte aktiv unterstützen

- **Integrative Maßnahmen**

Es ist individuell und gesamtgesellschaftlich von großem Interesse, zu verhindern, dass Suchtkranke ihre Ausbildungen abbrechen (müssen), oder entsprechend ihre Arbeitsfähigkeit verlieren bzw. aus dem Arbeitsprozess ausscheiden oder gar den Wohnraum verlieren, da hierdurch eine dynamische Abwärtsspirale der sozialen Ausgrenzung in Gang kommt und auch hohe gesellschaftliche Kosten verursacht werden.

Bei Jugendlichen ist es, auch wenn Substanzmissbrauch vorliegt, wichtig darauf zu achten, dass deren Verbleib in der Schule oder in der Ausbildung möglichst gewährleistet werden kann.

Bestehende Einrichtungen der therapeutischen und sozialen Regelversorgung könnten durch Schulungen, stützende Angebote u.ä. für die Bedürfnisse Abhängigkeitserkrankter sensibilisiert werden und eventuell ihre Angebote auf diese Zielgruppe (mit)ausrichten und/oder verstärken.

Und wo dies nicht gewollt oder umsetzbar ist, müssen eben zugeschnittene Angebote umgesetzt werden, da auch bei Konsumenten/innen/Abhängigen psychoaktiver Substanzen davon ausgegangen werden kann, dass Wohnen, Beschäftigung, Pflege und Betreuung, Essen usw. auch für diese tatsächliche Bedürfnisse (und Ansprüche) sind. Ziel ist eine verbesserte Inklusion der Suchtkranken und ein erhöhtes Sicherheitsgefühl bei allen Beteiligten.

- **Ordnungspolitisch** relevant sind Öffentliche Räume, die mit Problematiken des abhängigen Lebensstils konfrontiert sind, und daher eine spezielle Aufmerksamkeit brauchen.

Es geht sowohl um das Allgemeinwohl in Punkto Sicherheit, Nutzungsrechte und Teilhabe als auch um die speziellen Bürger/innenrechte und Bedürfnisse der oftmals marginalisierten Zielgruppen.

Der Umgang mit Abhängigen im öffentlichen Raum kann durch spezialisierte Angebote wie Streetwork und durch Vernetzung dieserart Ansätze mit primär betroffenen Berufsgruppen wie z.B. Exekutive und Ordnungswache optimiert werden. Institutionalisierte Konsultationsmechanismen, auch unter Miteinbindung der Zielgruppen und Monitoring-Instrumente können zeitnah und abgestimmt erfolgen.

Spritzen und andere Hinterlassenschaften des drogengebrauchenden Lebensstils, sowohl im illegalisierten als auch im nichtlegalisierten Bereich (wie z.B. Zigarettenstummel oder zerschlagene Glasbehältnisse), welche im (halb)öffentlichen Raum vorzufinden sind, stellen ein potentielles Gesundheitsrisiko und oftmals auch ein öffentliches Ärgernis dar.

Kooperationskonzepte mit den einschlägigen Bereichen der öffentlichen Verwaltung wären zu weiter zu entwickeln und umzusetzen, um die Sicherheit zu erhöhen. Hier hat es sich beispielsweise bewährt, Szene-zugehörige Spritzensammler/innen, sowohl aus inklusions- und propagierenden Motiven als auch aus Gründen des spezialisierten Wissens zu engagieren.

Dieser Bericht dient als Grundlage für die Weiterentwicklung bzw. die zukünftige Priorisierung der Maßnahmen der städtischen Suchtpolitik.

Der Ausschuss für Umwelt und Gesundheit stellt den

A n t r a g,

der Gemeinderat wolle den gegenständlichen Informationsbericht über die Aktualität des Konzeptes „Strategien der Stadt Graz für eine wirksame Suchtpolitik,“ zu Kenntnis nehmen.

Der Bearbeiter:

Dr. Ulf Zeder

(elektronisch gefertigt)

Der Abteilungsvorstand:

Dr.med.univ. Josef Künstner

(elektronisch gefertigt)

Die Stadtsenatsreferentin:

Lisa Rücker

(elektronisch gefertigt)

Vorberaten und einstimmig/mehrheitlich/mit.....Stimmen angenommen/ abgelehnt/ unterbrochen in der Sitzung des Ausschusses für Umwelt und Gesundheit am.....

Der/die SchriftführerIn:

Der/die Vorsitzende:

Der Antrag wurde in der heutigen		<input type="checkbox"/> öffentlichen	<input type="checkbox"/> nicht öffentlichen Gemeinderatssitzung
<input type="checkbox"/>	bei Anwesenheit von GemeinderätInnen		
<input type="checkbox"/>	einstimmig	<input type="checkbox"/>	mehrheitlich (mit Stimmen /..... Gegenstimmen) angenommen.
<input type="checkbox"/>	Beschlussdetails siehe Beiblatt		
Graz, am		Der/die Schriftführerin:	

Beilage: Konzept: Strategien der Stadt Graz für eine wirksame Suchtpolitik

	Signiert von	Zeder Ulf
	Zertifikat	CN=Zeder Ulf,O=Magistrat Graz,L=Graz,ST=Styria,C=AT
	Datum/Zeit	2014-10-29T14:25:44+01:00
	Hinweis	Dieses Dokument wurde digital signiert und kann unter: http://egov2.graz.gv.at/pdf-as verifiziert werden.

	Signiert von	Künstner Josef
	Zertifikat	CN=Künstner Josef,O=Magistrat Graz,L=Graz,ST=Styria,C=AT
	Datum/Zeit	2014-10-30T11:01:33+01:00
	Hinweis	Dieses Dokument wurde digital signiert und kann unter: http://egov2.graz.gv.at/pdf-as verifiziert werden.

	Signiert von	Rücker Elisabeth
	Zertifikat	CN=Rücker Elisabeth,O=Magistrat Graz,L=Graz,ST=Styria,C=AT
	Datum/Zeit	2014-11-05T08:55:17+01:00
	Hinweis	Dieses Dokument wurde digital signiert und kann unter: http://egov2.graz.gv.at/pdf-as verifiziert werden.