

# SUCHT- PRÄVENTION

Informationsunterlage  
für die Kommission  
für Suchtprävention und  
Ergebnisse der Kommission

GRAZ





VERFASSEN: DR. ULF ZEDER

*„Wir können unsere Kinder nicht erziehen –  
sie machen uns eh alles nach“*

Karl Valentin

*„Es braucht ein ganzes Dorf,  
um ein Kind zu erziehen“*

afrikanisches Sprichwort

# Inhalt

---

Einleitung	5
Die Suchtprävention	6
Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule	8
Übergänge und Lebenszufriedenheit	14
Ist Graz eine „Drogenhauptstadt“?	18
Die häufigsten psychoaktiven Substanzen in Österreich	38
Ausblick: künftig zu erwartende Trends	54
Suchtprävention in den Abteilungen	60
Maßnahmenempfehlungen	65
Anhang	68

# Einleitung

---

Angemessene Maßnahmen in der Suchtprävention erfordern eine korrekte Beurteilung der Sachlage. Systematische Übertreibungen der negativen Folgen untergraben langfristig die Glaubwürdigkeit der InformationsgeberInnen als auch die daraus gesetzten politischen Handlungen.

Am erfolgreichsten wird letztendlich immer eine transparente, umfassende und systematische Auseinandersetzung sein, die falsche Vorstellungen nicht nährt.

Die sachliche angemessene und ethisch vertretbare Strategie erfordert eine korrekte Würdigung von Fakten und dass ethisch-moralische Implikationen angesprochen werden. Dies ist 2015 gelungen, indem die Österreichische Suchtpräventionsstrategie publiziert wurde, die schon im Titel auf die erforderliche Kohärenz in der Präventions- und Suchtpolitik hinweist (Uhl et al. 2015).

Unter anderem setzt dieses Papier darauf, dass suchtpolitische Maßnahmen auf diverse Zielgruppen ausgerichtet sein sollen und auch für neue Zielgruppenschließungen offen sein müssen.

Neben den Zielgruppen Suchtkranke und betroffene Dritte sind für die klassische Prävention drei Zielgruppen relevant:

1. Abstinente: Der Einstieg in Verhaltensweisen mit Sucht- bzw. Risikopotenzial soll möglichst gering gehalten werden und Abstinente in ihrer Haltung bestärkt werden. Präventive Maßnahmen sollen Kompetenzbildung stärken, sodass riskante Verhaltensweisen oder Suchtentwicklungen unwahrscheinlicher werden.

2. Risikoarm Konsumierende: Problementwicklungen sollen verhindert werden, indem Risiken rechtzeitig erkannt werden. Sachliche Informationen und vertrauensbildende Maßnahmen sind dafür besonders wichtig.
3. Problembelastete Konsumierende: Hier liegt die oberste Priorität darin, dort, wo Probleme nicht vermieden werden können, alles zu unternehmen, um den körperlichen und psychischen Schaden für die Betroffenen so gering wie möglich zu halten.

Damit nur wissenschaftlich fundierte und ethisch korrekte Maßnahmen gesetzt werden, stellt die Strategie fest, dass Menschen mit Suchtproblemen nicht an den Rand der Gesellschaft gedrängt, sondern in die medizinische und soziale Versorgung integriert werden sollen.

Der Fokus dieser Arbeitsgruppe liegt auf Prävention, weshalb auf wirksame Strategien bei bestehenden Abhängigkeitserkrankungen nicht weiter eingegangen wird, weiterführende Informationen zu diesem Themenbereich finden sich in zahlreichen wissenschaftlichen Positionspapieren.

Für das Kernthema Suchtprävention bildet die Suchtpräventionsstrategie Österreich aus dem Jahr 2015 die geeignete Basis für die Ausarbeitung lokal sinnvoller Maßnahmen.

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Prävention-und-Therapie/Österreichische-Suchtpräventionsstrategie.html>



# Die Suchtprävention

Professionelle Suchtprävention sollte sinnvollerweise von Fachleuten betrieben werden sowie von qualifiziert angeleiteten MultiplikatorInnen an die Zielgruppen gebracht werden.

Dies ist auch der Grund, weshalb in Österreich in jedem Bundesland Kompetenzzentren zur Verfügung stehen. In der Steiermark bzw. auch für Graz ist das die Fachstelle für Suchtprävention: VIVID.

Zeitgemäße und qualitätsgesicherte Prävention, die sich an wissenschaftliche Theorien und empirische Forschung samt Praxiserfahrungen orientiert, benötigt einen ausgewogenen Maßnahmenmix aus Verhaltens- und Verhältnisprävention und damit viele verschiedene Aspekte.

Kinder und Jugendliche sind die vorrangige, wenn natürlich auch nicht die einzige, Zielgruppe der Suchtprävention.

Suchtprävention kann zum Teil auch Gebrauchsprävention bedeuten und setzt dann dort an, wo von erheblichen Gefahren ausgegangen werden kann. Als erhebliche Gefahr gelten spezifische Substanzen (synthetische Drogen) und Verhaltensweisen (i. v. Konsum, Spritzenaustausch), aber auch der Konsum durch spezielle Personengruppen.

Die Menschen stärken: Moderne Suchtprävention ist in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eingebettet: „Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen.“ (Ottawa-Charta Gesundheitsförderung 1986)

Suchtprävention meint damit primär die **Förderung der Lebenskompetenz**. Das beinhaltet auch Wissen über psychoaktive Substanzen, Suchtmechanismen und die Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen.

Lebenskompetent ist, wer sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, kommunizieren und Beziehungen führen kann, durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst und Gefühle und Stress bewältigen kann (Bühler 2016).

Suchtprävention soll dabei nicht als Einübung einzelner Techniken, sondern unter anderem auch als Anlass für Begegnung, für Auseinandersetzung mit sich selbst und mit dem anderen, als „Beziehungsarbeit“ aufgefasst werden. (BMUK, 2012)

In der Schule werden viele der Faktoren, die in der Präventionsforschung als Schutzfaktoren gesehen werden, gefördert, und zwar u. a.:

- Zugang zu Information und Bildung,
- soziale Vernetzung,
- soziale Unterstützung,
- Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Fähigkeiten,
- selbstständige Urteilsbildung,
- befriedigende Entwicklungsperspektiven

Neben der Suchtpräventionsstrategie Österreich bieten sich weitere relevante Unterlagen als Ausgangsbasis für die Entwicklung Grazer Maßnahmen an, wie die Qualitätsstandards für die Suchtprävention an Schulen.

Bereits im Jahre 2003 hat die SAG („Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe“) unter Mitwirkung der relevanten Player der Suchtprävention, inklusive der Suchtkoordination Graz, Qualitätsstandards für die Suchtprävention an Schulen erarbeitet und im Gemeinderat einstimmig als verpflichtend einzuhaltende als Grundlage für Förderungen durch die Stadt Graz beschlossen. Der Gemeinderatsbeschluss ist im Anhang einzusehen. Die Qualitätsstandards werden an dieser Stelle vollumfänglich dargeboten, da sowohl die Wirkungsweise als auch die zu vermeidenden Ansätze in der (schulischen) Suchtprävention gut beschrieben werden.



**SAG!**  
**Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe**

Suchtkoordinationsstelle Steiermark, Paulustorgasse 4/I, 8010 Graz  
 Tel. 0316/877-4693, Fax: 0316/877-4698, E-Mail: suchtkoordination@stmk.gv.at

# Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule

erstellt von der Arbeitsgruppe SAG – Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Zeitraum ihres außerfamiliären Lebens in der Schule. Schule als Ort der Bildung und als fester sozialer Bezugspunkt für Kinder und Jugendliche hat sowohl stützende als auch belastende Auswirkungen auf alle am Schulgeschehen Beteiligten. In der Schule können **Schutzfaktoren** – wie Zugang zu Information und Bildung, soziale Vernetzung und Unterstützung, Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Fähigkeiten, selbstständige Urteilsbildung, Problembewältigungsstile, befriedigende Entwicklungsperspektiven – gefördert werden.

Die wichtigsten **Risikofaktoren** in der Schule sind:

- schulischer Leistungsdruck, der als Überforderung, Überlastung und Prüfungsangst erlebt wird,
- Schwierigkeiten in den Beziehungen zu LehrerInnen und MitschülerInnen,
- Diskrepanz zwischen den Leistungserwartungen der Eltern und den tatsächlichen Leistungen im näheren sozialen Umfeld

Die Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule bieten eine wichtige Orientierungshilfe für suchtpreventives Handeln.

## Begriffsdefinition Suchtprävention

In Anlehnung an die vom amerikanischen „Institute of Medicine“ entwickelte Begriffsdefinition werden alle Interventionen, die vor der vollen Manifestation einer Erkrankung einsetzen, als Prävention verstanden.

Prävention kann demnach in folgende Kategorien weiter unterteilt werden:

- Die **„universelle“** präventive Intervention stellt eine Maßnahme dar, die für alle Personen einer Population wünschenswert ist, z. B. Schulprogramme zur Förderung der Lebenskompetenzen der Schüler, massenmediale Kampagnen, Maßnahmen am Arbeitsplatz.
- Eine **„selektive“** präventive Intervention zielt auf Individuen ab, deren Risiko, Substanzen zu missbrauchen bzw. abhängig zu werden, über dem Durchschnitt liegt, z. B. bei Kinder von alkoholkranken Eltern.
- Die **„indizierte“** präventive Intervention (Früherfassung) ist jenen Personen vorbehalten, die bereits ein manifestes Risikoverhalten etabliert haben und somit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer Abhängigkeit in der Zukunft ausgesetzt sind, bei denen die diagnostischen Kriterien der Abhängigkeit aber noch nicht gegeben sind, z. B. jungen Erwachsenen, die am Wochenende wiederholt exzessiv Alkohol trinken („binge drinking“).

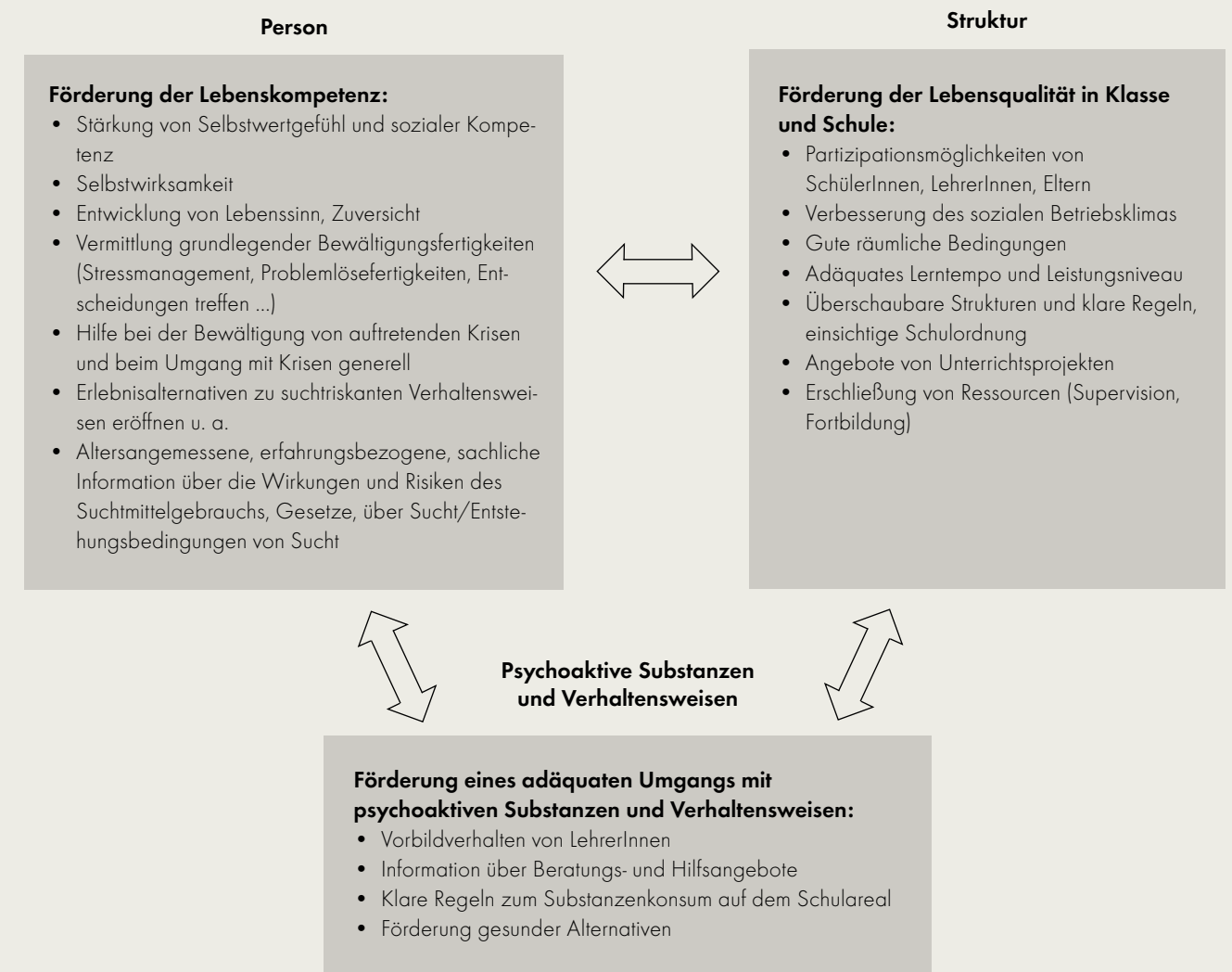
## Grundsätze wirksamer Suchtvorbeugung

- **Person- und strukturorientierter Ansatz**  
Verhaltens- und Verhältnisprävention
- **Langfristigkeit und Kontinuität**  
Langfristige Projekte und Verankerung im Lebensalltag von Menschen anstatt Einzelmaßnahmen und Präventionsaktionismus

- **Ursachen- und Ressourcenorientierung**  
Suchtvorbeugung setzt bei den Ursachen von Suchtentwicklungen an und hat die Förderung von Schutzfaktoren sowie die Beseitigung von Risikofaktoren zum Ziel.
- **Zielgruppen- und Lebensweltorientierung**  
Sucht beginnt im Alltag. Suchtprävention orientiert sich am Alltag und der Lebenswelt ihrer Zielgruppen.

### Ansatzpunkte schulischer Suchtprävention

Schulische Suchtprävention verfolgt Ziele auf folgenden Ebenen:



## Qualitätskriterien schulischer Suchtprävention

### 1. Ursachenorientiert

Präventionsprogramme sollen ursachenorientiert sein, damit Veränderungen möglich – und Einstellungen grundlegend beeinflussbar werden. Das bedeutet, dass individuelle Entwicklungsgeschichten, soziale und gesellschaftspolitische Einflussgrößen, legale und illegale Substanzen und Verhaltenssüchte ihren Niederschlag in den Inhalten von Suchtpräventionsprogrammen finden müssen. Hierbei sollen nicht nur Defizite in der persönlichen Entwicklung aufgezeigt werden, sondern auch die persönlichen Ressourcen, die Abstinenz oder zumindest einen risikobewussten und nicht süchtig machenden Umgang mit Substanzen ermöglichen.

Eine Reduktion auf (illegalen) Drogenkonsum – Drogenfolgen und/oder einseitiges Fixieren auf Defizite einer Person sowie einseitige Schuldzuweisungen greift zu kurz und beschreibt nur gewisse Auswirkungen und keine tieferliegenden Zusammenhänge oder Entwicklungschancen.

### 2. Bedarfsorientiert

Um die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe richtig einschätzen und daraufhin die notwendigen Maßnahmen setzen zu können, muss im Rahmen der Planung eines suchtpreventiven Projektes eine Bedarfserhebung erfolgen.

Die Einbeziehung regionaler Gegebenheiten und die Ergänzung mit anderen etwaigen Vorhaben in der Gesundheitserziehung müssen gesichert sein. Ein Präventionsprogramm soll die von der jeweiligen Zielgruppe gewünschten sowie die von den Präventionsfachkräften empfohlenen Inhalte und Umsetzungskriterien berücksichtigen.

### 3. Aktualität

Die Erkenntnisse aus der Präventionsforschung und die sich rasch entwickelnden Bedingungen vor Ort (jugendkulturelle Entwicklungen, neue Drogen und Konsumformen, soziale Bedingungen u. v. m.) müssen sich in den Präventionsprogrammen niederschlagen. Jedes Präventionsprogramm muss Bezug auf aktuelle theoretische (suchtrelevante und pädagogische) Grundlagen nehmen und darf sich nicht aus bloßen Annahmen speisen. Solche Annahmen wären z. B., dass Abschreckung alleine hilft, dass Frontalunterricht ohne Partizipationsmöglichkeiten nützlich ist oder dass nur negative Auswirkungen von Drogen vorgebracht werden sollten.

### 4. Ethisch vertretbar

Methoden in der Suchtprävention dürfen weder die Anonymität noch die psychosoziale Integrität von Personen gefährden oder diese Personen stigmatisieren. Das Vorführen von Abhängigen oder das einseitige Darstellen von erschütternden Lebensgeschichten sind demnach abzulehnen. Es gibt keinen „Notstand“, der ein Übergehen ethischer Normen rechtfertigt.

Ziel muss es sein, differenzierte Sichtweisen aktiv erarbeiten zu lassen und bei der Selbstfindung genug Spielraum für die Entwicklung von eigenverantwortlichen Lebens- und Wertvorstellungen zu lassen.

Wertschätzung und Akzeptanz von Menschen, Plausibilität in der Darstellung von lebensgeschichtlichen Entwicklungen – auch in Kombination mit gesellschaftlichen Bewertungen – sind unabdingbar im Umgang mit den Zielgruppen.

### 5. Fachlichkeit der Anbieter

Eine einschlägige Berufserfahrung im Suchtpräventionsbereich ist unabdingbar. Personen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können nur im Rahmen ihres professionellen Zuständigkeitsbereiches und/oder ihrer persönlichen Erfahrungswerte koagieren.

Eine nachweisliche Beschäftigung mit aktuellen Methoden in der Suchtprävention und der adäquate Einsatz ebendieser Methoden ist unerlässlich für professionelle Präventionsarbeit.

Die Fachlichkeit der Anbieter manifestiert sich vor allem in folgenden Aspekten:

- Methodenkompetenz und das Wissen um fachliche und methodische Grenzen (Überschätzung des eigenen Kompetenzrahmens und oberflächliche, einseitige Kenntnisse sind ein Indiz für mangelnde Fachlichkeit)
- Kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und dem eigenen Konsumverhalten
- Sachverhaltsbetrachtung in umfassenden Zusammenhängen und das Einnehmen einer differenzierten Problembetrachtung (Abschreckung, Schuldzuweisungen oder veraltete Erklärungsmodelle zeugen von mangelnder Differenziertheit)
- Richtige Einschätzung der Auswirkungen des angebotenen Ansatzes auf die psychosoziale Entwicklung der jeweiligen Zielgruppe
- Kompetenz in der Moderation und Begleitung von Prozessen, Umsetzung sozialpädagogischer Methoden
- Kooperation und Austausch mit Fachleuten der Prävention und Suchthilfe
- Dialogbereitschaft und Verständnis für die Argumente der jeweiligen DiskussionspartnerInnen
- Kenntnis und Einhaltung gemeinsam vereinbarter Qualitätsstandards

### 6. Vielfalt und Transparenz der Methode

Methodenvielfalt ist gekennzeichnet durch die Verwendung verschiedener wissensvermittelnder, reflektiver, erlebnis- und erfahrungsorientierter, einander abwechselnder und ergänzender, geschlechtsbezogener Strategien. Sie schließt den Einsatz immer gleicher, uniformer Methoden aus.

Suchtpreventive Inhalte sollen durch Methoden vermittelt werden, die es ermöglichen, die einzelnen Schritte des Prozesses und die Ziele der Methode mitzuverfolgen. Die Methoden sollen auf ihre Verwendbarkeit zur Suchtprävention überprüfbar sein und die ihnen zu Grunde liegenden theoretischen Konzepte allgemein verständlich transportieren. Die Kriterien für die Methodenauswahl müssen für alle Beteiligten transparent sein.

### 7. Planung, Dokumentation und Evaluation

Suchtpräventionsprojekte müssen sorgfältig und unter Einbindung aller am Projekt beteiligten Gruppen geplant werden. Die Umsetzung des Projektes ist genau zu dokumentieren und nach Möglichkeit zu evaluieren.

Vor- und Nachbereitung müssen folgende Aspekte enthalten:

- Konzepterstellung
- Zielformulierung
- Ist-Analyse / Bedarfsanalyse
- Definition der Zielgruppe
- Bestimmung der Inhalte
- Zeit- und Finanzrahmen
- Methodenauswahl
- Ablaufplan
- Feedback oder gemeinsame Reflexion nach der Durchführung (Feedbackbögen, Minimalvariante schriftlicher Dokumentation und Evaluation)
- Abschlussreflexion der Durchführenden (Prozess!)

### 8. Strukturorientierte Maßnahmen und personenorientierte Maßnahmen

Die nachhaltige Wirkung suchtpreventiver Maßnahmen setzt Maßnahmen auf struktureller und individueller Ebene voraus.

**Strukturelle Ansätze** (Maßnahmen, die auf Bedingungen Einfluss nehmen, umgebungsorientierte Maßnahmen) versuchen, auf jene Entstehungsbedingungen von Sucht einzuwirken, die über die Einzelperson hinausgehen: Lebens- und Arbeitsbedingungen, Gesetze, gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen.

Für den Bereich Schule bedeutet strukturorientierte Suchtprävention **die Förderung der Lebensqualität in Klasse und Schule** durch:

- Partizipationsmöglichkeiten der SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern
  - Gutes soziales Klima
  - Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung im Lehrkörper
  - Gute räumliche Bedingungen
  - Gute Arbeits- und Lernbedingungen
  - Adäquates Lerntempo und Leistungsniveau
  - Überschaubare Strukturen und klare Regeln etc.
- Personenorientierte Ansätze** (kommunikative Maßnahmen) richten sich an einzelne Menschen. Sie haben zum Ziel, Einzelnen und Gruppen Kenntnisse, Erfahrungen und Ressourcen zur Lebensbewältigung zu vermitteln.

Zentrales Ziel schulischer personenbezogener Suchtprävention ist **die Förderung der Lebenskompetenz**.

- Entwicklung von Lebenssinn und Zuversicht
- Stärkung von Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz
- Förderung von Selbstwirksamkeit
- Vermittlung grundlegender Bewältigungsstrategien (Stressmanagement, Problemlösungskompetenz, Entscheidungsfindung, Angstbewältigung, Konfliktbewältigung)
- Hilfestellung bei der Bewältigung von Krisen
- Vermittlung von Alternativen zu suchtriskanten Verhaltensweisen
- Altersadäquate, erfahrungsbezogene, sachliche Information über die Möglichkeiten, Wirkungen und Risiken des Substanzkonsums
- Standfestigkeitstraining – Anleitung zum Umgang mit Gruppendruck und unerwünschter sozialer Beeinflussung durch die Peergroup, Werbung und Massenmedien

## 9. Abschreckung

Suchtprävention, die auf angstauslösende, stark emotionalisierende Methoden setzt, ist wenig zielführend und hat häufig gegenteilige Wirkung, da Abschreckung auf bestimmte Zielgruppen neugierverstärkend und anziehend wirken kann.

Unter jugendlichen Erstkonsumenten (Probierkonsum) machen durchaus auch positive Konsumerfahrungen die Runde, wodurch Abschreckung, die nur die negativen Aspekte des Substanzkonsums hervorhebt, von Jugendlichen als unglaubwürdig beurteilt wird.

Relativierende und nachvollziehbare nüchterne Sachverhaltsdarstellungen sind einseitig negativen Beispielen (z. B. Spielfilmen wie „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“ etc.) eindeutig vorzuziehen.

## 10. Kontinuität

Suchtpräventive Maßnahmen müssen langfristig geplant und kontinuierlich umgesetzt werden und auf aktuelle Entwicklungen bei der Zielgruppe Rücksicht nehmen. Unkoordinierte, anlassbezogene und spektakuläre Einzelaktionen sind im Rahmen ernst gemeinter Suchtprävention wirkungslos.

## 11. Nachhaltigkeit

Wirksame Präventionsarbeit und hier vor allem die Förderung von Schutzfaktoren, persönlichen Ressourcen und Kompetenzen muss so erfolgen, dass auch nach längeren Zeiträumen auf das Erlernte zurückgegriffen werden kann (z. B. Eigenverantwortung im Rahmen einer Übung erleben, erlernen, übernehmen und somit den eigenen Handlungsspielraum erweitern).

Das Miteinbeziehen der TeilnehmerInnen und deren aktive Teilhabe an Lernprozessen, das gemeinsame Reflektieren dieser Prozesse und die Ableitung von Handlungsmodellen aus diesen Prozessen ist unabdingbare Voraussetzung für die Nachhaltigkeit präventiver Arbeit.

## 12. Realistische Ziele

Realistische Ziele sind Ziele, die jede/-r TeilnehmerIn im Rahmen seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten innerhalb eines definierten Zeitraums erreichen kann. Suchtprävention darf daher keine globalen, hoch ideologischen oder unrealistischen Ziele (wie beispielsweise eine suchtfreie Gesellschaft) verfolgen.

Eine Maßnahme ist dann zielführend und gelungen, wenn die TeilnehmerInnen am Ende z. B. erstmalig eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis zum Thema „Sucht“ entwickelt haben.

## 13. Zielgruppenorientierung / altersadäquate Maßnahmen

Suchtpräventive Maßnahmen haben sich an ihren Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Eltern, LehrerInnen, SchulleiterInnen, EntscheidungsträgerInnen) zu orientieren und in ihren Zielen, Inhalten, Ansätzen und Strategien entsprechend zu unterscheiden.

Insbesondere sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Alter und Entwicklungsstand
- Vorwissen (unterschiedlicher Wissensstand hinsichtlich verschiedener Substanzen bei den Jugendlichen)
- Erfahrungsstand (z. B. Konsumerfahrung: aktueller Substanzkonsum, Probierkonsum, Konsumaffinität, Vorbildverhalten der Erwachsenen ...)
- Lebensumfeld (Stadt/Land, mangelnde Berufsaussichten oder Zukunftsperspektiven, Verfügbarkeit von Substanzen)
- Aktuelle Situation (Pubertät, Schulwechsel ...)
- Verantwortung (gesetzliche Grundlagen, Jugendschutz, Entscheidungskompetenz der Schulleitung bei Suchtgefährdung)
- Auftrag (Gesundheitserziehung durch Lehrpersonen ...)
- Bedürfnisse der Zielgruppe (Abklären von Erwartungen, Beantworten gezielter Fragen ...)

## 14. Partizipation / Aktivierung der Zielgruppe

Suchtpräventionsaktivitäten haben das Vorwissen, den Erfahrungsstand und die Bedürfnisse der Zielgruppen zu berücksichtigen und die jeweilige Zielgruppe in die Umsetzung und Gestaltung aktiv mit einzubinden, um die persönliche Auseinandersetzung mit Themen und Inhalten der Vorbeugung zu fördern. So sind beispielsweise abschließliche Frontalvorträge für Jugendliche abzulehnen.

## 15. Glaubwürdigkeit und Transparenz

Aussagen zu Themen und Inhalten der Prävention sollten mit der Person und Funktion der Suchtpräventionsfachkräfte und MultiplikatorInnen sowie ihren persönlichen Erfahrungen und ihrem Verhalten übereinstimmen (Beispiel: RaucherInnen, die vor den Gefahren des Nikotinkonsums warnen, ohne zum eigenen Konsumverhalten Stellung zu beziehen, sind unglaubwürdig). Die Hintergründe und Ziele der gewählten Methoden und die persönliche Motivation sind gegenüber der Zielgruppe offenzulegen.

### ad struktureller Ansatz:

Dieser Ansatz beschäftigt sich mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und mündet zumeist in Regularien. Am Beispiel Alkohol wären die strukturellen Ansatzpunkte folgende:

- Besteuerung
- Beschränkung von Happy-Hour-Verkäufen
- Beschränkung von Alkoholwerbung
- Mindestalter für Alkoholkonsum
- Beschränkte Verkaufszeiten für Alkohol
- Beschränkung des Konsums in Sportstätten
- Dichte der Platzierung der Alkoholausschank- und Verkaufsbetriebe u. a.



# Übergänge und Lebens- zufriedenheit

---

## Übergänge als Risikofaktor

---

Biographische Übergänge sind Umbruchsperioden, gekennzeichnet durch Aufgabe alter Rollen und die Auseinandersetzung mit neuen Selbstbildern und sozialen Rollen. Die Bewältigung hängt von persönlichen Ressourcen (psychische, soziale usw.) und externen Faktoren ab.

Altersnormierte, also voraussehbare und dadurch zum Teil planbare Übergänge wie Pubertät, Menopause, Pensionierung existieren neben ungeplante Veränderungen wie Scheidung, Erkrankung oder Arbeitsplatzverlust, die hierdurch stressvoller und psychisch belastender sind.

Antizipierbarkeit von Lebenszyklen nach dem Motto „Alles zu seiner Zeit“ hat im Laufe der letzten Jahrzehnte an Vorhersehbarkeit deutlich eingebüßt. Der einstige gesellschaftliche Konformitätsdruck wurde von einem Originalitätsdruck abgelöst, der nicht selten zu einer Überforderung der Selbststeuerungskompetenz führt.

Einstellungswerte und Bewältigungsstrategien sind entscheidend für den gelungenen Umgang mit Übergängen. Handlungsorientierte Menschen sind eigenverantwortlicher und zukunftsbezogener als Menschen, die sich als Opfer von Umständen sehen und wenig Handlungsvarianz orten können. Hoffnung und die eingehenden persönlichen und biographischen Erfahrungswerte sind quasi der Motor, um selbstbestimmtes und realisierbares Leben zu ermöglichen und Krisen nicht als unüberwindliche Probleme zu betrachten (Pasqualina 2019).

## Lebenszufriedenheit als suchtpreventiver Motor

---

Ein Ziel der Gesellschaft sollte es sein, glückliche Menschen hervorzubringen, die nicht zur Kompensation von Defiziten psychoaktive Substanzen konsumieren. Aber für eine erhebliche Anzahl von Menschen ist dies aus mannigfaltigen Gründen, wie z. B. wegen psychiatrischer Erkrankungen oder biographischer Entwicklungsstörungen etc. nicht ohne Weiteres möglich, glücklich oder zufrieden zu sein. Dies bedeutet nicht, dass, im Falle einer tiefergehenden Daseinszufriedenheit, keine psychoaktiven Substanzen konsumiert werden, die Begründung liegt dann aber eben nicht im Ausgleich starker Defizite und wird dadurch seltener krankhaft und/oder überbordend. Die beste Prävention, um eine Gesellschaft mit wenig Abhängigen zu erwirken, wäre, Kindesmissbrauch, Demütigungen und Kindesverwahrlosung zu eliminieren und nicht erst bei der Symptombekämpfung anzusetzen.

Gewisse Regularien sind unumgänglich, z. B. kann nicht auf das Jugendgesetz samt dessen Umsetzung verzichtet werden. Wobei hier der Fokus breiter angelegt ist und sowohl DistributorInnen (z. B. Getränkehandel, Trafiken ...) als auch Erziehungsberechtigte miteinschließt. Auch die Exekutive spielt eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, auch im öffentlichen Raum für Ruhe und Ordnung zu sorgen.



„Suchtpolitik“ bzw. der gesellschaftspolitische Umgang mit den Phänomenen des Konsums – von der Prävention bis hin zur Schadensminimierung - ist demnach nicht nur Sache der Gesundheitspolitik und daher kann ihnen auch nicht allein mit gesundheitlichen Interventionen begegnet werden. Nur ein breit diversifiziertes Behandlungsangebot kann der Vielfalt an unterschiedlichen Bedürfnissen und Problemlagen gerecht werden und dazu braucht es eine breit geteilte Verantwortungsübernahme. Diese ressortübergreifende Verantwortung entspricht den Prinzipien, wie sie im Gesundheitsleitbild der Stadt Graz bereits festgeschrieben wurden. Als besonders gefährdet, süchtig zu werden, gelten Per-

sonen, die vereinsamen, psychische Probleme haben, aus suchtbelasteten Familien stammen, über wenig materielle und stützende Ressourcen verfügen, wenig resilient sind, biographische Brüche erlebt haben und noch vieles mehr. Gerade für diese Gruppen bietet die Suchthilfe spezielle Angebote, die auf den jeweiligen Websites abgerufen werden können.

## Stoffgebundener und stoffungebundener Fokus

Es gibt natürlich einige „Süchte“ und spezielle Substanzen, die ein Risiko darstellen können, die jedoch von der Ausbreitung her nicht besonders schlagend sind. Auch gibt es Verhaltensweisen, die mitunter den Kriterien der Abhängigkeit genügen, allerdings in der Beschreibung ausufern würden, wie z. B. Kaufsucht, Sexsucht, Arbeitssucht u. v. m.

Gerade die neuer definierten Verhaltenssüchte haben keine lange Tradition in Suchthilfeeinrichtungen und daher gibt es kaum seriöse Prävalenzschätzungen. (Uhl in Delphi-Studie 2015)

### KONSUMATIONSEBENEN LASSEN SICH PLAKATIV WIE FOLGT DEFINIEREN:

#### „Experimenteller Gebrauch“

(„Probierkonsum“)

Beim „experimentellen Gebrauch“ steht oftmals Neugier im Vordergrund. „Experimenteller Gebrauch“ sagt jedoch noch nichts über die damit verbundene gesundheitliche Gefährdung oder Schädigung aus. Jugendliche testen z. B. die Wirkung des Alkohols. Obwohl kein Suchtverhalten vorliegt, kann es trotzdem zu einer Alkoholvergiftung, einem Unfall usw. kommen.

#### „Unschädlicher Gebrauch“

Hier ist weiter zu unterscheiden zwischen „gelegentlichem, unschädlichem Gebrauch“ und „regelmäßigem, unschädlichem Gebrauch“. Die Hauptmotivation bei „regelmäßigem, unschädlichem Gebrauch“ ist Gewohnheit und/oder Genuss. Es braucht allerdings die Aufmerksamkeit der Person und des Umfeldes, um Entgleisungen rechtzeitig zu erkennen, da Konsumverläufe nicht per se gradlinig sein müssen.

#### „Schädlicher, aber nicht-süchtiger Gebrauch“ = „gesundheitsschädigender Gebrauch“

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann mitunter gesundheitsschädlich sein (Vergiftung, Organschädigung, etc.), ohne mit Sucht in Zusammenhang zu stehen. Trotzdem birgt er Gefahren in sich, wie schon der Begriff „schädlich“ zeigt.

#### „Süchtiger Gebrauch“ = Abhängigkeit/Sucht

Allen Definitionen von „Abhängigkeit“ ist gemeinsam, dass sich das Phänomen der Sucht nicht von heute auf morgen einstellt, sondern einen dynamischen Prozess darstellt.

Die Übergänge zwischen experimentierendem Konsum, gelegentlichem Konsum, gesundheitsgefährdendem Konsum bis zur Abhängigkeit sind jedoch fließend.

Grundsätzlich sollte die Suchtprävention gerade bei besonders vulnerablen Gruppen ansetzen, wie z. B. bei beschäftigungslosen Jugendlichen oder in spezielle Wohngebieten. Gefühlsregulierende und lebenskompetenzerhöhende Maßnahmen sind hierbei zentral.



# Ist Graz eine „Drogen- hauptstadt“?

Graz ist nicht von den nationalen und internationalen Entwicklungen abgekoppelt.

Das heißt, Graz unterliegt den weitgehend gleichen sozialen Einflüssen, Gesetzesvorschriften, Bevölkerungsentwicklungen wie das restliche Österreich und das nahe Ausland.

Die Frage, wie viele Personen eine bestimmte psychoaktive Substanz gebrauchen (Konsumerfahrung) bzw. diese in gesundheitsbeeinträchtigendem Maße gebrauchen (schädlicher Gebrauch) bzw. vom Konsum abhängig sind, ist eine zentrale Fragestellung der Epidemiologie.

Die Aufbereitung von statistischen Auswertungen wird erschwert durch beschränkt verfügbares Zahlenmaterial und fehlende Vergleichbarkeit der Zahlen, da der Sachverhalt komplex und oft durch methodologische Probleme und begriffliche Ungenauigkeiten angereichert ist. Daher sind einfache, präzise Angaben von Prozentwerten zwar erwünscht, aber nur unschärfebehaftet möglich.

## **Fehlerquellen (Delphi-Studie 2015) sind u. a.:**

1. Behandlungs- und Anzeigestatistiken spiegeln eben nur die darin eingeflossenen Personen wider und sind von Schwerpunkten, Behandlungsangeboten u. v. m. abhängig.
2. Bevölkerungsbefragungen bedingen over-reporting (oft bei Jüngeren) und under-reporting bei Älteren. Auch sind die besonders betroffenen Bevölkerungsegmente tendenziell unterrepräsentiert.
3. Personen, die zu einem früheren Zeitpunkt Konsum angegeben haben (Lebenszeitprävalenz), geben dies Jahre später in einer Befragung nicht mehr an.
4. Das Prävalenz-Zeitfenster bedingt höhere Raten, je größer diese angelegt werden.
5. Hochrisikant Konsumierende werden eventuell falsch eingeordnet: Ein Opiatabhängiger, der im Versorgungsengpass Tranquilizer einnimmt, wird nicht/oder doch als medikamentenabhängig eingestuft.
6. Anteil der einbezogenen Bevölkerung, ob Gesamtbevölkerung oder z. B. 15- bis 64-Jährige.

Nichtsdestotrotz soll versucht werden, Erfahrungswerte und Statistiken für Graz einfließen zu lassen.



## Suchtmittelgesetz

Ein grober Hinweis auf das Ausmaß bzw. auf die altersspezifische Verbreitung des Konsums illegalisierter psychoaktiver Substanzen bietet die Übertretungsrate nach dem Suchtmittelgesetz (SMG).

Bundesland	SMG-Delikte 2017	Bevölkerung [1000 Einwohner]	SMG-Delikte pro 1000 Einwohner
Tirol	3.992	746,2	5,35
Vorarlberg	1.604	388,7	4,13
Kärnten	2.210	561,1	3,94
Steiermark	4.285	1.237,4	3,46
Niederösterreich	5.516	1.665,8	3,31
Wien	14.028	1.868	7,51
Oberösterreich	7.692	1.465,2	5,25
Salzburg	2.281	549,4	4,15
Burgenland	1.002	292	3,43

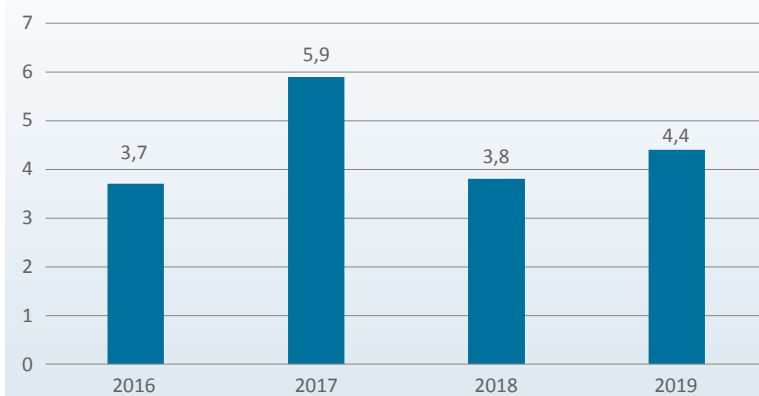
Quelle: Oberacher 2019

Die obige Aufstellung bezieht sich auf die jeweiligen gesamten Bundesländer und, bis auf Wien, nicht auf die Landeshauptstädte. Auf Basis der Daten von 2017 ergibt der Faktor SMG-Delikte pro 1.000 EinwohnerInnen für die Stadt Graz die Zahl **5,9**. Berechnungsgrundlage: 290.000 EinwohnerInnen.

Im Jahr darauf (2018) sank dieser Faktor für die Stadt Graz auf **3,8** pro 1.000 EinwohnerInnen.

Für das Jahr 2019 beträgt der Faktor **4,4**.

Delikte pro 1000 EinwohnerInnen in Graz



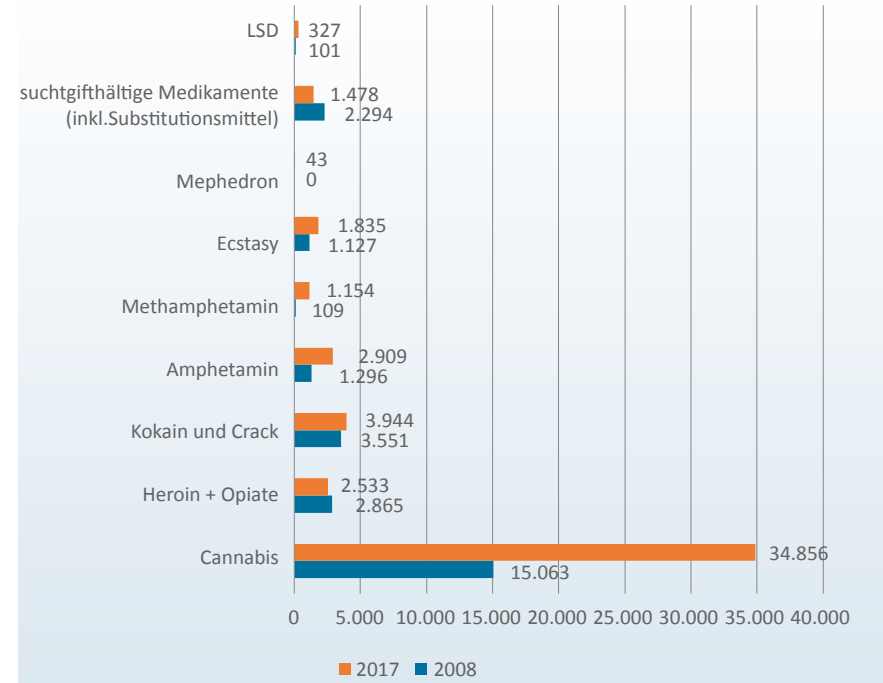
Quelle: Zeiler 2020

Es wird hierbei nicht davon ausgegangen, dass sich der Konsum psychoaktiver Substanzen maßgeblich verändert hat, sondern der Fahndungsdruck der Exekutive. Somit sind interregionale und zeitliche Vergleiche immer mit Vorsicht zu tätigen.

Bundesweit sind die TäterInnen nach dem SMG zu 65 % ÖsterreicherInnen und zu 35 % AusländerInnen (BMI 2019).

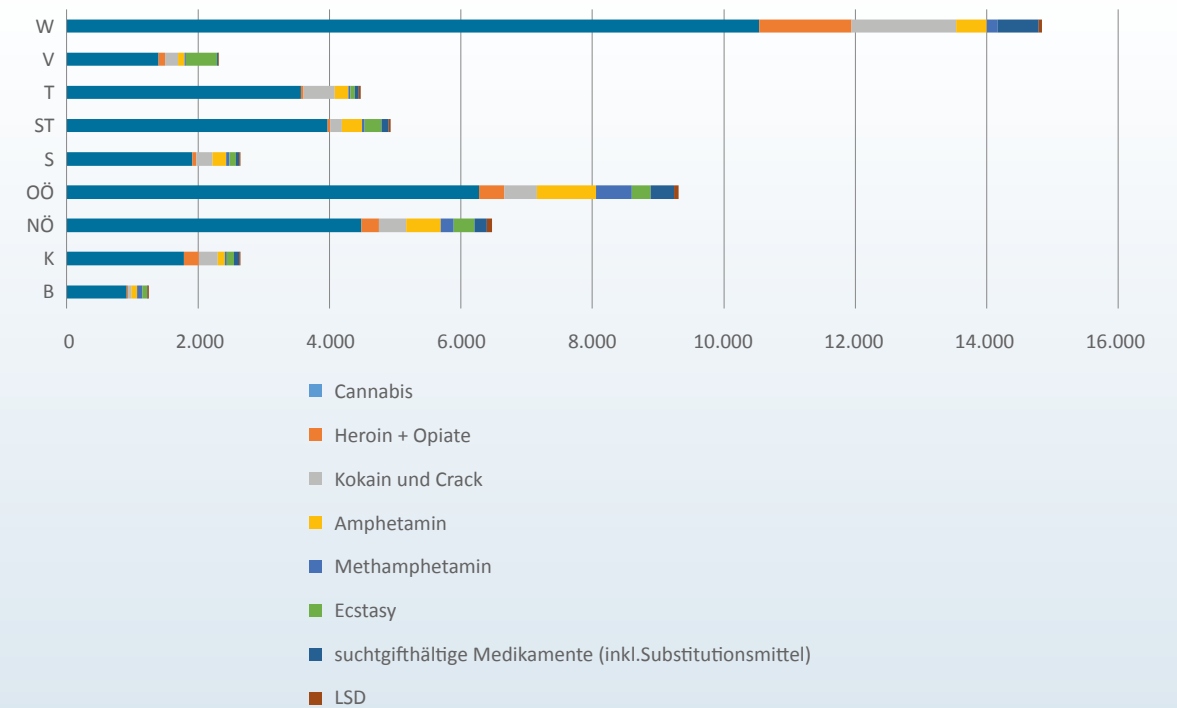
Verteilung der Anzeigen nach dem SMG nach Suchtgift/Suchtmittel im Zehn-Jahres-Vergleich österreichweit:

Anzeigen SMG 2008–2017 Österreich



Quelle: GÖG 2018

Anzeigen SMG nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2017



Quelle: GÖG 2018

## Analyse der Delikte in der Stadt Graz

Die Zeitspanne umfasst den Zeitraum 1.1.2016 (neue Bestimmungen des SMG) bis 31.12.2019. (Herzlichen Dank an Barbara Rauscher für die Unterstützung bei der Datenanalyse!)

Zu den Beanstandungen: Hierbei wurden nicht der Zeitpunkt der Übermittlung der Daten an das Gesundheitsamt oder das Anzeigedatum herangezogen, sondern das ermittelte Alter zur Tatzeit, um ein realistisches Bild des Geschehens zu erhalten. Im Falle des Zugebens früherer Konsumation gegenüber der ermittelnden Polizei wurde dieses Datum eingerechnet. Hierdurch steigt die Quote der Jugendlichen, da zugegebener und länger zurückliegender Konsum jenseits des sogenannten „Tatort-Datums“ berücksichtigt wird.

Die Aufstellungen betreffen nur in Graz wohnhafte Personen (Hauptwohnsitz), ungeachtet der Tatorte.

**Abtretungsberichte:** („leichtere Delikte“) Diese sind die sogenannten **Anfangsverdachte**, die der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zur Bearbeitung übermittelt werden und nur durch entsprechende Anzeigen seitens

der Bezirksverwaltungsbehörden von der Justiz weiterverfolgt werden. Primär geht es hierbei um den Erwerb, Besitz und Konsum illegalisierter Substanzen. Auch die nicht gewinnbringende Weitergabe, wie es KonsumentInnen unter sich mitunter handhaben, ist hier oftmals inkludiert.

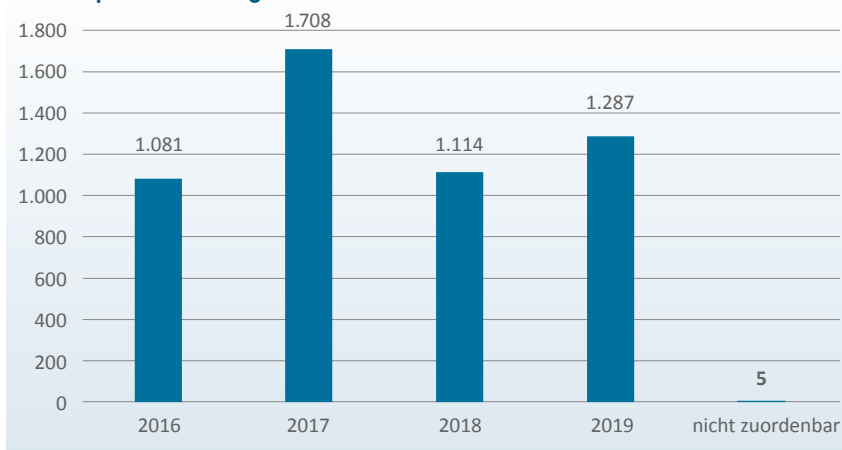
**Abschlussberichte:** („schwerere Delikte“) Diese sind **Anzeigen** und beinhalten auch Strafbestände des Handels etc. Mitunter handelt es sich aber auch um Fälle, die eigentlich als Abtretungsberichte bewertet werden sollten, z. B. beim Cannabisgebrauch betreten worden zu sein.

**Anmerkung:** Zu diesen Daten muss allerdings angemerkt werden, dass erfolgreiche Interventionen nach §13 SMG („Schulparagraph“) sich nicht in der Statistik niederschlagen, sondern erst dann der Bezirksverwaltungsbehörde gemeldet werden, wenn SchülerInnen sich der schulintern festgelegten Behandlung/Betreuung entziehen. Hinzuzurechnen wären demnach die jährlich ca. 80 bis 100 Interventionen in den Grazer Schulen, die dem Gesundheitsamt nicht gemeldet werden müssen. Hier handelt es sich fast ausschließlich um Cannabisdelikte.

Gesamt sind in dem Zeitraum **5.190 Delikte** festgehalten worden.

### JÄHRLICHE ZUORDNUNG DER GEMELDETEN DELIKTE IN GRAZ:

#### Anfallsjahr = Meldung an das Gesundheitsamt



Jahr des Einlangens (Anfallsjahr)	Anfangsverdachte	Anzeigen	Gesamtergebnis
2016	687	394	1.081
2017	1.102	606	1.708
2018	836	278	1.114
2019	855	432	1.287
Gesamtergebnis	3.480	1.710	5.190

### NATIONALITÄT DER TÄTER/-INNEN:

Anfangsverdachte			Anzeigen			Gesamtergebnis
ÖsterreicherInnen	AusländerInnen	Summe	ÖsterreicherInnen	AusländerInnen	Summe	
<b>2.172</b>	<b>1.307</b>	<b>3.480</b>	<b>768</b>	<b>942</b>	<b>1.705</b>	<b>5.185</b> (5 TäterInnen nicht zuordenbar)
In Prozent der jeweiligen Deliktklasse						
62,4%	37,6%		44,9%	55,1%		

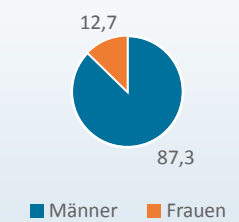
### Anzahl der TäterInnen:

Die 3.480 Anfangsverdachte wurden von 3.008 verschiedenen TäterInnen verübt.

Die 1.710 Anzeigen wurden von 1.381 verschiedenen TäterInnen verübt.

**Geschlechteraufteilung:** Gesamt 4.389 TäterInnen, davon 3.832 Männer (87,3 %) und 557 Frauen (12,7 %)

### Geschlecht – TäterInnen in Prozent



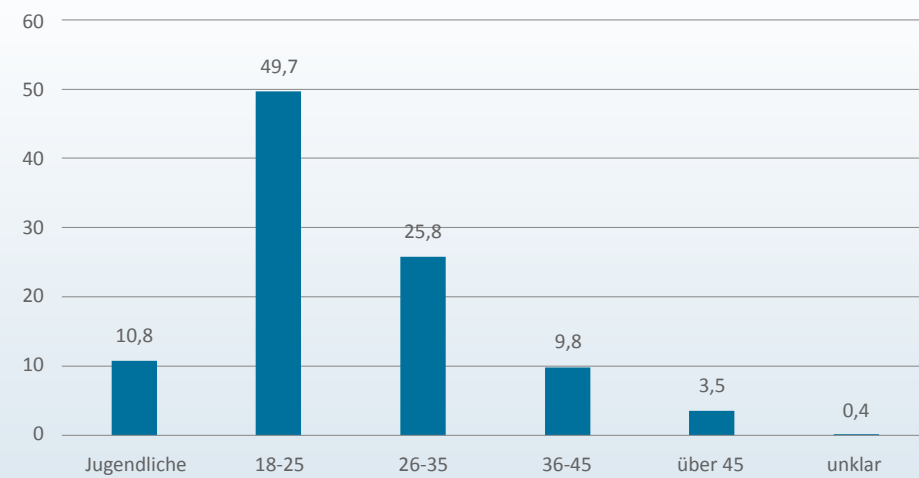
### ALTER DER TÄTERINNEN (INKL. MEHRFACHTÄTER/-INNEN):

Altersklassen	18-25	26-35	36-45	Über 45	unklar	
Bis 18 (Jugendliche)	560	2.577	1.338	508	181	21

Quellen: Zeder 2020

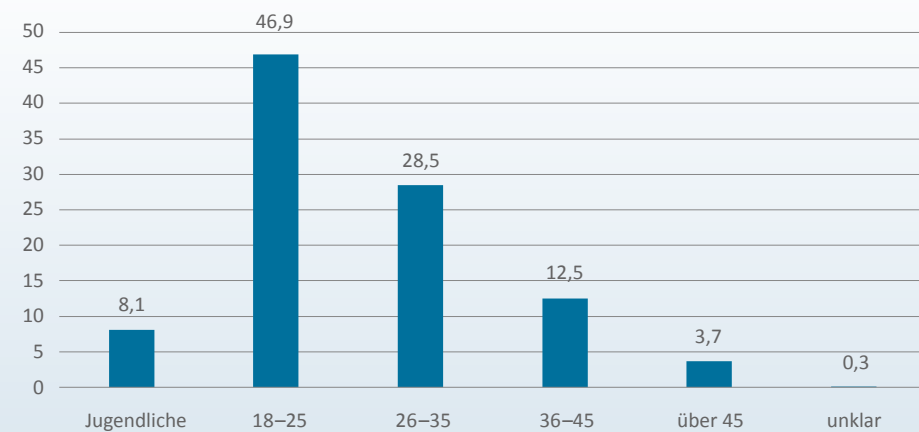


### Altersklassen Gesamtdelikte in Prozent



Betrachtet man nur die Anzeigen, zeigt sich folgendes Bild:

### Altersklassen Anzeigen in Prozent



### Substanzen:

Hier zeigt sich die deutliche Dominanz der Cannabisdelikte

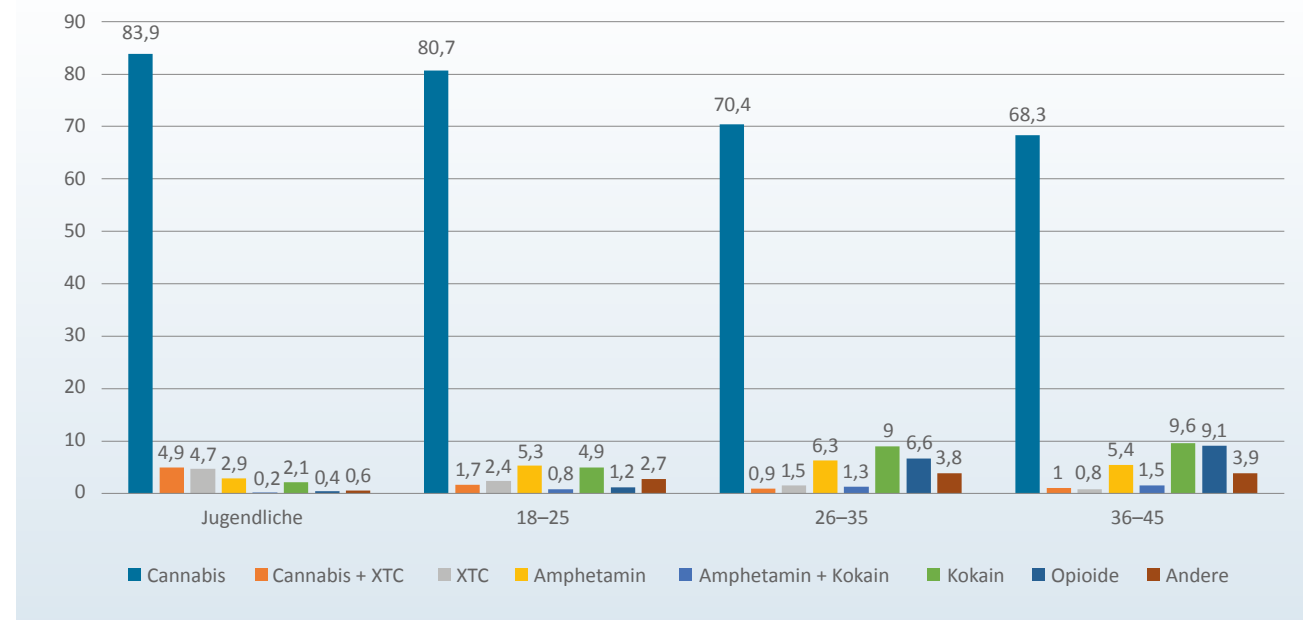
Alle Delikte	Gesamtergebnis in Prozent
Cannabis	76,71%
Kokain	6,39%
Amphetamin / Methamphetamin	5,34%
Opiode (inkl. Heroin, Morphin, Substitutionsmedikamente u. a.)	3,60%
Ecstasy	2,24%
Anderer (LSD, Magic Mushrooms, Mephedron, Ketamin usw.)	2,15%
Cannabis in Kombination mit Ecstasy	1,77%
Amphetamin / Methamphetamin // Kokain	0,97%
Kokain // Opiode	0,19%
Unklare Substanzzuordnung	0,17%
Amphetamin + andere	0,15%
unbekannt	0,15%
Amphetamin / Methamphetamin // Opiode // Kokain	0,11%
Amphetamin / Methamphetamin // Opiode	0,04%
Amphetamin + andere // Opiode	0,02%
Gesamtergebnis	100,00%

Die obig ausgewiesene Dominanz von Cannabis ist im Bundesdurchschnitt etwas niedriger. Für das Jahr 2018 betrafen hier 68 % der angezeigten Delikte Cannabis, Kokain 10,5 %, Amphetamine 5,9 % und Ecstasy 3,6 %. (ÖBIG 2019)

Quellen: Zeder 2020

Nach Altersklassen gruppiert, sieht man deutlich die unterschiedlichen „Substanzpräferenzen“ in Graz. Bei den Jugendlichen dominieren Cannabis/XTC-Delikte mit 93,5 %:

Substanzen je Altersklassen, prozentueller Anteil



Quelle: Zedler 2020

### Besondere Bestimmungen nach dem SMG

§ 27 Abs. 2a betrifft den öffentlichen Raum und das Anbieten, Überlassen oder Verschaffen von Suchtgiften (z.B. „Dealen im Park“): In den vier Jahren kam es in Graz zu 218 Anzeigen.

In 192 Fällen waren es reine Cannabisdelikte (88 %). 23 der TäterInnen waren ÖsterreicherInnen.

§ 28 ff betrifft die Vorbereitung von Suchtgifthandel und Suchtgifthandel: Hier kam es zu 336 Anzeigen, die ÖsterreicherInnen waren mit 133 Anzeigen die größte Gruppe. 175 Anzeigen betrafen reine Cannabisdelikte (52,1 %).

### Opiate als Risiko-Substanz:

Anzumerken sei, dass Opiode nur eine sehr untergeordnete Rolle bei den Beanstandungen nach dem SMG spielen.

Von den 177 Grazer „Opiat-Fällen“ waren 20 Anzeigen nach § 27 Abs 2a oder höherwertig. 87 der 177 Opiat-Taten wurden von Opioid-Substituierten begangen – fast ausschließlich handelt es sich hierbei um kleinere Delikte (kleine Mengen im Darknet bestellt, gegenseitiges Aushelfen, gewinnbringender Verkauf überschüssiger Dosen usw.).

## Wahrnehmungen und Einschätzungen

VertreterInnen von Grazer Einrichtungen, die mit den gesundheitlichen und sozialen Folgen von Suchtmittelkonsum befasst sind, gaben folgende Statements, die die Konsumsituation aus praktischer Sicht widerspiegeln, ab:

Prof. Lueger von der **EBA/Klinikum Graz** berichtet über eine deutliche Abnahme von Einlieferungen wegen Drogenintoxikation in den letzten Jahren. Waren vor 10+ Jahren noch drei bis vier Opiatüberdosierungen pro Woche zu verzeichnen, ist es derzeit, wenn überhaupt, eine Aufnahme pro Woche. Die derzeitigen Aufnahmen betreffen oft „Sekundärproblematiken“ und oft sind es „Stammkunden“. Amphetamine stellen im Schnitt drei bis fünf Aufnahmen pro Monat. Insgesamt – bis auf Alkohol – hat sich die Lage auf der EBA im Laufe des letzten Jahrzehntes deutlich beruhigt.

Dr.<sup>in</sup> Rienmüller vom **LKH-West** berichtet darüber, dass ca. 5% der Einlieferungen via Rettung Intoxikationen betreffen, im Jahr ungefähr 500 Aufnahmen, hauptsächlich Alkoholüberdosierungen. Im Steigen begriffen sind Mischintoxikationen von Alkohol mit anderen Substanzen. Opiatüberdosierungen sind – wie auch in der EBA – rückläufig. Oberarzt Dr. Kapper von der Infektionsambulanz im Hause bestätigt den Eindruck, dass weniger i. v. Drogen genommen werden. Chemische Drogen finden jedoch in der jüngeren Generation zunehmende Verwendung und werden teils sehr unreflektiert eingenommen.



Primarius Sailer – **Zentrum für Suchtmedizin (ZSM)** – sieht keine wesentlichen Veränderungen in den letzten Jahren. LKH-West Notaufnahmen – vorwiegend sehr instabile Fälle – werden zwecks Stabilisierung jetzt öfter vom ZSM übernommen. Opiate sind – schon wegen der Substitutionsbehandlung im ZSM – mit durchschnittlich 70 bis 80 PatientInnen Thema. Kokain wäre vernachlässigbar, psychiatrische Notfälle unter Beteiligung von Amphetaminen sind im Steigen.

Festzuhalten ist: Manche Substanzen, wie z.B. Kokain, zum Teil auch Amphetamine, münden selten in Spitalsaufnahmen. Bei Alkohol, Opiaten u. a. ist dies natürlich anders.

Das **Caritas-Schlupfhaus** für Jugendliche berichtet über eine Abnahme prekär konsumierender Jugendlicher seit 2017. Nächtigende und/oder ambulant betreute Personen würden derzeit vergleichsweise weniger und bewusster konsumieren. Die infrage kommenden Substanzen betreffen hauptsächlich Alkohol und Cannabis. Fallweise auch „Designerdrogen“ – hier handele es sich um Ecstasy, Crystal und andere chemische Erzeugnisse. Dies hängt natürlich immer von der aktuellen Zielgruppe der 14- bis 21-Jährigen ab, jedoch wird in der Weiterbetreuung ehemaliger NächtigungsklientInnen auch von einer Konsumations-Entspannung berichtet. Kokain oder Opiate kämen nicht vor. Wichtig wäre es, arbeitspolitische/ausbildungsspezifische Angebote bereitzustellen.

Der **Dachverband für offene Jugendarbeit** berichtet darüber, dass sich die Situation in Graz in den letzten Jahren wenig verändert hat. Zwar gebe es immer noch punktuelle Problembereiche von zumeist familiär desintegrierte Jugendlichen, die teilweise viel Cannabis und fallweise unterschiedliche chemische Drogen konsumieren, insgesamt aber keine besorgniserregenden globaleren Entwicklungen. Angebote und Räume für die Altersklasse 16+ ohne stark pädagogisierende Auflagen würden jedoch ausgebaut werden müssen.

**Jugendstreetwork** berichtet, dass der Cannabiskonsum in ihren Zielgruppen als eine gewisse Normalität betrachtet wird. Der Konsum im öffentlichen Raum hat in den letzten zwei Jahren abgenommen und sich – mit anderen Substanzen wie Ecstasy – verstärkt in den privaten Rahmen verlagert. Teurere Drogen, wie Opiate oder Kokain, sind aus budgetären Gründen nicht relevant.

#### Streetwork und Kontaktladen

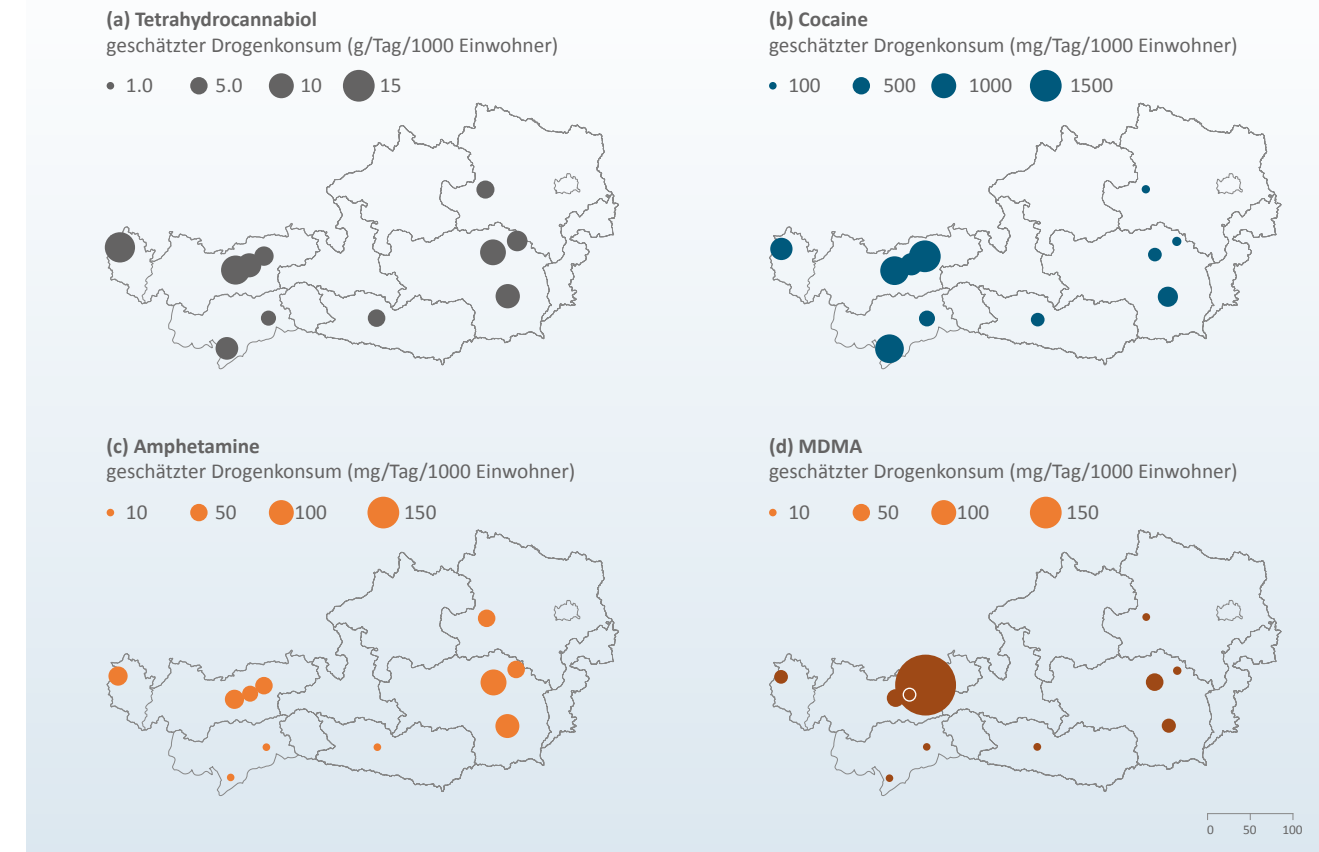
Die Erfahrungen in der letzten Zeit haben für die wahrgenommenen und via Klientel kolportierten Veränderungen folgendes Bild ergeben: In der Zielgruppe gibt es immer wieder neue Substanzen, die auftauchen und oftmals wieder zurückgehen, wie z. B. seinerseits das Methedron (4-MMC). Seit Mai 2018 begibt sich Streetwork zusätzlich jeden Freitag im Zeitfenster von 17:00–24:00 auf Szeneerkundigungen (diverse Plätze, Parks und Party/Eventlocations), um bisher unbekannte Klientel zu bewirtschaften. Problematische Konsummuster/Zielgruppen/Zielpersonen, die das klassische Angebot benötigen, sind dabei nicht bis selten angetroffen worden.

Einen weiteren Weg, die Konsumdichte von illegalisierten Suchtmitteln in Graz abschätzen zu können, bietet die heuer erstmals durchgeführte Analyse des Grazer Abwassers auf Drogenrückstände.

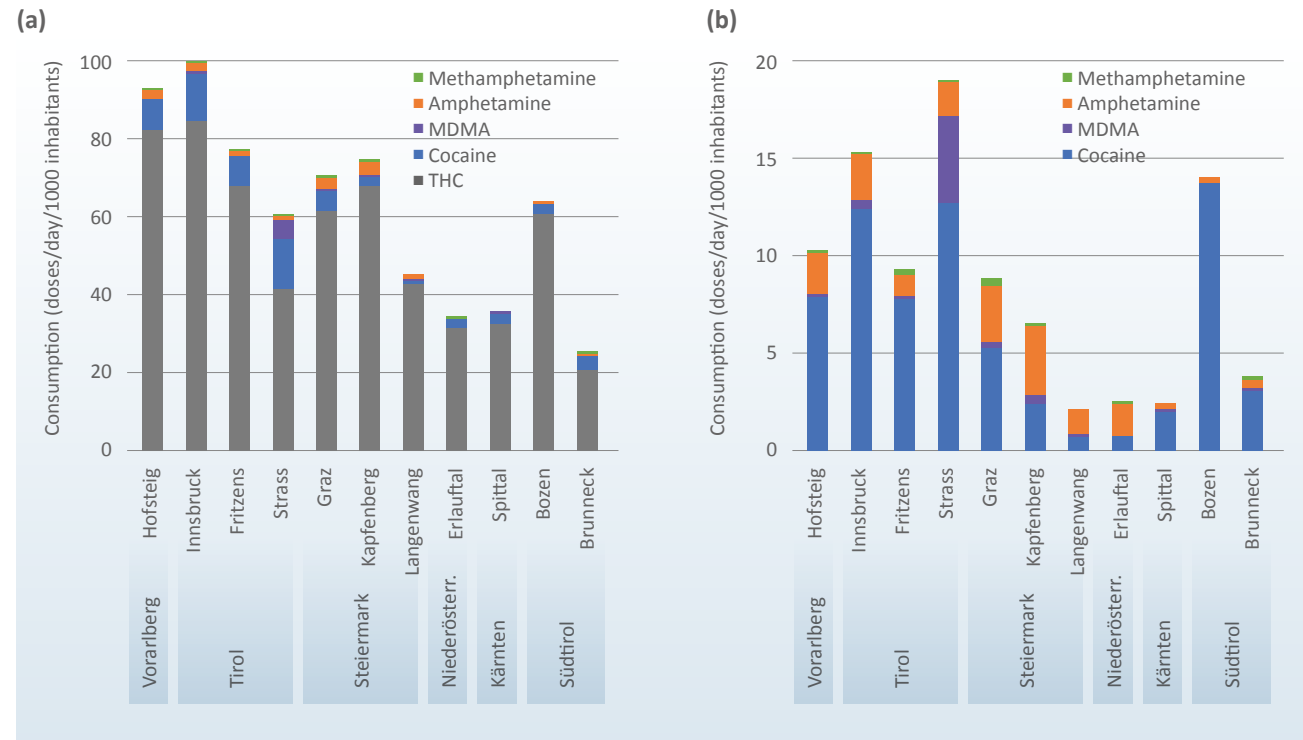
Die **Abwasseranalysen 2019** (Oberacher 2019) ergeben ein Bild, in dem Graz – als größte untersuchte Stadt – bis auf den ohnehin bescheidenen Methamphetamin-Konsum keine Spitzenwerte aufzeigt.

Die Abwasserreinigungsanlagen die zwischen 3.4.2019 und 9.4.2019 untersucht wurden, umfassen für Graz die Gemeinden: Graz, Hart bei Graz, Hitzendorf, Kainbach, Raaba-Grambach, Stattegg, Thal, Weinitzen. Mit der Studie konnten Rückschlüsse auf den Drogenkonsum von rund 9 % der österreichischen, 29 % der steirischen, 38 % der Tiroler, 18 % der Vorarlberger, 8 % der Kärntner, 1 % der niederösterreichischen und 40 % der Südtiroler Bevölkerung gezogen werden.

Folgende Graphik zeigt die Ergebnisse in der Relation zu jeweils 1.000 EinwohnerInnen:



Die folgende Graphik zeigt den Vergleich der in den einzelnen Regionen täglich konsumierten Dosen an THC, Kokain, Ecstasy, Amphetaminen und Methamphetaminen.



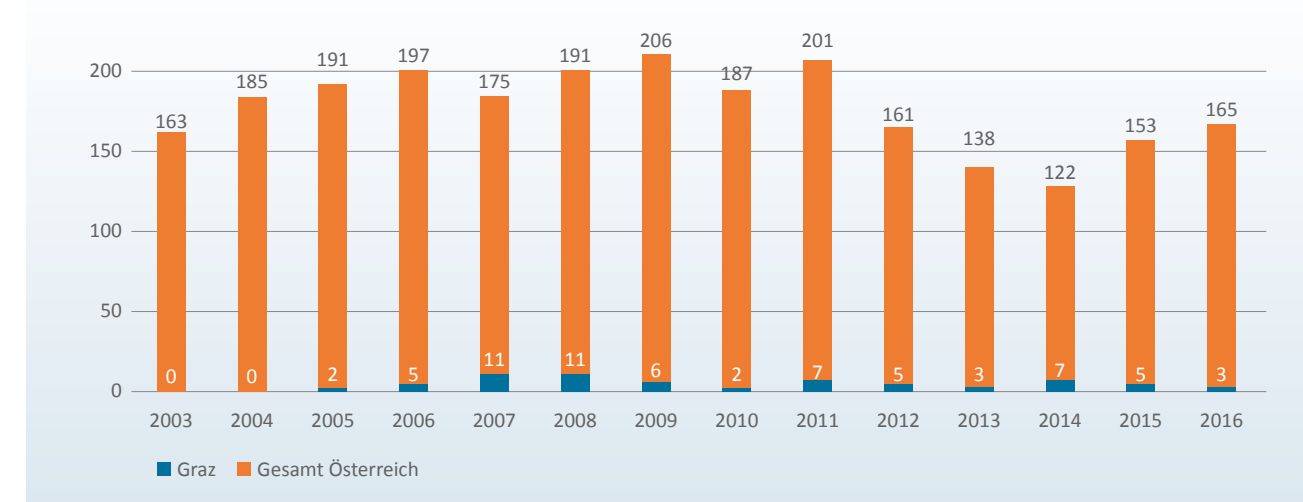
Den größten Pro-Kopf-Verbrauch an Drogen im Allgemeinen sowie an THC im Speziellen wies Innsbruck auf. Kokain wurde pro Kopf am meisten in Bozen und Amphetamin am häufigsten in Kapfenberg konsumiert.

Anmerkungen: Strass war zum Überprüfungszeitraum Austragungsort eines Events, weshalb die Konsumwerte dort vermutlich untypisch hoch ausgefallen sind. Ad Stimulantien (Abb. b, oben): Die Lebenszeitprävalenz in Österreich, Bevölkerung ab 15 Jahren, liegt bei 2,5 %. Laut ESPAD 2015 bei Jugendlichen bei 2,3 % (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs).

Auch die Anzahl der **Drogentoten** (direkte und indirekte drogenbezogene Todesfälle) sind im Österreichvergleich nicht alarmierend hoch.

Sogar wenn die Grazer Zahlen mit den gesamtösterreichischen Zahlen verglichen werden, wo alle ländlichen weniger opiataffinen Gebiete mit einfließen – denn schließlich sind knapp 90 % der Drogentoten opiataffin –, bleiben diese in der Relationsbreite des Bevölkerungsanteils Graz zu Gesamtösterreich.

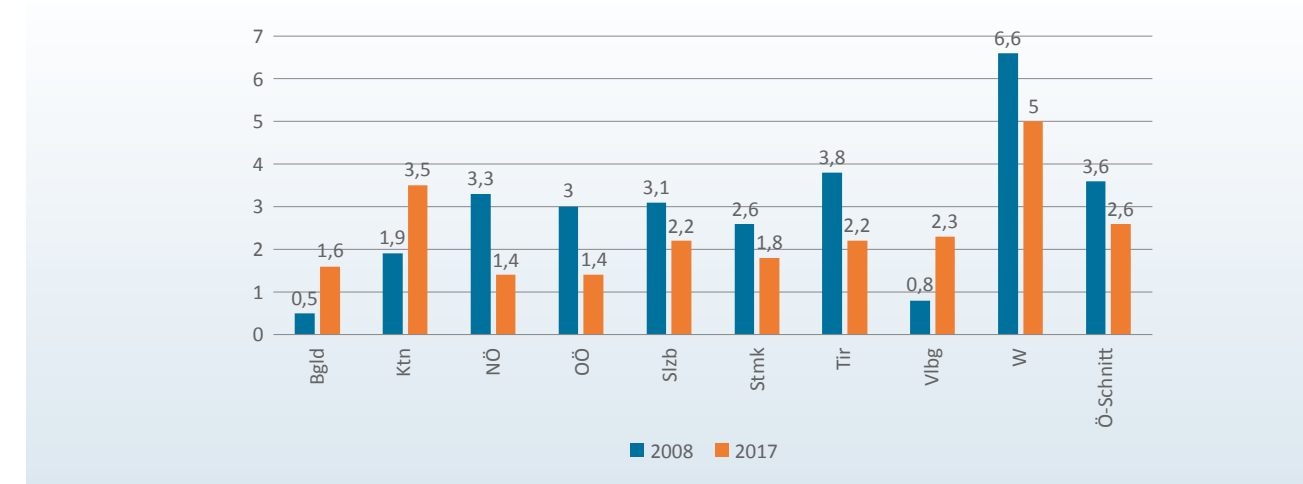
### Mortalitätsrate illegalisierter Substanzen



Die direkt drogenbezogenen Todesfälle (tödliche Überdosierungen) in Österreich wiesen 2012 85 % Mischintoxikation mit Opiaten, 8 % Monointoxikation von Opiaten, 7 % (Misch-)Intoxikationen ohne Opiate aus. 2017: 80 % Mischintoxikation mit Opiaten, 7 % Monointoxikation von Opiaten und 14 % (Misch-)Intoxikationen ohne Opiate aus.

### DIE DIREKT BEZOGENEN TODESFÄLLE NACH BUNDESLAND - 10-JAHRESVERGLEICH:

#### Drogentote pro 100.000 Einwohner (15–64 Jahre)

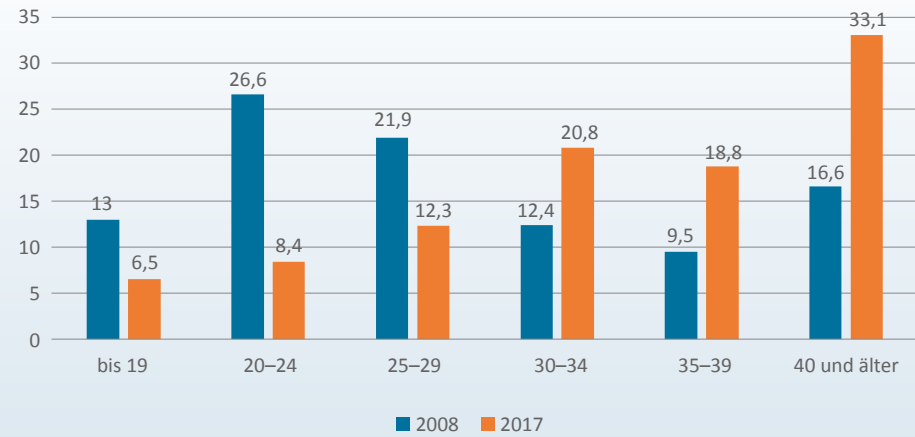


Anmerkung: 2008 wurden alle Todesfälle obduziert, 2018 waren es 81,5 %



**ALTERSKLASSEN DER VERIFIZIERTEN TODESFÄLLE IM 10-JAHRESVERGLEICH, GESAMTÖSTERREICH:**

**Todesfälle nach Altersgruppen: 10-Jahresvergleich in Prozent**

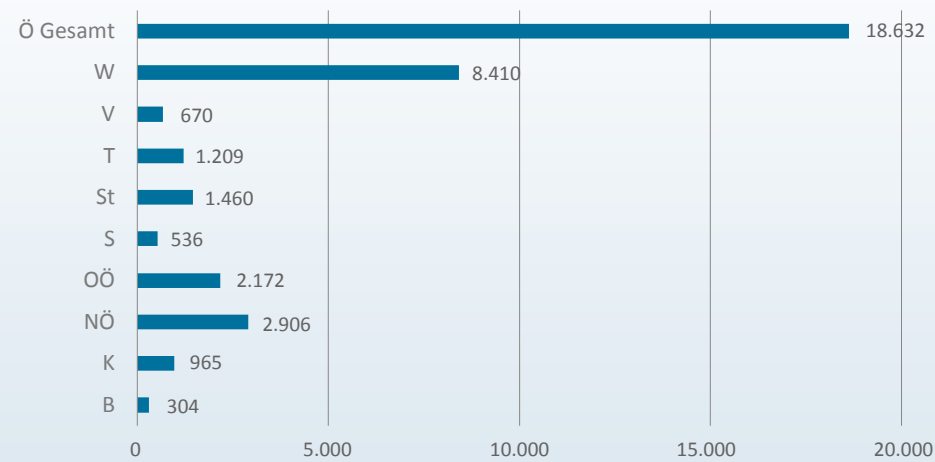


**Opioid-Substitution**

Einen weiteren Indikator für die Drogensituation stellt die Opioid-Substitution dar.

Graz hatte zum Erhebungszeitpunkt 856 PatientInnen.  
 1 von 470 ÖsterreicherInnen ist SubstitutionspatientIn  
 1 von 220 WienerInnen ist SubstitutionspatientIn  
 1 von 340 GrazerInnen ist SubstitutionspatientIn

**Opioid-Substituierte 2017**

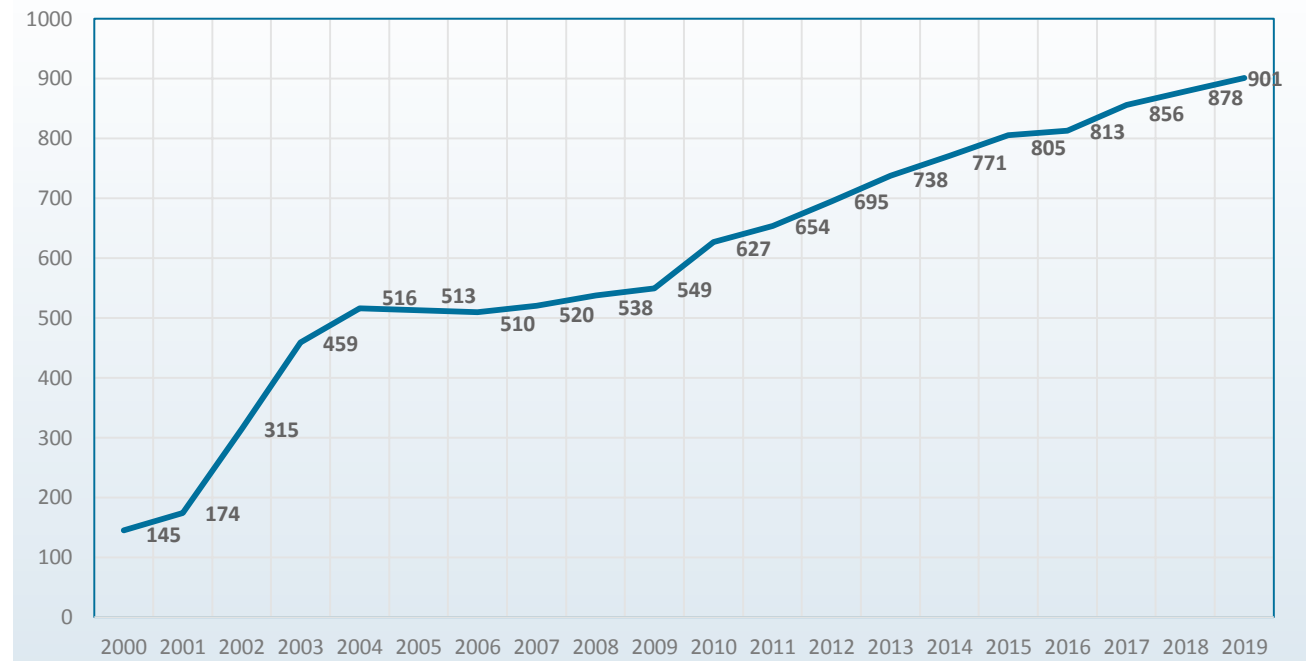


(Quelle: Drogenbericht 2018 – Zahlen aus 2017)

Quellen: GÖG 2018

Die Anzahl der Opioid-Substituierten repräsentiert immer nur die Behandelten und nicht die Anzahl der infrage kommenden Personen. Eine für alle Bundesländer/Städte gültig anzunehmende Dunkelziffer oder ein Multiplikationsfaktor existiert nicht.

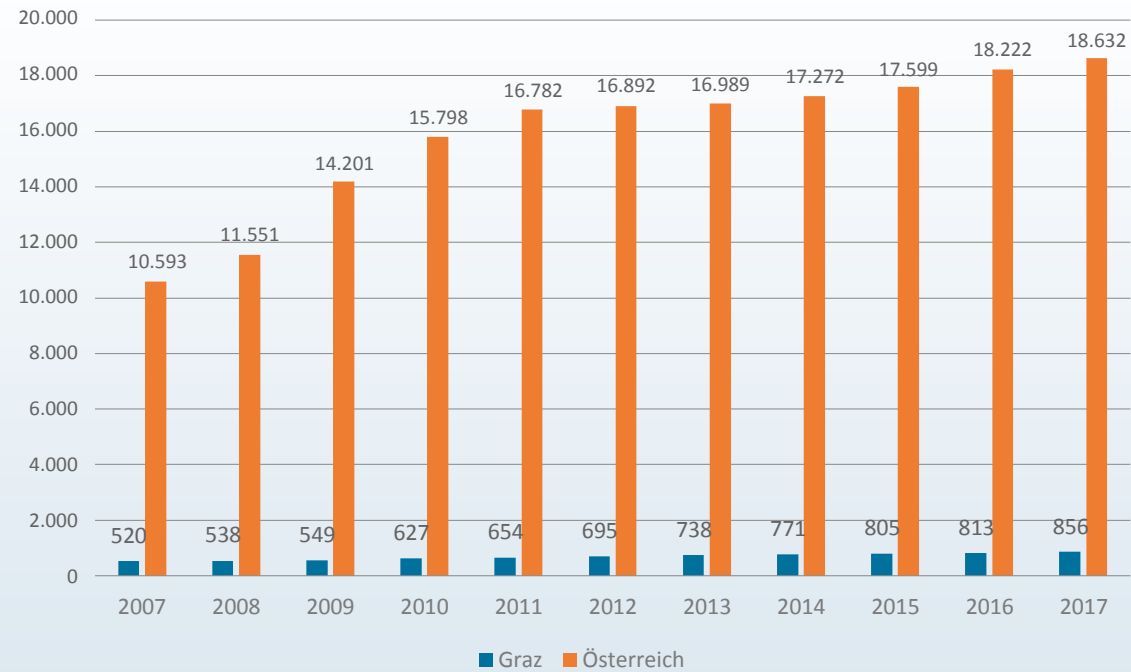
**Zunahme der PatientInnen in Graz 2000-2019**



Quelle: Zieher 2020

**TREND-VERGLEICH GRAZ UND GESAMTÖSTERREICH:**

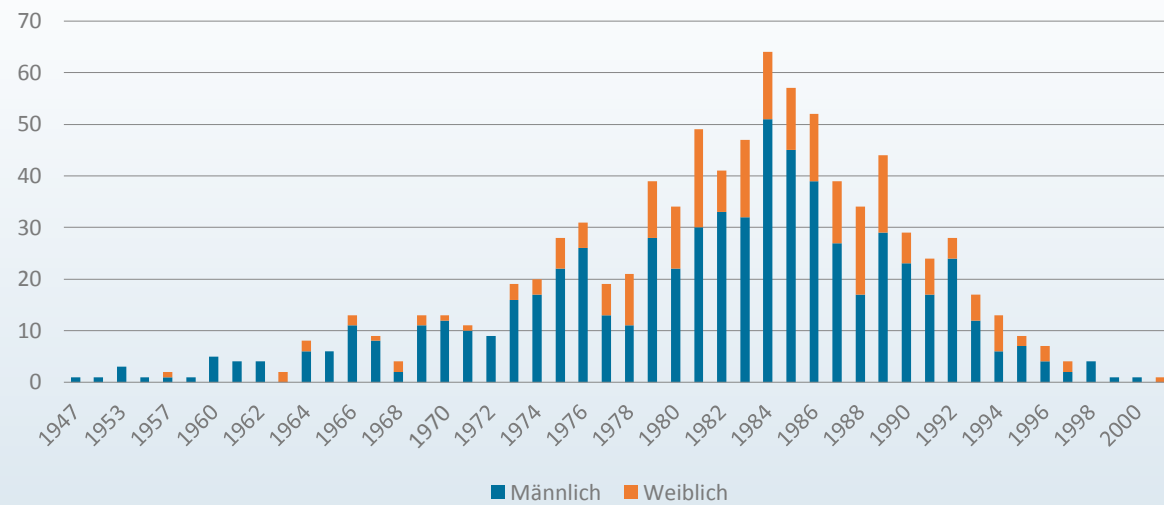
**Opioid-Substitution Graz-Österreich**



Quelle: GÖG 2018, Berechnung Zedler 2019

**Alter der SubstitutionspatientInnen in Graz, Juli 2019**

(Jahrgänge)



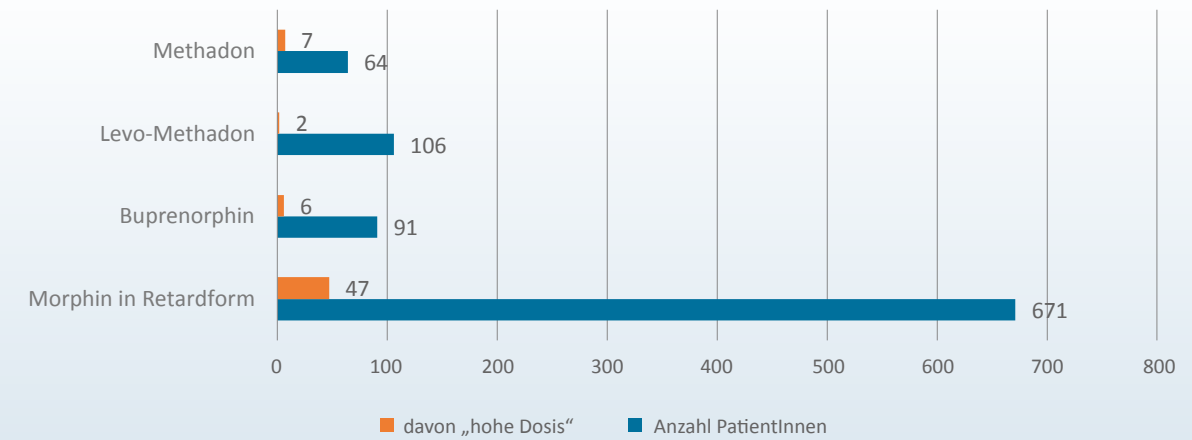
Quelle: Zedler 2020

In Graz befinden sich derzeit, also 2020, keine Jugendlichen in Substitutionsbehandlung. 95 % der PatientInnen sind 25 Jahre und älter. Eine Analyse der Daten aus der Substitutionsbehandlung (ÖBIG 2019) zeigt, dass sich in

Österreich die Zahl der betroffenen Personen, die 40 Jahre oder älter sind, seit dem Jahr 2000 auf über 7.000 Personen verzehnfacht hat.

**DIE „HOHEN DOSIERUNGEN“ IN DER OPIOID-SUBSTITUTION IN GRAZ ERGEBEN FOLGENDES BILD:**

**Hohe Dosierungen**



Quelle: ÖGABS 2017, Berechnung Zedler 2019

„hohe Dosis“ lt. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie:  
Morphin: ab 1.000 mg, Buprenorphin: ab 24 mg, L-Methadon: ab 60 mg, Methadon: ab 120 mg

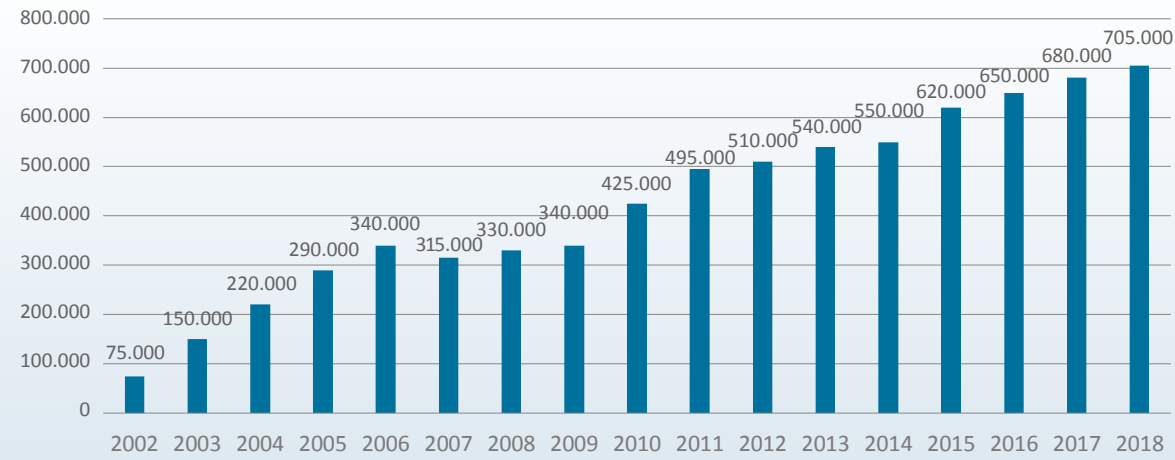
Anmerkung: Der Gesamtsatz von 932 PatientInnen (statt 901) ist programmbedingt, da Wiederaufnahmen gleicher Personen bzw. Dosiserhöhungen während des Jahres nicht herausrechenbar sind.

Die Opioid-Substitutionsbehandlung nach Erstbehandlung in Österreich:  
2007: 2.066 Erstbehandlungen: 19,6 % der Substituierten  
2017: 1.127 Erstbehandlungen: 6 % der Substituierten



**Spritzentausch:** Die Veränderungen im Spritzentausch sind von einigen Variablen abhängig: Neue Substanzen, die eine häufigere i.v. Applikation bedingen, lassen die Zahlen steigen. Auch ähnelt die Kurve die der Anzahl der SubstitutionsklientInnen (vgl. Tabelle: Zunahme der PatientInnen in Graz). Das Einzugsgebiet von „SpritzentauscherInnen“ umfasst allerdings weite Teile der Steiermark.

### Spritzenabgabe



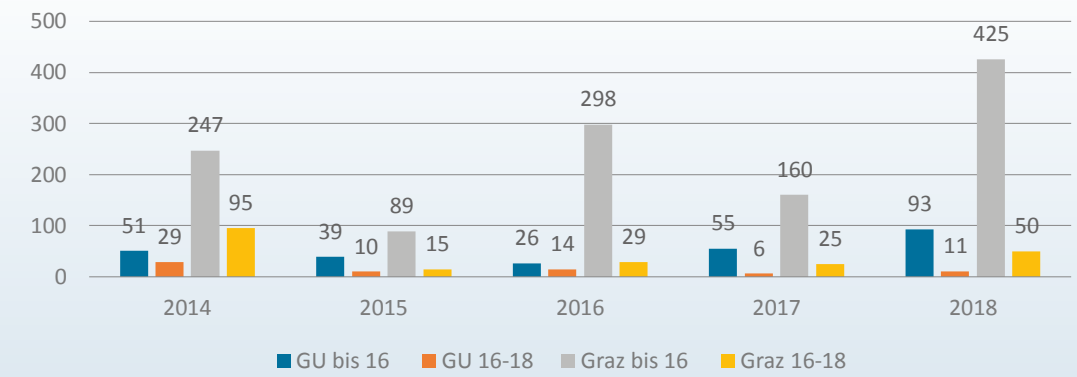
Quelle: Caritas 2019

Vgl. Wien: 3,800.000 abgegebene Spritzen im Jahr 2017

## Jugendschutz

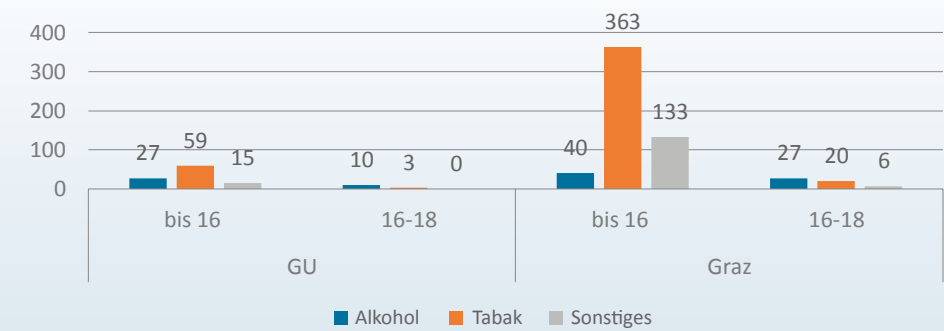
Die Verfahren nach dem Jugendschutzgesetz bzw. Jugendgesetz für den Großraum Graz ergibt für die letzten fünf Jahre folgendes Bild. Anzumerken sei, dass dahinter immer die Kontrollhäufigkeit bzw. die Kontrollintensität steht.

### Verfahren gegen Jugendliche – Jugendschutz Großraum Graz



Die Delikte für das Jahr 2018 ergeben folgendes Bild:

### Delikte 2018, Großraum Graz



Quellen: Amt für Jugend und Familie 2019

# Die häufigsten psychoaktiven Substanzen in Österreich

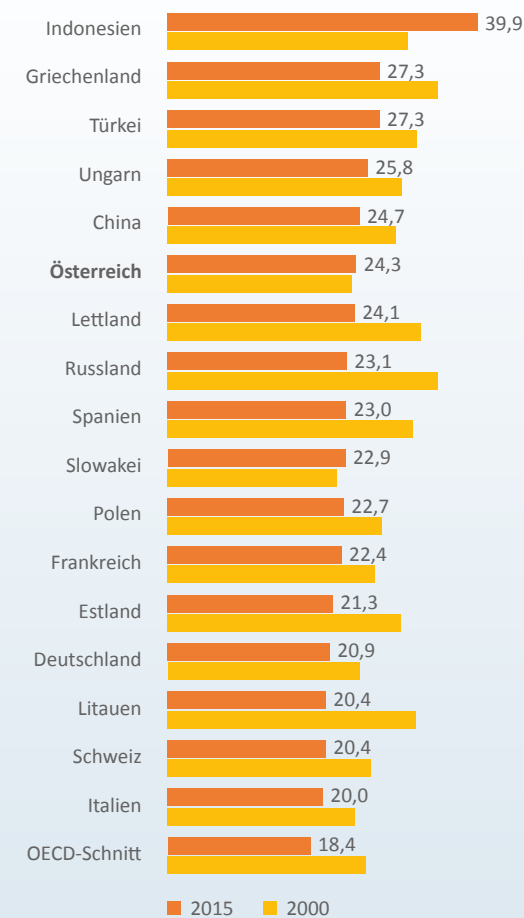
## Tabak

Aus österreichischen Daten geht hervor, dass der Anteil der RaucherInnen bei den Jugendlichen (ohne Altersangabe) zurückgeht.

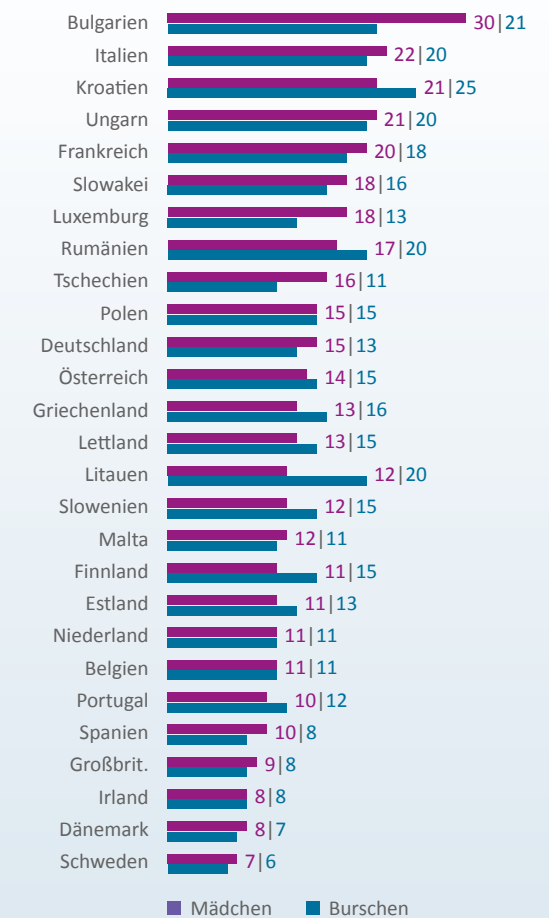
Ein Blick auf mehrere Befragungen zeigt also, dass Österreichs Jugendliche beim Rauchen nicht mehr pauschal als „EuropameisterInnen“ bezeichnet werden können, aber sehr wohl eher auf den „vorderen“ Plätzen anzutreffen sind.

Schlecht schneiden in Österreich die Erwachsenen ab. Während im OECD-Durchschnitt 18 Prozent der Bevölkerung täglich zur Zigarette greifen, sind es hierzulande 24,3 %. Im Gegensatz zum Länderdurchschnitt, bei dem der RaucherInnenanteil von 2000 bis 2015 von 25 auf 18,4 % sank, blieb er in Österreich in diesem Zeitraum relativ konstant.

**Wo am meisten geraucht wird**  
Tägliche Raucher, in Prozent



**Junge Raucher in Europa**  
15-Jährige, mind. einmal pro Woche, in Prozent

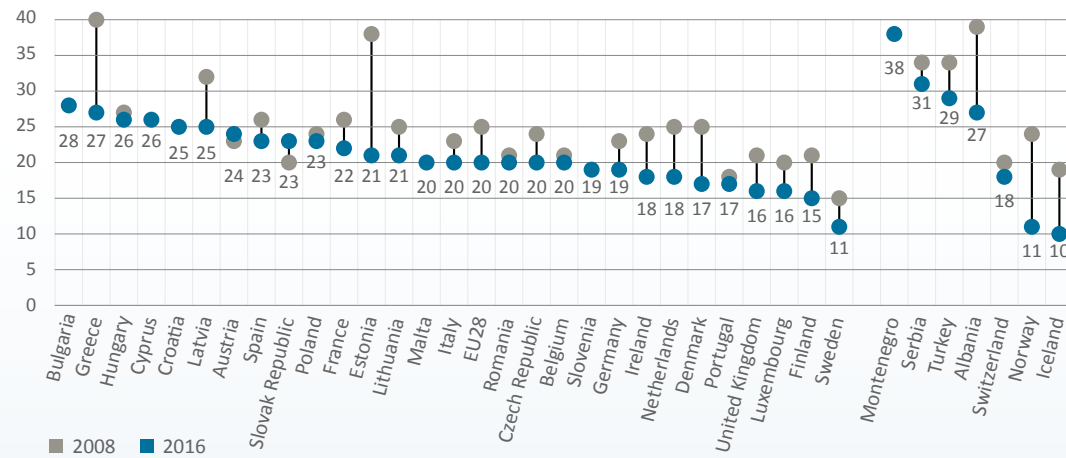




Der Anteil der täglich rauchenden Personen ist bei jenen am ausgeprägtesten, deren höchster Schulabschluss eine Lehre oder BMS ist. Hier liegt die Quote bei 26% versus 15% bei Personen mit Abschluss einer höheren Schule oder darüber.

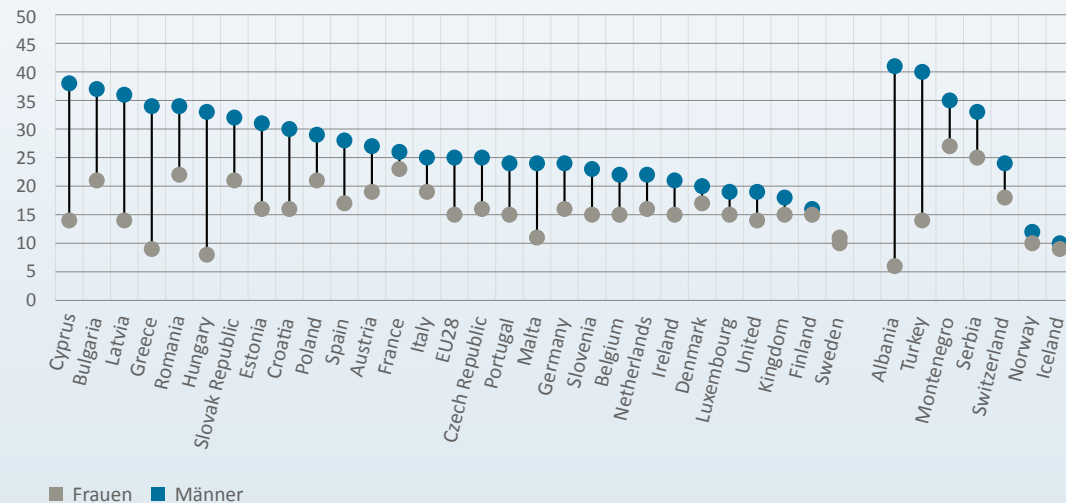
### Changes in daily smoking rates among adults, 2006 and 2016 (or latest year)

% reporting to smoke daily



### Gender gap in daily smoking rates among adults, 2006 and 2016 (or latest year)

% reporting to smoke daily



Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en> (based on national health interview survey), complemented with Eurostat (EHIS 2014) for Bulgaria, Croatia, Cyprus, Malta, and Romania, and with WHO Europe Health for All database Albania

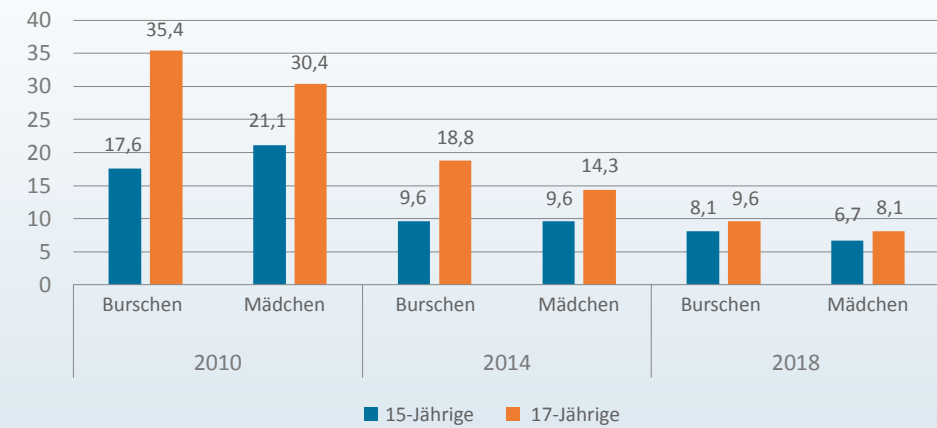
In einigen OECD-Ländern führten hohe Steuern bzw. strenge politische Maßnahmen zwischen 1996 und 2011 zu einem starken Rückgang der RaucherInnenquoten (OECD, 2015).

Schließlich werden in den Untersuchungen zur Tobacco Control Scale von 2016 (Joossens, Raw 2017) auch noch die strukturellen Bedingungen für Tabakprävention in Österreich und Deutschland als schlecht eingeschätzt.

Im Vergleich von 35 europäischen Ländern steht (stand) Österreich bei der Umsetzung der Anti-Tabak-Politik mit 36 von 100 möglichen Punkten an letzter Stelle. Betreffend „smoke free public places“ und „ban on tobacco advertising“ steht Österreich jeweils an elfter Stelle.

Den HBSC-Studien (Health Behaviour in School-aged Children) folgend lässt sich die Quote der täglich rauchenden Jugendlichen in Österreich berechnen:

### Täglicher Zigarettenkonsum in Prozent



Anmerkung: Da E-Zigaretten nicht berücksichtigt werden konnten, sind die obigen Zahlen eventuell stark verzerrt.

# Alkohol

Österreich hat den Pro-Kopf-Konsum in den letzten 50 Jahren im Vergleich zu anderen Staaten weniger deutlich reduzieren können, weshalb wir nicht mehr durchschnittliche Werte aufweisen, sondern zur Spitzengruppe gehören.

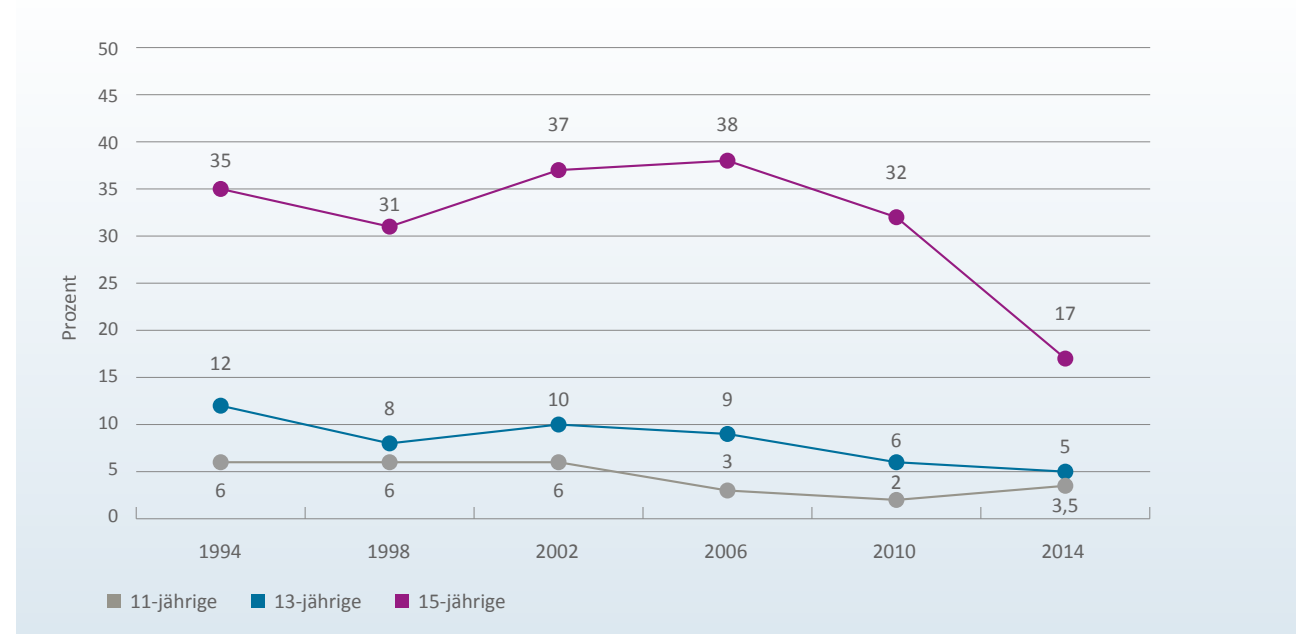
Alkohol ist in Österreich weit verbreitet und spielt, wie z. B. auch bei Kokain, vor allem bei Erwachsenen eine bedeutendere Rolle.

Auch wenn in Medien häufig der Eindruck vermittelt wird, dass junge Menschen immer mehr Alkohol trinken, zeigen Befragungen ein anderes Bild: Während die durchschnittliche Konsummenge der Erwachsenen in Österreich in den letzten zehn Jahren weitestgehend stabil bleibt, ist hingegen bei den SchülerInnen ein eindeutiger Rückgang festzustellen. Dies trifft vor allem auf die 15-Jährigen zu.

Direkte Alkoholvergiftungen als Todesursache sind seltener zu beobachten (ca. 0,12% bzw. 100 Fälle von 83.300 Todesfällen insgesamt, Stand Jahr 2017). Alkohol als Todesursache bzw. Todesursachen mit begünstigender Wirkung von exzessivem Alkoholkonsum erhöhen die Todesrate auf ca. 3.200 bzw. auf 3,9%. Todesursache durch sämtliche illegalisierte Drogen zusammengerechnet ergibt einen Vergleichswert von 0,2%.

Jedoch sollte beachtet werden, dass rund 25% aller Todesfälle bei jungen Männern zwischen 15 und 29 Jahren in der EU mit Alkoholkonsum im Zusammenhang stehen. Wenn der Gesamtkonsum an reinem Alkohol nach Alkoholkonsumklassen betrachtet wird, ergibt sich folgendes Bild:

Trend mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum bei SchülerInnen 1994–2014 in Prozent



Quelle: VIVID. Daten beziehen sich auf Gesamtösterreich.

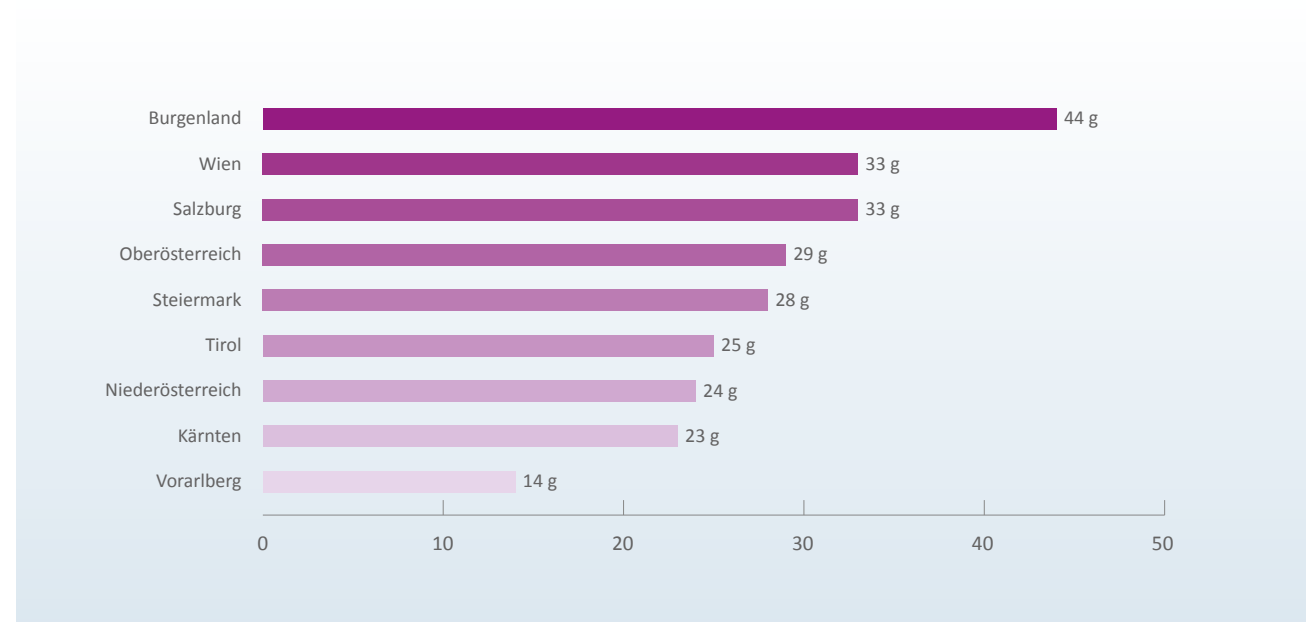
	Anteil an der ab 15-jährigen Bevölkerung	Anteil am konsumierten Reinalkohol	Durchschnittskonsum der ab 15-jährigen Bevölkerung in Gramm reiner Alkohol pro Tag
Abstinente und fast Abstinente	19%	0%	0 Gramm
Personen mit geringem Alkoholkonsum	54%	15%	7 Gramm
Personen mit mittlerem Alkoholkonsum	14%	17%	33 Gramm
Personen mit problematischem Alkoholkonsum (ohne AlkoholikerInnen)	9%	37%	100 Gramm
AlkoholikerInnen	5%	31%	205 Gramm

20 g reiner Alkohol entsprechen ca. 1/4 Liter Wein oder 1/2 Liter Bier.

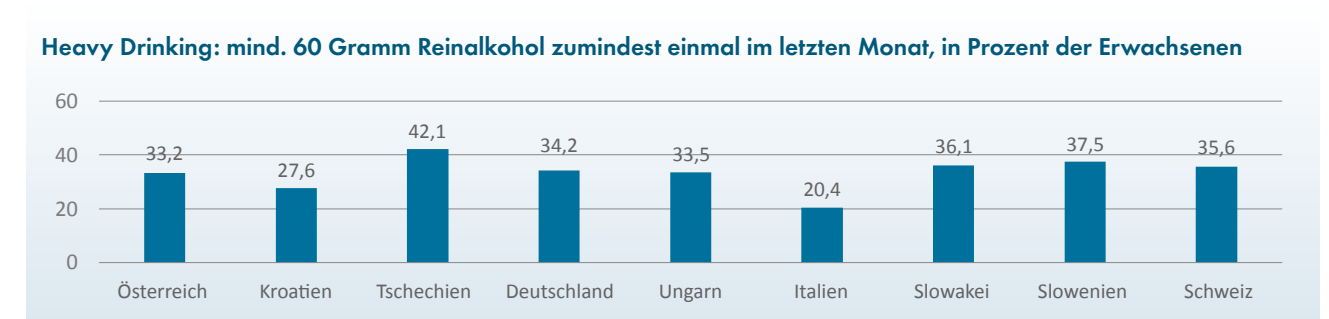
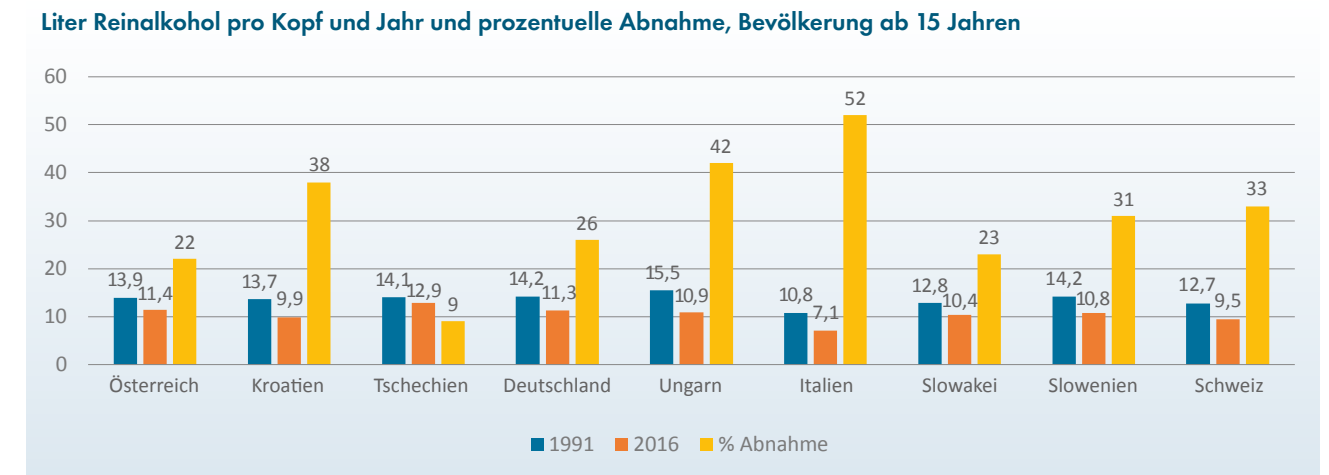
Quelle: GÖG 2018



Der Bundesländervergleich für den täglichen Alkoholkonsum ergibt für Erwachsene folgendes Bild (Stand 2011):



Im europäischen Vergleich ist es sinnvoll, sich mit den Nachbarländern zu vergleichen. Mittels WHO-Daten (WHO 2018) können folgende Graphiken erstellt werden:



Quellen: WHO 2018, Berechnung Zeder 2019

Längerfristig ist die Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen durch drei Faktoren maßgeblich geprägt (Handbuch Alkohol Österreich 2018):

„Akzeleration“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Kinder immer früher in die Pubertät kommen, sich früher körperlich entwickeln und früher zu relativ selbstständigen Jugendlichen werden. Dadurch machen Kinder auch früher erste relevante Erfahrungen mit Alkohol und Nikotin.

„Angleichung der Geschlechterrollen“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Unterschiede im Freizeitverhalten von jungen Frauen und jungen Männern in der Langzeitperspektive stark abgenommen haben und auch Substanzkonsumgewohnheiten von Männern und Frauen sich zunehmend angleichen. Dies bedeutet eine Abnahme des Alkoholkonsums unter jungen Männern und eine Zunahme des Alkoholkonsums unter jungen Frauen.

„Globalisierung der Alkoholkonsumkultur“ bedeutet, dass – wie bei allen Wirtschaftsgütern auch bei alkoholischen Getränken – das lokal verfügbare Angebot immer vielfältiger und gleichzeitig auf der ganzen Welt ähnlicher wird. In Europa kann man eine weitgehende Anpassung der Trinkgewohnheiten in Richtung eines europäischen Durchschnitts feststellen, in den traditionellen Niedrigkonsumländern eine deutliche Steigerung und in den Hochkonsumländern einen Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge.

Auch die große Mehrheit (88 %) der unter 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hat laut ESPAD-Erhebung von 2015 zumindest schon einmal im Leben Alkohol getrunken. Etwa zwei Drittel der befragten SchülerInnen (67 %) haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2014 (Strizek et al. 2016, Ramelow et al. 2015) kommen auf etwas niedrigere Werte.

20 Prozent der in ESPAD befragten Jugendlichen berichten davon, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal stärker berauscht gewesen zu sein; ein ähnlicher Wert

(gerundet 19%) ergibt sich auch bei den 15-jährigen SchülerInnen der HBSC-Erhebung. Rauscherfahrungen können zwar das Risiko – etwa von Verletzungen – erhöhen, stellen aber nicht zwangsläufig einen brauchbaren Indikator für problematischen Konsum dar, da sie – sofern sie nicht regelmäßig stattfinden und bewusst herbeigeführt wurden – auch ein Indiz für mangelnde Konsumerfahrung sein können.

Etwa vier Prozent der Befragten geben allerdings an, dass sie in den letzten 30 Tagen dreimal oder häufiger stark berauscht waren. Auch andere Indikatoren eines potenziell problematischen Alkoholkonsums aus der ESPAD-Studie weisen darauf hin, dass etwa vier bis sechs Prozent der befragten SchülerInnen ein Konsumverhalten zeigen, das aufgrund von Konsumfrequenz (Konsum an 20 von 30 Tagen) und Konsummenge (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) längerfristig mit einem relevanten Gesundheitsrisiko assoziiert ist.

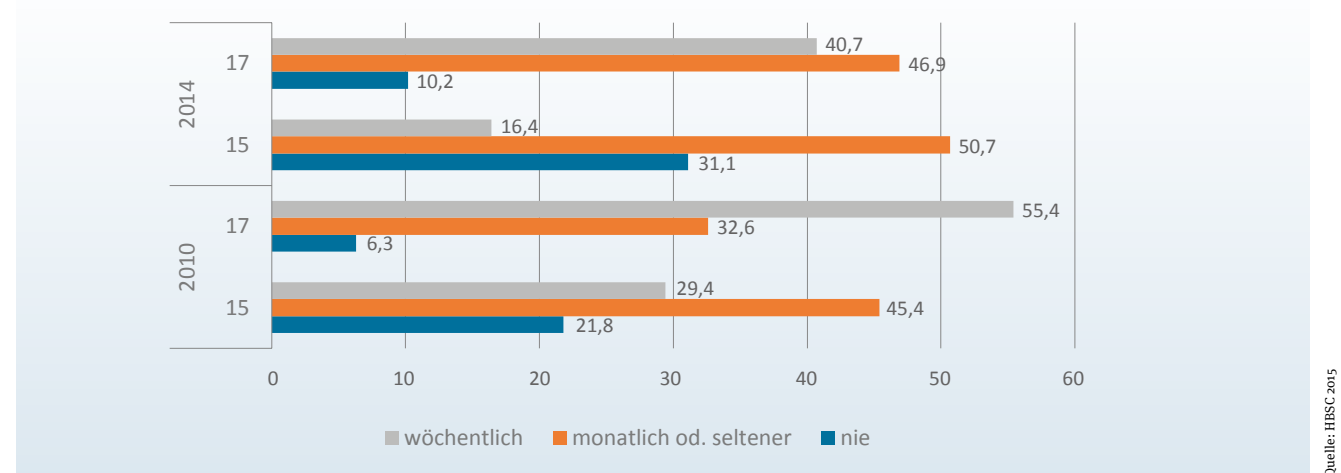
In Summe fallen Geschlechterunterschiede im Alkoholkonsumverhalten sowohl laut ESPAD als auch laut HBSC bei Jugendlichen entschieden weniger eindeutig aus als bei erwachsenen Personen. Deutlicher fallen hingegen laut ESPAD 2015 Unterschiede zwischen Schultypen sowie Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen aus. SchülerInnen aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken deutlich häufiger und risikoreicher als jene aus weiterführenden Schulen, ebenso konsumieren SchülerInnen aus ländlichen Regionen häufiger und risikoreicher Alkohol als solche in urbanen Regionen (Strizek et al. 2016).

Im Zeitverlauf zeigt sich zwischen den ESPAD-Erhebungen von 2003, 2007 und 2015 insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen: So stieg etwa der Anteil lebenszeitabstinenter Jugendlicher (von 4% auf 12%) und sank der Anteil aktueller KonsumentInnen (von 79% auf 67%). Auch der tägliche Durchschnittskonsum sank im selben Zeitraum von 14 Gramm auf 11 Gramm und verdeutlicht darüber hinaus, dass sich Mädchen und Burschen in ihrem Konsumverhalten zunehmend angleichen.

Ein rückläufiger Trend bei Alkoholkonsum wird auch in den Zeitreihen auf Basis der HBSC-Erhebung festgestellt.

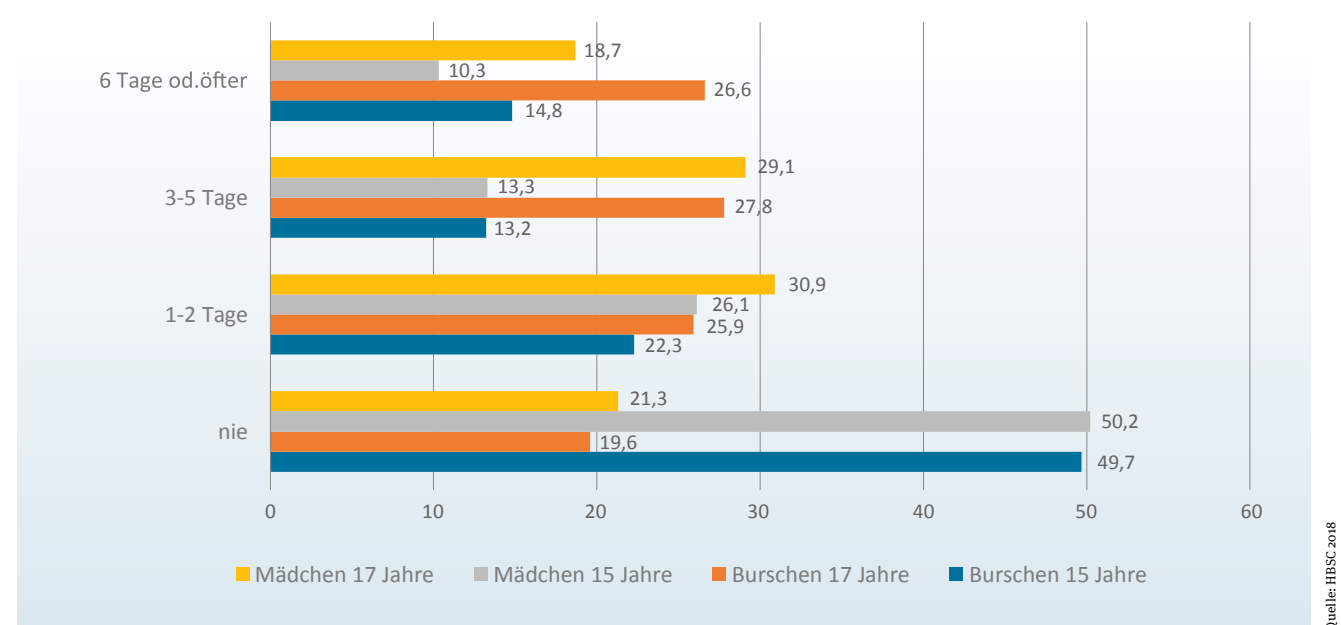
FOLGENDE GRAPHIKEN LASSEN SICH DURCH DIE HBSC-ERHEBUNGEN FÜR ÖSTERREICH DARSTELLEN:

Alkoholkonsum 15- bis 17-Jährige in Prozent



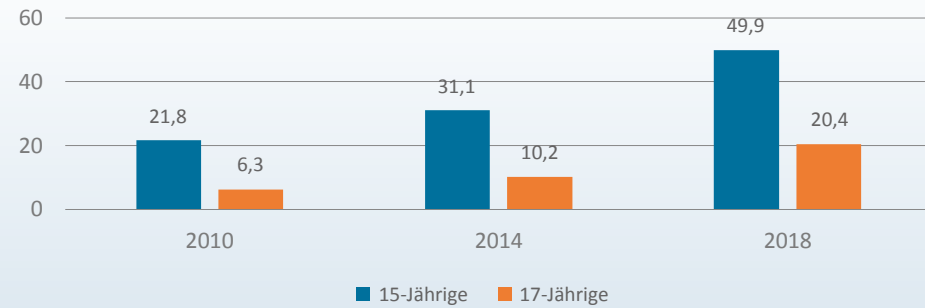
DIE DATEN FÜR 2018 (HBSC) SIND ANDERS KONSTRUIERT UND ERGEBEN FÜR ÖSTERREICH FOLGENDES BILD:

Alkoholkonsum im letzten Monat 2018 in Prozent



**DIE BERECHNETE „ABSTINENZQUOTE IM MONAT“ HAT ÜBER DIE JAHRE DEUTLICH ZUGENOMMEN:**

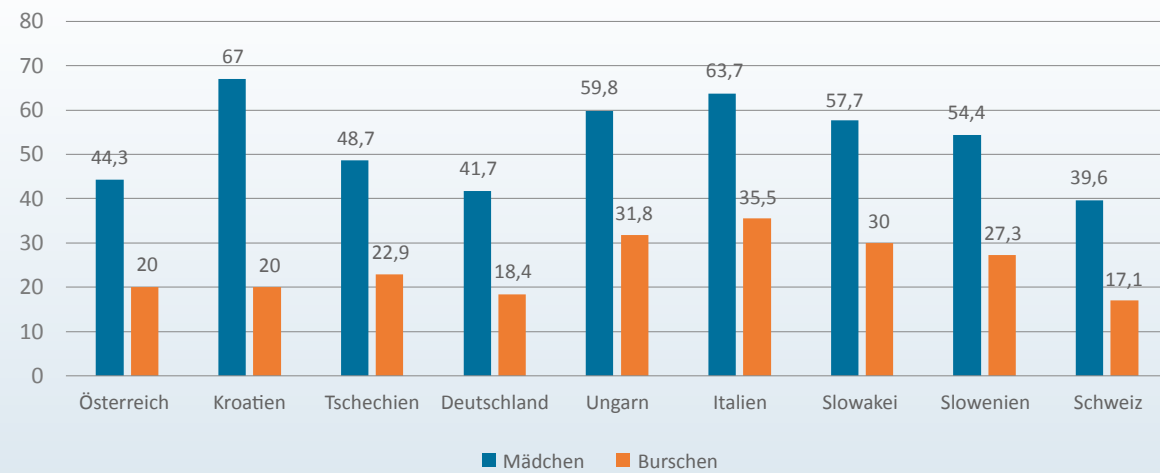
**Abstinenzquote in Prozent „in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken“**



Quelle: HBSC 2018

**FÜR DEN VERGLEICH MIT DEN NACHBARSTAATEN ERGIBT SICH FÜR DAS JAHR 2016 (WHO 2018) FOLGENDES BILD:**

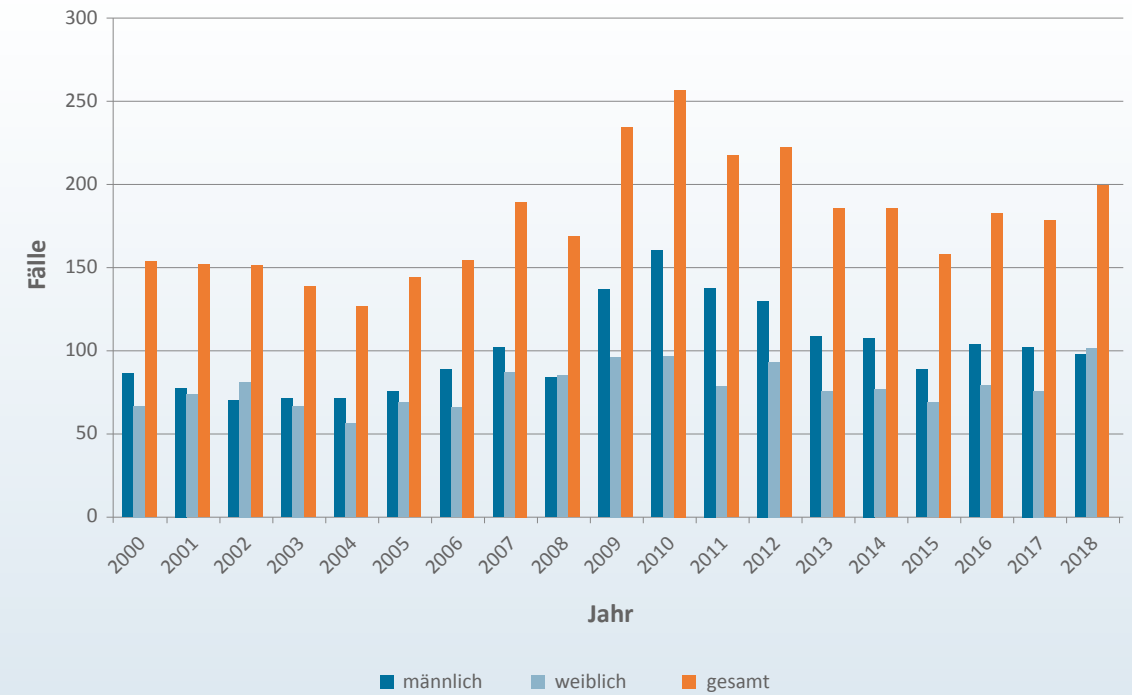
**Abstinenzrate in Prozent 15- bis 19-Jährige im letzten Monat**



Quelle: WHO 2018

Laut Dr.<sup>in</sup> Fandler/**Kinderklinik Graz** sind 80% der Einlieferungen wegen Alkohol einmalige Vorkommnisse/ unbeabsichtigte Alkoholunfälle ohne sozialarbeiterischen/therapeutischen Interventionsbedarf. Wiederholte Spitalsaufnahmen sind selten – ca. 5%. So gesehen kann davon ausgegangen werden, dass bei der Mehrzahl eine Spitalsaufnahme eine gewisse – lehrreiche – Erfahrung darstellt. Die Spitalsentlassungshauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ findet erst ab dem 15. Lebensjahr statistisch relevant statt. In der Altersklasse 15 bis 19 Jahre sind es neun Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen. Zum Vergleich: Bei 50- bis 54-Jährigen liegt diese Quote bei Männern bei 468 und bei Frauen bei 297 pro 100.000 EinwohnerInnen.

Die eingelieferten Jugendlichen auf der Kinderklinik haben im Schnitt einen Intoxikationsgrad von knapp 2 Promille Alkohol im Blut. Durchschnittlich 15% der Eingelieferten bedürfen einer intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung. Das durchschnittliche Alter liegt bei den Jugendlichen bei 16 Jahren, die Altersbreite zwischen 11 und 18 Jahren (Fandler 2019).



Stationäre Aufnahmen nach Alkoholintoxikationen an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz, 2000–2018, Anzahl nach Geschlecht. (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde)

Anmerkung: Es handelt sich bei der obigen Graphik um Kinder/Jugendliche, die auf der Kinderklinik aufgenommen wurden, ungeachtet ihres Hauptwohnsitzes. Die Ausweisung der sich darunter befindenden GrazerInnen ist leider nicht möglich.



## Cannabis

Cannabis ist bei Weitem die am häufigsten konsumierte illegalisierte Substanz in Europa – so auch in Graz. Die von Prof. Oberacher et al. durchgeführten Abwasseranalysen 2019 zeigen für Graz eher durchschnittliche Werte von ca. 60 Dosen pro 1.000 Einwohner täglich.

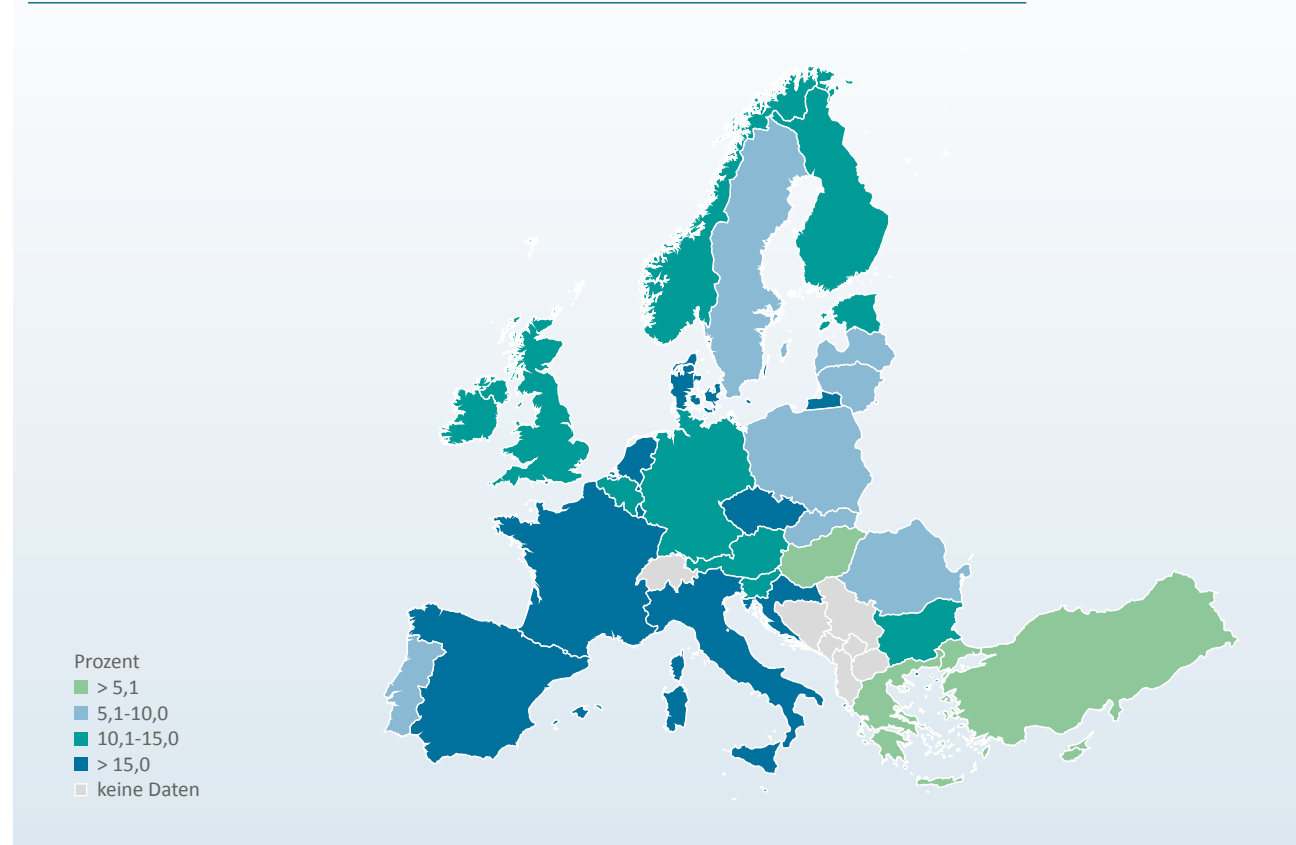
Der illegale Status von Cannabis gebietet, Eigenangaben immer mit Vorsicht zu betrachten.

Für Graz liegen keine separaten Erhebungszahlen vor, es kann aber davon ausgegangen werden, dass diese mindestens die Durchschnittswerte für Gesamtösterreich ausmachen werden. Vermutlich sind sie aber höher.

Laut HSBC-Erhebung 2018 gaben 7,6% der 15-jährigen Schüler und 4,3 % der Schülerinnen an, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben. Bei den 17-Jährigen waren es 18 % der Burschen und 7,5% der Mädchen.

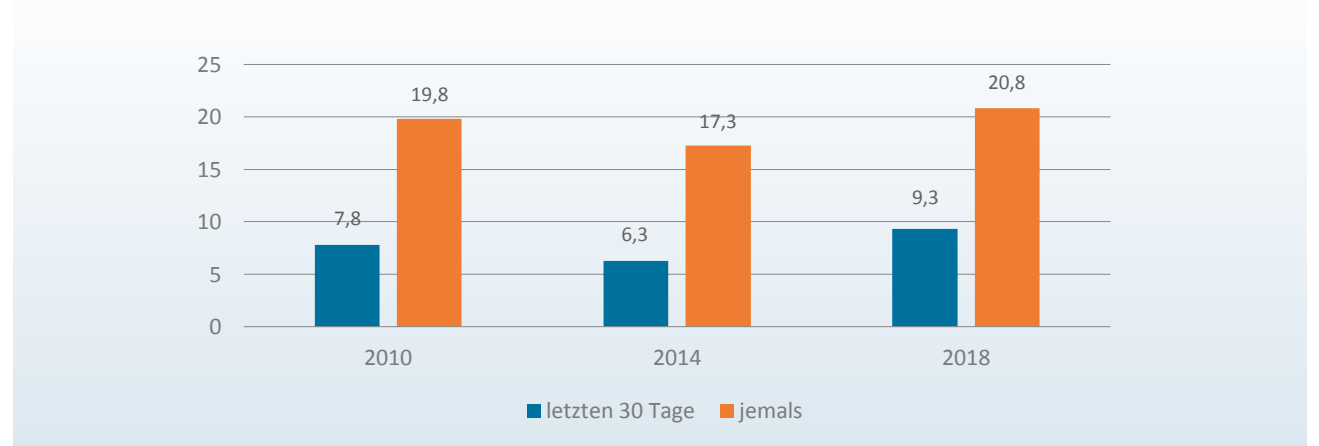
Für die Lebenszeitprävalenz betragen die Zahlen für die 15-jährigen Burschen 15,5% und bei den Mädchen 10,2%. Die Lebenszeitprävalenz bei den 17-Jährigen war bei den Burschen.

DIE EBDD HAT 2019 FOLGENDE DARSTELLUNG DER **12-MONATE-PRÄVALENZ DES CANNABIS-KONSUMS** UNTER DEN **JUNGEN ERWACHSENEN** (15- BIS 34-JÄHRIGE) VERÖFFENTLICHT:



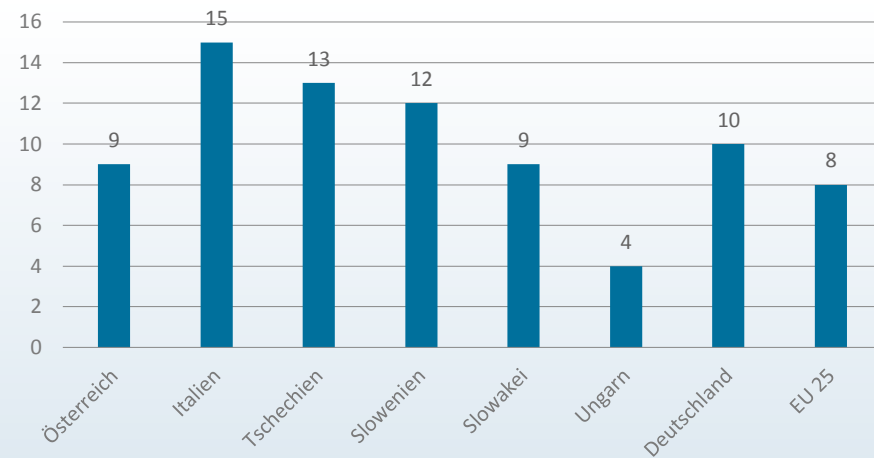
FOLGENDE GRAPHIK STELLT DIE **ENTWICKLUNG IN ÖSTERREICH** SEIT 2010 DAR:

Cannabiserfahrungen 15- bis 17-Jährige in Prozent



EIN BLICK AUF UNSERE NACHBARN ERGIBT (OECD 2016) FOLGENDES BILD (DIE SCHWEIZ WURDE NICHT MITERHO BEN):

Cannabis: 30 Tage Prävalenz 15- bis 16-Jährige, 2015 in Prozent



Quelle: OECD 2016

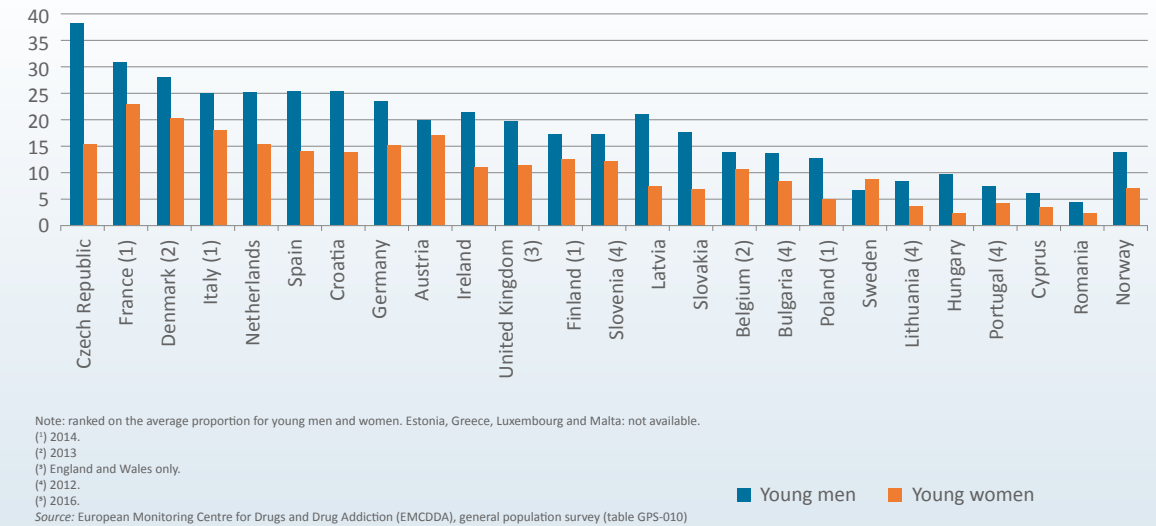
Der hochfrequente Cannabis-Konsum kann annäherungsweise wie folgt ausgewiesen werden (EMCDDA 2012):

Der grobe Durchschnitt für „Konsum im letzten Monat“ liegt bei den 20 untersuchten europäischen Staaten (15/18- bis 64-Jährige) bei ca. 3,4 % Prozent. In dieser Personengruppe liegt der Durchschnitt für eine Konsumfrequenz von „zumindest 20 Tagen im letzten Monat“ bei ca. 19,4 % Prozent, das ist also rund jeder Fünfte der KonsumentInnen im letzten Monat.

Anzumerken bleibt, dass die Ländererhebungen zwischen 2005 und 2010 stattfanden und dass die Altersgruppen nicht homogen waren, weswegen die Daten eher eine grobe Orientierung hinsichtlich eines internationalen Vergleichs bieten.

Die Cannabis-Erfahrenheit von Erwachsenen (Lebenszeitprävalenz) wird auch bei einem under-reporting zumindest bei 25% liegen. Diese Zahl ist seit fünf Jahren relativ konstant (GÖG 2018).

Young people aged 15–24 years who used cannabis during the previous year, by sex, 2015 (% share of young men/young women)



Note: ranked on the average proportion for young men and women. Estonia, Greece, Luxembourg and Malta: not available.  
 (1) 2014.  
 (2) 2013.  
 (3) England and Wales only.  
 (4) 2012.  
 (\*) 2016.  
 Source: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), general population survey (table GPS-010)

Quelle: Eurostat

Der Konsum hat auch unter dem strafrechtlichen Regime – wie auch anderswo – über die Jahrzehnte zugenommen und manche einhergehenden Probleme sind zum Teil „hausgemacht“, entzieht sich der Konsum doch einem staatlichen Regulativ jenseits der Strafandrohung. Dadurch haben wir es mit unnatürlichen Wirkstoffstärken und einseitigen Züchtungen zu tun, die gerade psychiatrische Probleme begünstigen. Der THC-Gehalt ist zu meist hochgejazzt und der antipsychotische CBD-Anteil vernachlässigt. (Freeman et al. 2018), (Zeit Online 2018), (Beckman 2018).

Da der Cannabiskonsum in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen ist, aber nicht die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, glaubt man an eine bestehende Prädisposition als Risikofaktor. (Hermann 2015), (van Os et al. 2002), (Radhakrishnan et al. 2014), (Power et al. 2014).

Bei den Betroffenen fällt ein hochfrequentes Konsummuster mit hochkonzentrierten Produkten auf. Das Psychoserisiko ist bei Jugendlichen bis zum ca. 20. Lebensjahr höher als bei Erwachsenen.

# Ausblick: künftig zu erwartende Trends

Da der Alkoholkonsum unter Jugendlichen rückläufig ist, wird davon ausgegangen, dass hierdurch im Laufe der Jahre voraussichtlich auch der Alkoholkonsum unter den Erwachsenen abnehmen wird.

Die Effekte des übermäßigen Alkoholkonsums passen immer weniger gut zu den Ansprüchen des aktuellen Lifestyles bzw. den Beauty-Standards und Ähnlichem mehr.

Ebenfalls wird der Zigarettenkonsum abnehmen bzw. sich auch in andere Applikationsarten verlagern (Vaping, IQOS-Zigaretten (HeatSticks) u. Ä. m.). Es ist auch eine Frage von Image und Preispolitik.

Der Cannabiskonsum wird sich verlangsamt ausbreiten und sich von der Beimengung von Tabak in Richtung Pure-Consumption, Eatables oder Vaporizing verändern.

Seitz et al. (2019) untersuchten die Entwicklung von 1995 bis 2018 in Deutschland und konnten folgende Trends ausmachen (Prävalenzfenster 30 Tage oder zwölf Monate):

## Trendverläufe nach Substanzkonsum und Geschlecht

	Männer	Frauen
Tabak (30 Tage)	fallend	fallend
Täglich Tabak (30 Tage)	fallend	fallend
Alkohol (30 Tage)	fallend	fallend
Rauschtrinken (30 Tage)	fallend	steigend
Cannabis (12 Monate)	steigend	steigend
Andere illegale Drogen (12 Monate)	konstant	steigend
Analgetika (30 Tage)	steigend	steigend



Der Bezug von Substanzen wird sich vermutlich auch stärker Richtung Online-Erwerb verlagern, zumal UserInnen-Bewertungen, Produktreinheit, Produktvielfalt und Unabhängigkeit von klassischen DealerInnen dafür sprechen.

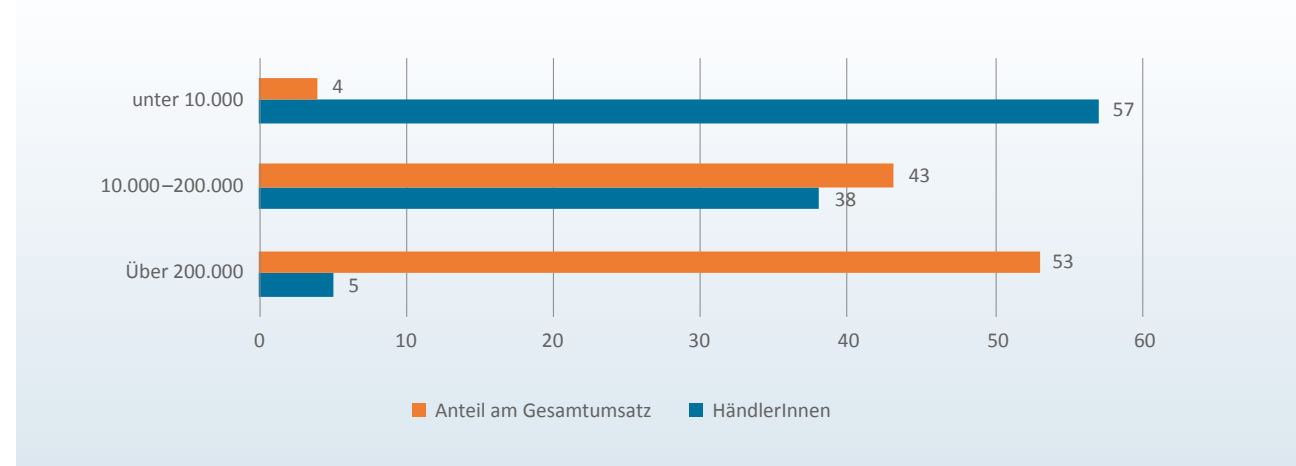
Das KundInnenprofil im Darknet sieht wie folgt aus (Tzanetakis/Stöver 2019):

- 80 % männlich, hauptsächlich in der Altersklasse 20 bis 30 Jahre
- 85 % haben Gymnasium/Mittelschule abgeschlossen
- Mit beruflicher Anstellung bzw. Hochschulbildung
- Höchster Anteil bei Clubbern/PartygeherInnen und GelegenheitskonsumentInnen

Ca. 33 % der HändlerInnen weltweit sind in der EU beheimatet. Davon:

Europäische Union	Anteil in Prozent
1. Vereinigtes Königreich	9,3%
2. Niederlande	8,4%
3. Deutschland	7,2%
4. Frankreich	2,3%
5. Spanien	1,7%
6. Tschechische Republik	0,6%
7. Polen	0,6%
8. Belgien	0,4%
9. Slowakei	0,3%
10. Dänemark	0,3%
11. Schweden	0,2%
12. Österreich	0,2%

Verteilung der Umsätze auf HändlerInnen, jeweils in Prozent



Quelle: Tzanetakis 2019

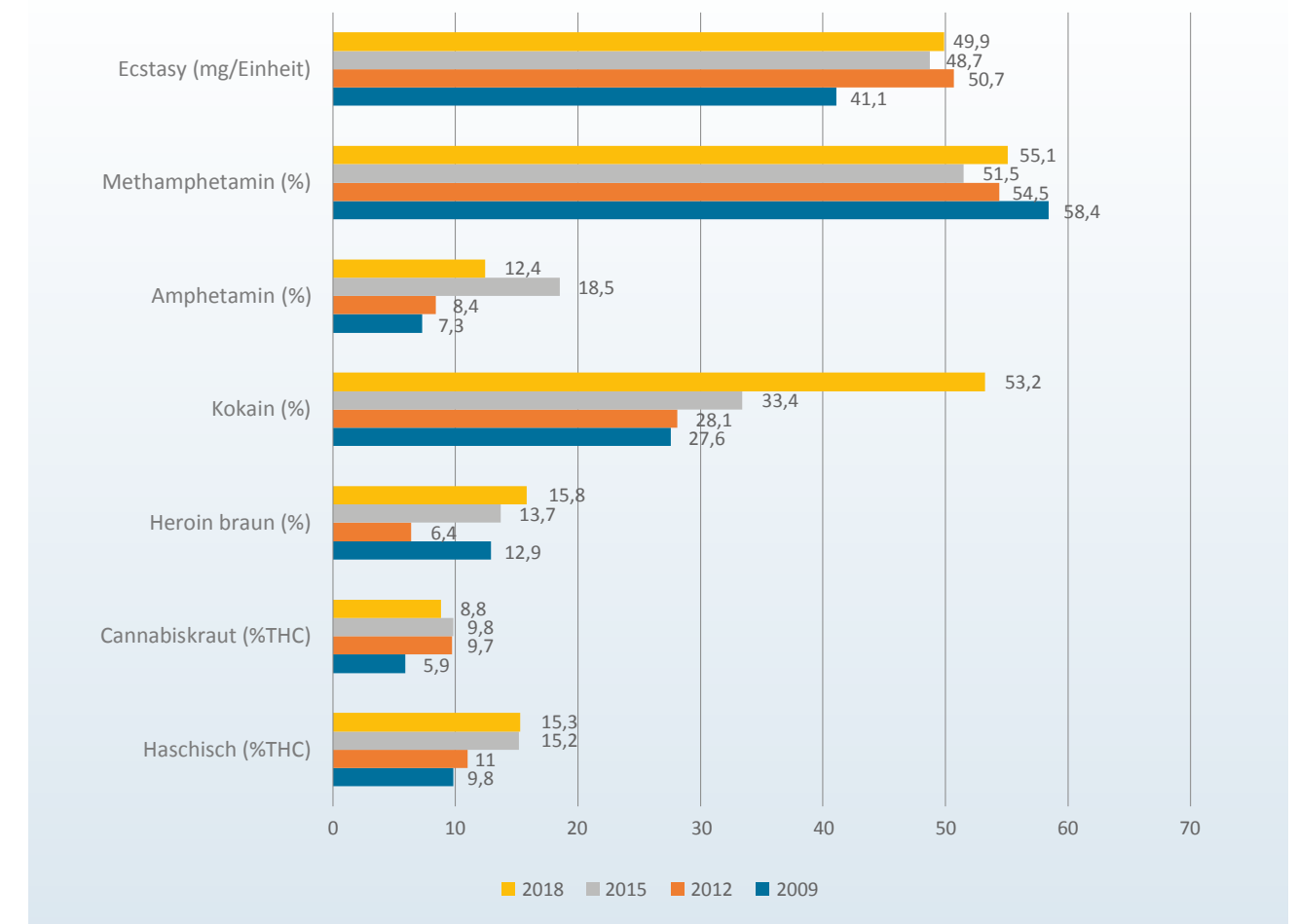
## Reinheit/Wirkstoffkonzentration

Über die Veränderung der Wirkstoffkonzentrationen der psychoaktiven Substanzen lassen sich kaum Prognosen erstellen, da die Schwankungen nicht vorhersehbar sind und durch unterschiedliche Faktoren gespeist werden. Checkit! Wien z.B. hat für 2013 festgehalten, dass 26 % der Ecstasy-Tabletten hoch dosiert waren. 2017 waren

schon 80% hoch dosiert bzw. 31% als „gesundheitsgefährdend“ klassifiziert, 2018 wiederum 75% hochdosiert und 21% „gesundheitsgefährdend“. Anzunehmen ist aber, dass Wirkstoffkonzentrationen bei den meisten Substanzen als Qualitätskriterium wahrgenommen werden.

### SCHWANKUNGEN IN ÖSTERREICH (ÖBIG 2019) IM STRASSENHANDEL:

Durchschnittliche Reinheit im Straßenhandel 2009-2018

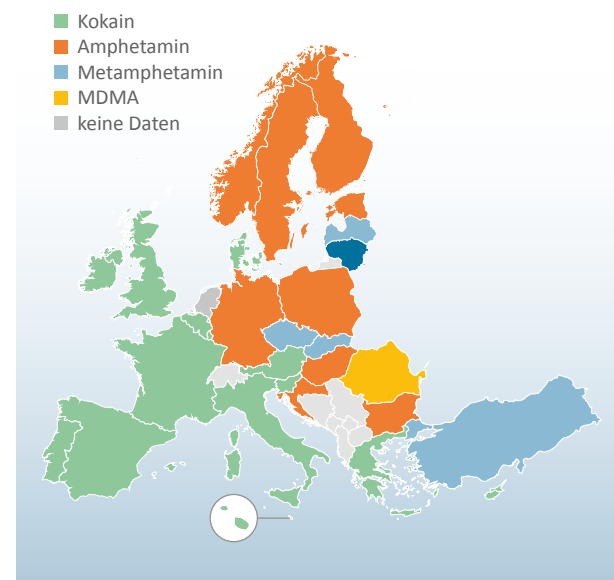


Quelle: BML Darstellung GÖG 2019

Individuell maßgeschneiderte Substanzen mit unterschiedlichen Wirkungsprofilen könnten auch einen zukünftigen Trend darstellen.

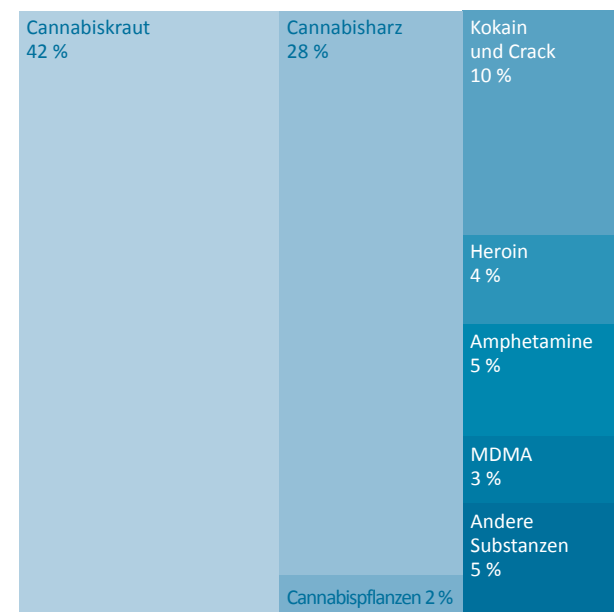
Die seit Jahren prognostizierte Zunahme der stimulierenden Substanzen hat in Europa unterschiedliche Regionen entstehen lassen, wie das folgende Bild der Sicherstellungen für das Jahr 2017 zeigt (EBDD 2019):

In Europa am häufigsten sichergestellte Stimulanzien, 2017 bzw. aktuellstes Jahr

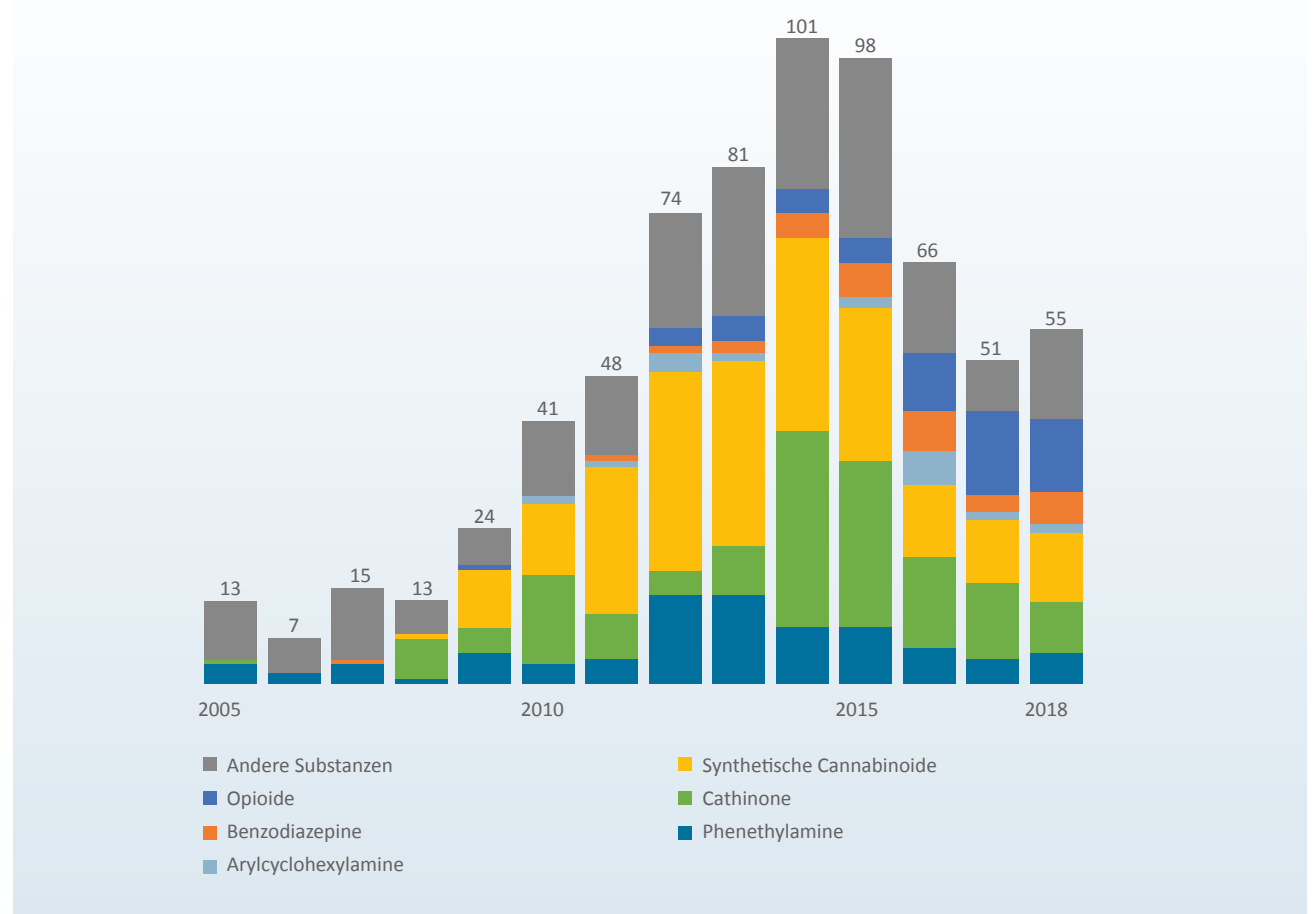


Insgesamt jedoch zeigt sich über alle illegalisierte Substanzen hinweg folgendes Bild (EBDD 2019):

Anzahl der gemeldeten Sicherstellungen, aufgeschlüsselt nach Drogen, 2017



Anzahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005–2018



DIE SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS IN DER EU SEHEN WIE FOLGT AUS (15- BIS 64-JÄHRIGE):


Substanz	Jahresprävalenz	Lebenszeitprävalenz	Besonderheiten
Cannabis	25 Millionen	92 Millionen	Steigender THC-Anteil
Kokain	4 Millionen	18 Millionen	Reinheit steigt, Konsum steigt
MDMA (Ecstasy)	2,8 Millionen	14 Millionen	Potenz und Beimengungen variieren
Amphetamine	1,8 Millionen	12,5 Millionen	Konsum stabil

Generell wird eine EU-Weite Zunahme an Verfügbarkeiten neuer und modifizierter Substanzen weiterhin stattfinden. Mittlerweile überwacht die Europäische Beobachtungsstelle (EBDD) ca. 730 Substanzen mit einer jährlichen Zunahme von ca. 50 zusätzlichen Substanzen.

Auch werden derzeit gezielte Gehirnstimulationen entwickelt, die sowohl als Entwöhnungsvehikel als auch als Rauscherzeuger fungieren könnten. „Gehirmanipulationen“ könnten gewünschte Effekte wie Aufmerksamkeitssteigerung, Leistungssteigerung, Wohlbefinden etc. ohne die Zuführung von Drogen erzeugen.

Als Gesellschaft werden wir nicht „nüchternen“ Zeiten entgegensteuern, sondern individualisiertere psychoaktive Substanzen vorfinden und insgesamt ein noch breiteres Arsenal an derartigen Substanzen und Applikationsmöglichkeiten haben.

Quellen: EBDD 2019



# Sucht- prävention in den Abteilungen

Für die wichtigen Bereiche Lebenskompetenzförderung und Reflexion des Eigenkonsums existieren schon einige Programme und Tools.

Die Reichweite derartiger Ansätze ist von der Finanzierung und des Bekanntseins mit abhängig. Die Digitalisierung hat dafür gesorgt, dass Ratgeber/Substanzlehre, Selbsteinschätzungsmöglichkeiten und Ähnliches mehr potenziell ortsunabhängig sind und sich gezielt an unterschiedliche Zielgruppen wenden können.

Es ist wichtig festzuhalten, dass klassische Gebrauchsprävention durch einseitiges Hervorheben von Schäden bei jenen Menschen, die neugierig auf psychoaktive Substanzen sind, wenig wirksam sind und bestenfalls jene bestärken, die ohnehin nicht konsumaffin sind. Ausgewogenere Darstellungen von möglichen Risiken, schadensminimierende Maßnahmen und möglichst persönliche Risikoeinschätzungen werden als Ergänzung im Sinne eines personalisierten Gegenpols kommuniziert, ohne die respektive Substanz nur zu verdammen.

Der Grund liegt darin, dass zu unausgewogene „Anti-propaganda“ als solche wahrgenommen wird und in der Folge wenig sinnvoll ist.

Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Das inkludiert auch explizit strukturelle Maßnahmen im Sinne von Verhältnisprävention. Damit soll der Konsum legaler und illegaler Substanzen verhindert bzw. verzögert, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten gefördert werden. (ÖBIG 2019)

Ziele sind nach wie vor, Einstiege in den Konsum möglichst zu vermeiden und/oder hinauszuzögern sowie Konsumhäufigkeiten wie auch riskante Konsumformen zu reduzieren.

Angemessene, nicht banalisierende Informationen sollten möglichst passgenau den unterschiedlichen Zielgruppen angeboten werden. Zielgruppen sollten in ihren Lebenswelten angesprochen werden.

Es geht demnach um eine Verquickung von Gesundheitsförderung und Suchtprävention bzw. um die Kombination von Entwicklungszielen und Vermeidungszielen (Küng 2010).

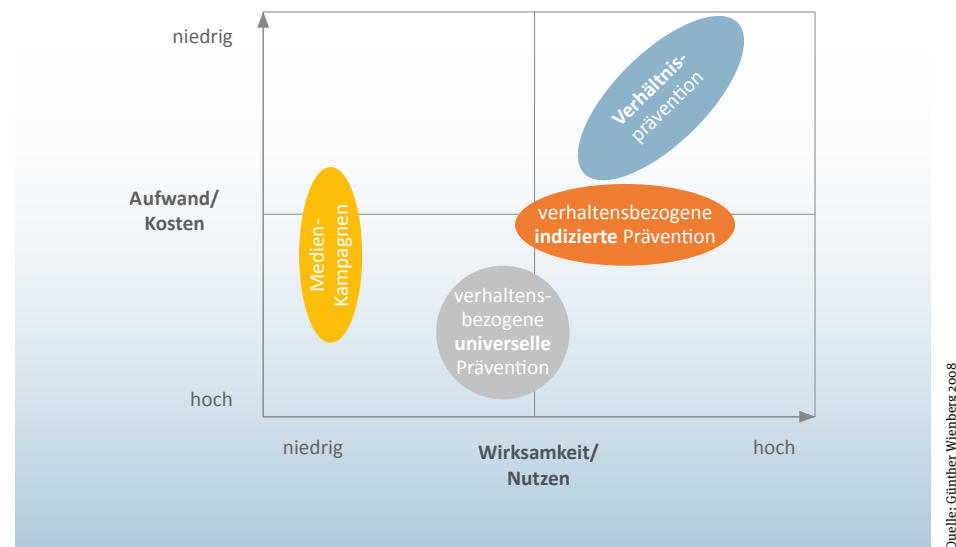
Für die Praxis bedeutet dies, folgende, nachweislich wirksame Interventionsziele zu forcieren:

- die allgemeine Lebenskompetenz erhöhen
- die Eltern-Kind-Beziehung stärken
- Ressourcen und Schutzfaktoren stärken
- Alternativen zum Konsum schaffen
- Selbstwirksamkeit und kommunikative Fähigkeiten verbessern
- soziale Aktivitäten fördern
- Chancengleichheit in Bildung und Arbeit verbessern
- Verhinderung von Gewalt und seelischen Schäden
- Fachwissen und Drogenkompetenz erhöhen

Die Zusammenhänge zwischen Inputs und Outputs bestehen aber aus Wahrscheinlichkeiten und nicht aus Kausalitäten. Konsumerfahrungen sind nicht per se verhinderbar, aber beeinflussbar.



Professor Günther Wienberg von der Bodelschwingschen Stiftung Bethel stellt die Wirksamkeit von suchtpreventiven Maßnahmen wie folgt dar (2008):



Beispiele:

*Verhältnisprävention:* Preispolitik, Werbebeschränkungen, Einhalteüberwachung ...

*Medienkampagnen:* isolierte Kampagnen ohne zusätzliche Einbettung in Maßnahmen.

*Verhaltensbezogene indizierte Prävention:* Arbeit mit Kinder suchtkranker Eltern, Qualifikationsmaßnahmen für arbeitslose Jugendliche ...

*Verhaltensbezogene universelle Prävention:* Erlernen kommunikativer Fertigkeiten, interaktive Unterrichtsmethoden, Lebenskompetenzprogramme ...

Im Folgenden werden die suchtpreventiven Ansätze und Leistungen der relevanten Ämter des Magistrats Graz dargestellt und auch jene Möglichkeiten diskutiert, die zusätzlich zu den existierenden Angeboten angedacht werden könnten.

Aufgabenspezifisch sind es sowohl Ansätze, die vor einer Suchtentwicklung eingreifen, als auch solche, die bereits etwaig gefährlich missbrauchende Personen erreichen sollen.

## Die Kommission zur Suchtprevention

Die in der von Magistratsdirektor Mag. Haidvogel geleiteten Kommission vertretenen Abteilungen sind: Sozialamt, Sportamt, Amt für Jugend und Familie, Gesundheitsamt, ABI.

Hier wurde der Fokus darauf gelegt, suchtpreventive Maßnahmen und suchtpreventiv wirksame Angebote in den und durch die Abteilungen des Magistrats festzuhalten.

Externe, durch die Abteilungen (mit-)finanzierte Projekte werden in der Folge nicht aufgelistet, sondern nur jene Ansätze, die aus den eigenen Tätigkeitsfeldern heraus angeboten werden und im Sinne der bisherigen Ausführungen suchtpreventiv wirken.

### Das Sozialamt

Hier spielt aufgabenbezogen Sucht eine Rolle. Nach § 5 des Steiermärkischen Behindertengesetzes können suchtkranke Personen Anträge auf Kostenübernahme für Therapien stellen.

Im Rahmen der psychosozialen Betreuung bieten SozialarbeiterInnen Informationen und Beratung sowie Vermittlung zu spezialisierten Einrichtungen der Suchthilfe an. Diese Leistungen werden über die Dienststellen des Sozialamtes, über Hausbesuche und direkt im öffentlichen Raum in Form von Streetwork angeboten. Im städtischen Frauen- bzw. Männerwohnheim sind zusätzlich klinische und GesundheitspsychologInnen sowie ein Facharzt für Psychiatrie tätig.

### Die ABI

Suchtmittelfreie bzw. konsumfreie Bildungsräume, von der städtischen Krippe bis zu den städtischen Pflichtschulen. Alle Arten von RaucherInnenräumen sind so z. B. auf dem Schulgelände verboten. Seltene Ausnahmen gibt es nur in speziellen Situationen, immer aber unter Bedachtnahme auf maximalen Kinderschutz.

Betonung der Schutzfaktoren im Schulunterricht: Dies wird als ein permanenter Prozess verstanden, um die Bewusstseinsbildung bzw. die persönlichen Schutzfaktoren zu entwickeln.

Die Sensibilisierung von Eltern und PädagogInnen erfolgt mittels qualifizierter Unterstützung durch PartnerInnen an den Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. Das Angebot von Schulsozialarbeit in der Sekundarstufe 1 und in ausgewählten Volksschulen ist eine wirkungsorientierte Maßnahme außerhalb des Unterrichts und in angespannten Lebenssituationen der SchülerInnen.

Der Geschäftsbereich Integration bemüht sich durch Tagesstruktur, Beschäftigung und Perspektivenvermittlung um seine Zielgruppen, was einen mittelbaren suchtpreventiven Nutzen hat.

### Das Amt für Jugend und Familie

Grundsätzlich wird anlassbezogen auch direkt auf den Konsum fokussiert. Darüber hinaus wird durch frühzeitige Kommunikation und Unterstützung von Eltern und Kindern ein suchtpreventiver Beitrag geleistet.

Frühe Ansätze wie Elternberatung und Elterncafé oder Elterncoaching ermöglichen Resilienzstärkung. Projekte und Kooperationen, wie „Gemeinsam stark“ oder „Miteinander leben“, leisten ihren Beitrag dazu, dass frühzeitig Bedrohungen und Schief lagen erkannt und bearbeitet werden können.

Sinnvolle Freizeitgestaltung wie z. B. „Anstoß“ (Fußballprojekt) oder „Spaßinsel“ und selbstbewusstseinssteigernde Ansätze wie z. B. „Schatzinsel“ werden ebenso propagiert.

Insgesamt wird mit Minderjährigen gearbeitet: Hier müssen sich Minderjährige mit Gleichaltrigen auseinandersetzen (soziale Kompetenzen, Problemlösekompetenzen), wobei auch der geschlechterspezifische Zugang (Mädchengruppe) zum Tragen kommt.

Gruppen mit dem gesamten Familiensystem, wie Elterngruppen, MIMI, Stadtwohnzimmer, versuchen, positive Interaktionen mit den Bindungspersonen zu forcieren und soziale Kompetenzen aufzubauen.

Das Projekt „Mutmacher“, Initiative gegen Gewalt an Kindern, kann auch als sinnvolle suchtpreventive Maßnahme betrachtet werden.

Im Projekt „Siedlungspräsenz“ werden vor Ort u. a. soziale Netze aufgebaut sowie Ausprobieren sozialer Kompetenzen angeregt.

In der offenen Kinder- und Jugendarbeit wird anlassbezogen der Kontakt zu einschlägigen Suchthilfe-Einrichtungen hergestellt bzw. die Jugendlichen diesbezüglich motiviert.

Der ärztliche Dienst nimmt an HelferInnenkonferenzen teil, betreut Mütter aus dem Opioid-Substitutionsprogramm, führt Elterngespräche/Elternberatungen durch.

#### **Das Sportamt**

Dezidierte Suchtprevention wird amtsseitig nicht angeboten. Sportliche Aktivitäten haben an sich eine suchtpreventive Wirkung, vor allem dann, wenn benachteiligte Bevölkerungssegmente inkludiert werden und TrainerInnen/Coaches ein vorbildliches Verhalten an den Tag legen bzw. für entsprechende Verhältnisse sorgen.

## Maßnahmenempfehlungen

Weil die Suchthilfe in Graz mittlerweile breit aufgestellt ist, wird an dieser Stelle keine Auflistung sämtlicher Projekte und Maßnahmen getätigt, sondern darauf fokussiert, welche zusätzlichen, nicht zu kostspieligen Ansätze in der Prävention möglich wären.

Über bestehende Angebote und Maßnahmen geben die jeweiligen Projekte und Institutionen Auskunft:

#### **Drogenberatung**

<http://www.drogenberatung.steiermark.at/>

#### **BAS**

<https://www.suchtfraagen.at/>

#### **VIVID – Fachstelle f. Suchtprevention**

<http://www.vivid.at/>

#### **Caritas**

<https://www.caritas-steiermark.at>

#### **Glücksspielsucht**

Fachstelle für Glücksspielsucht

<https://www.fachstelle-gluecksspielsucht.at/>

#### **Alkohol**

Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol

<https://www.mehr-vom-leben.jetzt/>

#### **Suchthilfe i. d. Steiermark/Übersicht:**

[http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11656021\\_72562450/babeec9b/Suchthilfe%20Einrichtungen.pdf](http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11656021_72562450/babeec9b/Suchthilfe%20Einrichtungen.pdf)

Schadensminimierende Ansätze, die nicht der Suchtprevention zugerechnet werden können wie z. B. Konsumräume oder Notschlafstellen für aktiv Konsumierende werden hier nicht aufgelistet.

Freizeitangebote, die vorrangig randständige, ärmere Kinder und Familien erreichen, sind zu favorisieren, da gerade hier sinnvolle Freizeitbeschäftigungen Gefahr laufen, aus monetären Gründen nicht gelebt werden zu können. Gerade in diesen Milieus ist die Gefahr, schädlich bis abhängig zu konsumieren, erhöht.

Qualitätsvolle Zeit in der Familie zu fördern durch Gemeinschaftlichkeit, Aktivität und Kommunikationsfähigkeit wird als wirkungsvoll betrachtet.

Insgesamt wäre die Vision einer phasenübergreifenden Begleitung mit Freizeitangeboten, Familienförderung und Lebenskompetenzförderung ein schönes Ziel.

## Zugang zu KonsumentInnen von „neuen Drogen“ und herkömmlichen psychoaktiven Substanzen im Partysetting/Eventbereich und Substanztestungen.

---

Die Forschung im Bereich der Suchtprävention fokussiert mittlerweile auf dem informierten und entscheidungskompetenten Menschen. Basis dafür bilden realistische Drogenkunde, Genussfähigkeit inkl. Kontrollfähigkeit, Kritikfähigkeit und Risikomanagement (Barsch 2016, Stadt Zürich 2007).

In einigen Party-/Freizeitlokalitäten werden psychoaktive Substanzen konsumiert. Hierbei ist mitunter fraglich, ob die obig beschriebenen Kompetenzen tatsächlich vorhanden sind.

Eine Kombination von aufsuchenden BeraterInnen und einer Substanztestung vor Ort wäre günstig (vgl. das Projekt „Check it“ in Wien, wo zeitnah noch während des Events die Substanzanalysen fertiggestellt und entsprechende Warnungen/Empfehlungen getätigt werden).

Eine weniger kostenintensive Option wäre (angelehnt an Z6, MDA Basecamp in Innsbruck) die Substanztestung über eine Kooperation mit dem Gerichtsmedizinischen Institut, wobei die zeitliche Nähe von Substanzabgabe und Analyse so nicht mehr gegeben wäre. Allerdings würde man Aufschluss über zirkulierende Substanzen erlangen und könnte dies auch zielführend kommunizieren. Als Kommunikationsplattformen bieten sich Suchthilfeeinrichtungen, eigener Webauftritt und Präsenz der BeraterInnen in den einschlägigen Locations an. In Innsbruck werden jährlich ca. 500 Testungen durchgeführt, Abgabetag Montag, Resultat Übermittlung am Freitagvormittag. Diese Maßnahme wird von den Fachstellen der Suchthilfe als zielführend erachtet.

## „Lebensbegleitende Suchtprävention“: Programmatische Begleitung in den ersten Lebensphasen

---

Unter dem Slogan „Wir begleiten jedes Kind“ könnten lebenskompetenzfördernde Maßnahmen als suchtpreventive Begleitung über die Kindheits- und Jugendphase angeboten werden. Diese Bündelung/flächendeckender Ausbau bereits existierender Maßnahmen wird von der Fachstelle für Suchtprävention empfohlen.

Die Persönlichkeitsentwicklung ist für die Suchtprävention ein entscheidender Faktor und ein lebensbegleitender Prozess. Im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für das spätere Leben gestellt. Suchtvorbeugung bedeutet, die Persönlichkeit eines Menschen von Anfang an zu stärken. Die Entwicklung von Lebenskompetenzen ermöglicht einen angemessenen Umgang mit Problemen, Stresssituationen und Mitmenschen im täglichen Leben. Dies trägt dazu bei, weniger anfällig für die vielfältigen Formen von Sucht zu sein.

### Gesund aufwachsen in Graz | Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen

In der Seminarreihe werden die Grundlagen der Suchtprävention vermittelt, die Stärkung von Lebenskompetenzen bei Kindern erarbeitet und praktische Möglichkeiten der Suchtvorbeugung aufgezeigt.

- Ziel: ganzheitliche Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit von Kindergartenkindern aufbauend auf ihren persönlichen Ressourcen
- Zielgruppe: Pädagoginnen/-pädagogen und BetreuerInnen in KBBEs

### Gemeinsam stark werden | 1.–4. Schulstufe

Das universelle Präventionsprogramm orientiert sich am Lebenskompetenzansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und leistet einen Beitrag zur Sucht-, Gewalt- und Suizidprävention sowie zur Prävention psychischer Störungen.

- Ziel: Nachhaltige Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern

- Zielgruppe: LehrerInnen, Hortpädagoginnen/-pädagogen, pädagogische Fachkräfte in der Nachmittagsbetreuung

### Präventionsprogramm plus | 5.–8. Schulstufe

Lehrkräfte begleiten Schulklassen aktiv und kontinuierlich über vier Jahre und fördern die psychosoziale Gesundheit ihrer SchülerInnen. Dabei werden sie mittels eines vorgefertigten Unterrichtsmanuals und dazugehörigen Trainings unterstützt.

- Ziel: Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen, die es SchülerInnen ermöglichen, mit sich selbst und anderen gut umzugehen
- Zielgruppe: LehrerInnen und Pädagoginnen/-pädagogen

### Wetterfest | ab der 9. Schulstufe

Praxisbezogene Fortbildung inkl. individuelles Unterrichtsmaterial für Lehrkräfte, zur zielgruppenorientierten Förderung von Lebenskompetenzen ab der 9. Oberstufe

- Ziel: Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen, die es SchülerInnen ermöglichen, mit den Herausforderungen des Lebens konstruktiv umzugehen.
- Zielgruppe: LehrerInnen und Pädagoginnen/-pädagogen ab der 9. Schulstufe

## Step by Step – Relaunch des Programmes in Graz

---

Projekte zur Früherkennung, aber auch Beratungs- und Behandlungsangebote sind grundsätzlich sinnvoll. Obwohl der evidente Konsum illegaler Substanzen, hauptsächlich handelt es sich hier um Cannabis, nicht primär in der Schule bzw. während des Schulbesuchs stattfindet, bietet sich das Setting Schule an. Von Oktober 2002 bis Juni 2004 wurde das Programm „Step by Step“ – ein Programm zur Früherkennung und Krisenintervention an (Grazer) Schulen – angeboten.

49 Schulen mit insgesamt 849 Personen sowie 20 Horte mit 98 Pädagoginnen und Pädagogen haben in zwei halbtägigen Seminaren zu diesem Thema gearbeitet und individuelle, schulinterne Handlungsmodelle entwickelt. Ziel war es, mehr Sicherheit und Klarheit im Umgang mit der Suchtgefährdung oder etwaigem Konsum von illegalen Drogen von Schülerinnen und Schülern zu erreichen. 96 % der TeilnehmerInnen stufen damals das Programm als „lohnend“ oder „sehr lohnend“ ein.

Nachdem inzwischen Jahre vergangen sind und die handelnden bzw. geschulten Personen nicht mehr dieselben sind, kann eine Wiederauflage des Programmes als sinnvoll erachtet werden. Die Teilnahme an Step by Step bedeutet nicht, sich eingestehen zu müssen, eine „Drogenschule“ zu sein, sondern vielmehr eine Schule, in der Eltern weniger befürchten müssen, dass „blinde Flecken“ existieren oder dass im Anlassfall unprofessionell (über-)reagiert wird.

## Selbsteinschätzungs-Tools propagieren

---

In den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden Prioritäten gesetzt. Dazu gehören u. a. die Nutzung des Internets für Suchtprävention. Der Grundstein für Veränderungen ist eine persönliche Standortbestimmung. Hierzu gibt es mittlerweile einige anonyme Selbsttests, wie z. B. bei Cannabis auf drugcom.de, feel-ok.at oder suchtprevention-zh.ch, bei Alkohol kenn-dein-limit.de oder dialogwoche-alkohol.at, bei Nikotin rauchfrei-info.de und noch viele andere mehr.

Zusätzlich werden webbasierende Reduktionsunterstützungen angeboten wie beispielsweise das canreduce.at. Es müssen demnach keine neuen Tools entwickelt werden. Diese nicht belehrenden, aber verhaltenskritischen Tools könnten durch die Stadt Graz stärker beworben werden.



## Literatur

- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2017): Suchtbericht Steiermark 2017.
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011): Die neue Steirische Suchtpolitik.
- Barsch, G (2016): Drogenerziehung in der Praxis.
- Barsch, G (2013): Von der Suchtprävention zur Drogenmündigkeit. In: Gesundheitsförderung in der Schule: 141-170.
- Beckman, B (2018): Understanding the confusing world of CBD and THC ratios. Mashable.com
- Böckem, J/Jungaberle H (2015): High sein – ein Aufklärungsbuch.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2012): Suchtprävention in der Schule.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie.
- Bundesministerium für Inneres (2019): Die polizeiliche Kriminalstatistik 2018.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Expertise zur Suchtprävention.
- Bühler, A (2016): Metaanalyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpreventiver Lebenskompetenzprogramme. Kindheit und Entwicklung, 3: 175-189.
- Bühler, A/Thrul, J (2013): Expertise zur Suchtprävention.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe.4.
- EMCDDA (2012): Prevention responses to drug use in the EU.
- EMCDDA (2012): Prevalence of daily cannabis use in the EU and Norway.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018): Cannabis und Führen eines Kraftfahrzeuges.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen.
- Fandler, E (2019): Saufen bis der Notarzt kommt – oder: trinken im Rausch des Heranwachsenden. Pädiatrie & Pädologie 54: 124-129.
- Freeman, T et al. (2018): Increasing potency and price of cannabis in Europe 2006-16. Addiction 114.1015-1023.
- Gadinger et al. (2014): Politische Narrative: Konzept-Analysen-Forschungspraxis.
- Gesundheit Österreich (2018): Handbuch Alkohol – Österreich. Statistiken und Berechnungsgrundlagen.
- Gesundheit Österreich (2018): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3. Ausgewählte Themen.
- Gesundheit Österreich (2019): Bericht zur Drogensituation 2018.
- Gesundheitsfonds Steiermark (2016): Der Steirische Aktionsplan Alkoholprävention.
- Gmel, G/Gutjahr, E/Rehm, J (2003): How stable is the Risk Curve between Alcohol and all-cause Mortality and what factors influence the Shape? European Journal of Epidemiology 18. 631-642.
- Hafer, M (2018): Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenz und die Suchtprävention. Suchtmagazin 2018-4. 5-13.
- Hari, J (2015): Drogen – Die Geschichte eines langen Krieges.
- Hermann, D (2015): Aktuelle neurobiologische Studien zu gesundheitlichen Folgen von Cannabiskonsum mit Fokus auf Psychosen und neurobiologischen Defiziten, in 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015: 33-39.
- Hickman, M / Vickerman, P / Macleod, J / Lewis G / Zammit, S / Kirkbride, J / Jones, P (2009): If cannabis caused schizophrenia—how many cannabis users may need to be prevented in

Graz, 2.10.2003  
BerichterstellerIn:  
*Akin Monopoulidis*

**GZ: A7 – 494/01/91-2003**

**Verbindliche Einhaltung von Qualitätsstandards bei der Förderung von suchtpreventiven Maßnahmen an Schulen unter Miteinbindung der Suchtkoordination.  
Beschlussantrag.**

**Bericht  
an den  
Gemeinderat**

Die primäre Suchtvorbeugung hat sich in den letzten Jahrzehnten wegen nachgewiesener Unwirksamkeit bzw. auch Kontraproduktivität, von den abschreckenden Maßnahmen und reiner Sachinformation wegentwickelt, hin zu einer ressourcenorientierten Lebenskompetenzförderung, die neben der Förderung von Schutzfaktoren auch Risikoverminderung inkludiert, um autonome und bewusste Lebensgestaltung zu evozieren, die einen problematischen Drogenkonsum verhindern soll. Die hierdurch veränderten Zielsetzungen (wie z.B. Suchtprävention statt alleiniger Drogenkonsumprävention) und dadurch auch veränderten Zugänge und Methoden, haben nicht immer mit den bislang vertrauten Präventionsmethoden der Exekutive an den Schulen

- order to prevent one case of schizophrenia? in: England and Wales calculations. *Addiction* 104(11):1856–61.
- Joossens, L/ Raw, M (2017): The tobacco control scale 2016 in Europe.
- Kahneman, D (2012): Schnelles Denken, langsames Denken.
- Koller, G (2005): Highmat – ein Erzählkreis von Jugend, Rausch und Risiko.
- Korbel, C (2019): Cannabis und Psychiatrie. *Sucht* 109:6–7.
- Küng, M (2010): Was ist Suchtprävention? Übersichtsartikel zur theoretischen Einordnung.
- Law, S (2015): Believing Bullshit.
- Mann, K/Havemann-Reinecke, U/Gaßmann, R (2009): Jugendliche und Suchtmittelkonsum: Trends, Grundlagen, Maßnahmen.
- Müller, A (2015): Kiffen und Kriminalität – ein Jugendrichter zieht Bilanz.
- Nutt, D (2010): Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *The Lancet*.
- Nutt, D (2019): The Government cannot think logically about drugs. *The Guardian International*.
- Oberacher, H (2019): Untersuchung des Drogenkonsums in ausgewählten Regionen Österreichs und Südtirols mittels Abwasseranalysen – Abwassermonitoring Frühjahr/Sommer 2019.
- OECD (2018): Health at a Glance.
- ÖBIG (2019): Bericht zur Drogensituation in Österreich.
- ÖGABS (2017): Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie.
- Pasqualina, P-C (2019): Biografische Übergänge: Herausforderungen und Chancen. *Magazin P&G*:4–7.
- Power, R A / Verweij, K J / Zuhair, M / Montgomery, G W / Henders, A K / Heath, A C / Madden, P A / Medland, S E / Wray, N R / Martin, N G (2014): Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis, in: *Molecular Psychiatry* 19(11): 1201–4.
- Radhakrishnan, R / Wilkinson, S T / D'Souza, D C (2014): Gone to Pot – A Review of the Association between Cannabis and Psychosis, in: *Frontiers in Psychiatry* 5:54.
- Ramelow, D/ Teutsch, F/ Hofmann, F/ Felder-Puig, R (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Seitz, N-N et al. (2019): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 116, S. 585–591
- Schmidbauer, R/Rabeder-Fink, I (2014): Plus – das österreichische Präventionsprogramm für die 5. bis 8. Schulstufe. Theoretische Grundlagen und Evaluationsergebnisse.
- Silins, E / Horwood, L J / Patton, G C / Fergusson, D M / Olsson, C A / Hutchinson, D M et al. (2014): Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis, in: *The Lancet Psychiatry* 2014, 1(4): 286–293.
- Springer, A/Uhl, A (1995): Primärprävention des Drogenmissbrauchs und ihre Evaluation. *LBI für Suchtforschung*.
- Stadt Zürich (2007): Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik- und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlungen für die Praxis der Suchtprävention.
- Stöver, H/Meyer-Thompson, H-G (2016): Cannabiskonsum aus dem Blickwinkel von Schadensminimierung/harmreduction und Public Health. in 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* 2016: 154–161.
- Stöver, H/Plenert, M (2013): Entkriminalisierung und Regulierung – Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum.
- Strizek, J / Anzenberger, J / Kadlik, A / Schmutterer, I / Uhl, A (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. *Gesundheit Österreich*.
- The National Academies of Science-Engineering-Medicines (2017): The health effects of Cannabis and Cannabinoids.
- Transform – Drug Policy Foundation (2009): After the War on Drugs: Blueprint for Regulation.
- Tzanetakakis, M/Stöver, H (2019): Drogen, Darknet und organisierte Kriminalität.
- Uhl, A/Springer, A (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich. *LBI-Suchtforschung*.
- Unterweger, N (2017): Lebenskompetenz als Basis der Suchtvorbeugung. *Erziehung und Unterricht*. 9-10: 1–8.
- Van Hout, M/Bingham, T (2013): “Silkroad”, the virtual Drug Marketplace.
- Van Os, J / Bak, M / Hanssen, M / Bijl, R V / de Graaf, R / Verdoux, H (2002): Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study, in: *American Journal of Epidemiology* 156(4): 319–27
- WHO (2018): Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries.
- Zeit Online (2018): THC-Gehalt in Cannabis hat sich verdoppelt. 30.12.2018



harmoniert, weshalb im Jänner 2001 verpflichtende Richtlinien zur Suchtvorbeugung für Exekutivbeamte seitens des Bundesministeriums für Inneres erlassen wurden.

Deren Ziel war es fachlich anerkannte Standards in der Kooperation zwischen Exekutive und Suchtpräventionsfachstellen verbindlich zu machen, damit wissenschaftlich als solche belegte Fehlannahmen und in Folge deren Methoden nicht in die Präventionsarbeit einfließen können. Für die Suchtprävention an Schulen bedeutet dies, dass Vorträge, Projekte und Ähnliches für Jugendliche, Eltern und LehrerInnen zum Thema Sucht und Suchtprävention ausschließlich von jenen Beamten durchzuführen sind, die zumindest ein hierfür entwickeltes spezielles fünftägiges Grundseminar absolviert haben. Darüber hinaus haben die ExekutivbeamtInnen bei der Präventionsarbeit zwingend mit den regional zuständigen Fachstellen für Suchtprävention zu kooperieren.

Hierdurch hat sich die Qualität der Suchtvorbeugung an den Schulen gesteigert und die Vernetzungsstrukturen der beteiligten PartnerInnen sind optimiert worden.

Für den Raum Steiermark existiert seit April 2002 ein entsprechendes ExpertInnengremium namens SAG (Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe) in dem die entscheidungsbefugten und mittelbar entscheidungsbefugten VertreterInnen folgender Institutionen, Körperschaften und politischen Organen vertreten sind:

Landesschulrat für Steiermark  
Bundespolizeidirektion Graz  
Sicherheitsdirektion für das Bundesland Steiermark  
Landesgendarmeriekommando Steiermark  
Landesjugendreferat  
Landesverband der Elternvereine  
Kinder- und Jugendanwaltschaft  
VertreterIn der Sekundärprävention  
Drogenfachgremium der Steiermark  
VIVID- Fachstelle für Suchtprävention  
Büro LR Erlitz  
Büro LR Edlinger-Ploder  
Suchtkoordinator des Landes Steiermark  
Suchtkoordinator der Stadt Graz

Zu den Aufgaben und Zielen gehören vorrangig interinstitutionelle und interdisziplinäre Kooperationen, um die Suchtvorbeugung, speziell an Schulen, qualitativ weiter zu entwickeln.

Als erstes Ziel, neben der Anerkennung der Geschäftsordnung des SAG und Implementierung eines vertrauensvollen Miteinanders im Arbeitskreis, wurde die Erarbeitung von Qualitätsstandards der schulischen Suchtprävention für die Steiermark anvisiert, um nach deren Fertigstellung eine möglichst weitreichende Verbindlichkeit zur Einhaltung der Standards zu erwirken. Darüber hinaus sollen auch entsprechende gemeinschaftliche Projekte auf Gemeindeebene entwickelt werden und arbeitskreisfremde Produkte möglichst eines qualitativen Beurteilungsautomatismus zugeführt werden.

Da das Thema Suchtvorbeugung populär geworden ist, geschieht es immer wieder, dass zum Teil fragwürdige Projekte auch an den Schulen herangetragen werden, die zwar mitunter sehr innovativ und schlüssig klingen, aber sich bei näherer fachlicher Auseinandersetzung damit als wenig zielführend bis kontraproduktiv entpuppen.

Anlassbezogene spektakuläre Einzelaktionen und/oder Ansätze, die rein defizitorientiert sind, erweitern weder die individuellen Entwicklungschancen noch steigern sie die Lebenskompetenz.

Es herrscht mittlerweile Einigung darüber, dass Programme zur Suchtprävention an den Schulen nur dann Sinn machen, wenn diese altersadäquat, bedarfsgerecht, glaubwürdig, themenübergreifend und partizipatorisch ausgerichtet sind.

Trotzdem gibt es immer noch Freiräume, in denen Projekte, an den Empfehlungen des Landesschulrates und den Präventionsfachkräften vorbei, an Schulen herangetragen werden.

Hier ist es wichtig, dass die Stadt Graz diesen Wildwuchs nicht aktiv fördert, in dem solche Projekte ohne Bezugnahme auf die Qualitätsstandards des SAG gefördert werden. Der Sache dienlich wäre daher sowohl eine Anerkennung der genannten Qualitätsstandards als verbindliches Kriterium, um städtische Subventionen für Suchtpräventionsprojekte an Schulen zu erhalten oder durch die politischen Organe der Stadt offiziell propagiert zu werden, als auch hierbei eine diesbezügliche empfehlende Beurteilung durch den Suchtkoordinator der Stadt Graz einzuholen.

Beiliegend befinden sich die Grundsätze suchtpreventiver Arbeit und die entsprechende Checkliste zur qualitativen Beurteilung suchtpreventiver Projekte an den Schulen, von der SAG zusammengestellt, und dort auch als künftig zu geltende Richtlinien einstimmig beschlossen.

Die Vorberatung und Antragsstellung an den Gemeinderat fällt gemäß § 61 Abs. 1 des Statutes der Landeshauptstadt Graz 1967 in die Kompetenz des Stadtsenates.



Der Stadtsenat stellt daher den

### Antrag,

der Gemeinderat möge beschließen:

1. Suchtpräventive Projekte und Maßnahmen an und für Schulen werden von den um finanzielle Förderung ersuchten Ressorts der Stadt Graz nur dann finanziell oder inhaltlich unterstützt, wenn diese Projekte den Qualitätsstandards der SAG im Sinne der dort definierten Modalitäten entsprechen.
2. Projektanträge für den Schulbereich, die entweder einen suchtpreventiven Nutzen vorgeben oder in denen Teilaspekte der Suchtprävention beinhaltet sind, sollten in diesen Projektteilen ebenfalls den oben genannten Kriterien genügen. Falls eine derartige Prüfung schwierig erscheint, so ist eine diesbezügliche Beurteilung durch die Suchtkoordination einzuholen.
3. Um den Stand der um Unterstützung beantragenden, anvisierten und bereits laufenden Vorhaben in der Suchtprävention im Sinne einer städtischen Suchtkoordination besser kennen und lenken zu können, sollten entsprechende Aktivitäten und Förderansuchen durch die zuständigen Ressorts der Suchtkoordination zur Kenntnis gebracht und zur Beurteilung vorgelegt werden.

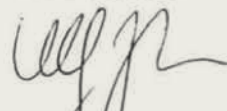
A7/12

Die Stadtsenatsreferentin:



(Stadträtin Wilfriede Monogioudis)

Der Bearbeiter:



(Dr. Ulf Zeder)

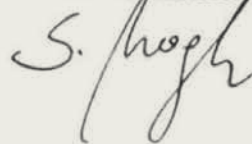
Der Abteilungsvorstand:



(Dr. med. univ. J. Künstner)

Vorberaten und angenommen in der  
Sitzung des Stadtsenates  
am 10. Okt. 03

Der Vorsitzende:



~~Stadtsenats- bzw. Ausschussantrag~~  
~~vordiskutiert~~ - ~~in der~~ - ~~Sitzung~~  
~~nicht angenommen~~ - ~~in der~~ - ~~Sitzung~~  
..... E ..... angenommen

Graz, am 10. 10. 03  
Der Schriftführer 