



Vorarlberger

Drogenkonzept 2002



Die in diesem Konzept verwendeten personenbezogenen Ausdrücke umfassen Frauen und Männer gleichermaßen. Sie sind bei der Anwendung auf bestimmte Personen in der jeweils geschlechtsspezifischen Form zu verwenden.

Impressum

Herausgeber:

Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung IVa - Gesellschaft und Soziales
Landhaus A-6901 Bregenz

E-Mail iva@vorarlberg.at

Tel: #43(0)5574/511-24123

Fax: #43(0)5574/511-24195

Redaktion:

Reinhard Haller, Thomas Neubacher
Margit Halbeisen, Isabel Dittrich, Esther Kocsis

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	1
BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG	2
1 Einleitung	3
1.1 Drogenkonzept 1980.....	6
1.2 Drogenkonzept 1991	6
1.3 Sinn/Notwendigkeit eines neuen Drogenkonzepts	7
2 Entwicklung der internationalen und nationalen Drogensituation	8
2.1 Internationale Drogensituation	8
2.1.1 Situation in der Schweiz.....	9
2.2 Nationale Drogensituation.....	10
2.3 Vorarlberger Drogensituation.....	11
2.3.1 Größe des Drogenproblems in Vorarlberg	13
3 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen	14
3.1 UNO-Konventionen und EU-Richtlinien	14
3.2 Österreichisches Suchtgift-/Suchtmittelgesetz	15
3.3 Andere gesetzliche Bestimmungen	16
4 Drogenkonzept versus Suchtkonzept	18
4.1 Alkoholsucht	19
4.2 Medikamentensucht.....	20
4.3 Ess-/Brechsucht	21
4.4 Spielsucht	22
4.5 Internetsucht	22
5 Entwicklung der Betreuungssituation in Vorarlberg seit 1990	24
5.1 Kontakt- und Anlaufstellen.....	25
5.2 Beratungs- und Therapiestellen.....	28
5.3 Teilstationäre Einrichtungen.....	33
5.4 Stationäre Einrichtungen.....	35
5.5 Substitutionstherapie.....	37

5.6	Prävention.....	40
5.7	Polizeilich/Justizieller Bereich	41
5.8	Schule und Jugendarbeit	44
5.9	Selbsthilfegruppen und Privatinitiativen	44
5.10	Andere Institutionen.....	46
6	Adaptierung des Drogenkonzepts und neue Schwerpunkte	50
6.1	Prävention	50
6.1.1	Neupositionierung der Primärprävention	50
6.1.2	Schaffung eines Sekundärpräventionsprojektes.....	52
6.1.3	Tertiärprävention	54
6.1.4	Jugendeinrichtungen	55
6.1.5	Schulen.....	55
6.1.6	Spezielle Szenen.....	55
6.1.7	„Brain-check-up“ für Stimulanzienkonsumenten	57
6.1.8	Drogen im Straßenverkehr	57
6.1.9	Drogen am Arbeitsplatz	58
6.2	Therapeutischer Bereich	59
6.2.1	Projekt „Therapie sofort“	59
6.2.2	Schaffung einer Entzugsstation am LKH Rankweil	61
6.2.3	Stationäre Kokaintherapie	61
6.2.4	Hepatitis- und HIV-Prophylaxe.....	62
6.2.5	Psychotherapie für Süchtige	63
6.2.6	Angehörigenarbeit.....	63
6.2.7	Geschlechtsspezifische Suchtarbeit.....	64
6.2.8	Suchtproblematik in verschiedenen Lebensphasen.....	64
6.3	Substitution.....	65
6.3.1	Qualitätsoptimierung	65
6.3.2	Spezielle Projekte	65
6.4	Rehabilitation	66
6.4.1	Projekt „Reha sofort“	66
6.4.2	Einrichtung von polyvalenten Beratungs- und Rehabilitationsstellen	67
6.4.3	Wohn- und Arbeitsprojekte für Substituierte	67
6.4.4	Chronisch-mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA)	68

6.4.5	Älter gewordene Drogensüchtige	68
6.5	Bildungsoffensive im Suchtbereich	69
6.5.1	Informationsoffensive	69
6.5.2	Suchtspezifische Weiterbildung	69
6.5.2.1	Mitarbeiter des Drogenhilfesystems	70
6.5.2.2	Pädagogische Berufe	70
6.5.2.3	Psychotherapeuten	70
6.5.3.4	Ärzte und medizinisches Fachpersonal	71
6.5.3	Wissenschaft und Forschung	71
7	Richtlinien der Vorarlberger Drogenpolitik	72
7.1	Professionalität	72
7.2	Leichte Zugänglichkeit	72
7.3	Flexibilität	73
7.4	Sensibilität	73
7.5	Koordination und Kooperation	73
7.6	Individuelle Fallführung	74
7.7	Festlegung von Sollbestimmungen	75
7.8	Zielorientierter Einsatz von Steuerungsmitteln	75
7.9	Statistik und Dokumentation	75
7.10	Qualitätssicherung und Evaluation	77
	Exkurs: Cannabisfrage	77
8	Grundsätze der Vorarlberger Drogenpolitik	79
9	Zusammenfassung	88
10	Anhang	91
10.1	Definition von Missbrauch und Sucht nach ICD-10/DSM-IV	91
10.2	Wichtige Bestimmungen des SMG (§ 11, § 13, § 27, § 39 SMG)	94
10.3	Adressen Vorarlberger Drogenhilfeeinrichtungen	96
10.4	Wichtige Internetadressen für Suchtfragen	100

Vorwort

Vorarlberg war das erste Bundesland, in dem ein eigenes Drogenkonzept umgesetzt wurde. Prävention, medizinische Behandlung und soziale Wiedereingliederung standen seither im Mittelpunkt einer konsequenten und ausgewogenen Drogenpolitik. Der eingeschlagene Weg hat sich bis jetzt als richtig erwiesen und soll deshalb im Grunde auch beibehalten werden.

Dieses Vorarlberger Drogenkonzept aus dem Jahre 1991 hatte sich zehn Jahre ausgezeichnet bewährt. Mit seinen Grundsätzen Prävention, mediziischer und sozialer Betreuung sowie „Helfen statt Strafen“ hat es Vieles dazu beigetragen, ein Ausufern des Drogenproblems in unserem Land zu verhindern. Im Sinne einer Kernaufgabe wurde ein flächendeckendes „Netz der Vorarlberger Drogenhilfe“ aufgebaut, das qualifizierte Hilfe und Beratung für Jeden sicher stellt, der vom Drogenproblem betroffen ist. Dieses Netzwerk funktioniert hervorragend und leistet vielen Menschen wertvolle Hilfe.

Aber neue Entwicklungen und Konsummuster haben es notwendig gemacht, das Vorarlberger Drogenkonzept auf diese Herausforderungen hin zu adaptieren und den geänderten Rahmenbedingungen anzupassen. Eine immer schnelllebigere Gesellschaft erfordert, dass auch das Netz der Vorarlberger Drogenhilfe in Zukunft in der Lage sein muss, rasch und flexibel auf geänderte Trends einzugehen bzw im Vorfeld aktiv zu agieren.

Unter der Leitung von Primar Dr.Reinhard Haller, Leiter des Instituts für Suchtforschung der Universität Innsbruck am Krankenhaus Maria Ebene, wurde deshalb die konsequente Weiterentwicklung zum „Vorarlberger Drogenkonzept 2002“ erarbeitet. Dabei wurde den neuesten Entwicklungen in der Drogenszene, wie dem Trend zu Aufputzmitteln und sich ändernden Konsummotiven ebenso Rechnung getragen wie neuen Erfordernissen in Prävention, Therapie und Rehabilitation. Es bereichert die bewährten Grundzüge durch flexible Elemente, die es erlauben, auf neue Entwicklungen rasch und unbürokratisch reagieren zu können.

Ich bin überzeugt, dass das „Vorarlberger Drogenkonzept 2002“ eine hervorragende Grundlage für unsere zukünftige Drogenarbeit darstellt.



Landesrat Dr. Hans-Peter Bischof
Bregenz, Oktober 2002

B e s c h l u s s

der Vorarlberger Landesregierung vom 15. Oktober 2002

1. Dem beiliegenden Vorarlberger Drogenkonzept 2002 wird zugestimmt.
2. Die Abteilung IVa - Gesellschaft und Soziales wird beauftragt, das Vorarlberger Drogenkonzept 2002 in Zusammenarbeit mit dem Netz der Vorarlberger Drogenhilfe umzusetzen.
3. Die im Vorarlberger Drogenkonzept 2002 vorgesehenen neuen Initiativen werden nach Maßgabe der bereit gestellten Mittel umgesetzt.

1 Einleitung

Das Bundesland Vorarlberg wurde relativ früh und in erheblichem Ausmaß ab Mitte der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts vom Drogenproblem betroffen. Neben der weltweiten Entwicklung waren verschiedene Gründe, insbesondere die Lage im Dreiländereck, dafür mit verantwortlich. Wegen des zunehmenden Betreuungsbedarfs kamen verschiedene Initiativen zur Prävention, Therapie und Rehabilitation des Drogenproblems zustande, die 1980 im ersten österreichischen Drogenkonzept systematisch erfasst wurden. Nachdem ab 1990 die Zahl der Fälle von Anzeigen, Suchtmittelbeschlagnahmungen, Drogentoten und behandlungsbedürftigen Menschen mit Drogenmissbrauch schlagartig zugenommen hat, wurde mit dem Drogenkonzept 1991 eine Basis für den Auf- und Ausbau des Vorarlberger Drogenhilfesystems geschaffen. Nach einem Jahrzehnt der konstruktiven Entwicklung der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Strukturen und Dienste ist es nun – auch in Anbetracht der festgestellten Anpassungsbedarfs des bisher gültigen Drogenkonzepts und der Änderungen in der Drogenszene – erforderlich, Bilanz zu ziehen und eine Neuorientierung vorzunehmen.

Die Notwendigkeit eines modifizierten Drogenkonzepts ergibt sich aus der Erfahrung, dass Hilfsangebote für Menschen mit Suchtproblemen ohne eine übergreifende Koordination und Steuerung weder ihre volle Wirksamkeit noch ihre Wirtschaftlichkeit entfalten können. Die Erfahrungen mit den Drogenkonzepten 1980 und 1991 erfordern eine Bilanzierung und Adaptierungen in manchen Teilbereichen. Die geänderten Drogengebrauchsmuster, neue Entwicklungen bei den Suchtmittelkonsumenten und der Drogenmotive sowie Fortentwicklung der nationalen und internationalen Gesetze machen in verschiedenen Punkten eine Neuorientierung erforderlich. Dabei sollen Stärken und Schwächen des Drogenberatungs- und Betreuungssystems in Vorarlberg von Seiten der Klienten/Patienten, ihrer Angehörigen und der Professionellen, von Leistungserbringern und Kostenträgern, von Politik und Öffentlichkeit berücksichtigt werden.

Hilfen für Menschen mit Drogenproblemen werden in ganz verschiedenen Bereichen geleistet, von der Unterstützung von Selbst- und Laienhilfe, über die Förderung der Suchtprävention und der Beratungsdienste bis zur fachspezifischen Behandlung

und Rehabilitation von Süchtigen. Um eine Zersplitterung des Versorgungsangebotes zu vermeiden, sollen Kooperation und Vernetzung gezielt verbessert und das ganze präventive, therapeutische und rehabilitative Leistungsspektrum sinnvoll kombiniert werden.

Gerade in der sich rasch wechselnden Drogenszene muss die Planung von angemessenen Hilfsangeboten laufend fortgeschrieben werden. Dies gilt auf der individuellen Ebene der Klient – Berater – Beziehung genauso wie auf der institutionellen Ebene und bei den für das Sozial- und Gesundheitswesen zuständigen politischen Gremien. Dieser Planungsprozess, der Hauptaufgabe des neuen Drogenkonzepts ist, benötigt zuverlässige und aktuelle Daten zum Bedarf und zum gegenwärtigen Angebot an Hilfen ebenso wie den partnerschaftlichen Dialog zwischen allen Beteiligten.

Eine effektive und die Würde des Menschen achtende Behandlung der Suchterkrankung und eine möglichst gute Lebensqualität für die davon Betroffenen und ihre Angehörigen soll das oberste Ziel des neuen Drogenkonzepts sein. Hilfe zur Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Prävention und soziale Integration sind hier wichtige Orientierungshilfen. Dafür werden Aufmerksamkeit, Interesse und Toleranz der Gesellschaft genauso gebraucht wie eine gute Versorgungsqualität der verschiedenen Dienste. Dabei soll das (ethische und utopische) Prinzip lauten, möglichst alle Menschen vom Drogenkonsum abzuhalten und bei den Betroffenen mit den Bemühungen bei den jeweils schwierigsten und aussichtslos erscheinenden Problemen zu beginnen.

Die Konzeption der Weiterentwicklung der Vorarlberger Drogenhilfe soll der Grundstruktur moderner Sozialplanung folgen. Deren wesentliche Elemente für die Suchthilfeplanung sind Bestandsaufnahme, Festlegung von Soll-Bestimmungen, zielorientierter Einsatz von Steuerungsmitteln und Berichterstattung im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation.

Um der gerade im Drogenbereich wichtigen Versachlichung der Diskussion Rechnung zu tragen, orientiert sich das Vorarlberger Drogenkonzept 2002 an den Definitionen und Klassifikationen von schädlichem Gebrauch mit Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen

der WHO (ICD-10, Kapitel F10-19) und des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV 292 ff und 303 ff). Aus präventiven und therapeutischen Gründen scheint aber auch der „niedrigschwellige“ Suchtbegriff (Kellermann, 2002) wichtig: *„Jeder Mensch, der ein Suchtmittel konsumiert, kann suchtkrank werden. Suchtkranke sind Menschen wie alle anderen auch, nur dass sie den Konsum ihres Suchtmittels nicht mehr steuern können und es für existenznotwendig halten. Durch den Entschluss zum suchtmittelfreien Leben ist die Befreiung möglich. Aufhören kann nur jeder selbst, jedoch gelingt dies in der Sucht-Selbsthilfegruppe und mit Unterstützung durch Suchtberater sicherer und dauerhafter.“*

Abb 1:

Risikofaktoren für problematischen Drogenkonsum



Abhängigkeit und Sucht werden aber jedenfalls als Phänomen beschrieben, welches jeden einzelnen treffen und in jeder Gesellschaft auftreten kann, wobei die Ursachen vielfältiger Natur sind. Das Vorarlberger Drogenkonzept orientiert sich an einem biopsychosozialen Suchtmodell, welches auf einem breiten Erklärungsansatz, auf multikonditionaler Bedingtheit gründet, vielfältige Interaktionen und Erscheinungsformen der Suchtfolgenmodelle beinhaltet und auf einen breit gefächerten Behandlungsansatz abstellt.

Der Drogenpolitik kommt die Aufgabe zu, den Einstieg in problematischen Suchtmittelmissbrauch möglichst zu verhindern, den Betroffenen früh einsetzende, wirksame Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen und alle Formen der Rehabilitation und Weiterbetreuung zu nützen, wobei es an den Betroffenen liegt, für ihre Störung Verantwortung zu übernehmen und den Heilungsprozess möglichst aktiv zu gestalten.

1.1 Drogenkonzept 1980

Vorarlberg hat bereits 1980 als damals 1. Bundesland ein eigenes Drogenkonzept beschlossen. Basierend auf der damals fast 15jährigen Erfahrung im gesellschaftlichen Umgang mit illegalen Suchtmitteln und Drogenabundanten wurden Grundzüge konkreter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen formuliert, Ursachen und Erscheinungsformen der Drogenabhängigkeit beschrieben und Grundzüge der Vorarlberger Drogenpolitik erarbeitet. Da Sucht als krankhafte Störung interpretiert wurde, stand das Prinzip „Therapie statt Strafe“ bei Suchtgiftkriminalität im Mittelpunkt. Gemäß dem Therapieverständnis der späten 70er und frühen 80er Jahre galt die Installierung einer Kette von Betreuungseinrichtungen als wirksamste Methode.

Das Drogenkonzept 1980 bildete die Basis für die Errichtung der Therapiestation Carina (1983) und die Eröffnung mehrerer Drogenberatungsstellen („Treff“ des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin).

1.2 Drogenkonzept 1991

Das Drogenkonzept 1991 wurde von der Vorarlberger Landesregierung im Bestreben beschlossen, Drogenmissbrauch und Drogensucht zu verhindern, die Angebote an wirksamen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen zu sichern und den Ausstieg zu erleichtern. Als Grundgedanken der Vorarlberger Drogenpolitik wurden Vielfältigkeit, Zugänglichkeit und permanente Verfügbarkeit des Betreuungsangebotes, Vernetzung und Koordination der Betreuungsdienste sowie Sensibilität und Flexibilität des Hilfsystems formuliert. Schon damals wurden Anforderungen an Professionalität und Qualität der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Ar-

beit gestellt und das Prinzip des „Casemanagement“ vorgeschlagen. Besonderer Wert wurde auf die Suchtprävention gelegt.

Das Drogenkonzept schaffte die Basis für das sich ab 1991 entwickelnde ambulante und stationäre Hilfesystem, für die nieder- und höherschwelligen Einrichtungen, für die Erweiterung der Therapie und die Etablierung der professionellen Suchtprävention.

1.3 Sinn/Notwendigkeit eines neuen Drogenkonzepts

Das neue Drogenkonzept soll den Änderungen in der Entwicklung der Drogenszene, der Gebrauchsmuster und –motive sowie der soziodemographischen Umverteilung der Klienten genauso Rechnung tragen wie den neuen Erfordernissen in der Prävention, Therapie und Rehabilitation im Suchtbereich. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Umgang mit Suchtproblemen sollen ebenso Berücksichtigung finden wie die sich aus nunmehr langjähriger Erfahrung ergebenden praktischen Schlussfolgerungen für die Drogenarbeit. Elemente der modernen Sozialplanung und des Sozialmanagements, welche vor zehn Jahren noch keine so große Rolle gespielt haben, sollen zu einem wichtigen Bestandteil des neuen Drogenkonzepts werden.

Die sich ergebenden Änderungen im Drogenbereich einerseits und die Notwendigkeit einer mittelfristigen Planung lassen es sinnvoll erscheinen, etwa alle zehn Jahre ein neues Drogenkonzept für das Bundesland Vorarlberg zu entwerfen.

2 Entwicklung der internationalen und nationalen Drogensituation

2.1 Internationale Drogensituation

Zu den bedeutendsten Veränderungen in der internationalen Drogensituation zählt die starke Zunahme des Cannabiskonsums und der steigende Missbrauch von Stimulanzien wie Kokain und Amphetaminen bzw von synthetischen Suchtmitteln mit ständig wechselnder chemischer Zusammensetzung.

Nach den von den EU-Ländern jährlich vorgenommenen Schätzungen (EBDD, 2001) liegt die Lebenszeiterfahrung bei Cannabis zwischen 10 und 25% der erwachsenen Bevölkerung, bei Amphetaminen zwischen 1 und 10%, bei Ecstasy zwischen 0,5 und 4% und bei Kokain zwischen 0,5 und 3%. Erfahrungen mit Heroin weisen unter 1% der Erwachsenen auf, wobei der Anteil in den letzten Jahren zugunsten der Aufputschmittel zurückgegangen ist.

Wenn gleich Cannabis das am weitesten verbreitete illegale Suchtmittel ist, sind europaweit regionale Unterschiede zu erkennen. In Finnland und Schweden wurde Cannabis vergleichsweise von weniger Personen abgenutzt (15%) als in den Niederlanden, Spanien und Großbritannien (38 – 40%). Zu den Risikopopulationen zählen vor allem junge Erwachsene und Personen aus städtischen Regionen.

In den EU-Staaten sind jährlich zirka 8.000 Drogentote zu beklagen, wobei als Hauptursache die Überdosierung mit Opiaten aber auch mit Substanzgemischen aus Alkohol, Medikamenten und harten Drogen gilt. In den letzten Jahren tritt der drogeninduzierte Tod immer häufiger im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln auf. Bei den Drogentoten handelt es sich vorwiegend um Personen mit langjährigem Substanzkonsum und einem Lebensalter von zirka 30 Jahren.

Europaweit haben sich verschiedene Konzepte zur Prävention und Behandlung von Suchtproblemen etabliert. Diese zeigen staatliche und regionale Unterschiede, richten sich nach der speziellen Art der jeweiligen Drogenprobleme und bauen auf tra-

ditionellen Strukturen auf. Durch verschiedene nationale und internationale Organisationen wird versucht, einheitliche Richtlinien zur Bekämpfung des Drogenproblems umzusetzen und auch die Suchtmittelgesetzgebung zu harmonisieren.

Besondere Bedeutung kommt dabei der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon (EBDD „European Monitoring Centre for – Drugs and Drug Addiction“) zu, die verschiedene „Knotenpunkte“ in den Mitgliedsländern unterhält. Der österreichische Focal Point im REITOX-Netz (Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht) ist am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtet und fungiert als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes für Österreich, das auch den Austausch mit der EBDD und den Focal Points in den anderen EU-Mitgliedsstaaten ermöglicht.

2.1.1 Situation in der Schweiz

Drogensituation und –diskussion in Vorarlberg werden mehr von den schweizerischen Überlegungen und Vorschlägen zur Regulierung des Drogenproblems als von der staatlichen österreichischen Seite bestimmt. Dementsprechend stark fließen die in der Schweiz erörterten Argumente zur Drogenliberalisierung auch in die gesellschaftliche und politische Diskussion in unserem Land ein. So ist die Forderung nach staatlichen Heroinabgabeprojekten in Vorarlberg viel stärker als in den übrigen Bundesländern. Auch die Forderung nach liberalerem Umgang mit Cannabiskonsumern bzw nach Straffreistellung wird für den Cannabiseigenbedarf bzw den Kleinhandel stark forciert.

Um die Probleme, die sich durch die unterschiedliche Handhabung wie auch durch den Drogengrenzverkehr ergeben, besser bewältigen zu können, finden regelmäßige Gespräche zwischen den Sicherheitsbehörden von Vorarlberg und den zuständigen Schweizer Stellen wie auch auf der Präventions- und Betreuungsebene statt. Diese sollen in Hinblick auf die zu erwartenden gesetzlichen Änderungen in der Schweiz, welche in einem gewissen Gegensatz zu verschärften Bestimmungen des Suchtmittelgesetzes in Österreich stehen, intensiviert werden.

2.2 Nationale Drogensituation

Die Drogensituation in Österreich hat durch den Wegfall des Eisernen Vorhanges, welcher neue Drogenquellen und –handelswege erschlossen hat, eine erste große Änderung erfahren.

Nach einer über Jahre anhaltenden Heroinwelle haben zwischenzeitlich synthetische Suchtmittel bzw Stimulanzen eine marktbeherrschende Position übernommen. Die Szene in Österreich wird derzeit durch veränderte Suchtmotive und neue Konsummuster geprägt. Dies ist nicht nur aus den polizeilichen Statistiken über Art der beschlagnahmten Drogen, über Anzeige und Verurteilungen ersichtlich, sondern ergibt sich auch aus der Analyse von Drogenintoxikations- und Todesfällen. Verschiedene repräsentative Erhebungen zum Drogengebrauch weisen auf Ausweitung der Cannabiserfahrung in der Bevölkerung, auf Stagnation und leichten Rückgang im Bereich des Morphinmissbrauchs, aber auch auf die rasche Verbreitung von Freizeitdrogen hin. Während in den 90er Jahren dämpfende Substanzen, insbesondere Opioide, Sedativa und Hypnotika dominierend waren, ist nun ein eindeutiger Trend zum Missbrauch von Stimulanzen und Halluzinogenen zu beobachten. Neben steigender Verbreitung von Cannabis gewinnen vor allem Substanzen vom Amphetamin- und Kokaintyp an Bedeutung. Das in den letzten Jahren dominierende MDMA wird zunehmend durch andere Methamphetamine, die in unterschiedlichster Form und mit immer neuen Namen den Markt überschwemmen, ersetzt.

Die österreichische Drogenpolitik verfolgt seit den 60er Jahren eine zwischen Drogenabhängigkeit und Drogenhandel differenzierende Lösungsstrategie, die sich auch in den gesetzlichen Bestimmungen zum Drogenproblem niederschlägt. Da Drogenabhängigkeit als Krankheit gesehen wird, werden sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen gegenüber repressivem Vorgehen bevorzugt. Bereits das 1971 geschaffene Suchtgiftgesetz differenziert zwischen Drogenkonsum und –handel. Die Novelle von 1980 betonte erstmals den Krankheitscharakter der Drogenabhängigkeit und führte den Grundsatz „Therapie statt Strafe“ ein. Das mit 01.01.1998 in Kraft getretene Suchtmittelgesetz (SMG), mit dem das Suchtgiftgesetz (SGG) abgelöst wurde, setzt diese Entwicklung fort und sieht den weiteren Ausbau des Modells „Helfen statt strafen“ vor.

Drogenhandel soll hingegen mit repressiven Maßnahmen bekämpft werden. Definierter Schwerpunkt repressiver Maßnahmen ist die Bekämpfung organisierter Verbrechen und der Geldwäsche. Die gesetzlichen Strafbestimmungen beziehen sich auf die Regelung des Gesetzes von Suchtgiften, das „Legalitätsprinzip“ verpflichtet die Exekutive zur Strafverfolgung und Anzeige.

2.3 Vorarlberger Drogensituation

In Vorarlberg ist die Drogenszene traditionell mit jener der angrenzenden Schweiz verbunden. Der illegale Bezug von Drogen erfolgt größtenteils im „Ameisenhandel“ aus verschiedenen Schweizer Zentren. Seit den 80er Jahren sind kaum mehr Großhändlerorganisationen aufgedeckt worden, zu Anzeigen gegen internationale Drogen Großdealer ist es nicht mehr gekommen.

In den Konsummustern hat sich in den letzten Jahren eine deutliche Verschiebung ergeben. Der Konsum von Schnüffelstoffen, Amphetaminen/Methamphetaminen, Kokain und Morphin-retard-Präparaten hat seit dem Jahr 1995 stark zugenommen, während die Bedeutung von Heroin dagegen rückläufig ist. Einer zunehmenden Verbreitung erfreut sich die Abundanz von sogenannten biogenen Drogen.

Eine Übersicht über die Entwicklung von Therapieformen und –maßnahmen einschließlich der Substitutionstherapie, der drogenbedingten Todesfälle und der Drogenkonsummuster gibt der vom universitären Institut für Suchtforschung am KH Maria Ebene herausgegebene „Vorarlberger Drogenbericht 2000“, welcher hinkünftig alle zwei Jahre erscheinen soll. Die Einstellung der Vorarlberger Bevölkerung zum Drogenproblem wurde im Herbst 2001 mittels einer repräsentativen Telefonumfrage erhoben. Die Ergebnisse sprechen für ein großes Interesse der Vorarlberger Bevölkerung an der Drogensituation bzw –politik im Land. Der Großteil der Befragten war nach eigenen Angaben zu Drogenfragen ausreichend informiert und schätzte auch die Drogensituation im Land als durchaus ernst zu nehmendes Problem ein.

Im Gegensatz zu einer leichten Mehrheit der Schweizer Bevölkerung sprachen sich knapp zwei Drittel der Vorarlberger gegen eine Lockerung des Umgangs mit Cannabiskonsumenten aus. Der Großteil äußerte sich deutlich gegen die Straffreistellung von Cannabis ab dem 18. Lebensjahr. Das Modell „Therapie statt Strafe“ fand bei 86% Zustimmung, was auf eine Anerkennung des Krankheitscharakters von Abhängigkeitserkrankungen schließen lässt.

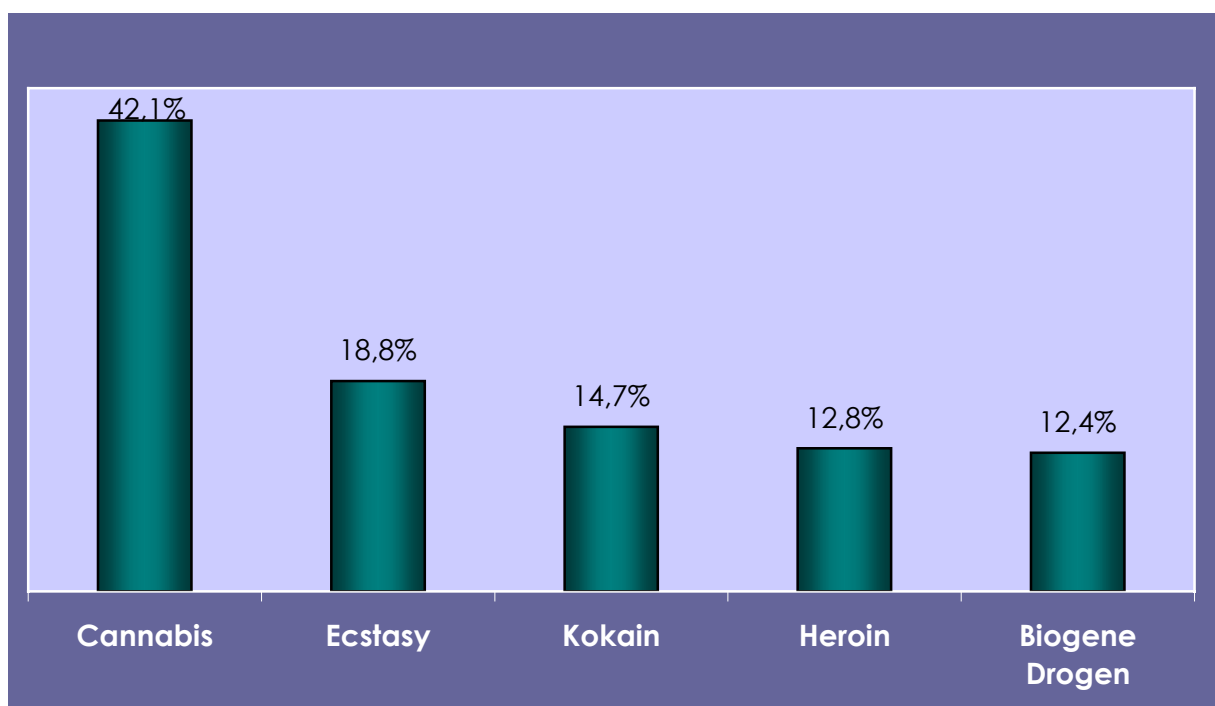
Was die Beurteilung des bestehenden Therapieangebotes betraf, waren die Vorarlberger eher unschlüssig. 38,2% waren der Meinung, dass das Vorarlberger Drogenetzwerk durchaus noch ausbaufähig ist. Die Substitutionstherapie wurde von 77% der Befragten befürwortet, eine direkte Abgabe von Heroin an Süchtige wurde von zwei Drittel der Befragten klar abgelehnt.

Der Großteil der in Vorarlberg lebenden Befragten (89%) fühlte sich durch Drogenkonsumenten persönlich nicht belästigt. 48,8% der Befragten waren dennoch der Meinung, dass die Sicherheitsbeamten die Bevölkerung nicht genügend vor Drogen und Drogenabhängigen schützen. Insgesamt sprach sich die überwiegende Mehrheit der Vorarlberger Bevölkerung (91,4%) unabhängig von Wohnbezirk, Geschlecht, Alter, Berufssituation, Schulbildung, Familienstand und Kinderanzahl für eine Erhöhung der finanziellen Mittel im präventiven Bereich aus.

Befragt zu Drogenkonsumenten im Bekanntenkreis zeigte sich, dass Personen mit Cannabiserfahrung am weitesten verbreitet waren, gefolgt von Ecstasykonsumenten und Kokainisten. 20,1% der befragten Vorarlberger gaben zu, bereits Drogenerfahrungen gemacht zu haben, was mit anderen Prävalenzschätzungen übereinstimmt.

Abb 2:

Konsum illegaler Drogen im Bekanntenkreis (N = 2.024)



2.3.1 Größe des Drogenproblems in Vorarlberg

Schätzungen über die tatsächliche Größe des Drogenproblems in Vorarlberg bzw die Anzahl von Drogenkonsumenten schwanken erheblich. Verschiedene Indikatoren bestehen in der Anzahl der jährlichen Drogentoten, der Zahl der Klienten von ambulanten und stationären Suchteinrichtungen, in den Statistiken über Art und Menge der beschlagnahmten Drogen, der Anzahl an Erstkonsumenten sowie der Angezeigten und Verurteilten. In einer wissenschaftlichen Untersuchung zu einer nationalen Prävalenzschätzung von Drogenmissbrauchern und Abhängigen, an welcher das Institut für Suchtforschung beteiligt war, wurde die Zahl der schwer Süchtigen (Polytoxikomane einschließlich des Morphintyps) für unser Bundesland mittels eines Capture-Recapture-Verfahrens errechnet.

Aufgrund der empirischen Analyse kann in Österreich von einer Prävalenzrate von 0,37% (17.276 Personen) schwer Süchtiger im Alter zwischen 15 bis 54 Jahren mit einem Geschlechtsverhältnis Männer zu Frauen von 3:1 und einer besonderen Betroffenheit der Altersgruppe der 25- bis 34Jährigen ausgegangen werden. Für Vorarlberg wurde ein Prozentsatz von 0,39%, entsprechend zirka 800 Personen mit schwerer Sucht, berechnet. Dieses Ergebnis steht in guter Übereinstimmung mit den Prävalenzschätzungen des „Psychiatrieplans Vorarlberg“.

Bezüglich der Prävalenzzahlen zur Drogenerfahrung, insbesondere mit Cannabis und Designerdrugs, lassen zahlreiche epidemiologische Untersuchungen aus benachbarten mitteleuropäischen Ländern, die mit einer in unserem Bundesland durchgeführten repräsentativen Telefonbefragung übereinstimmen, den Schluss zu, dass die life-time-Prävalenz für Cannabiserfahrungen bei 20 bis 30% liegt.

Für die Gruppe der 18- bis 59Jährigen wurden für mitteleuropäische Länder folgende Ergebnisse erzielt: 20 bis 22% haben zumindest einmal im Leben eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain) genommen. Bei den Männern ist der Anteil mit zirka 25% deutlich höher als bei den Frauen mit etwa 18%. Die höchsten Prävalenzraten finden sich mit 20 bis 30 % bei Cannabis, gefolgt von Amphetaminen und Kokain (2,5%), LSD (2%) und Ecstasy (1,5%). Die Werte für Opiate liegen unter 1 %. Jene für halluzinogen wirkende Pilze bei 2,0%, für Klebstoffe, Lösungsmittel oder Treibgase bei 0,5%.

Die 12-Monatsprävalenz für die Einnahme von illegalen Drogen wird in den deutschsprachigen Ländern auf 6,5 % geschätzt, wobei Cannabis wiederum den Hauptanteil ausmacht.

3 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen

3.1 UNO-Konventionen und EU-Richtlinien

Nach Artikel 36 der Einigen Suchtgiftkonvention (ESK) der Vereinten Nationen von 1961 sind die Vertragsstaaten verpflichtet, jeden konventionswidrigen Umgang mit Suchtgiften mit Strafe zu bedrohen. Nach der gleichen Bestimmung müssen aber die Vertragsstaaten Süchtige für Suchtgiftdelikte nicht bestrafen, sondern können statt dessen, also alternativ, Maßnahmen der Behandlung, der Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung vorsehen. Diese Bestimmungen, deren Bedeutung für die neuere Drogenpolitik der internationalen Staatenfamilie nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, hat auch in Österreich – im Zwiespalt zwischen Strafbedürfnissen der Bevölkerung, die sich gegen Außenseiter der Drogenszene richten und der besseren Einsicht der Fachleute, die von einer Kriminalisierung zunächst weniger erhoffen – zu einem ausbalancierten System kriminalpolitischer Maßnahmen einerseits sowie gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen andererseits geführt.

Die EU-Mitgliedstaaten und die Europäische Gemeinschaft haben seit Mitte der 80er Jahre weitreichende gemeinsame Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs und des illegalen Drogenhandels sowie zur Förderung der internationalen Zusammenarbeit auf diesem Gebiet getroffen. Dieser multidisziplinäre Ansatz wird mit Hilfe von Europäischen Drogenbekämpfungsplänen und Aktionsplänen, die der Europäische Rat 1990 in Rom beschlossen hat, aktiv verfolgt. Der für die Zeit von 1995 bis 1999 geltende Aktionsplan unterstrich die Notwendigkeit eines umfassenden, multidisziplinär ausgerichteten, integrierten Vorgehens. Hauptziele waren Reduzierung der Drogennachfrage und des Drogenangebots, Bekämpfung des Drogenhandels, internationale Zusammenarbeit und Koordinierung auf innerstaatlicher und Unionsebene.

Der Aktionsplan der EU zur Bekämpfung von Drogen für den Zeitraum 2000 bis 2004 erstreckt sich auf die Bereiche Information, Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage und zur Bekämpfung des illegalen Handels mit Suchtstoffen sowie psychotropen Stoffen, auf Aktivitäten auf internationaler Ebene, ferner auf Koordination, Evaluierung der bestehenden Instrumente und Programme und auf eine Vereinheitlichung der Rechtsvorschriften.

3.2 Österreichisches Suchtgift-/Suchtmittelgesetz

Der Weg der Österreichischen Drogenpolitik zwischen Repression und Diversion wurde entscheidend durch Änderungen des Suchtgiftgesetzes in den Jahren 1971, 1980 und 1985 sowie das Suchtmittelgesetz vom 01.01.1998 geprägt. Das SMG erfasst neben den Suchtgiften nunmehr auch psychotrope Substanzen und Vorläuferstoffe. Inhaltlich schließt das SMG an das abgelöste Suchtgiftgesetz an und entwickelt die darin enthaltenen Grundsätze weiter. So wurde ein Ausbau der Alternativen zur Strafverfolgung und des Modells „Therapie statt Strafe“ vorgenommen, die nunmehr auch bei leichten Fällen der Beschaffungskriminalität zur Verfügung stehen. Für Erstkonsumenten von Cannabis wurden die Bedingungen für die Anzeigenzurücklegung erleichtert. Gesundheitspolitisch von Bedeutung ist die verbesserte rechtliche Verankerung der Schmerztherapie und der Entzugs- und Substitutionsbehandlung von Suchtkranken und die Erweiterung der im Gesetz vorgesehenen gesundheitlichen Maßnahmen.

Die „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ schließen nunmehr neben ärztlicher Behandlung und Überwachung auch die Substitutionsbehandlung, die Psychotherapie sowie klinisch psychologische bzw psychosoziale Beratung und Betreuung mit ein.

Am 8. April 2001 trat die Änderung der Suchtgift-Grenzmengenverordnung (BGBl II Nr 145/2001) in Kraft, mit der die Grenzmenge (Untergrenze für die gesetzlich relevante „große Menge“ eines Suchtgifts (vgl ausführlich dazu OBIG 2000a) für Heroin von fünf auf drei Gramm herabgesetzt wurde.

Gleichzeitig wurde 4-MTA, das neu in das Kontrollregime des Suchtmittelgesetzes aufgenommen wurde, in der Verordnung berücksichtigt.

Mit Wirkung von 1. Juni 2001 wurde das Suchtmittelgesetz (SMG) geändert (BGBl I Nr 51/2001). Die maximale Strafandrohung für führende Mitglieder einer „kriminellen Vereinigung“ (§ 28 Abs 5 SMG) wurde von bisher 20 Jahren auf nunmehr lebenslange Freiheitsstrafe angehoben. In den § 29 SMG, der Strafandrohungen im Falle der „öffentlichen Propaganda“ für Suchtgiftmissbrauch vorsieht, wurde weiters explizit ein Verweis auf das Internet aufgenommen. In den Erläuterungen wird aber - im Einklang mit dem Wunsch vieler Experten - ausdrücklich darauf verwiesen, dass darunter keinesfalls Internet-Angebote zur Beratung und Prävention zu verstehen sind.

Weitere rechtliche Änderungen beziehen sich nicht unmittelbar auf das Suchtmittelrecht, haben aber eine mittelbare Wirkung auf den Drogenbereich. Von Relevanz ist die Herabsetzung des Alters für Volljährigkeit von 19 auf 18 Jahre durch die mit 1. Juli 2001 in Kraft getretene Novelle zum Jugendgerichtsgesetz. Damit werden nunmehr 18-Jährige grundsätzlich bereits nach Erwachsenenstrafrecht behandelt, was auch im Bereich des SMG - mit einem hohen Anteil von jungen Straffälligen - wirksam wird. Es wurden jedoch einzelne Sonderbestimmungen für die strafrechtliche Behandlung junger Erwachsener eingeführt.

Die im Vorjahr angeführte Expertise zum medizinischen Gebrauch von Cannabis wurde im Berichtsjahr abgeschlossen und kommt zum Schluss, dass aus Sicht der international verfügbaren wissenschaftlichen Literatur die Verordnung von THC-haltigen Präparaten für klar abgegrenzte Indikationen angezeigt ist.

Ein solcher medizinischer Einsatz wäre nach der in Österreich gegebenen Gesetzeslage auch möglich, allerdings wurde bisher noch kein entsprechendes Medikament zugelassen (vgl. ÖBIG 2000a).

3.3 Andere gesetzliche Bestimmungen

Fragen des Suchtmittelmissbrauchs werden in verschiedenen anderen Gesetzesbestimmungen behandelt, aus welchen das Gesetz über die Förderung und den Schutz der Jugend (Jugendgesetz) und die Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) besonders erwähnt werden sollen.

Im Jugendgesetz aus dem Jahr 1999 (LGBl Nr 16/1999, XXVI. LT: RV 74/1998) heißt es in § 4 (Vorbeugung und gesunde Lebensführung): „Neben besonderen Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtvorbeugung sollen auch Möglichkeiten offener, toleranter Kommunikation, sportlicher, kreativer und sozialer Betätigung und das Erlernen eines kritischen Umgangs mit Medien und Werbung gefördert werden.“

Im § 5 der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (BGBl II Nr 322/1997 in der Fassung BGBl II Nr 138/1998) werden unter den schweren psychischen Erkrankungen gemäß § 13 auch „andere Abhängigkeiten, die das sichere Beherrschen des Kraftfahrzeuges und das Einhalten der für das Lenken des Kraftfahrzeuges geltenden

Vorschriften beeinträchtigen könnten“ genannt. Im § 14 FSG-GV wird festgestellt, dass „... Personen, die von Alkohol, einem Sucht- oder Arzneimittel abhängig sind oder den Konsum dieser Mittel nicht so weit einschränken können, dass sie beim Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt sind..., eine Lenkerberechtigung weder erteilt noch belassen werden darf“.

Weiters wird der Bereich der Drogen in der Straßenverkehrsordnung (StVO), im Sicherheitspolizeigesetz (SPG), im Grenzkontrollgesetz (GrekoG) und in der Strafprozessordnung (StPO) behandelt.

4 Drogenkonzept versus Suchtkonzept

Bei der Erstellung von Konzepten zur Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation von Suchtkrankheiten bzw Menschen mit Suchtproblemen stellt sich die Frage, ob sich die Leitlinien auf süchtiges Verhalten schlechthin oder auf die einzelnen Missbrauchs- und Abhängigkeitsformen beziehen sollen. Da bei den einzelnen substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wie auch bei den substanzunabhängigen Süchten (zB Spielsucht) ähnliche psychodynamische, persönlichkeitspezifische und soziale Grundstörungen angenommen werden, sich die Prävention auf alle Formen süchtigen Verhaltens beziehen muss und die therapeutischen Konzepte große Ähnlichkeit aufweisen, wäre es gerechtfertigt, „Suchtkonzepte“ und nicht „Drogenkonzepte“ zu erstellen. Dem steht aber gegenüber, dass nahezu jedes menschliche Verhalten in süchtiger Weise entarten kann und dem entsprechend Suchtkonzepte so umfassend sein müssten, dass keine praktikable Handhabung mehr möglich ist. Zudem weist die Abhängigkeit von illegalen Drogen verschiedene Charakteristika bezüglich Risikogruppen, therapeutischer Konzeptionen und rechtlicher Handhabung auf, welche eine Gleichsetzung mit anderen Formen süchtigen Verhaltens nicht ohne weiteres zulassen. Aus pragmatischen Gründen und im Bestreben, eine kompakte Darstellung zu ermöglichen, bezieht sich das gegenständliche Konzept auf den Bereich der illegalen Drogen, dies im Wissen um den universellen Charakter des Wesens der Süchtigkeit.

Da gerade Drogenmissbrauch und –abhängigkeit große Überschneidungen mit Alkohol- und Medikamentensucht sowie auch mit substanzunabhängigen Süchten aufweisen und bis zu 60% aller Suchtkranken unter comorbiden Störungen leiden, werden im Folgenden die Definitionen, Prävalenzzahlen, Erscheinungsformen sowie die Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten in unserem Land zusammenfassend dargestellt.

Das Drogenkonzept orientiert sich aber letztlich an den Leitsubstanzen und bleibt somit auf die illegalen Drogen beschränkt.

4.1 Alkoholsucht

Alkohol, eine Substanz mit sehr vielfältiger Wirkung, ist wie in allen europäischen Ländern auch in Vorarlberg neben Nikotin das am weitesten verbreitete Suchtmittel. Eine lange Tradition und wirtschaftliche Interessen bedingen eine tief verankerte Einbindung in Kultur und gesellschaftliches Leben. Der Jahres-Pro-Kopf-Verbrauch von 100% reinen Alkohols liegt, ähnlich wie in anderen Permissivkulturen bei zirka 9,0 Litern, dem entsprechen zirka 120 Liter Bier, 30 Liter Wein und 3,5 Liter Spirituosen (Literaturverzeichnis: „Alkohol in Österreich“). Verschiedene Untersuchungen belegen, dass etwa 10% der Alkoholkonsumenten im Laufe ihres Lebens zumindest einmal erhebliche gesundheitliche oder soziale Probleme durch Alkohol bekommen und dass etwa 3% der Gesamtbevölkerung alkoholkrank werden.

Die sich nach dem 2. Weltkrieg entwickelnde Alkoholfürsorge und -betreuung hat ein hohes Niveau erreicht. Der Sozialmedizinische Dienst der Caritas hat ein flächendeckendes Netz von Beratungs- und Betreuungsstellen für Alkohol- und Medikamentenmissbraucher und -abhängige sowie deren Angehörige geschaffen, welches jährlich von über 1000 Personen in Anspruch genommen wird. Neben den Beratungsstellen in Feldkirch, Bludenz, Dornbirn, Bregenz und Egg stehen eine Wohngemeinschaft (als Übergangseinrichtung nach einer stationären Therapie konzipiert) sowie ein großes Angebot an Nachbetreuungs- und Angehörigengruppen zur Verfügung. In letzter Zeit wurde besonders die psychotherapeutische Arbeit mit Alkoholabhängigen ausgebaut.

Die psychiatrische Abteilung des LKH Rankweil führt neben Krisen-, Notfall-, Intoxikations- und Entgiftungsbehandlungen auch stationäre Therapien durch und ist für die langfristige Betreuung von Menschen mit fortgeschrittenem Alkoholismus zuständig. Am Krankenhaus Maria Ebene/Frastanz stehen 50 Betten für stationäre Entwöhnungsbehandlungen, mehrere Krisenbetten und eine suchtmmedizinische Schwerpunktambulanz, welche auch Personen mit zusätzlichem Drogenmissbrauch behandelt, zur Verfügung. In Kooperation mit Allgemeinmedizinern, Fachärzten, Psychotherapeuten und anderen psychosozialen Institutionen gelingt eine gute Versorgung der betreuungs- und therapiewilligen Menschen mit Alkoholproblemen.

Für den Bereich der illegalen Drogen ist der Alkohol besonders im Zusammenhang mit Mehrfachabhängigkeiten und mit Suchtverschiebungen von Bedeutung. Be-

sonders Polytoxikomane setzen Alkohol als wirkungsverstärkende, das Rauscherlebnis vertiefende Substanz oder als Mittel gegen Nebenwirkungen anderer (Haupt-) Drogen ein. Alkohol erweist sich durch seine stete Erreichbarkeit als stets verfügbares Ersatz-Suchtmittel. Bei zahlreichen ehemaligen Rauschgiftsüchtigen wird eine Verschiebung auf die legale Droge Alkohol beobachtet.

Für die Drogenhilfe heißt dies, dass Drogenprävention stets Suchtprävention bedeuten und alle Formen süchtigen Verhaltens, einschließlich des Alkohols, berücksichtigen soll. Kenntnisse über Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit sind für jede Süchtigenberatung von aller größter Wichtigkeit. In der Suchttherapie darf es keine Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln geben. In allen Bereichen der Drogenarbeit ist die Alkoholfrage zu integrieren. Projekte, die der Verhinderung und Eindämmung des Jugendalkoholismus dienen, sollen wegen ihrer enormen Bedeutung für die Suchtprävention, -therapie und –rehabilitation als Ganzes vermehrt gefördert werden (zB „Aktion trocken“, Projekt „Strong enough“, „Alles im Griff“, „No drinks – no drugs – no problems“ usw).

4.2 Medikamentensucht

Die „stillen Formen“ des schädlichen Gebrauchs und der Abhängigkeit von entspannend-beruhigenden, angstlösenden, schmerzlindernden und schlafanstoßenden Substanzen aus der Gruppe der Barbiturate, der Benzodiazepine und Morphin-derivate bezieht sich nicht nur auf Risikosubgruppen innerhalb der weiblichen und älteren Mitbürger, sondern zunehmend auf junge Konsumenten mit polytoxikomanem Verhalten. Die genannten Substanzen gelten, ähnlich wie Alkohol, als Ersatz und Ausweichdrogen, als Rauschverstärker und als Kompensationssubstanzen gegen andere Leitdrogen. Die traditionellen Medikamentensüchtigen werden über die Einrichtungen des Sozialmedizinischen Dienstes, des KH Maria Ebene und des LKH Rankweil betreut.

Nach einer Untersuchung des Instituts für Suchtforschung abundieren über zwei Drittel der jugendlichen Drogenkonsumenten auch verschreibungspflichtige Medikamente. Langzeituntersuchungen von Drogensüchtigen zeigen, dass gerade weibliche Rauschgiftsüchtige nicht selten später medikamentenabhängig werden. Diese Kenntnisse sind in der Primär- und Sekundärprävention, insbesondere aber auch in

der ärztlichen Verschreibungspraxis und in den Abgabemodalitäten durch die Apotheken zu berücksichtigen. Von Seiten des Landes sollen mit Hilfe der Suchtfachleute und -institutionen Informations- und Schulungsmaßnahmen zB Arzt- und Patienteninformationsbroschüren gefördert werden.

4.3 Ess-/Brechsucht

Der zunehmenden Zahl von Essstörungen, vor allem unter jungen Frauen, wurde durch den Aufbau von verschiedenen Beratungsstellen und Programmen Rechnung getragen. In den Ernährungsberatungsstellen des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin (AKS) in Bludenz, Bregenz, Dornbirn, Egg, Feldkirch, Götzis, Lustenau, Hard, Hohenems, Laiblachtal, Rankweil, Thüringen und Wolfurt wurden im Jahr 2001 zirka 40 Personen mit Magersucht, 40 Bulimikerinnen, 600 adipöse Erwachsene und 100 adipöse Kinder von insgesamt 10 Ernährungsberatern betreut.

Auch beim Sozialmedizinischen Dienst wurde in den letzten Jahren eine bedeutende Anzahl von Personen mit Essstörungen beraten bzw betreut. Im Jahr 1999 wandten sich aufgrund von Essstörungen 93, im Jahr 2000 insgesamt 53 und im Jahr 2001 73 Klienten an die Beratungsstellen des Sozialmedizinischen Dienstes in Bregenz, Dornbirn, Feldkirch und Bludenz. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung handelte es sich im Jahr 1999 um 82,2% Frauen. Auch in den nachfolgenden Jahren erwies sich das Geschlechtsverhältnis als ähnlich ungleich verteilt. 2001 machte der weibliche Anteil 86,8% und im Nachfolgejahr 2001 89,0% aus.

Für Personen mit Störungen des Essverhaltens wird vom Sozialmedizinischen Dienst der Caritas eine Kontaktstelle für Essstörungen unterhalten. Darüber hinaus werden in Bludenz, Bregenz und Feldkirch Gruppen angeboten. Diese bieten Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körperbild. Durch den Gruppenbesuch sollen die sozialen Handlungskompetenzen erweitert und eigene Isolationstendenzen überwunden werden.

Im Jahr 2000 fanden insgesamt 90 Gruppensitzungen mit insgesamt 537 Teilnehmerkontakten statt. Als auffallend erweist sich, dass die Gruppen ausschließlich aus Frauen bestanden.

4.4 Spielsucht

Die Prävalenz von behandlungsbedürftigen Spielsüchtigen wird nach verschiedenen Untersuchungen auf 0,1 bis 0,3% der Gesamtbevölkerung geschätzt. Allerdings nimmt nur ein geringer Teil davon professionelle Hilfe in Anspruch. Eine nicht näher erhebbare Zahl von Spielsüchtigen wird über die frei praktizierenden Psychotherapeuten und Psychiater behandelt. Mehrere Personen haben sich der auch in Vorarlberg aktiven Selbsthilfeorganisation „gamblers anonymous“ angeschlossen. Institutionalisierte Betreuungsprogramme für Spielsüchtige werden über die Beratungsstelle „Clean“ in Feldkirch angeboten, welche in den letzten Jahren von einer zunehmenden Zahl von Klienten in Anspruch genommen werden. Insgesamt hat sich das bestehende Betreuungsangebot in Vorarlberg als ausreichend erwiesen, allerdings ist der Zugang zu den Spielsüchtigen und die Motivation dieser Gruppe zur Therapie ausbaubedürftig. Von Seiten der Casino Austria AG, welche einzelne Betreuungsprojekte finanziell unterstützt, besteht eine gute Kooperation mit den Beratungsstellen.

4.5 Internetsucht

Durch die vielseitige Anwendbarkeit ist das Internet zu einem Medium mit Suchtpotenzial geworden. Unter Internet-Sucht ist nach Zobel (2001) folgendes zu verstehen: Exzessiver Gebrauch des Mediums Internet dient mehr und mehr dazu, Anerkennung und Bestätigung zu finden, Beziehungen aufzubauen, Lust, Spannung, Ablenkung etc zu erfahren; ein Verzicht auf das Internet bewirkt ausgeprägte Mangelerscheinungen.

Der Bezug zur realen Welt geht zunehmend verloren; die virtuelle Welt wird mehr und mehr Parallelwelt bis hin zur Ersatzwelt.

In Anlehnung an das ICD-10 können bei der Internetsucht folgende Anzeichen einer Abhängigkeit auftreten (Seemann, 2001): Starkes Verlangen oder eine Art Zwang zum Internet-Gebrauch; Verlust der Kontrolle über die Zeit online; deutliche Entzugserscheinungen (zB starke Nervosität und Unruhe) nach Verzicht auf den Internet-Gebrauch; deutlicher Rückzug aus dem direkten sozialen Leben wegen des Internet-Gebrauchs; deutliche Probleme im direkten sozialen Leben wegen des In-

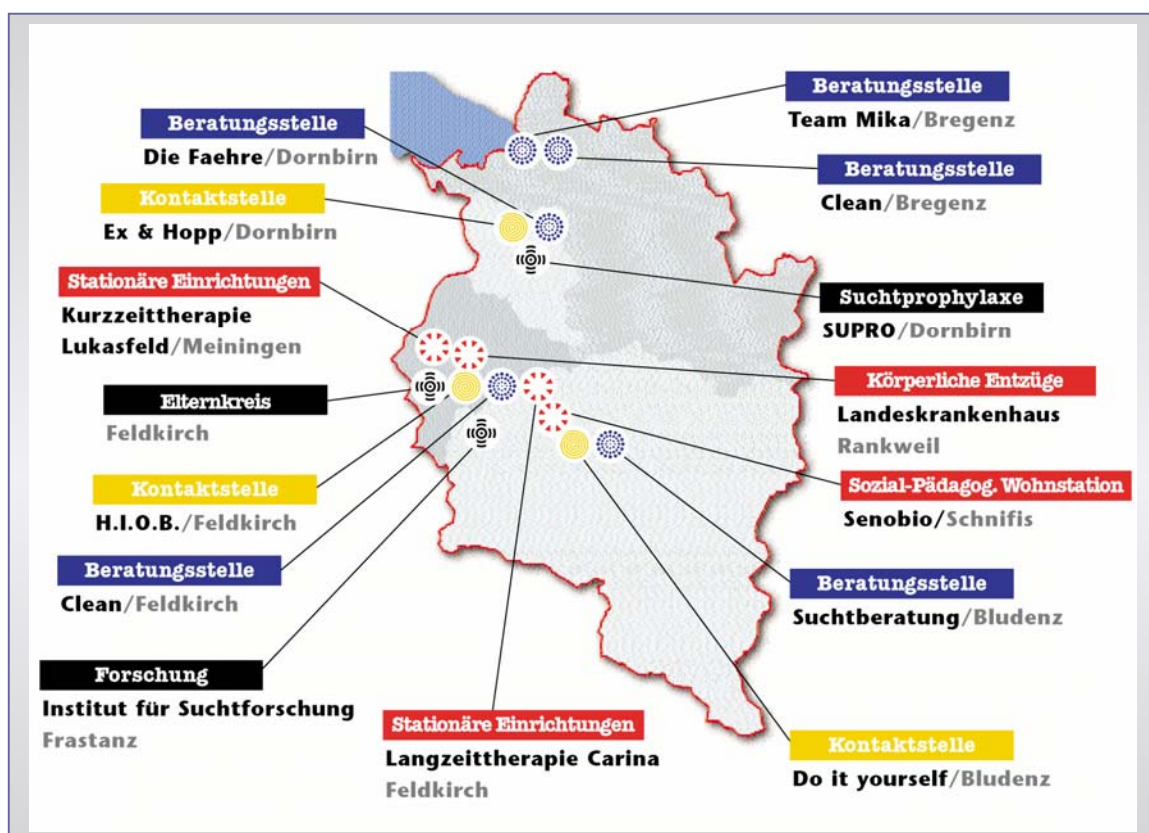
ternet-Gebrauchs (Partnerschaft, Arbeit, Schule); Fortsetzung des schädlichen Verhaltens trotz Bewusstsein über die negativen Folgen des Internet-Gebrauchs. Verschiedene Studien zur Prävalenz der Internet-Sucht kommen auf wahrscheinlich zu hohe Zahlen von abhängigen Usern. Sofern eine Internetsüchtigkeit im angeführten Sinne vorliegt, handelt es sich gewöhnlich um Symptome einer zugrunde liegenden neurotischen oder persönlichkeitspezifischen Störung (Isolation, Vereinsamung, Kommunikationsprobleme, Minderwertigkeitsgefühle usw). In all diesen Fällen, die beim Vorarlberger Drogenhilfesystem erst vereinzelt Beratung und Unterstützung gesucht haben, sind psychotherapeutische Behandlungen, welche auch von Drogenberatungsstellen oder Psychotherapeuten übernommen werden können, indiziert. Spezielle Klassifizierungen von Drogenberatern und Psychotherapeuten sind gegenüber einer eigenen Stelle zu favorisieren. Da die Suchtprävention ohnehin unspezifisch gegenüber der Art der Süchtigkeit ausgerichtet ist, wird durch die suchtprophylaktischen Aktivitäten auch der Bereich der Online-Sucht erfasst.

5 Entwicklung der Betreuungssituation in Vorarlberg seit 1990*

Um die Vielfältigkeit des Beratungs- und Betreuungsangebotes zu gewährleisten und damit so viele vom Drogenproblem betroffene Mitmenschen wie möglich zu erreichen, wurde in Erfüllung des Vorarlberger Drogenkonzeptes 1991 eine landesweit flächendeckende Infrastruktur von ambulanten nieder- und höherschwelligen Einrichtungen sowie kurz- und langzeitstationären Therapiemöglichkeiten und präventiven Einrichtungen geschaffen.

Abb 3:

Netzwerk des Vorarlberger Drogenhilfesystems



* Die Anzahl der Mitarbeiter der einzelnen Stellen sind aus der Abbildung 8, Seite 45, ersichtlich.

Dieses Netzwerk hat wesentlich dazu beigetragen, das Drogenproblem einzudämmen, bei Behandlungsbedürftigkeit genügend Therapieplätze bereitzustellen und das Leid von süchtigen und drogenabhängigen Mitmenschen zu lindern.

Durch die breite Palette von Hilfeangeboten sowie die qualitativ hochwertige Arbeit der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Stellen ist es heute möglich, jeder Person, die ihr Drogenproblem lösen will, unbürokratisch und rasch eine qualifizierte Hilfestellung zu geben. Dabei wird von Seiten des Landes für den gesamten Betreuungs- und Behandlungsbereich ausdrücklich auf ein differenziertes, aber vernetztes Angebot, welches interdisziplinär auf das Zusammenspiel von sozialarbeiterischer, psychologischer, psychotherapeutischer und medizinischer Betreuung ausgerichtet ist, Wert gelegt.

5.1 Kontakt- und Anlaufstellen

Um die invalidisierenden Auswirkungen der Drogensucht zu vermeiden, sieht das Netz der Vorarlberger Drogenhilfe auch niederschwellige Hilfestrukturen vor. Das szenenahe Angebot hilft den vom Drogenproblem betroffenen Mitmenschen, ihre sozialen und (über-)lebensnotwendigen Bedürfnisse zu befriedigen. Kontakt- und Anlaufstellen bieten daher praktische Überlebenshilfen an: Möglichkeiten zur Nahrungsaufnahme und Körperhygiene (warme Mahlzeiten, Wasch-, Dusch- und Reinigungsmöglichkeiten), Sprizentauschprogramme, Kondomabgabe sowie das Gespräch mit besonders geschulten Fachkräften.

Die Überlebenshilfe sowie die medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung wird durch Therapiemotivation und Ausstiegsunterstützung ergänzt, woraus sich zahlreiche weiterführende Betreuungen ergeben.

5.1.1 Kontakt- und Anlaufstelle „Ex & Hopp“, Dornbirn

Die Kontakt- und Anlaufstelle „Ex & Hopp“ des Vereines „Hilfe und Selbsthilfe für Drogenabhängige“ existiert nunmehr seit Herbst 1990 und ist somit die älteste niederschwellige Anlaufstelle in Österreich. Im „Ex & Hopp“ wird nach dem Modell der akzeptierenden Drogenarbeit gearbeitet. Es gibt keine Abstinenzforderung an die

Klienten, primär wird versucht, die psychischen und physischen Schäden, die durch den Drogenkonsum entstehen können, soweit wie möglich zu reduzieren.

Neben Leistungen im Gesundheitsbereich wie Spritzentausch, Kondomabgabe, warme Mahlzeiten, Möglichkeiten zur Körper- und Kleiderpflege sowie „Safer-Use-Anleitungen“ wird auch bedürfnisorientierte Sozialarbeit, Information und Beratung geboten und bei Bedarf werden Klienten an andere Drogen-, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vermittelt. Neben dem Schwerpunkt der Betreuung von Opiatkonsumenten berät und hilft das „Ex & Hopp“ auch allen Menschen, die mit anderen Drogen Probleme haben. Im Rahmen des Spritzentausches werden vom „Ex & Hopp“ jährlich rund 18.000 Spritzbestecke abgegeben, wobei die Rücklaufquote 98% beträgt. Für diese Aufgaben beschäftigt das „Ex & Hopp“ sieben Mitarbeiter im Gesamtausmaß von 450 Stellenprozent.

Der Verein „Hilfe und Selbsthilfe für Drogenabhängige“ setzt regelmäßig Akzente für einen menschenwürdigen Umgang mit Drogenkonsumenten. Hier geht es darum, einen bewussten Umgang zu erreichen und über spezifische Gefahren zu informieren, um dadurch psychische und physische Schäden zu vermindern bzw zu verhindern.

5.1.2 Anlauf- und Beratungsstelle „H.I.O.B.“, Feldkirch

Mit ihrem Angebot spricht die Anlauf- und Beratungsstelle „H.I.O.B.“, eine seit 1991 existierende Einrichtung der Caritas der Diözese Feldkirch, in erster Linie Heroinkonsumenten und Polytoxikomane an. Die Klienten sind von Mehrfachstörungen betroffen, die sich gegenseitig verstärken. Diese Kumulation umfasst verschiedenste Lebensbereiche, insbesondere die gesundheitliche Situation, Delinquenz, ungenügende Bildung, soziale Isolation, materielle Notlagen und Abhängigkeiten verschiedenster Art.

Oberstes Ziel der Anlaufstelle ist die Vermeidung bzw Minimierung von psychischen, physischen und sozialen Schäden der Drogenabhängigen in der Zeit, in der es ihnen nicht möglich ist, ihren Drogenkonsum aufzugeben. Längerfristig soll diese Minimierung der Schäden helfen, Perspektiven bezüglich eines Ausstieges aus dem Drogenkonsum und eines „Lebens danach“ zu erhalten und zu fördern, da die Abstinenz für viele Betroffene erst am Ende eines längeren Prozesses der Abhängigkeit steht. Zu den Maßnahmen gehören die Angebote der Cafeteria – beispielsweise warme

Mahlzeiten, Körperhygiene oder der Sprizentausch – sowie verschiedene Freizeitaktivitäten und die medizinische Behandlung in der allgemeinärztlichen Ordination. Wöchentlich findet ein Frauentreff statt, in dessen Rahmen auf die spezifischen Bedürfnisse der Besucherinnen eingegangen wird. Diese Leistungen können niederschwellig in Anspruch genommen werden. Niederschwellig ist auch der Zugang zum Arbeitsprojekt „Wald“ gestaltet. Das Projekt bietet den Klienten die Möglichkeit, ihre Arbeitsfähigkeit zu erproben und einen ersten Schritt zur beruflichen Reintegration zu setzen.

Neben den Angeboten in der Anlaufstelle und im Arbeitsprojekt „Wald“ arbeiten die Mitarbeiter des „HIOB“ auch aufsuchend: Regelmäßig werden Szenepplätze und Veranstaltungen besucht, um den Kontakt zu Konsumenten zu halten, die die Einrichtung nicht aufsuchen. Weiters werden vor allem Ex-User, aber auch Angehörige im Rahmen von Hausbesuchen nach – bzw mitbetreut. Die Verbindung zwischen Anlauf- und Beratungsstelle wirkt sich auf die Arbeit insgesamt positiv aus. Durch den unverbindlichen Kontakt zwischen Mitarbeitern und Besuchern im Cafe sowie durch die akzeptierende Haltung kann ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden, das sich auf die meist themenbezogene Interaktion im Rahmen der psychosozialen Betreuungstätigkeit in der Beratungsstelle förderlich auswirkt. Die sechs Mitarbeiter des „HIOB“, teilen sich fünf Stellen. Sie haben über die Anlaufstelle jährlich zu zirka 350 Drogenabhängigen rund 10.000 Kontakte, woraus sich in etwa 75 Betreuungsverhältnisse ergeben. Daneben arbeiten ein Arzt sowie ein Pädagoge auf Honorarbasis und ein Förster (Arbeitsanleitung Projekt „Wald“) mit der Klientengruppe.

5.1.3 Anlauf- und Beratungsstelle „Do it yourself“, Bludenz

Das „Do it yourself“ ist ein Verein, der sich Hilfe zur Selbsthilfe, Information und Aufklärung in Drogenangelegenheiten zum Ziel gemacht hat. Die Hauptaufgabe als Kontakt- und Anlaufstelle der seit 1991 bestehenden Einrichtung ist die Deckung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens für Drogenkonsumenten. Wichtig dabei ist die gute Erreichbarkeit (fixe Öffnungszeiten, Notruf) und ein leichter Zugang zu Hilfsangeboten (keine bürokratischen Hürden, kein Abstinenzanspruch, Anonymität...). Angeboten werden Ausstiegs- und Überlebenshilfen, sowie Krisenintervention für Drogenkonsumenten und Angehörige. Durch aufsuchende Arbeit/Streetwork entstehen Kontakte zu Drogengebrauchern, die (noch) nicht in die Anlaufstelle kom-

men. Grundsatz der Arbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Angebot umfasst Cafebetrieb, Spritzentausch und Gratiskondomabgabe (HIV-Prävention), Körperpflege (Möglichkeit zum Duschen, Baden...), Wäsche waschen und trocknen, Notübernachtungen, Beratung, Information und Vermittlung von Drogenkonsumenten und Angehörigen, psychosoziale Betreuung und Begleitung, Betreuung bei Gefängnis-aufenthalt, Entzugs- und Therapieplatzvermittlung, sinnvolle Freizeitgestaltung, Nachbetreuung, Vermittlung von Arbeits- und Wohnmöglichkeiten, Gruppenarbeit, aufsuchende Arbeit/Streetwork, Informations- und Aufklärungsveranstaltungen (Schulen, Vereine...), Rechtsberatung, Drogennotruf/ Krisenintervention, täglich warmes Mittagessen. So werden jährlich rund 2900 warme Essen ausgegeben. Das „Do it yourself“ beschäftigt fünf hauptamtliche Sozialarbeiter, wofür 400 Stellenprozent zur Verfügung stehen, sowie rund 20 ehrenamtliche Mitarbeiter.

5.2 Beratungs- und Therapiestellen

Ein wesentlicher Bestandteil des Drogenhilfssystems sind Stellen für spezielle Beratung und ambulante Therapie, deren Aufgabe darin liegt, Menschen mit Suchtproblemen beim Ausstieg zu helfen, die der Sucht zugrundeliegenden Probleme therapeutisch zu bearbeiten und darüber hinaus sozialarbeiterische Hilfe zur Verfügung zu stellen. Diese Stellen, welche nach § 15 des Suchtmittelgesetzes staatlich anerkannt sind, ermöglichen Beratung von Betroffenen und Angehörigen, nicht-stationäre Suchttherapie, Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen iSd §§ 35, 37 und 39 SMG, Vorbereitungsbehandlungen auf stationäre Therapien und Nachbetreuungen. Es wird dabei dem Gedanken Rechnung getragen, dass viele Menschen mit Drogenproblemen zwar einer Behandlung, aber noch keiner stationären Therapie bedürfen und dass die Psychotherapie von Suchtkrankheiten stark an Bedeutung gewinnt.

Nach § 15 SMG anerkannte Beratungs- und Betreuungsstellen bieten drogengefährdeten und drogenabhängigen Mitmenschen sowie deren Bezugspersonen – Eltern, Partnern, Angehörigen und Freunden – qualifizierte fachliche Beratung, Information und Betreuung an. In diesen multiprofessionellen Drogenhilfeeinrichtungen arbeiten Diplomsozialarbeiter, Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte. Kooperiert wird im Bedarfsfall mit Juristen und anderen Berufsgruppen. Hier können alle

(direkt oder indirekt) vom Drogenproblem betroffenen Mitmenschen unter garantierter Wahrung aller datenschutzrechtlichen Auflagen ihre Probleme, Sorgen und aktuelle Lebenssituation besprechen sowie konkrete Hilfe und Unterstützung erfahren.

Abb 4:

Anzahl der durch Betreuungs- und Therapieeinrichtungen betreuten Personen in Vorarlberg 1995 – 2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Gesamt	588	683	702	788	983	986	1122
Neueintritte	277	275	271	343	433	393	499

5.2.1 Suchtberatung „Team Mika“, Bregenz

Das „Team Mika“ ist eine seit 1987 bestehende Einrichtung der Vorarlberger Drogenhilfe und als Einzelunternehmen organisiert. Ziel der Tätigkeit ist es, Drogenkonsumenten den Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen und den Wiedereinstieg in die Gesellschaft zu erleichtern.

Die Stelle ist ein ambulanter und teilstationärer Behandlungsdienst für Drogenkonsumenten mit dem Schwerpunkt Sozialarbeit, klinisch-psychologische Beratung und Psychotherapie. Das „Team Mika“ arbeitet eng mit anderen Einrichtungen der Drogenhilfe und Gesundheitsdiensten zusammen.

Durch die psychosoziale Beratung und Betreuung werden nicht nur die Drogenkonsumenten unterstützt, sondern auch deren Angehörige. Insbesondere erfolgt auch eine Nachbetreuung nach stationären Behandlungen oder nach Haftentlassungen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die rasche Hilfe in einer Krisensituation. Zudem werden existentielle Hilfestellungen, Vermittlungen von körperlichen Entzugsbehandlungen und stationären Therapien, Schuldenberatung, Unterstützung bei der Arbeitsuche und Wohnungssuche geboten.

Für die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit Suchterfahrung zählt eine betreute Wohnsituation zu einer wichtigen Hilfestellung. Deshalb gibt es zur Zeit zwei eigenständige Wohnprojekte in Bregenz und Lauterach, die teilstationär betreut werden. Im Projekt „Wohnen ohne Drogen“ werden schwerpunktmäßig Substitutionsklienten betreut. Das Projekt „Wohnen nach der Therapie“ hat den Schwerpunkt in der Nachbetreuung nach Therapien.

Die Substitutionsbehandlung erfolgt in Zusammenarbeit mit einem Facharzt für Psychotherapie und Neurologie. Ambulante Psychotherapie und die Erstellung psychologischer Gutachten sind weitere Schwerpunkte der Suchtberatung „Team Mika“. Der Einrichtung stehen 4,5 Dienstposten zur Verfügung, die sich auf einen Psychotherapeuten, einen Arzt, eine Dipl. Sozialarbeiterin, zwei Pädagoginnen und einem Dipl Gesundheits- und Krankenpfleger aufteilen, welche zirka 320 Personen (ohne Angehörige) pro Jahr betreuen.

5.2.2 Beratungsstelle „Clean“, Bregenz

1993 errichtete die Stiftung Maria Ebene im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung auf der Grundlage des Vorarlberger Drogenkonzeptes von 1991 die Beratungsstelle „Clean“ in Bregenz.

Die Beratungsstelle „Clean“ bietet als mittel- bis höherschwellige Einrichtung der Drogen- und Suchthilfe ein umfassendes Angebot an medizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen und sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Leistungen. Das Angebot beinhaltet Information, psychosoziale und psychologische Beratung, Psychotherapie und medizinische Behandlung. Arbeitsschwerpunkt ist die Einzelfallhilfe. Im Rahmen der Einzelfallhilfe werden die Zielsetzungen individuell vereinbart. Allgemeine Zielsetzung im Rahmen der Einzelfallhilfe sind die Förderung von Gesundheit und die soziale Integration.

Zum einen steht die Beratungsstelle „Clean“ als Dienstleistungseinrichtung im Bereich Gesundheit und Soziales allen interessierten Bürgern der Stadt und dem Bezirk Bregenz bei Fragestellungen zu den Themen Drogenprävention und Sucht zur Verfügung. Zum anderen ist der Schwerpunkt des Angebotes auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet: Hauptzielgruppen sind Menschen mit problematischem Drogenkonsum, drogenabhängige Menschen, Bezugspersonen von Menschen, welche Drogen konsumieren (Eltern, Kinder, Partner/in, Freunde und Freundinnen) und sogenannte Multiplikatoren (Menschen, welche beruflich oder ehrenamtlich insbesondere mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiten und im Rahmen dieser Arbeit mit dem Thema Drogen und Sucht konfrontiert sind). Mit Kontaktaufnahme steht ein therapeutischer Mitarbeiter der Beratungsstelle für ein erstes Informations- bzw. Beratungsgespräch zur Verfügung.

Das „Clean Bregenz“ verfügt über sechs Dienstposten, die von sieben Mitarbeiter eingenommen werden. 1 ½ Stellen davon (2 Sozialarbeiterinnen) sind dem Arbeits- und Fachbereich „soziale Hilfe für Menschen, welche der Prostitution nachgehen“, gewidmet. Diese sind zwar an die Beratungsstelle Clean angegliedert, stehen aber ausschließlich der Arbeit mit Prostituierten, die in vielen Fällen auch Suchtprobleme aufweisen, zur Verfügung.

Im Jahre 2001 wurden insgesamt 204 Personen durch das „Clean Bregenz“ betreut. Von den gesundheitsbezogenen Maßnahmen für betreute Personen sind folgende hervorzuheben: 1.489 psychosoziale Beratungsgespräche, 298 psychotherapeutische Einzelgespräche, 86 Familiengespräche, 159 Beratungen von Bezugspersonen. Im Berichtszeitraum erfolgten zusätzlich eine oder mehrere Beratungen (bis maximal 5 Kontakte/Person) von 342 Personen mit insgesamt 490 Kontakten.

5.2.3 Drogenberatungsstelle „Die Faehre“, Dornbirn

„Die Faehre“, eine gemeinnützige Sucht- und Drogenhilfe GmbH, besteht seit 1993 und versteht sich als integrativer Teil des Netzwerkes Vorarlberger Drogenhilfe und damit als professioneller Ansprechpartner für Menschen mit Sucht- und Drogenfragen. Der Auftrag des Landes umfasst, ambulante Hilfe für Suchtgefährdete, Sucht-

mittelabhängige und deren Angehörige anzubieten, Fachinformation und Beratung zu den Themenbereichen „Drogen-Sucht-Abhängigkeit“ für alle Interessierten (Einzelpersonen, Gruppen, Institutionen) bereitzustellen und gesundheitsbezogene Maßnahmen im Sinne des Suchtmittelgesetzes durchzuführen.

Generelle Ziele der Einrichtung sind, Hilfe möglichst frühzeitig und zielgerichtet zu leisten, die physische, psychische und soziale Gesundheit der Klienten zu fördern, Sucht in der Öffentlichkeit zu enttabuisieren, Faktoren für die Suchtentstehung sichtbar- und bewusst zu machen, Verständnis für Betroffene zu wecken und ihre Ausgrenzung zu reduzieren, die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Systempartnern zu gewährleisten und rasch und kompetent auf die Veränderungen des Marktes und der Zielgruppen zu reagieren.

„Die Faehre“ betreut mit ihren neun Mitarbeitern (400 Stellenprozent) jährlich rund 150 suchtkranke Menschen und deren Angehörige.

5.2.4 „Clean Feldkirch“

Die im Jahr 1992 eröffnete Beratungsstelle „Clean“ ist eine mittel- bis hochschwellige Einrichtung der Drogen- und Suchthilfe. Ansetzend an ihre eigenen Ressourcen unterstützen und begleiten Mitarbeiter des „Clean Feldkirch“ Klienten darin, neue, andere Lösungen zu finden, konkrete für sie erreichbare und auch überprüfbare Ziele zu setzen. Sie unterstützen sie in der Auseinandersetzung mit suchtfördernden und suchterhaltenden Verhaltensweisen und begleiten sie in der Suche und Stärkung von kreativen und selbstbestimmten Lösungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in ihrem Leben. Diese Arbeit setzt bei Klienten Eigenkompetenz und Bereitschaft zur Mitarbeit voraus. Auf diese Weise werden pro Jahr rund 280 Klienten betreut. Diese Aufgaben bewältigt das „Clean Feldkirch“ mit fünf Mitarbeitern, die sich vier Stellen teilen.

5.2.5 Suchtberatung Bludenz

Die „Suchtberatung Bludenz“ wird vom „Verein für Drogentherapie und Forschung“ getragen. Das Konzept dieser ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle beschränkt sich schwerpunktmäßig auf Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen

Drogen, wobei auch die Grenz- und Überschneidungsbereiche zum Alkohol- und Medikamentenmissbrauch abgedeckt werden.

Seit der Gründung im Jahr 1993 verfolgt sie folgende Aufgaben und Ziele: Medizinische Behandlung und Substitution von Opiat-Abhängigen, Information und Beratung von Institutionen (Schulen, Betriebe...) und Personen, Betreuung von Menschen mit Zuweisungen nach §§ 35 und 39 SMG, Beratung, psychosoziale Betreuung und Psychotherapie von Menschen mit Missbrauch illegaler Drogen sowie deren Angehörige. Für diese Arbeiten stehen der Suchtberatung Bludenz 350 Stellenprozent zur Verfügung, die sich auf fünf Mitarbeiter verteilen.

5.3 Teilstationäre Einrichtungen

Teilstationäre Einrichtungen bzw. Wohngemeinschaften zählen oftmals für Menschen mit Drogenproblemen zu einer wichtigen und notwendigen Hilfestellung für den Entwicklungsprozess ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Da zahlreiche Wohngemeinschaften mit den Schwerpunkten Heilpädagogik, Sozialpsychiatrie usw. süchtige Klienten nicht aufnehmen, wurden im Verlauf der letzten Jahre mehrere spezielle Angebote geschaffen. Bei der Suchtberatung „Team Mika“ sind derzeit zwei eigenständige Wohnprojekte angesiedelt. Die seit März 1997 bestehende Wohngemeinschaft in Bregenz verfügt über sechs Wohnplätze für in Substitutionsbehandlung stehende Frauen und Männer und wird ambulant betreut. Der Aufenthalt ist bis zu einem Jahr möglich.

5.3.1 Wohnungslosenhilfe der Caritas

Die Wohnungslosenhilfe der Caritas besteht aus mehreren verschiedenen Angeboten, deren Aufgabe die Beratung, Betreuung und Unterbringung von wohnungslosen Menschen ist.

Dazu gehören die Teestube, die Beratungsstelle und die Notschlafstelle in Feldkirch. Zusätzlich bietet die Caritas Wohnungslosenhilfe eine stationäre Unterbringung in der Herberge der Caritas in Bürs an. Diese Angebote sind speziell auf wohnungslose Menschen ausgerichtet. In Einzelfällen stehen sie jedoch auch Drogenklienten zur

Verfügung, wobei hierbei eine Zuweisung durch eine Drogenberatungseinrichtung erwartet wird.

5.3.2 DOWAS

Der Verein „DOWAS“ hat sich zur Aufgabe gemacht, in der Betreuung von Menschen mit Sucht- und Delinquenzproblemen, somit einer besonders betreuungsbedürftigen Gruppe von Alkohol- und Drogensüchtigen, einen Schwerpunkt zu setzen. Die Wohnungs- und Arbeitslosenhilfe des Vereins „DOWAS“ besteht aus mehreren Bereichen mit den Aufgaben Beratung, Betreuung und Unterbringung von wohnungs- bzw arbeitslosen Menschen. Angeboten werden der Treffpunkt, die Notschlafstelle, die Beratungsstelle, das Arbeitsprojekt, die Wohngemeinschaft und die Zuwohnungen im Raum Bregenz. Die Angebote des Treffpunkts und der Notschlafstelle können ohne Aufnahmebedingungen, dh, ohne Zuweisung, in Anspruch genommen werden. In den Einrichtungen des „DOWAS“ werden somit zahlreiche Menschen mit Suchtproblemen betreut.

5.3.3 Sozialpädagogische Wohnstation „Senobio“ GmbH, Schnifis

„Senobio“ ist eine gemeinnützige GmbH zur Begleitung und Betreuung substituierter Drogenkranke im Rahmen einer sozialpädagogischen Wohnstation. Diese Einrichtung wurde am 1.12.2001 durch eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Vorarlberg und „Senobio“ gegründet, nachdem schon zuvor über Jahre ein Kooperationsvertrag für psychotherapeutische Betreuung von Suchtpatienten bestand.

„Senobio“ begleitet und betreut Substitutionsklienten, deren ausreichende Versorgung durch eine alleinige medizinische Behandlung und ambulante psychosoziale Betreuung derzeit nicht gewährleistet ist. Ziel ist eine persönliche Stärkung der Klienten, sodass deren ausreichende Versorgung nach dem stationären Aufenthalt in einem ambulanten Setting möglich ist. In Zusammenarbeit mit Ärzten, Beratungs- und Therapiestellen wird Substitutionstherapie und eine wertorientierte Tagesstruktur mit beruflicher Weiterbildung, persönlicher neuer Sinnorientierung und sozialpädagogisch unterstütztem Erlernen neuer Lebenskompetenzen angeboten.

Eine Beendigung der Substitution wird gefördert, ist aber nicht Voraussetzung für einen Aufenthalt. Die Einrichtung wird rund um die Uhr von sieben Mitarbeitern, die sich fünf Stellen teilen fachlich betreut. Die Betreuungsdauer beträgt maximal 12 Monate. Die vollständige Umsetzung der „Sozialpädagogischen Wohnstation“ sollte durch den dazu notwendigen Neubau ab Herbst 2002 möglich sein.

5.3.4 Wohnen nach der Therapie

Das „Team Mika“ betreibt seit Jahren Wohngemeinschaften für Menschen mit Suchtproblemen.

Eine seit Jänner 1997 bestehende Nachbetreuungswohngemeinschaft in Lauterach verfügt über vier Wohnplätze für Frauen und Männer, die eine stationäre Kurzzeit- oder Langzeittherapie abgeschlossen haben. Sie wird ambulant betreut. Der Aufenthalt ist bis zu einem Jahr möglich.

Die Stiftung „Maria Ebene“ führt seit Jahren Wohngemeinschaften für die intensive Nachbetreuung und Rehabilitation von ehemaligen Patienten der Therapiestationen „Carina“ und „Lukasfeld“. Seit 1997 existiert eine Nachbetreuungswohngemeinschaft in Feldkirch mit sechs Wohnplätzen für Frauen und Männer, die einen stationären Therapieaufenthalt in der Kurzzeittherapiestation „Lukasfeld“ oder Langzeittherapiestation Carina abgeschlossen haben. Der Aufenthalt ist bis zu 1 ½ Jahren möglich.

5.4 Stationäre Einrichtungen

Diese Einrichtungen bieten all jenen drogenabhängigen Mitmenschen, die sich für ein Leben ohne Drogen entschieden haben, Möglichkeiten eines stationären körperlichen Entzugs, einer stationären Kurzzeit- und/oder Langzeittherapie an.

5.4.1 Landeskrankenhaus Rankweil

Die psychiatrische Abteilung des LKH Rankweil ist die älteste Drogenbehandlungseinrichtung im Land Vorarlberg. Schon seit Beginn der Drogenwelle in den 60er Jahren werden dort stationäre Entgiftungen, medizinisch gestützte Entzugsbehandlungen sowie Krisen- und Notfalltherapien bei Drogensüchtigen durchgeführt. Sämtliche psychiatrische Notfallversorgungen für Drogenpatienten erfolgen am LKH Rankweil, ebenso die fachpsychiatrische stationäre Therapie von Patienten mit drogeninduzierten Psychosen.

Länger dauernde Therapien kommen insbesondere bei Süchtigen mit Zusatzdiagnosen oder bei psychisch Kranken mit zusätzlichen Drogenproblemen zur Anwendung. Das LKH Rankweil arbeitet eng mit den Drogenberatungs- und Betreuungsdiensten sowie mit den Drogenspezialkliniken zusammen.

In den letzten Jahren wurden bei zahlreichen Vorarlberger Patienten stationär-psychiatrische Entzugsbehandlungen in eigenen Therapiestationen an psychiatrischen Krankenhäusern außerhalb des Landes, vor allem in Wien, Niederösterreich und Tirol durchgeführt. Diese Art der Versorgung wurde nicht nur bei raschem Bedarf an Entzugsbetten bzw. Überfüllung am LKH Rankweil, sondern auch bei therapeutischen Kooperationen zwischen avisierten Drogen-Langzeiteinrichtungen und örtlichen Psychiatrien gewählt.

5.4.2 Therapiestation „Carina“, Feldkirch

Die Therapiestation „Carina“ ist eine Einrichtung der Stiftung „Maria Ebene“, welche 1984 als Therapiestation eingerichtet wurde. 1997 kam es zu einer Konzeptänderung in Richtung Langzeittherapiestation mit dem Schwerpunkt der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, die in Symptomen von Sucht und Abhängigkeit ausgelebt werden. Die Therapiestation „Carina“ liegt auf einer Anhöhe in unmittelbarer Nähe des Landeskrankenhauses Feldkirch. Die Kosten für den Aufenthalt werden von den Sozialversicherungsträgern bzw. von den jeweiligen Ländern getragen. Die Behandlungsdauer von sechs bis acht Monaten ergibt sich aus der Schwere der Erkrankung, den therapeutischen Zielsetzungen und Vorerfahrungen. Voraussetzung für Behandlung und Betreuung ist ein abgeschlossener Entzug.

Die Therapiestation „Carina“ bietet Entwöhnungsbehandlung für Menschen mit Suchterkrankungen (Drogen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie Polytoxikomanie) und Behandlung von Ess- und Angststörungen.

Das Therapiekonzept beinhaltet eine Eingewöhnungszeit mit der Überprüfung der Therapiemotivation und der danach eine verbindliche Therapieaufnahme. Der erste Therapieabschnitt befasst sich mit biografischer Arbeit und Auseinandersetzung mit Verhaltensweisen in Beziehungen. Der zweite Therapieabschnitt zentriert sich auf Identitätsbildung und Umgang mit Verantwortung. In der dritten Phase wird ein eigener Platz in der Arbeits- und Beziehungswelt durch Konfrontation mit realisierbaren Möglichkeiten aufgebaut. Die Therapiestation „Carina“ betreut jährlich rund 30 bis 40 Patienten und verfügt über 12 Stellen, die sich auf 17 Mitarbeiter aufteilen.

5.4.3 Therapiestation „Lukasfeld“, Meiningen

Im Februar 1995 konnte die Therapiestation „Lukasfeld“ als eine weitere stationäre Behandlungsstätte der Stiftung „Maria Ebene“ eröffnet werden. Die Aufgabe der Therapiestation „Lukasfeld“ liegt im speziellen in der Betreuung von jugendlichen und jungen Drogenabhängigen, die bislang nur schwer in die bestehenden Einrichtungen integriert werden konnten, und in der Umsetzung eines Therapiekonzeptes mit kürzeren Behandlungszeiten.

Das Team setzt sich aus 18 Mitarbeitern aus verschiedenen Berufsgruppen (Medizin, Krankenpflege, Psychotherapie, Soziotherapie und Verwaltung) zusammen.

In der Therapiestation besteht Platz zur stationären Behandlung von 16 jungen Drogenabhängigen. Im Durchschnitt konnte eine jährliche Auslastung der Einrichtung seit der Gründung von etwa 95% erreicht werden, was 80 behandelten Patienten pro Jahr entspricht. Die Kosten für die Behandlung werden in der Regel von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Nur wenn kein aufrechtes Versicherungsverhältnis besteht, wird auf eine Finanzierung durch andere öffentliche Stellen (Sozialfonds) zurückgegriffen.

5.5 Substitutionstherapie

Seit dem Jahr 1987 ist in Österreich die Abgabe oral verabreichter Ersatzmittel zur Substitutionsbehandlung von intravenös Drogenabhängigen – zunächst als „ultima ratio“ – rechtlich geregelt. Den positiven Erfahrungen und der Bewährung als wichtiger Therapieform wurde 1998 mit der Aufnahme der Substitutionsbehandlung in

die im Gesetz vorgesehene Palette „gesundheitsbezogener Maßnahmen“ bei Suchtgiftmisbrauch, die auch die Anwendung im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ ermöglicht, Rechnung getragen. Primäre Zielgruppen der Ersatztherapie sind weiterhin Schwangere, HIV-positive und langjährig Opiatabhängige. Darüber hinaus gewinnt aber auch die soziale Indikation an Bedeutung.

Neben Methadon, das weiterhin als Medikament der ersten Wahl gilt, kommen zunehmend auch andere Substanzen – vor allem retardierte Morphine und Buprenorphin – zum Einsatz. Die Diversifikation im Bereich der Substitutionsbehandlung schlägt sich darüber hinaus in der Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote beispielsweise im Bereich der Betreuung schwangerer Drogenabhängiger nieder. Die Möglichkeit zur Substitutionsbehandlung gibt es auch im Rahmen des Strafvollzugs.

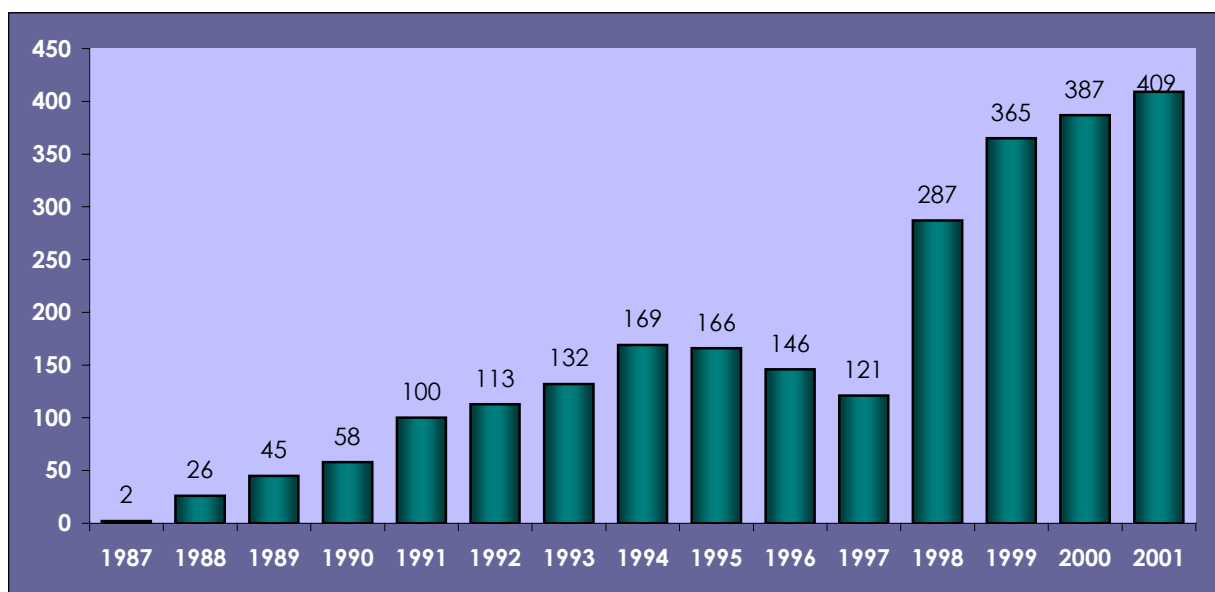
Die Organisation der Substitutionsbehandlung unterscheidet sich – insbesondere hinsichtlich des Grads an Zentralisierung – nach den einzelnen Bundesländern. Die Rahmenbedingungen sind aber per Erlass definiert. Apotheken, Amtsärzte und niedergelassene Ärzte spielen eine wichtige Rolle bei der Durchführung der Ersatztherapie. Die vorliegenden Evaluationsergebnisse zeigen positive Effekte der Substitutionsbehandlung, wie Rückgang der Delinquenz und Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens der Klienten. Die Substitution stellt auch einen Schwerpunkt der medizinischen Forschung zu Drogenfragen in Österreich dar. In den letzten Jahren wird darüber hinaus verstärktes Augenmerk auf Maßnahmen der Qualitätssicherung in diesem Bereich gelegt.

In Vorarlberg wurde ursprünglich eine eigene Fachkommission für Fragen der Drogensubstitution (Methadon-Kommission) installiert, welche für alle in Frage kommenden Fälle die Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung vornahm. Wegen des starken Anstiegs der Substitutionsfälle wurde die Indikationsstellung ab 1994 an Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie übertragen, während die Kommission nur noch für strittige Fragen und als „Schiedsstelle“ in Funktion blieb. Das „Modell der Vorarlberger Substitutionsbehandlung“ beruht auf enger Kooperation zwischen verschreibendem Psychiater, Amtsarzt, Apotheker und Drogenberatungsstelle. Den Erfolg der Substitutionstherapie garantierenden psychosozialen Betreuungsmaßnahmen finden in den ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen vor Ort statt. Regelmäßige gemeinsame Fallreflexionen gewährleisten dabei einen prozessbegleitenden Kommunikationsfluss und sichern dadurch eine gemeinsame Vorgehensweise

und Therapieplanung. Das Ziel ist dabei ein optimales Zusammenspiel zwischen behandelnden Ärzten und der oftmals notwendigen psychosozialen Betreuungsarbeit.

Abb 5:

Entwicklung der Substitutionsbehandlungen Vorarlberger Drogenpatienten - Gesamt



In regelmäßigen „Regionalen Substitutionskonferenzen“, an denen neben den behandelnden Fachärzten, den Mitarbeitern der jeweiligen Drogenberatungsstelle, dem zuständigen Amtsarzt und dem Drogenkoordinator des Landes auch die regional tätigen Apotheker und niedergelassenen Ärzte sowie die MitarbeiterInnen der regionalen Kontakt- und Anlaufstelle teilnehmen können, bietet sich Gelegenheit zur frühzeitigen Kontaktnahme und wechselseitigen Information sowie für die Praxis relevante Fragen zu diskutieren. Eine beim Amt der Vorarlberger Landesregierung eingerichtete Substitutionsdatenbank ermöglicht ein permanentes Monitoring. Durch diese Adaptierungen in der Substitutionsbehandlung in Vorarlberg, aber auch durch eine fortschreitende Etablierung und Vertrautheit der Fachärzte mit dieser Therapieform, hat sich die Zahl der Neuzugänge 1994 nahezu verdoppelt und ist

in den Folgejahren auf einem hohen Niveau (zwischen 70 und 76 Aufnahmen im Jahr) geblieben.

5.6 Prävention

Dem Präventionsgedanken, der in der Vorarlberger Gesundheitspolitik eine große Tradition hat, wurde vom Land Vorarlberg seit den ersten Drogenbekämpfungsprogrammen zentraler Stellenwert eingeräumt. Zahlreiche Initiativen zur Prophylaxe süchtigen Verhaltens und zur Förderung einer gesunden Lebensführung wurden in den letzten Jahrzehnten vor allem im Schul-, Jugend- und Vereinsbereich gefördert.

5.6.1 SUPRO-Werkstatt für Suchtprophylaxe

Der enorme Bedarf an präventiven Aktionen, Vorbeugungsprogrammen und an Know-how für die praktische Arbeit machte zu Beginn der 90er Jahre eine Institutionalisierung erforderlich, welche die von engagierten Laien, Pädagogen usw getragene Arbeit unterstützen und in verschiedenen Bereichen professionalisieren sollte. Diese wurde über die zur Stiftung „Maria Ebene“ gehörige Werkstatt für Suchtprophylaxe „SUPRO“, der österreichweit ersten Primärpräventionsstelle, umgesetzt.

Arbeitsschwerpunkte der Werkstatt für Suchtprophylaxe liegen in:

- Suchtpräventionsberatung – Personen, die Suchtprävention umsetzen möchten, sollen so unterstützt werden, dass sie dies erfolgreich selbst tun können.
- Materialienversand/-verleih – Informationen über Sucht und Drogen sind eine notwendige Bedingung für rationale Entscheidungen. Es werden Materialien für verschiedene Zielgruppen vertrieben. Für Erwachsene sind sie zu Gestehungskosten erhältlich, für Jugendliche kostenlos.
- Internet – Als Hauptkommunikationsmedium dient das Internet. Es dient sowohl zum Transport von Sachinformationen und dem Angebot in verschiedenen Settings, als auch zur Motivation, durch das Darstellen konkreter Projekte, Suchtprävention selbst umzusetzen.

- Zielgruppenkommunikation: Mailings, Diskussionsforen – Multiplikatoren aus verschiedenen Bereichen werden mittels Mailings über aktuelle Gefahren und Trends auf dem Laufenden gehalten.
- Bildung: Vorträge, Tagungen, Seminare – Interessierte Multiplikatoren wie Lehrer, Jugendarbeiter, Eltern, Ärzte, Lehrlingsausbildner etc können Fachpersonen aus den unterschiedlichsten Berufen wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Juristen, Kriminalbeamte etc für Vorträge, Seminare, Workshops etc buchen.
- Auftragsprojekte – Projekte, die sowohl auf aktuelle Situationen und Problemstellungen Bezug nehmen als auch frühzeitiges präventives Handeln ermöglichen, werden für Interessierte entwickelt.

Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit mit „SUPRO“ sind Freiwilligkeit, aktive Mitarbeit und finanzielle Mitbeteiligung an den Maßnahmen und Projekten.

Das multiprofessionelle Team setzt sich aus den Fachbereichen Psychologie und Pädagogik zusammen, wobei 3 ½ Stellen vom Sozialfonds finanziert werden.

Grundlage für die Arbeit ist die Salutogenese (nach Antonowsky), das heißt, dass nicht von einer Krankheit ausgegangen wird, sondern die vorhandene Gesundheit gestärkt und Fähigkeiten gefördert werden. Als oberstes Ziel der auf Kinder und Jugendliche zentrierten Arbeit betrachtet die „SUPRO“ daher die Stärkung und Weiterentwicklung derjenigen Faktoren, die dazu beitragen, dass Sucht als Suche und Fluchtverhalten unnötig wird. Anstatt Süchtigkeit zu verdammen und davor abzuschrecken wird versucht, durch positive Motivation zu Aktivität, Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Erhöhung der Problemlöse- und Konfliktfähigkeit Kinder und Jugendliche „stark zu machen“.

In der Zeit von 1993 bis Ende 2001 wurden 125 umfassende Maßnahmen durchgeführt. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen mit einer Laufzeit von mindestens einer Woche. Zusätzlich zu Projekten gibt es noch die präventiven Interventionen. Hier werden von SUPRO pro Schuljahr durchschnittlich 25 Veranstaltungen mit zirka 700 Multiplikatoren und über 30 Veranstaltungen mit fast 800 Jugendlichen durchgeführt.

5.7 Polizeilich/Justizieller Bereich

Die Verfolgung des Drogenhandels bzw der Drogendelinquenz in Vorarlberg wird seit Jahren von einer speziellen Abteilung der Kripo, der Suchtgiftgruppe, getragen, welche mit speziell ausgebildeten Beamten einzelner Gendarmerieposten bzw Polizeistationen und Leitern der Polizeiabteilungen an den Bezirkshauptmannschaften zusammenarbeitet. Die Entwicklung der beschlagnahmten Mengen und der Anzeigen weist nicht nur auf die Tätigkeit der Behörde hin, sondern wirft auch ein Licht auf die Entwicklung im Bereich der missbrauchten Suchtmittel und auf die Struktur der Suchtmittelkonsumenten. Neben der repressiven Arbeit ist die Suchtgiftgruppe in der Suchtprävention tätig. Neben primärprophylaktischen Tätigkeiten ergeben sich durch die Zusammenarbeit mit den Drogenberatungsstellen, durch die Vermittlung von Angezeigten/Klienten und durch gemeinsame Schulungsprojekte auch sekundärpräventive Schwerpunkte.

Der Polizei und Justiz kommt nicht nur in der Verfolgung und Sanktionierung des Drogenhandels und im Bereich der „repressiven Säule“ der Drogenbekämpfung, sondern auch in der Beratung, Betreuungsvermittlung und Therapiezuweisung von Menschen mit Drogenproblemen ein herausragender Stellenwert zu. Die Zusammenarbeit zwischen Ermittlern, Richtern und Drogenberatern bzw –therapeuten hat sich, begünstigt durch die Koordinationsgespräche und durch die Erfordernisse des Suchtmittelgesetzes vom 01.01.1998, in den letzten Jahren entscheidend verbessert. In vielen Fällen werden schon während der Ermittlungsphase Kontakte zum Drogenhilfesystem hergestellt. Die Betreuung von inhaftierten Süchtigen erfolgt nicht nur über den Sozialdienst und Ärzte bzw Psychiater der Justizanstalten, sondern auch über externe Drogenberatungsstellen. Diese kennen die inhaftierten Süchtigen zum Teil schon seit längerem, zum Teil werden neue Betreuungen aufgebaut. Neben Einzelgesprächen und Individualbetreuung finden in den Justizanstalten Drogenmotivationsgruppen statt. Das Ziel der Bemühungen liegt gemäß dem holländischen Modell im Anspruch, mit dem ersten Tag der Inhaftierung auch mit der Rehabilitation zu beginnen.

Das Basisprinzip des Suchtmittelgesetzes „Therapie statt Strafe“ wird in Vorarlberg seit Jahren konsequent umgesetzt. Dies ist ein großes Verdienst von Untersuchungs- und Suchtgiftgericht sowie Staatsanwaltschaft, die in Vorarlberg traditionell als sehr therapiefreudig gelten. Zirka hundert Verurteilte erhalten pro Jahr die Chance, über den konstruktiven Druck einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ihr Sucht-

problem zu bewältigen und statt der Haft eine ambulante oder stationäre Therapie zu absolvieren.

Abb 6:

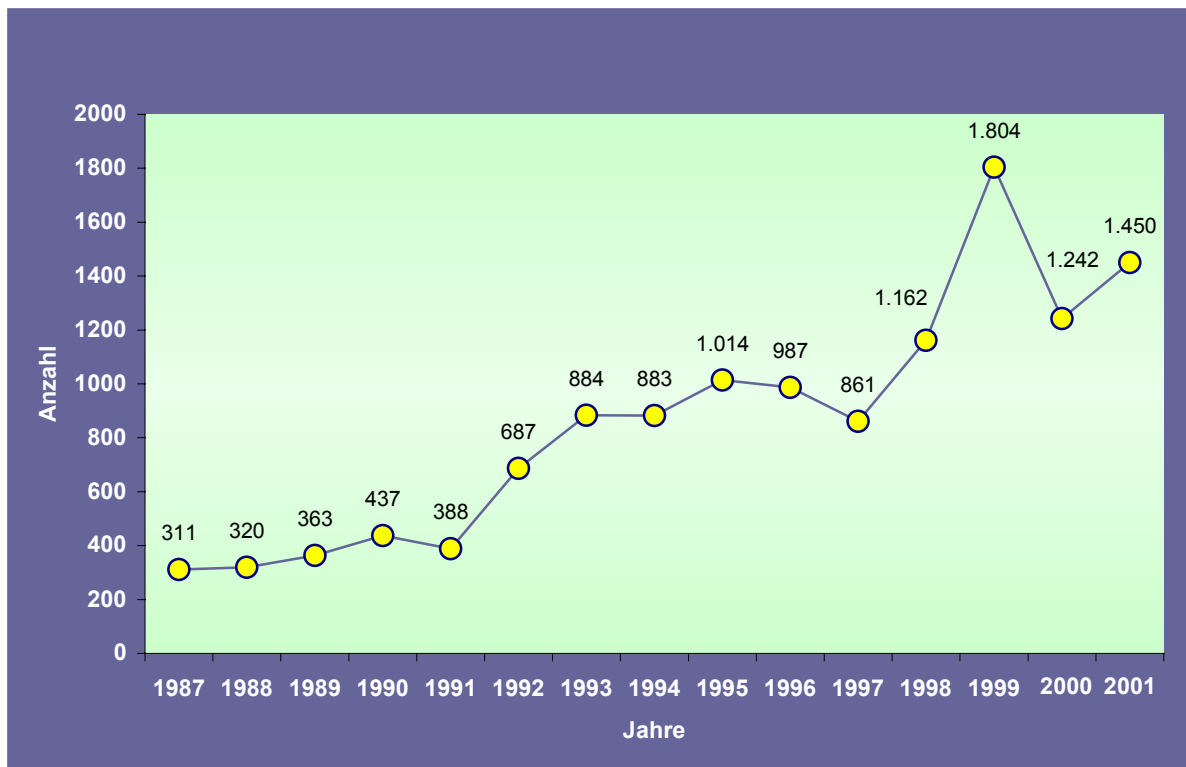
Beschlagnahmte Mengen an Suchtgiften in Vorarlberg 1996 – 2001

Suchtgifte	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cannabis	15,9 kg	106,5 kg	14,1 kg	46,9 kg	15,945 kg	18,77 kg
Heroin	0,3 kg	21,9 kg	4,6 kg	0,1 kg	0,2 kg	0,36 kg
Kokain	208 g	503 g	697 g	360 g	2,259 kg	3,726 kg
LSD	83 Stk	130 Stk	149 Stk	54 Stk	100 Stk	29 Stk
Ecstasy	1.534 Stk	654 Stk	315 Stk	1.258 Stk	1.076 Stk	873,5 Stk

Die Zusammenarbeit zwischen Justiz und Drogenhilfesystem ist in Vorarlberg in der konkreten Umsetzung des dem Suchtmittelgesetz zugrunde liegenden Gedankens „Therapie statt Strafe“ traditionell sehr eng. In keinem Bundesland erhalten annähernd so viele Personen die Möglichkeit zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen wie in Vorarlberg.

Etwa ein Drittel der Klienten der ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen werden durch richterliche Zuweisungen zur Kontaktaufnahme und Durchführung der Behandlung motiviert. Bei Anzeigezurücklegungen durch die Staatsanwaltschaft werden zahlreiche Klienten über die im Suchtmittelbereich sehr wichtigen amtsärztlichen Dienste den Beratungsstellen vermittelt.

Abb 7:

Anzahl der angezeigten Personen in Vorarlberg 1987 – 2001

5.8 Schule und Jugendarbeit

Gerade aus dem schulischen Bereich haben sich mit Aufkommen des Drogenproblems zahlreiche Präventionsprojekte entwickelt. So ist von Vorarlberg schon in den 80er Jahren das Modell des „Drogenvertrauenslehrers“ ausgegangen. Bereits zu Beginn der 90er Jahre wurden über 16 konkrete Präventionsprojekte innerhalb der Vorarlberger Schulen gezählt. Präventionsseminare und Lehrgänge zur Suchtprophylaxe wurden für alle Vorarlberger Schultypen angeboten, an der Pädagogischen Akademie wurde ein spezieller Lehrgang zum „Präventionslehrer“ durchgeführt.

Die über das Landesbildungszentrum „Schloss Hofen“ durchgeführte Ausbildung zum „Akademisch geprüften Suchtberater“ wurde in vielen Bereichen von pädagogischer Seite getragen.

Auch in den Jugendzentren und in der verbandlichen Jugendarbeit, die von ihrer Intention zahlreiche suchtasoziierte Aspekte enthält, wurden mehrere Initiativen im Bereich der Suchtprimär- und Sekundärprävention gesetzt. Da präventive Aktivitäten, Anleitungen zur gesunden Lebensführung und Suchtprävention sowie viele andere Jugendprojekte (Erlebnispädagogik) selbstverständlicher Bestandteil moderner Jugendarbeit sind, soll in Zukunft gerade dieser Bereich vermehrt gefördert werden.

5.9 Selbsthilfegruppen und Privatinitiativen

Im Gegensatz zu den Alkoholkranken wo beispielsweise die Anonymen Alkoholiker nahezu weltweit verbreitet sind, haben Selbsthilfegruppen bei Drogenabhängigen nur eine geringe Bedeutung. Auch inhaltlich gibt es wesentliche Unterschiede. Im Gegensatz zu der Abstinenzorientiertheit der Anonymen Alkoholiker geht es den Selbsthilfegruppen im Drogenbereich meist um die Verbesserung ihrer Lebenssituation während der Abhängigkeit. Daher treten diese Gruppen meist zeitlich nur befristet auf. In Vorarlberg sind vor allem die „Starken Süchtigen“ und die „BIC-Bürgerinitiative für die Gleichstellung von Cannabis mit den legalen Drogen Alkohol und Nikotin“, die hier eine gewisse Kontinuität beweisen und nun schon über mehrere Jahre aktiv sind. Soweit sich diese Gruppen mit ihren Zielen innerhalb der Richtlinien des Vorarlberger Drogenkonzeptes bewegen, werden sie von Seiten des Sozialfonds gefördert.

5.9.1 Elternkreis Drogengefährdeter und Drogenabhängiger Vorarlberg

Der „Elternkreis Drogengefährdeter und Drogenabhängiger Vorarlberg“ ist seit Mai 1981 in Vorarlberg tätig. Er ist politisch unabhängig. Organisation und Aufbau sind ähnlich wie bei „AL-ANON“. Die Tätigkeiten des Elternkreises werden ehrenamtlich und unentgeltlich durchgeführt. Der Elternkreis finanziert sich durch Spenden von betroffenen Eltern und einem jährlichen Beitrag des Sozialfonds. Betroffene Eltern können jederzeit und unkompliziert telefonischen (24-Stunden-Erreichbarkeit) wie auch persönlichen Kontakt mit dem Elternkreis aufnehmen. Sie haben die Möglichkeit zu Einzelgesprächen sowie zur Teilnahme an den monatlichen Treffen in Feldkirch. Immer sind hier Eltern anwesend, die, aus der Erfahrung des eigenen Erlebens,

Hilfe anbieten können. Seit der Gründung haben zirka 500 Eltern beim Elternkreis Rat und Hilfe gefunden.

5.10 Andere Institutionen

Weitere Einrichtungen des Netzes der Vorarlberger Drogenhilfe stellen eine wichtige und sinnvolle Ergänzung zu den Maßnahmen der Kuration und Rehabilitation drogenabhängiger Mitmenschen dar. Sie übernehmen Aufgaben aus den Bereichen der Suchtprävention, der Elternarbeit, der Forschung sowie der Koordination und Entwicklung der Vorarlberger Drogenhilfe.

5.10.1 Drogen-Info-Telefon

Um allen Mitmenschen unseres Landes - direkt vom Drogenproblem Betroffenen, aber auch Eltern, Partnern, Freunden, Verwandten sowie Jugendlichen, Lehrern und anderen am Thema interessierten Personen - die ein Informationsbedürfnis in Drogenfragen aufweisen, ein konkretes, rasches und unbürokratisches Informationsangebot entgegen bringen zu können, wurde seit Frühjahr 1995 in der „Therapiestation Lukasfeld“, einer Einrichtung der Stiftung „Maria Ebene“, ein zentrales Drogen-Info-Telefon eingerichtet, das für Drogenfragen rund um die Uhr zur Verfügung steht. Das Drogen-Info-Telefon informiert bei Fragen zu Drogen, deren Wirkungsweisen, Risiken und rechtlichen Folgen, von 0.00 bis 24.00 Uhr, sieben Tage die Woche. Es gibt Auskunft über die Hilfeangebote des Netzwerkes der Vorarlberger Drogenhilfe sowie der stationären Therapiemöglichkeiten in Österreich, deren Angebote, Konzepte und Vorgehensweisen und berät auch bei allgemeinen sowie spezifischen Fragen zur Drogenproblematik.

5.10.2 Drogenkoordinator

Der Funktionsbereich Drogenkoordination beim Amt der Vorarlberger Landesregierung ist mit der Aufgabe betraut, die im Vorarlberger Drogenkonzept erklärten Zielsetzungen und Maßnahmen im Gesundheitsbereich umzusetzen. Er ist für die

Durchführung und Weiterentwicklung des Vorarlberger Drogenkonzeptes verantwortlich.

Die Aufgabe des Funktionsbereiches Drogenkoordination ist im Wesentlichen eine Management- und Vermittlungsaufgabe zwischen Landesregierung, Drogenbeauftragten, Behörden und den in der Suchtkrankenhilfe tätigen Einrichtungen sowie die Koordination und das Zusammenwirken der von der Drogenpolitik besonders betroffenen Bereiche Gesundheit, Soziales, Bildung und Sicherheit. Der Drogenkoordinator hat Sorge zu tragen, dass alle vorhandenen Ressourcen optimal ausgeschöpft werden. Es ist seine Aufgabe die vorhandenen Maßnahmen, Angebote und Aktivitäten inhaltlich, institutionell, personell und wirkungsbezogen aufeinander abzustimmen und erforderlichenfalls zu ergänzen.

Dem Funktionsbereich obliegt weiters die Mitwirkung bei der Ausarbeitung von Konzepten, der Planung, Organisation und Durchführung von Projekten, Aktionen und Veranstaltungen, die Öffentlichkeitsarbeit in diesem Tätigkeitsfeld sowie die Krisenintervention und fokussierte Problembearbeitung.

5.10.3 Drogenbeauftragter der Vorarlberger Landesregierung

Der von der Vorarlberger Landesregierung bestellte Drogenbeauftragte hat die Funktion eines Sachverständigen für Fragen der Suchtprävention, -behandlung und -rehabilitation im Schwerpunktbereich der illegalen Drogen. Er soll aktuelle Entwicklungen im Drogenbereich analysieren, neue Vorbeuge- und Behandlungsverfahren beurteilen und vermitteln und in Fragen der Planung, Erstellung von Standards, Qualitätssicherung und Evaluation sein Wissen einbringen.

Der Drogenbeauftragte ist direkter Kooperationsberater des für den Drogenbereich zuständigen Regierungsreferenten und arbeitet eng mit dem Drogenkoordinator zusammen.

5.10.4 Universitätsinstitut für Suchtforschung

Das Institut für Suchtforschung wurde 1990 als Außenstelle der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck mit Sitz am Krankenhaus „Maria Ebene“ eingerichtet. Zum Themenkreis dieser Einrichtung zählen körperliche, psychische und soziale Störungen

bzw Krankheiten, die im Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen sowie psychotropen Substanzen stehen.

Der Aufgabenbereich des Instituts für Suchtforschung umfasst neben epidemiologischer Grundlagenarbeit das Studium des Effektes verschiedener prophylaktischer Maßnahmen, die zu einer Eindämmung der Suchtkrankheiten führen. Die präventiven Maßnahmen sollen im Hinblick auf die erfassten Zielgruppen mit verschiedener Methodik erforscht werden. Unter Benutzung bisheriger in- und ausländischer Erfahrungen sollen therapeutische Maßnahmen im Rahmen der stationären Behandlung, der Rehabilitationseinrichtungen und der ambulanten Behandlung für verschiedene Gruppen von Suchtkranken studiert werden. Bei gleichzeitiger Einrichtung von diversen Behandlungsmodellen soll die Effizienz dieser therapeutischen Methoden laufend bewertet werden. Das Ziel der Arbeit des Instituts für Suchtforschung ist, optimale Methoden der Prävention, Therapie und Rehabilitation zu finden.

Über das Institut für Suchtforschung bleibt das Land über die rasch wachsenden und sich stets ändernden wissenschaftlichen Erkenntnisse über Ursachen und Erscheinungsweisen der Drogensucht und neue Bekämpfungsstrategien informiert.

5.10.5 AIDS-Hilfe Vorarlberg

Die AIDS-Hilfe Vorarlberg wurde als Landesstelle Vorarlberg der damaligen Österr. AIDS-Hilfe (ÖAH) im September 1986 gegründet. Seit Sommer 1991 führen die Länder-AIDS-Hilfen die Arbeit als eigenständige Vereine fort, die ÖAH wurde aufgelöst. Die AIDS-Hilfe Vorarlberg (AHV) versteht sich als Informations-, Beratungs- und Betreuungseinrichtung. Sie hat den umfassenden Auftrag, die HIV/AIDS-Problematik und die daraus resultierenden psychischen, medizinischen, sozialen und politischen Folgen aufzuzeigen, Interessierte zu informieren und zu beraten sowie Betroffene umfassend zu unterstützen.

Der engen Zusammenarbeit zwischen AIDS- und Drogenhilfe wurde von Beginn an große Bedeutung beigemessen. So wurde bereits im Sommer 1992 das von der AIDS-Hilfe erstellte Konzept „HIV-Prävention bei i.V. DrogenkonsumentInnen“ auf einer Pressekonferenz gemeinsam mit Vertretern der Drogeneinrichtungen der Öffentlichkeit vorgestellt. Um i.v.-Drogenkonsumenten die Möglichkeit der HIV-Antikörpertestung möglichst niederschwellig anzubieten, finden diese Tests seit vie-

len Jahren in Zusammenarbeit mit der AHV auch in den niederschweligen Drogeneinrichtungen statt. Die AHV betreut zur Zeit knapp 80 HIV Positive und AIDS-Kranke. Mehr als die Hälfte davon sind dem Drogenbereich zuzuordnen.

Abb 8:

Anzahl der Mitarbeiter in Vorarlberger Drogenhilfeeinrichtungen

EINRICHTUNGEN	STELLEN IN %	MITARBEITER
● Langzeit-Therapiestation Carina, Feldkirch	1250	17
● Kurzzeit-Therapiestation Lukasfeld, Meiningen	1715	18
● „Senobio“, Sozialpädagogische Wohnstation, Schnifis	437,5	7
● Beratungsstelle „Clean“, Feldkirch	415	5
● Beratungsstelle „Clean“, Bregenz	615	7
● Beratungsstelle „Team Mika“, Bregenz	437,5	5
● Beratungsstelle „Die Fähre“, Dornbirn	400	9
● Suchtberatungsstelle, Bludenz	350	5
● Kontakt- und Anlaufstelle „Ex & Hopp“, Dornbirn	450	7
● Kontakt- und Anlaufstelle „H.I.O.B.“, Feldkirch	500	6
● Kontakt- und Anlaufstelle „Do it yourself“, Bludenz	400	5
● Werkstatt für Suchtprophylaxe (SUPRO), Dornbirn	350	4

6 Adaptierung des Drogenkonzepts und neue Schwerpunkte

6.1 Prävention

6.1.1 Neupositionierung der Primärprävention

Die Suchtprävention hat auch in Vorarlberg drei typische Entwicklungsstadien durchlaufen. Während in den 70er Jahren die stofforientierte Abschreckung im Mittelpunkt stand, war das nächste Jahrzehnt durch reine Wissensvermittlung über Drogen und Drogenwirkungen geprägt, ehe ein ganzheitliches und ursachenorientiertes Präventionsverständnis, welches auf einem multifaktoriellen und dynamischen Problemverständnis von Abhängigkeit sowie suchstoffunabhängiger Verhaltensweisen beruht, dominierte. Die Präventionsarbeit ging zunehmend von einem erweiterten Drogen- und Suchtbegriff aus, welcher sowohl legale als auch illegale Drogen berücksichtigt und nicht nach Suchtmitteln unterscheidet. Da die legalen Suchtmittel Nikotin und Alkohol eine große gesellschaftliche Relevanz haben, müssen sie in die Suchtprävention einbezogen werden. Kampagnen wie „Alles im Griff“, „Aktion trocken“ oder „Strong enough together“ haben deswegen große Bedeutung. Konkret geht es in der Suchtprävention unter Berücksichtigung der neueren Konzepte der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (zB „Ottawa-Charta“ der WHO 1986 und Fortschreibung) um sachliche Information und Aufklärung über Suchtmittel, kritische Konsumerziehung, Aktivierung und Erlebnisorientierung, Lebensweltorientierung, gesellschaftliche Partizipation und individuelle Interessensfindung, Förderung und Unterstützung vorhandener Netzwerke, dezentralisierte und gemeindebezogene Angebote und Vernetzung der präventiven Aktivitäten.

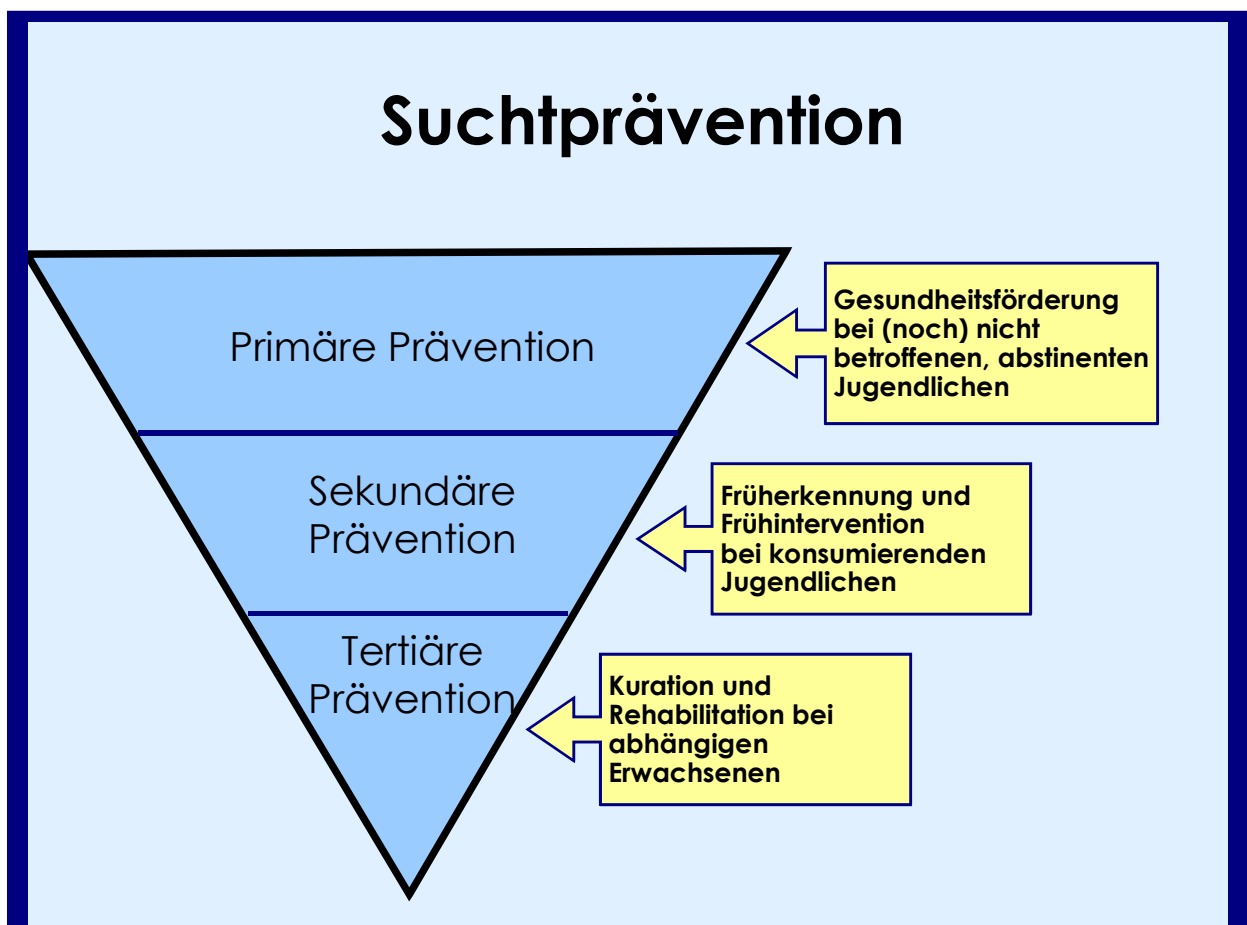
Folgende Leitlinien zur Prävention von Missbrauchsverhalten und Sucht sollen als Grundlage der prophylaktischen Arbeit dienen:

1. Suchtprävention soll ganzheitlich ausgerichtet sein, dh, sie muss alle Aspekte menschlichen Lebens berücksichtigen und darf dabei die gesellschaftliche Einbindung nicht vernachlässigen.
2. Suchtprävention soll ursachenorientiert sein, weil sonst die Botschaft den Empfänger nicht erreichen kann.

- Suchtprävention soll zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein, da der Erfolg umso größer ist, je genauer die Zielgruppe erreicht wird.
- Suchtprävention soll prozessorientiert und langfristig angelegt sein. Eine einmalige Aktivität bzw. Information reicht nicht aus, sondern die Botschaften müssen wiederkehrend in den unterschiedlichen Bezügen vermittelt werden.
- Suchtprävention soll individuenzentrierte, kommunikative und verhaltensbezogene Maßnahmen enthalten.
- Suchtprävention soll suchtmittelspezifische wie auch suchtmittel-unspezifische Maßnahmen enthalten.
- Suchtprävention soll alle vorhandenen Initiativen und Organisationen, welche an Gesundheitsförderung und Suchtprävention interessiert sind, einbeziehen.

Abb 9:

Wichtige Inhalte der Suchtprävention



Inhaltlich ist die Suchtprävention auf verschiedene Arbeitsfelder, zB Arbeit mit Lehrern, Schulen, Kindergärten, Betrieben, auf Beratung von Multiplikatoren, Veranstaltung von Fortbildungsmaßnahmen und Initiierung eigenständiger Projektarbeit auf lokaler Ebene zu konzentrieren.

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle hat ein eigenes Programm „EDDRA“ entwickelt, in dem erfolgreiche und evaluierte Projekte vorgestellt werden. Vor dem Beginn einer Maßnahme sollten nachstehende Fragen beantwortet werden:

Was ist die Zielgruppe, ist diese Teil einer Gesamtgruppe, in welchem Setting soll die Zielgruppe erreicht werden, was ist das zu erreichende Ziel, welche Methode wird angewandt, über welche Multiplikatoren soll die Zielgruppe erreicht werden?

6.1.2 Schaffung eines Sekundärpräventionsprojektes

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass innerhalb des breit gefächerten und gut differenzierten Angebotes eine Lücke im Bereich der Sekundärprävention, des unmittelbaren und effizienten Reagierens auf aufkommende Drogenprobleme (wie sie sich zuletzt Ende 1999 in großem Umfang im Montafon gezeigt haben) und der mobilen Intervention besteht. Da die Grenzen zwischen Primär- und Sekundärprävention fließend sind, wird ein gewisser Teil sekundärpräventiver Arbeit durch die Tätigkeit des „SUPRO“, aber auch über (zusätzlichen) Einsatz der Mitarbeiter der Beratungsstellen geleistet. Eine umfassende, flächendeckende, sofort abrufbare Sekundärprävention ist damit aber nicht möglich, zumal durch die noch zu beschreibenden Änderungen in den Drogenkonsummustern, im Heranwachsen neuer Risikopopulationen und geänderter Konsummotive und Drogenideologien neue Aufgaben entstehen.

Um hinsichtlich dieser latenten Suchthaltung bzw der hohen Akzeptanz regelmäßigen (legalen wie illegalen) Drogenkonsums Veränderungen zu bewirken, sind primärpräventive Interventionen mit längerfristigen Perspektiven notwendig, die auf Änderungen des Lebensstils von Erwachsenen (zB im Erziehungsverhalten) und Jugendlichen ausgerichtet sein müssen.

Ergänzend sind jedoch sekundärpräventive Maßnahmen erforderlich, die unmittelbar wirksam sind und die aktuelle Problematik aufgreifen. Es ist in Fachkreisen unbestritten, dass die Heilungschancen für Suchtkranke umso größer sind, je früher sie

Unterstützung (zB psychosoziale Betreuung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen) in Anspruch nehmen. Nachweislich am effektivsten sind Interventionen im Stadium beginnenden Missbrauchs.

Dieses Defizit soll ein landesweit agierendes Fachprojekt für Sekundärprävention schließen. Übergeordnetes Ziel der von dieser Einrichtung geförderten bzw eingeleiteten sekundärpräventiven Maßnahmen ist es, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Krisensituationen möglichst frühzeitig Unterstützung anzubieten, um die Herausbildung manifesten Suchtverhaltens zu verhindern. Drogenkonsum wird dabei als ein mögliches Symptom für eine nicht auf die Drogenproblematik eingrenzbarere personale Überlastung gedeutet.

Aus fachlicher Sicht ist es wenig sinnvoll, Zielgruppen von Jugendlichen zu beschreiben, die besonders „suchtgefährdet“ sind. Auch bei typischen Vorbelastungen kommt es letztlich auf den Kontext und die akute Situation an, ob ein Drogenkonsument als „suchtgefährdet“ gelten kann oder nicht. Sinnvoller ist es, solche Kontexte bzw Situationen zu beschreiben, die Auslöser für manifestes Suchtverhalten sein können. Dabei lassen sich Belastungssituationen unterscheiden, die in der spezifischen Lebensphase als Jugendlicher begründet sind und solche die aus belasteten individuellen Biografien herrühren.

Die Fachrichtung für Sekundärprävention hat vor diesem Hintergrund die Aufgabe, in Fällen von akutem Drogenkonsum bzw Verdacht auf Drogenkonsum, schnell und unkompliziert vor Ort ein erstes clearing der Situation durchzuführen, den Handlungsbedarf zu erheben und weiterführende Maßnahmen vorzuschlagen bzw einzuleiten. Darüber hinaus soll sie Maßnahmen entwickeln und einleiten, die im Sinne einer harm reduction die gesundheitlichen Risiken des Probiertkonsums Jugendlicher minimieren.

Das Projekt arbeitet nicht einzelfallorientiert, sondern systemorientiert. Das heißt, vorrangig unterstützt es im Sinne einer Früherkennung Einrichtungen bzw Systeme (Schule, Familie, Jugendarbeit/Freizeiteinrichtungen etc) dabei, problematischen Drogenkonsum möglichst schon in seiner Entstehung zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren und fördert dabei das Mitwirken aller Beteiligten (zB Jugendlicher/Schule/Elternhaus).

Das Projekt für Sekundärprävention kooperiert eng mit allen relevanten Hilfseinrichtungen in Vorarlberg (Drogenberatung, Jugendwohlfahrt, Erziehungs-/Familien-

beratung, Elternkreise, Jugendberatung/-arbeit, SUPRO etc) und vermittelt im konkreten Fall die Kontakte zu den aufgrund der Situationsanalyse angemessenen Einrichtungen.

Über den akuten Fall hinaus schlägt es Maßnahmen vor, die die Eigenkompetenzen der Beteiligten für künftige ähnliche Fälle fördert (zB Fortbildung für Lehrer, Elterngruppen oder Projekte für Jugendliche). Es vermittelt die Kontakte zu Anbietern solcher Maßnahmen (zB SUPRO, Elternkreis, Jugendarbeit). Sollte es keine geeigneten Anbieter geben, führt das Projekt für Sekundärprävention solche Maßnahmen im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst durch.

Durch die direkte Kommunikation mit unterschiedlichsten Einrichtungen und Beteiligten hat das Projekt ein großes Potenzial, bewusstseinsbildend und aufklärerisch zu wirken und damit effektive Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Dieses Potenzial soll auf allen Ebenen der Öffentlichkeitsarbeit (Informationsveranstaltungen, Pressearbeit) dazu genutzt werden, landesweit die Bereitschaft zu fördern, sich mit dem Thema Drogenkonsum und Sucht auseinander zu setzen.

6.1.3 Tertiärprävention

Den Anforderungen an die geänderten Arbeitsfelder und –methoden der Tertiärprävention soll durch behutsame Verlagerung von Schwerpunkten Rechnung getragen werden. Von Bedeutung ist, dass auch in den nächsten zehn Jahren ein „harter Kern“ von Süchtigen im niederschweligen, schadenminimierenden, tertiärpräventiven Bereich zu versorgen sein wird.

Dabei handelt es sich um langjährige Opiatabhängige, um Menschen mit fortgeschrittener Polytoxikomanie, um Substituierte mit vielfachem Beigebrauch und um sogenannte Chronisch-Mehrfachbeeinträchtigte Abhängige (CMA), die der besonderen Hilfe bedürfen. Es ist zu bedenken, dass diese Personengruppe auch unabhängig vom (zusätzlichen) Suchtproblem einer sehr qualifizierten Hilfe bedarf. Der tertiärpräventive Sektor wird sich den geänderten Gegebenheiten und den veränderten Zielrichtungen allmählich anpassen.

6.1.4 Jugendeinrichtungen

Ein Schwerpunkt der hinkünftigen Drogenarbeit soll in der Integration der Primär- und Sekundärprävention in der Jugendarbeit liegen. Wie bereits ausgeführt, sind Präventions- und Drogenarbeit wesentliche Bestandteile aller jugendberatenden und -betreuenden Aktivitäten. Besonders wichtig sind Koordination der diversen Projekte und Zusammenarbeit der Jugendbetreuungsstellen bzw Jugendwohlfahrt mit dem Drogenhilfesystem, insbesondere mit der neu zu schaffenden Stelle für Sekundärprävention. Diese soll einerseits Beratung und Unterstützung bei der Konzeption von Projekten liefern, andererseits selbst bei Krisensituationen in Kooperation mit den Jugendstellen Aktivitäten durchführen.

6.1.5 Schulen

Die Möglichkeiten der Schulen, die in der Suchtprävention immer schon eine herausragende Funktion und eine Vorreiterrolle eingenommen haben, sollen gestärkt und ausgebaut werden. Anleitungen zur gesunden Lebensführung und Suchtprävention sollen fester Bestandteil der schulischen Ausbildung und Inhalt des Lehrplanes werden. Durch die Möglichkeit, ganze Jahrgänge in die Suchtprävention einzu beziehen, kann eine umfassende Prophylaxe garantiert werden.

Die sich aus dem traditionellen Modell des „Drogenvertrauenslehrers“ ableitenden Interessen und Kompetenzen der Pädagogen im Drogenbereich sollen durch gezielte Kooperationsprojekte mit den Einrichtungen der Primär- und Sekundärprävention gefördert werden. Der an der Pädagogischen Akademie seit Jahren erfolgreich durchgeführte Lehrgang zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention soll durch ähnliche Ausbildungsangebote erweitert werden.

6.1.6 Spezielle Szenen

Die Disco- und Clubbing-Szene spielt hinsichtlich des Drogenkonsums Jugendlicher bzw junger Erwachsener eine nicht zu unterschätzende Rolle. Ganz im Gegensatz dazu gibt es in Vorarlberg kaum Maßnahmen der Drogenhilfe, die auf diese Szene ausgerichtet sind. Dies wiegt umso schwerer, da die dort verkehrende Zielgruppe

nur bedingt über andere pädagogische Einrichtungen zu erreichen ist. Ein großer Teil dieser Jugendlichen bzw jungen Erwachsenen ist nicht mehr in der Schule bzw vom Alter her aus der (offenen) Jugendarbeit herausgewachsen.

Zielsetzung sekundärpräventiver Arbeit in diesem Arbeitsfeld ist es vorrangig, im Sinne einer harm reduction die Risiken des Drogenkonsums zu reduzieren und die subjektiven Hürden für das Aufsuchen von Beratungsstellen zu senken (Abbau von Schwellenangst).

Dabei ist einerseits die Kooperation mit den Betreibern von Discos und Clubs wichtig. In Gesprächen mit ihnen wäre darauf hinzuwirken, dass die gesundheitlichen Risiken bei den Veranstaltungen selbst gesenkt werden. Erfahrungsgemäß wird zB durch die Einrichtung von Ruhezeiten (chill-out-Räumen) der Drogenkonsum insgesamt und auch der Mischkonsum reduziert. Durch ein entsprechendes (mineral- und vitaminreiches) Angebot an Getränken bzw Nahrung lässt sich Kreislaufproblemen vorbeugen. Darüber hinaus sollten bei jeder Veranstaltung Informationen über Drogenkonsum und entsprechende Verhaltensregeln für die Disco-Besucher zugänglich sein. Auch dafür ist die Kooperation der Betreiber unbedingt Voraussetzung.

Andererseits müssten Methoden entwickelt werden, mit denen die Konsumenten auf solchen Veranstaltungen direkt angesprochen werden können. Es ist aus verschiedensten Gründen unwahrscheinlich, dass dies von Mitarbeitern der Facheinrichtung für Sekundärprävention selbst geleistet werden kann (Personalkapazität, fehlende Einbindung in die Szene etc). Es könnte zB eine Aufgabe der Facheinrichtung sein, Szenegänger zu rekrutieren und entsprechend auszubilden, die diese Aufgabe übernehmen (peer group education).

Zu den speziellen Gruppen, auf welche sich das Drogenhilfesystem besonders ausrichten hat, gehören Migranten, welche in der zweiten und dritten Generation in Vorarlberg leben. Durch den spezifischen kulturellen Hintergrund, dem Bruch mit ihrem Herkunftsmilieu, Konflikten mit ihren in tradierten Normen verhafteten Familien, mangelnde Adaption und Außenseiterposition in der hiesigen Gesellschaft ist hier eine Risikogruppe für Drogenprobleme entstanden, welche mit speziellen sekundärpräventiven Projekten erreicht werden soll. Auch innerhalb der Therapieeinrichtungen sind adaptierte Programme für diese Subgruppe erforderlich.

Weitere spezielle Szenenbildungen, die einem raschen Wechsel unterworfen sind, ergeben sich bei sehr jungen Drogenabundanten („Schnüfflergeneration“), bei den

Konsumenten von biogenen Drogen, bei der an anderer Stelle abgehandelten, kontinuierlichen Gruppe der Substituierten, bei den Langzeitarbeitslosen sowie bei Süchtigen in höherem Alter. Um auf den raschen Wandel in den speziellen Szenen und neuen Gruppen rasch und adäquat zu reagieren, werden im Vorarlberger Drogenkonzept auf die Bereiche „Sensibilität“ und „Flexibilität“ großer Wert gelegt.

6.1.7 „Brain-check-up“ für Stimulanzienkonsumenten

Bei der zunehmenden Zahl der Konsumenten von Freizeit- und Partydrogen sind Problembewusstsein, Leidensdruck und Therapiemotivation in der Regel gering ausgeprägt. Der Zugang zu dieser Gruppe von Konsumenten psychotroper Substanzen ist nicht einfach, sodass neue Wege gesucht werden müssen. Da sich das Problembewusstsein noch am ehesten aus den von den Konsumenten festgestellten psychischen Änderungen, aus Verstimmungszuständen und Antriebswechsel, aus Konzentrationsproblemen, Antriebsdefizit usw ergibt und daraus – ähnlich wie beim Alkoholkranken bezüglich der Leberschädigung – Sorge um die Leistungsfähigkeit des Gehirns entsteht, soll allen Interessierten ein kostenloser und anonymes „Brain-check-up“, also eine umfassende neuropsychologische Untersuchung in Form eines speziellen Testverfahrens, angeboten werden. Dies dient nicht nur der Klärung, ob tatsächlich neuropsychologische Defizite vorliegen bzw hirnorganische Störungen bereits eingetreten sind, sondern soll insbesondere die Kontaktaufnahme mit Drogenkonsumenten, die sonst nur schwer zu erreichen sind, ermöglichen und den Weg in Richtung Beratung und Motivation zur Änderung des Drogenkonsumverhaltens, nötigenfalls auch zur Therapie einleiten.

6.1.8 Drogen im Straßenverkehr

Während sich die gesetzlichen Bestimmungen und behördlichen Anordnungen zur Verkehrssicherheit in den letzten Jahrzehnten überwiegend auf Alkohol, in beschränktem Maß auch auf Medikamentenbeeinflussung bezogen haben, ist in den letzten Jahren die Frage der nachteiligen Beeinflussung von Verkehrsteilnehmern durch illegale Drogen zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Die sich zeigenden methodologischen Probleme bei Drogennachweis, bei der Errechnung

von Wirkkonzentrationen, Abbaukurven usw sowie die konkreten Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit rechtfertigen den Grundsatz, dass das Lenken von Kraftfahrzeugen nur ohne aktuelle Suchtmittelbeeinflussung gefahrlos möglich ist.

Die Vorarlberger Landesregierung unterstützt Projekte, welche Erkenntnisse über die konkreten Beziehungen zwischen Drogenmissbrauch und Fahrverhalten fördern, die Ausbildung in diesem Bereich bei den Kfz-Kursen ausweiten und vertiefen, durch Drogen auffällig gewordene Verkehrsteilnehmer schulen (Sekundärprävention) und Kooperationen zwischen den Kfz-Behörden und dem Suchtberatungssystem herstellen. Das Problembewusstsein soll durch Folder, Broschüren, Werbespots, Symposien und Fachseminare erhöht werden (Kuratorium für Verkehrssicherheit, Aktion „Sicheres Österreich“).

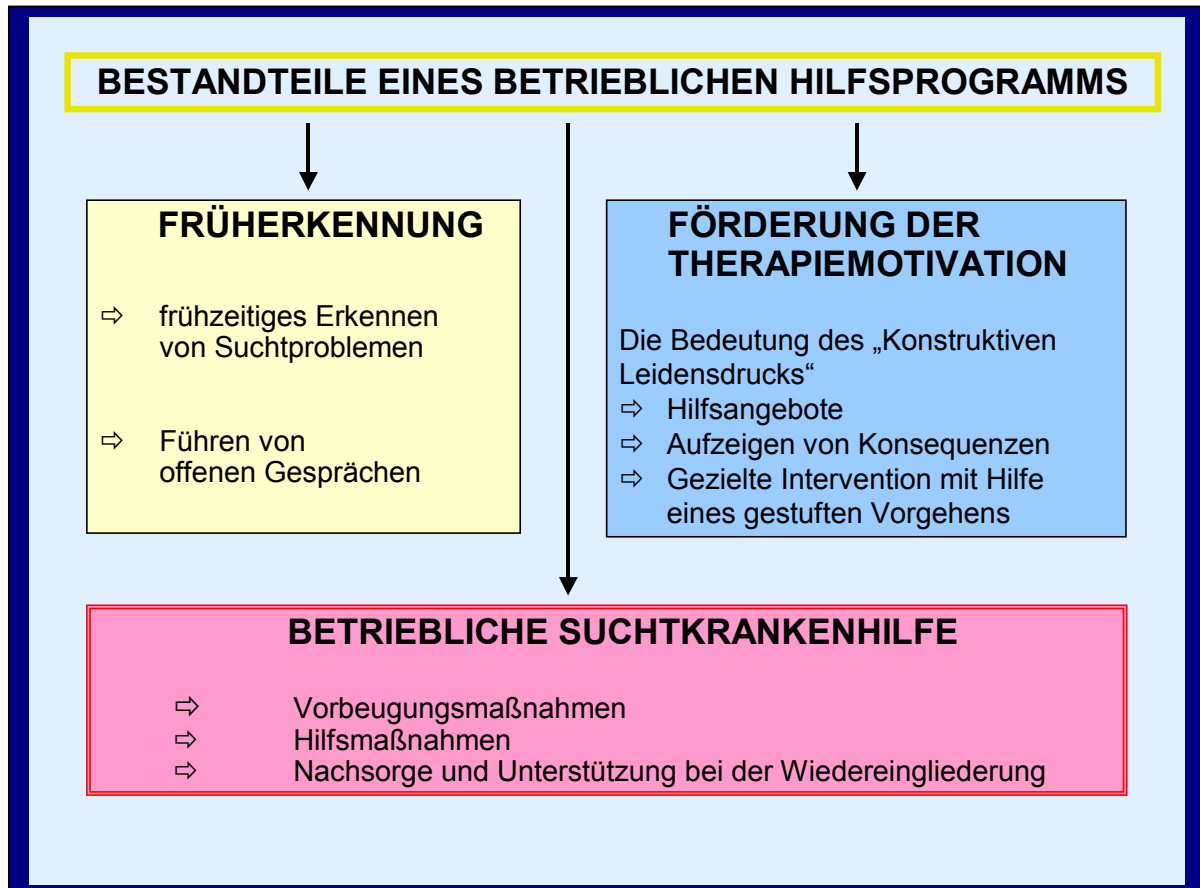
6.1.9 Drogen am Arbeitsplatz

Etwa 5% der Berufstätigen sind von Suchtproblemen betroffen, wobei illegale Drogen in den letzten Jahren an Bedeutung gewinnen. Damit im Zusammenhang stehende Minderleistungen, Arbeitsunfälle, Fehlzeiten und Krankenstände verursachen große volkswirtschaftliche Kosten. Der Arbeitsplatz bietet Chancen zur Früherkennung und wirksamen Bekämpfung von Suchtproblemen, wenn Ausbildungs- und Führungskräfte, Personalvertreter, Betriebsärzte usw entsprechend geschult sind und mit suchtgefährdeten Mitarbeitern richtig umgehen können. Sorge um den Arbeitsplatz fördert zudem den konstruktiven Leidensdruck, den Suchtgefährdete häufig benötigen.

Das Land Vorarlberg wird in den nächsten Jahren Programme, die der Suchterkennung und -vorbeugung im Betrieb dienen, fördern. Insbesondere soll Suchtprävention und Gesundheitsförderung zu einem festen Bestandteil der Lehrlingsausbildung werden. Gezielte Informationsveranstaltungen für Vorgesetzte und andere Multiplikatoren sollen in Zusammenarbeit mit den Drogenpräventions- und Beratungsstellen möglichst flächendeckend durchgeführt werden.

Ziel dieser Bemühungen sind Etablierungen von betrieblichen Hilfsprogrammen.

Abb 10:

Bestandteile eines betrieblichen Hilfsprogramms**6.2 Therapeutischer Bereich****6.2.1 Projekt „Therapie sofort“**

Der bei Krankheiten jeglicher Art geltende Grundsatz, dass therapeutische Maßnahmen möglichst früh einsetzen sollen, ist bei Drogenmissbrauch und –abhängigkeit besonders zu forcieren. Gerade bei Drogenpatienten, die ihr Suchtproblem oft lange verdrängen und keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen, entsteht der Wunsch zur Therapie oft sehr spontan oder resultiert aus einer Krisensituation. In solchen Situationen muss dann die Möglichkeit einer raschen Hilfe und eines konkreten Thera-

pieangebotes gewährleistet sein, welches auch in den Nacht- und Wochenendstunden ohne große Hindernisse erreichbar ist.

Ziel der Vorarlberger Drogenhilfe ist es, jedem Therapiewilligen sofort therapeutische Hilfe zukommen zu lassen. Dies setzt neben der Verfügbarkeit und leichten Erreichbarkeit des Hilfesystems gute Kooperation zwischen den Beratungs- und Therapieeinrichtungen voraus. Drogensüchtige entschließen sich oft nicht nur nach längeren Motivationsprozessen oder bei justiziellem Druck zur Therapie, sondern wollen oft sehr spontan, im „Hier und Jetzt“ ihr Suchtproblem lösen. Um diese Situation zu nutzen, soll auf der Ebene der Beratungsstellen die Zuständigkeit bzw Fallführerschaft unmittelbar geklärt und wahrgenommen und ein hypothesengeleiteter, modifizierbarer Betreuungsplan entworfen werden. Insbesondere ist die Frage rasch zu klären, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erforderlich ist. Die Vermittlung an frei praktizierende Suchttherapeuten soll möglichst unbürokratisch und unter Klärung der Zuständigkeit erfolgen. In den Nacht- und Wochenendstunden werden die Möglichkeiten der bestehenden ambulanten Einrichtungen auf der Therapiestation Lukasfeld, bei Alkohol-Drogen-Mischfällen auch am KH Maria Ebene, am LKH Rankweil und – bei medizinischen Notfällen – der somatischen Krankenhäuser genutzt. Dem sich bislang als größtes Hindernis erweisende Mangel von Plätzen für die Entgiftung bzw den akuten Entzug, wird durch die im Vorarlberger Psychiatriekonzept vorgesehene Schaffung einer Entzugsstation mit sechs Betten am LKH Rankweil begegnet.

Während die Akutversorgung nur durch bessere Information und verbesserte Koordination des medizinischen Versorgungssystems und der Krisenintervention erreicht werden kann, ist es Aufgabe des fallführenden Drogenberaters bzw Casemanagers, die weiteren Schritte der Therapie zu organisieren und die Vermittlung an Kurz- und Langzeiteinrichtungen bzw in die ambulante Drogentherapie und Substitutionsbehandlung vorzunehmen.

Ziel des Projekts „Therapie sofort“ ist es, jedem therapieentschlossenen und motivierten Süchtigen spätestens innerhalb von 48 Stunden einen adäquaten Platz zu vermitteln.

6.2.2 Schaffung einer Entzugsstation am LKH Rankweil

In den letzten Jahren hat sich ein Bedarf an Entzugsbetten für Vorarlberger Drogenpatienten gezeigt. Während das LKH Rankweil für Akut- und Krisensituationen, für Drogenintoxikationen und komplizierte Entzüge sowie für längerfristig geplante Entgiftungen zur Verfügung stand, wurden die bei Drogensüchtigen oft spontan notwendig werdenden Entgiftungsbehandlungen oft in Einrichtungen anderer Bundesländer (PKH Mauer-Öhling, PKH Hall) durchgeführt. Um hinkünftig eine „Vor-Ort-Versorgung“ zu gewährleisten und die Nachteile des „Süchtigentourismus“ zu vermeiden, sollen am LKH Rankweil Betten für die qualifizierte stationäre Entgiftung geschaffen werden. Nach dem neuen Psychiatrieplan ist dafür für unser Bundesland eine eigene Station mit sechs Betten erforderlich.

6.2.3 Stationäre Kokaintherapie

Der Anteil der Kokainmissbraucher ist in den letzten Jahren stark gestiegen, und zwar nicht nur bei Jugendlichen und jungerwachsenen Drogenkonsumenten, sondern auch in der Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen. Dabei kristallisieren sich drei Gruppen heraus:

- Polytoxikomane, die u.a. auch Kokain verwenden, besonders, um die Wirkung anderer Substanzen zu verstärken, deren Nebenwirkungen (Dämpfung) zu beheben oder, um durch die kombinierte Wirkung einen besonderen Effekt zu erreichen.
- Jugendliche Stimulanzienmissbraucher, bei denen das süchtige Verhalten von Ecstasy- und Amphetaminerfahrungen zur stärksten Droge dieser Gruppe, dem Kokain, führt.
- Personen im mittleren Lebensalter, die Kokain als antriebs- und leistungssteigernde, euphorisierende Substanz verwenden, oft in Kombination mit Alkohol.

Während für Polytoxikomane und junge Stimulanzienmissbraucher im bestehenden Beratungs- und Behandlungssystem adäquate Therapiemethoden zur Verfügung stehen, ist für die Gruppe der älteren Kokainkonsumenten ein eigenes Therapieangebot zu schaffen. Dies soll nicht über eine zusätzliche Einrichtung, sondern durch Spezialisierung in den bestehenden Institutionen erfolgen. Besondere Kenntnisse und

Ausbildungen der Mitarbeiter der ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sollen ebenso gefördert werden wie stationäre Projekte, die sich auf Kokaintherapie und die Behandlung von Kokain-assoziierten Störungen (Gewalt) befassen. Da die Gruppe der älteren Kokainisten mehr soziale, persönlichkeitspezifische und psychodynamische Ähnlichkeiten mit den Alkoholkranken als mit den jungen Polytoxikomanen aufweisen, betrifft diese Aufgabe vornehmlich die Alkohol- und Medikamentenentzugsstationen.

6.2.4 Hepatitis- und HIV-Prophylaxe

Drogenkonsumenten leiden wegen der schlechten allgemeinen Hygienebedingungen, unter denen sie leben, und wegen der herabgesetzten Immunabwehr unter vielfältigen Infektionskrankheiten. Die häufigsten Erkrankungen stellen die Hepatiden dar. Unter den intravenösen Drogenkonsumenten besteht eine zirka 80%ige Durchseuchung mit dem Hepatitis-C-Virus, der in den meisten Fällen chronifiziert und die Gefahr eines zirrhotischen Umbaus der Leber in sich birgt. Jede neue Injektion einer Droge unter unhygienischen Bedingungen beinhaltet die Gefahr einer Reinfektion mit dem Hepatitis-C-Virus. Die derzeit verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten mit Interferon können die Gefahr eines fortschreitenden zirrhotischen Umbaus des Lebergewebes nur um 50- bis 60% reduzieren und werden wegen der erheblichen Nebenwirkungen (ähnlich einer schweren Grippe) nicht immer gut toleriert.

Die Prognose einer Hepatitis-C-Infektion verschlechtert sich durch eine zusätzliche Infektion mit anderen Hepatitis-Viren. Als schadensminimierende Maßnahme und zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes von intravenösen Drogenkonsumenten werden in Vorarlberg seit 1999 breit angelegte und für die Betroffenen kostenlose Impfprogramme mit Hep-A- und Hep-B-Impfstoffen sowohl an niederschwelligen wie auch höherschwelligen Beratungseinrichtungen und in allen stationären Behandlungseinrichtungen durchgeführt. Bislang konnten so mehr als 400 Drogenkonsumenten durch die Gesundheitsprogramme erfasst und geimpft werden.

Das Land Vorarlberg wird die laufenden Impfprogramme auch in Zukunft fortsetzen, um das gesundheitliche Risiko des intravenösen Drogenkonsums niedrig zu halten

und langwierige und nur teilweise effiziente Behandlungen zu vermeiden. Gleichzeitig werden gezielte Informationen und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei i.v.-Drogenkonsum durchgeführt. Die bestehenden Programme des Spritzenaustauschs (einschließlich Spritzenautomat) und der Kondomabgabe werden beibehalten.

6.2.5 Psychotherapie für Süchtige

Sucht ist in vielen Fällen Folge einer zugrundeliegenden psychischen oder psychosozialen Störung oder erweist sich als comorbide Krankheit bei anderen psychischen Problemen. Nach dem biopsychosozialen Modell der Sucht ist die Behandlung der Grundstörung deshalb vordringlich. Da diese überwiegend im psychischen Bereich liegt, sind Methoden der Psychotherapie erforderlich.

Sowohl die alltägliche Erfahrung als auch eine wissenschaftliche Untersuchung des Instituts für Suchtforschung beweisen, dass Menschen mit Suchtproblemen bezüglich Psychotherapie unterversorgt sind. Süchtigkeit gilt zum Teil als Kontraindikation für Psychotherapie, ein großer Teil der Psychotherapeuten fühlt sich ihrerseits nicht kompetent für die spezielle Behandlung von Süchtigen.

Um diese Defizite zu beheben und Voraussetzungen für eine effiziente psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen zu schaffen, sollen die Ausbildung der Psychotherapeuten für den Bereich „Sucht“ gefördert, die Beratungsstellen mit psychotherapeutisch kompetenten Suchttherapeuten aufgestockt und Möglichkeiten der Finanzierung geschaffen werden.

6.2.6 Angehörigenarbeit

Drogenprobleme haben mehr als die meisten anderen gesundheitlichen Störungen Auswirkungen auf das Umfeld, besonders das familiäre System. Im Primärmilieu sind manchmal Mitursachen süchtiger Verhaltensweisen zu finden, regelhaft hat die Familie unter der Suchterkrankung eines ihrer Mitglieder zu leiden. Je nach Reaktion der Angehörigen kann der Suchtprozess verkürzt oder prolongiert werden.

Angehörige suchen oft früher als der Süchtige Rat und Hilfe, oft ergibt sich nur über Angehörige ein Zugang zum Süchtigen. Innerhalb des Motivationsprozesses kommt den Angehörigen eine entscheidende Aufgabe zu. Familienmitglieder sollen bei

Suchtkrankheiten nach Möglichkeit immer in den therapeutischen und rehabilitativen Prozess eingebunden werden.

Die Angehörigenarbeit soll nicht nur im präventiven Bereich in den Mittelpunkt gestellt werden, sondern auch in Beratung und Therapie einen besonderen Schwerpunkt finden. Ansatzmöglichkeiten ergeben sich über die Drogenberatungsstellen, die Therapieeinrichtungen und über Ärzte und Psychotherapeuten, welche spezielle Suchtkrankenbehandlungen durchführen.

6.2.7 Geschlechtsspezifische Suchtarbeit

In der Suchttherapie sollen geschlechtsspezifische Projekte bzw Therapieangebote gefördert werden. Zahlreiche zum Teil unterschiedliche Faktoren prägen die Suchtentwicklung bei Frauen und Männern. Dem entsprechend sind in der Prävention geschlechtsspezifische Risikofaktoren besonders zu beachten und in der Suchttherapie geschlechtsbezogene Elemente umzusetzen. Zu nennen sind soziale Risikofaktoren, Zusammenhang von Sucht mit geschlechtsspezifischen psychischen Problemen und körperliche Risikofaktoren.

Während in der frauenspezifischen Suchttherapie besonders die Themen Mehrfachbelastung, Unterdrückung und Gewalterfahrung, Sexualität, Verwirklichung eigener Bedürfnisse, Förderung von Selbstwert und Selbstsicherheit von Wichtigkeit sind, sollen bei Männern insbesondere die Aspekte der Probleme am Arbeitsplatz und des Umgangs mit Gewalt beachtet werden.

6.2.8 Suchtproblematik in verschiedenen Lebensphasen

Nach modernem Verständnis der Suchtvorbeugung und -entwicklung enthalten verschiedene Lebensphasen besondere Risikomomente. Die Suchtprävention soll schon früh (im Kindergartenalter) ansetzen, aber auch die immer größer werdenden Probleme der älteren Mitbürger nicht mehr außer Acht lassen. Die Suchttherapie soll Schwerpunkte bei Suchtproblemen in Phasen des Lebensumbruchs (Pubertät, Klimakterium, Pensionierungsalter) setzen. Die notwendigen Erkenntnisse sollen sowohl in primär- und sekundärpräventive Programme als auch in die medizinische Behandlung und Psychotherapie von Süchtigen eingebaut werden.

6.3 Substitution

6.3.1 Qualitätsoptimierung

Die seit 1987 gesammelten Erfahrungen mit der Substitutionstherapie bestätigen die in den internationalen Standards festgelegten Erkenntnisse, dass Behandlungsprogramme mit Ersatzmitteln nur dann Vorteile bringen, wenn sie professionell geführt, klar strukturiert, multidisziplinär angelegt und gut kontrolliert sind. Da das Vorarlberger Modell dezentral angelegt ist und auf gute Kooperation zwischen verschreibenden Ärzten, amtsärztlichen Diensten, Apotheken und Drogenberatungsstellen angewiesen ist, sind klare Zuständigkeiten und gute Koordination erforderlich.

Folgende Verbesserungsmöglichkeiten werden angestrebt:

- Zentrale Erfassung aller Substituierten, um Mehrfachbezüge zu vermeiden, Kontraindikationen zu beachten und wissenschaftliche Evaluationen zu ermöglichen.
- Die ärztliche Verschreibung soll durch mehrere Fachärzte und kompetente Allgemeinmediziner pro Bezirk gesichert werden.
- Die internationalen Richtlinien zum Verhältnis von verschreibendem/betreuendem Arzt zur Zahl der Klienten sollen angestrebt und Fortbildungen für interessierte Ärzte systematisch durchgeführt werden.
- Da der Erfolg von Substitutionsprogrammen ganz entscheidend von der psychosozialen Betreuung abhängt, soll diese intensiviert und möglichst optimal koordiniert werden.
- Die Kooperation aller Systempartner wird über Region- bzw. Bezirkskonferenzen und regelmäßige Fortbildungs- und Evaluationsveranstaltungen optimiert.
- „Inoffizielle“ Substitutionsbehandlungen, also ärztliche Versorgung von Süchtigen mit morphinhaltigen Substanzen und anderen suchtpotenten Medikamenten, außerhalb des offiziellen Landesprogramms sollen vermieden werden.

6.3.2 Spezielle Projekte

Die große Zahl an Substitutionsbehandlungen, welche Folge der breiteren Indikationsstellung ist, erfordert verschiedene ergänzende Projekte. Im Sinne einer vermehr-

ten Regionalisierung und einer der Integration dienenden Versorgung von Substituierten vor Ort sollen Substitutionsbehandlungen auch durch frei praktizierende Allgemeinmediziner möglich sein. Durch enge Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie bleibt der Qualitätsstandard gewahrt.

Für die kleine Gruppe, welche einer langzeitlichen Substitutionsbehandlung mit noch nicht absehbarem Ende und vornehmlicher Ausrichtung auf Schadensminimierung bedarf, sollen spezielle, klar definierte und gut abgegrenzte Substitutionsprojekte eingeführt werden. Diese über den niederschweligen Bereich abzuwickelnden Programme erfassen nur schwer geschädigte, im Suchtprozess weit fortgeschrittene Patienten und arbeiten mit besonderen Sicherungsmaßnahmen, wie zB ausschließlicher Verabreichung unter Sichtkontrolle und Beschränkung auf Substitutionsmittel, die keinen zweckentfremdenden Gebrauch zulassen.

6.4 Rehabilitation

6.4.1 Projekt „Reha sofort“

Ähnlich wie beim Projekt „Therapie sofort“ soll bei Drogenkonsumenten mit überwiegend sozialen Schädigungen die Rehabilitation möglichst früh einsetzen. Dies gilt für alle Personen, die mit dem Vorarlberger Drogenhilfesystem in Kontakt kommen, insbesondere aber für die problematische Gruppe der inhaftierten Drogensüchtigen. Bereits während der Zeit der Untersuchungshaft sollen über den Sozialdienst der Justizanstalten, die Anstaltsärzte und Psychologen Kontakte mit den Drogenberatungsstellen hergestellt werden. Jeder Inhaftierte mit Drogenproblemen soll nicht nur Gelegenheit zu ersten therapeutischen Schritten, Teilnahme an „Drogengruppen“ usw erhalten, sondern einen eigenen Berater als Ansprechpartner für Suchtfragen zur Verfügung haben. Da viele Süchtige schon vor der Inhaftierung in Betreuung gestanden sind, können diese Ressourcen durch klare Regelung der Zuständigkeit genutzt werden. Da bei Drogenkonsumenten nach der Inhaftierung die Bereitschaft zur Lösung des Drogenproblems besonders groß ist, gilt es, die Rehabilitation sofort zu planen und erste Schritte noch während der Zeit der Untersuchungshaft einzuleiten. Gemäß dem holländischen Modell sollte der erste Tag der Haft auch der erste Schritt zur Therapie und Rehabilitation sein. Durch klare Zielsetzungen und gut geplante Rehabilitationsschritte werden die (beschränkten) therapeutisch-

rehabilitativen Möglichkeiten in den Justizanstalten genützt, unnötige Wartezeiten in Haft verkürzt und Sekundärschäden vermieden. Die Frage der Fallführung ist innerhalb des Sozialdienstes der Justizanstalten, der Bewährungshilfe und der Drogenberatung in der Form zu klären, dass jedem Häftling mit Drogenproblemen die Angebotspalette des Vorarlberger Drogenhilfesystems zur Verfügung steht.

6.4.2 Einrichtung von polyvalenten Beratungs- und Rehabilitationsstellen

In den Bezirksstädten Bregenz, Dornbirn, Feldkirch und Bludenz sind jeweils zwei Drogenberatungs- bzw. Anlaufstellen eingerichtet. Da mit diesem Angebot zwar die dicht bewohnten Gebiete versorgt sind, jedoch die Talschaften und abgelegeneren Regionen, in denen das Drogenproblem an Bedeutung gewinnt, nicht erreicht werden können, sollen dort bestehende Sozialeinrichtungen auch für Fragen des Suchtmittelmissbrauchs Kompetenz aufweisen. Die diversen Stellen der Caritas, des Institutes für Sozialdienste oder des Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin können unter ihren mannigfachen Aufgaben in ländlichen Gegenden innerhalb ihres Angebots auch den immer wichtigeren Bereich in der Drogenberatung übernehmen.

Besonders den auf die Betreuung von Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- und Ess-/Breachstörungen spezialisierten Stellen des Sozialmedizinischen Dienstes der Caritas kommt hier große Bedeutung zu.

6.4.3 Wohn- und Arbeitsprojekte für Substituierte

Bei einem Teil der Langzeitsubstituierten sind zusätzliche Therapie- und Betreuungsmaßnahmen außerhalb des Rahmens der abstinenzorientierten Drogenbehandlung erforderlich. Etwa 70% der Substituierten weisen comorbide psychische Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, schwere Neurosen, drogeninduzierte und -assoziierte Psychosen und Persönlichkeitsstörungen auf. Neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sind bei einem Teil dieser Gruppe sozio-rehabilitative Maßnahmen wie Arbeits- und Belastungstraining oder Erlernen von sozialer Kompetenz erforderlich. Projekte, welche sich mit der Reintegration dieser besonders schwierigen Gruppe im Arbeits- und Wohnbereich befassen, werden gefördert.

Dazu gehören das „Waldprojekt“ der Drogenanlaufstelle „HIOB“ und Plätze in der Therapeutischen Gemeinschaft „Senobio“ in Schnifis.

6.4.4 Chronisch-mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA)

Suchtkrankheiten sind in vielen Fällen mit anderen psychischen Störungen, welche ursächlich oder als Folgen eine Rolle spielen können, assoziiert. Als primäre Störungen werden neurotische Entwicklungen, Persönlichkeitsabweichungen, Depressionen, psychosomatische Störungen und Angstkrankheiten gesehen. Unter den Folgesymptomen sind vor allem reaktive Depressionen, Wesensänderungen und drogeninduzierte Psychosen von Bedeutung. Besonders innerhalb der Gruppe der sogenannten „chronisch-mehrfach beeinträchtigten Abhängigen“ (CMA) sind Personen anzutreffen, bei welchen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit im Verlauf von mehreren Jahren in der Regel zu einer Vielfalt körperlicher psychischer und sozialer Folgen führen. Der Umfang dieser Suchtgruppe wird auf 0,5% der Bevölkerung geschätzt. Daraus ergeben sich einerseits Anforderungen an das Versorgungssystem, andererseits an die Mitarbeiter in den Diensten.

Es ist erforderlich, dass gerade in dieser Zeit spezielle Ausbildungen durchgeführt und das bestehende Hilffsystem einschließlich der Wohngemeinschaften Kompetenz für die Betreuung dieses schwierigsten Kreises von Drogensüchtigen erhält.

6.4.5 Älter gewordene Drogensüchtige

Verschiedene Untersuchungen belegen, dass etwa 20- bis 30% der in jungen Jahren Drogenprobleme aufweisenden Personen auch nach dem 40. Lebensjahr noch Suchtprobleme haben, dass also der Suchtprozess chronifiziert und mit zunehmender Dauer zusätzliche Probleme verursacht. Diese Personengruppe weist neben der fortgeschrittenen, fixierten Süchtigkeit oft zusätzliche Komplikationen wie Wesensänderungen, chronische oder irreversible körperliche Krankheiten (Hepatitis) und soziale Probleme auf. Bei etwa 10- bis 20% der ehemals Drogensüchtigen kommt es zu einer Suchtmittelverschiebung auf legale Substanzen, also auf Alkohol und Medikamente.

Die vermehrte Einbeziehung dieser Personengruppe in die Suchtkrankenhilfe setzt eine enge Zusammenarbeit mit sozialpsychiatrischen Diensten, mit der Hauskrankenpflege, den Mobilien Hilfsdiensten, praktischen Ärzten, Alters- und Pflegeheimen und dem Arbeitsmarktservice voraus. Die besondere Situation von älteren Süchtigen erfordert spezielle Maßnahmen, in welche alle in der Altersbetreuung tätigen Berufsgruppen und auch Angehörige einbezogen werden sollen.

6.5 Bildungsoffensive im Suchtbereich

6.5.1 Informationsoffensive

Obwohl sich, wie aus einer Telefonumfrage des Instituts für Suchtforschung hervorgeht, ein Großteil der Vorarlberger Bevölkerung gut bzw. ausreichend über das Drogenproblem informiert zeigt, ist es wichtig, in diesem Bereich vermehrt tätig zu werden. Unter dem Motto „Wissen ist der erste Schritt zum Verstehen“ sollen spezielle Zielgruppen vom Discobesitzer bis zum Pflegedienst in der Krankenhausambulanz angesprochen werden. Der in den letzten Jahren spürbar gewordene Trend weg von der emotionalen, hin zu einer fachlichen und sachlichen Auseinandersetzung mit der Drogenproblematik, soll verstärkt und genützt werden, um Gelegenheit für differenzierte Diskussionen zu bieten. Neben Literaturservice und Drogenfrühwarnsystem, die bereits jetzt einen fixen Bestandteil im Bereich Informations- und Wissensvermittlung darstellen, soll auch der Bereich Medien und Medienberichterstattung vermehrt genutzt werden, um positive Strömungen zu verstärken.

6.5.2 Suchtspezifische Weiterbildung

In einer immer schneller werdenden Zeit, in der auch die Drogenszene einem immer rascheren Wandel unterworfen ist, ist es unerlässlich, durch laufende Fort- und Weiterbildungen die mit Drogenfragen befassten Personen „up to date“ zu halten.

6.5.2.1 Mitarbeiter des Drogenhilfesystems

Für Mitarbeiter in den Suchteinrichtungen, die durch ihre tägliche Arbeit „den Finger am Puls der Drogenszene“ haben und damit ihren Fokus auf ein ganz spezielles Segment gerichtet haben, ist es wichtig, den Blick fürs Ganze zu behalten. Weiterbildungen, die einerseits den Erfahrungsaustausch mit anderen Drogenarbeitern ermöglichen und andererseits einen Überblick über nationale und internationale Entwicklungen bieten, können hier einen wertvollen Beitrag leisten.

Diese Fortbildungen sind mit ein Garant dafür, dass Mitarbeiter und somit in weiterer Folge die Einrichtungen flexibel bleiben und drogenszenenspezifische Entwicklungen mit durchlaufen können. Aufgrund der Belastungen, die aus der täglichen Arbeit resultieren, sollte Team- und Einzelsupervision sowie Selbsterfahrung weiterhin ein fixer Bestandteil der Mitarbeiterqualifikation sein.

6.5.2.2 Pädagogische Berufe

Aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre, die gezeigt haben, dass Jugendliche immer früher psychoaktive Substanzen gebrauchen, bietet die Schule eine einzigartige Möglichkeit, Jugendliche eines Jahrgangs flächendeckend zu erreichen. Um hier nützliche primär- und sekundärpräventive Aktivitäten als fixen Bestandteil des Lehrplans zu etablieren, ist es wichtig, Pädagogen entsprechend auszubilden und zu schulen. Hier gibt es über das Projekt „SCHILF“ (Schul-Interne-Lehrer-Fortbildung) ausbaufähige, positive Ansätze.

6.5.2.3 Psychotherapeuten

Die traditionelle Kluft zwischen Psychotherapie und Suchtbehandlung soll in Vorarlberg, wo eine hohe Zahl von Psychotherapeuten zur Verfügung steht, geschlossen werden. Eine österreichweit durchgeführte Untersuchung zu Ausbildungsstand und Kompetenz der Psychotherapeuten im Suchtbereich beweist, dass viele psychotherapeutische Schulen das Thema „Sucht“ kaum oder zu wenig berücksichtigen und eine Mehrzahl der Psychotherapeuten sich trotz Interesses nicht in der Lage sieht, Suchtpatienten zu behandeln.

Intensive Informationen, gezielte Weiterbildungsveranstaltungen und zusätzliche Aus- und Weiterbildungsseminare sollen die Kompetenz der Psychotherapeuten für Suchtbehandlung verbessern und gezielte Suchtpsychotherapie auf breiter Basis gewährleisten.

6.5.2.4 Ärzte und medizinisches Fachpersonal

Den mit Fragen des Umgangs mit Süchtigen und der Erstbehandlung besonders konfrontierten Ärzten sollen in einer Zeit der vermehrten „Medizinalisierung der Sucht“ intensive Informationen und Weiterbildungsmöglichkeiten geboten werden. Angestrebt wird (gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) ein Additivfach „Suchtmedizin“.

Da besonders das Pflegepersonal in Ambulanzen, Not- und Aufnahmediensten, Intensiv- und Überwachungsstationen mit Drogensüchtigen – meist in Notfall- bzw. Krisensituationen – konfrontiert ist, kann über die gezielte Information und Schulung dieser Gruppe ein wichtiger Effekt bezüglich des richtigen Umgangs, der Beratung und Weitervermittlung erstellt werden. Die größer werdende Gruppe der Drogensüchtigen im medizinischen System erfordert einen Fortbildungsschwerpunkt für das ansonsten mit Fragen der Süchtigkeit wenig befasste Personal.

6.5.3 Wissenschaft und Forschung

Wissenschaft und Forschung dienen nicht nur dem Gewinn neuer, sicherer Erkenntnisse, sondern auch der Qualitätssicherung und dem Vergleich mit internationalen Standards. Forschungsprojekte sollen deswegen mit internationalen Zentren abgestimmt sein, in hohem Ausmaß aber regional interessierende Fragestellungen berücksichtigen. Schwerpunktmäßig sollen epidemiologische Daten, soziodemographische Entwicklungen, Konsumtrends, Wirksamkeitsüberprüfungen der verschiedenen präventiven und therapeutischen Maßnahmen, Vergleich der Rehabilitationskonzepte und Fragen der Gesetzgebung bearbeitet werden.

7 Richtlinien der Vorarlberger Drogenhilfe

7.1 Professionalität

Nachdem in der Aufbauphase des Drogenhilfesystems engagierte Laien, interessierte Personen mit anderen Ausbildungen und Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle gespielt und das Defizit an ausgebildeten Suchtfachleuten kompensiert haben, ist es nun erforderlich, die Professionalität der Mitarbeiter im Suchtbereich zu untermauern und die Fachkompetenz in allen Bereichen präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Drogenarbeit fortlaufend an die internationalen Standards anzupassen. Spezial- und Zusatzausbildung, Teilnahme auf nationalen und internationalen Seminaren und Kongressen sowie Nutzung moderner Informationsmethoden sollen dies ermöglichen. Regelmäßige Intervention und Supervision der Mitarbeiter der Vorarlberger Drogenhilfe soll ebenso gesichert sein wie ein Maßnahmenbündel gegen das gerade bei Drogentherapeuten und –beratern sich sehr häufig einstellende „Burnout-Syndrom“ (zB flexible Arbeitszeiten, Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung, Wechsel der Arbeitsschwerpunkte, Aufgabenteilung).

Spezifische Ausbildungskurse für Ärzte, die sich in der Substitutionstherapie engagieren, für Psychotherapeuten, welche die Behandlung von Suchtkranken übernehmen und für Sozialarbeiter, welche eine Zusatzausbildung zum „Suchtberater“ absolvieren, werden unterstützt.

7.2 Leichte Zugänglichkeit

Im Drogenbereich, in welchem der Süchtige dort, wo er gerade steht, abgeholt werden soll, sind sämtliche Zugangsschwellen und –barrieren zu vermeiden. Sowohl im Bereich der Prävention, insbesondere der mobilen Intervention, aber auch der Therapie und Rehabilitation soll jeder, der Unterstützung oder Hilfe in Suchtfragen will, rasch und unbürokratisch versorgt werden. „Bring-Strukturen“ sind gegenüber „Komm-Strukturen“ auf allen Linien zu favorisieren. Für die Verwirklichung der neuen Projekte „Sekundärprävention“, „Therapie sofort“ und „Rehabilitation sofort“ ist die leichte Zugänglichkeit ebenso unabdingbare Voraussetzung wie für den gesamten Bereich der niederschweligen Drogenarbeit bzw der tertiären Suchtprävention.

7.3 Flexibilität

Die rasche Änderung der Drogenszene, der Konsummuster und –motive, der drogenbedingten Störungen usw erfordert ein flexibel reagierendes Hilfesystem. Trends der Drogenentwicklung werden durch die Frühwarnsysteme und die Erfahrungen von Seiten der Klienten angezeigt. In Zusammenarbeit mit der Kripo, den übrigen Behandlungseinrichtungen und den nationalen und internationalen Drogenbeobachtungsstellen wird der hinkünftige Bedarf früh ersichtlich. Entsprechende Schwerpunktverlagerungen in den Präventions- und Betreuungsaktivitäten sollen unbürokratisch und möglichst kostenneutral vorgenommen werden.

7.4 Sensibilität

Das ganze Drogenhilfesystem soll gegenüber neuen Entwicklungen im Drogenbereich sehr sensibel sein, um rasch und adäquat reagieren zu können. Möglichkeiten der Sensibilisierung ergeben sich durch Auswertungen der Patientenangaben über bevorzugte bzw neue Drogen, über Konsumtrends und Änderungen in den Handelsstrukturen, ferner aus Gesprächen mit den Mitarbeitern anderer Einrichtungen. Wichtige Informationen sind über das Drogenfrühwarnsystem und über die Mitteilungen des ÖBIG und der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle zu erhalten. Da Drogenkonsum immer eng mit dem jeweiligen Zeitgeist bzw mit modischen Trends verbunden ist, gilt es für alle Mitarbeiter im Drogenbereich, hier stets am Puls der Zeit zu sein. Tagungen, wissenschaftliche Kongresse und Informationen über Fachliteratur und Internet sind weitere wichtige Sensibilisierungsfaktoren.

7.5 Koordination und Kooperation

Neben der individuellen Fallführung sind weitere Instrumente der Koordination im Bereich der Drogenprävention, -therapie und –rehabilitation erforderlich. Neben regionalen Fall- und Substitutionskonferenzen, Besprechungen zu primär- und sekundärpräventiven Projekten soll ein landesweites Drogenforum, basierend auf dem Forum „Vorarlberger Drogenhilfe“ institutionalisiert werden, welches die horizontale Vernetzung zwischen Gesundheitsbereich und anderen mit Drogen befassten Insti-

tutionen, insbesondere Gericht, Justiz, Gendarmerie usw zum Ziel hat. Dieses Forum soll die Möglichkeit zum fachlichen Austausch innerhalb der Mitarbeiter der Vorarlberger Drogenhilfe geben, dies vor allem unter dem Stichwort „Innovation“. Des weiteren soll das Forum die Schnittstelle zwischen Erfahrungs- und Wissensschatz in der praktischen Drogenarbeit und politischen Entscheidungsträgern darstellen. Eine weitere koordinative Einrichtung soll in Form eines „Trendforums“ etabliert werden. Darin sind je ein Vertreter von Kontakt- und Anlaufstellen, Beratungs- und Therapiestellen, stationären Drogen-Therapieeinrichtungen, Suchtprävention, Polizei, Justiz und Politik. Dieses Trendforum wird vom Drogenkoordinator einberufen und geleitet. Inhaltlich beschäftigt sich das Forum mit aktuellen Entwicklungen, Trends und mutmaßlichen Betreuungsnotwendigkeiten im Drogenbereich.

7.6 Individuelle Fallführung

Bei Menschen mit Drogenproblemen sind vielfältige Betreuungsmaßnahmen sozialer, psychotherapeutischer und medizinischer Natur erforderlich. Innerhalb des sehr differenzierten Vorarlberger Drogenhilfesystems haben sich bei den einzelnen Einrichtungen Arbeitsschwerpunkte und Spezialgebiete herausgebildet, die von unterschiedlichen Klienten in unterschiedlicher Häufigkeit in Anspruch genommen werden. Da innerhalb des chronischen, langzeitverlaufenden Suchtprozesses diverse Hilfsmaßnahmen erforderlich werden, ist es von Wichtigkeit, dass es innerhalb des Hilfesystems eine klare Aufgaben- und Kompetenzverteilung gibt und die einzelnen Maßnahmen möglichst effizient und koordiniert dem Klienten zugute kommen. Um dieses Prinzip zu verwirklichen, ist es von Nöten, dass eine dieser Hilfseinrichtungen die sogenannte „Fallführung“ übernimmt. Diese Einrichtung formuliert mit dem Klienten die anzustrebenden Therapie- und Rehabilitationsziele, übernimmt selbst einen Teil der Betreuung, stimmt die zur Anwendung kommenden Maßnahmen ab und koordiniert sämtliche therapeutischen und rehabilitativen Aktivitäten. Zur Fallführung gehören neben der Koordinierung der Zuständigkeiten auch insbesondere die Abklärung der Finanzierung für die einzelnen Maßnahmen. Individuelle Fallführung lässt durchaus Übergaben an andere Einrichtungen zu, welche dann allerdings abgesprochen und genau geklärt sein sollen.

7.7 Festlegung von Sollbestimmungen

Neben der Bestandsaufnahme der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Versorgungs- und Rehabilitationsstrukturen des Drogenhilfesystems, welche einen bedeutenden Bestandteil des Drogenkonzeptes darstellt und wesentliche Voraussetzung hinkünftigen Handlungsbedarfes bildet, sollen für die Weiterentwicklung des Drogenhilfssystems Sollbestimmungen erarbeitet werden. Da die Akteure der verschiedenen Versorgungssektoren des Drogenhilfssystems auch durch unterschiedliche Interessen, Traditionen und Arbeitsweisen ausgewiesen sind, müssen aber neben den konkreten Einzelinteressen Konsens und Koordination über das gemeinsame Ziel der verschiedenen Beteiligten gegeben sein.

Die Erarbeitung von Sollbestimmungen werden im Drogenkonzept in groben Zügen und für einen Zeitraum von zirka zehn Jahren festgelegt, wobei Vertreter der Leistungsträger und –erbringer sowie der Betroffenen (zB Selbsthilfe) in den Meinungsbildungsprozess ebenso einbezogen wurden wie die diversen Ämter, Behörden und sonstigen Institutionen.

7.8 Zielorientierter Einsatz von Steuerungsmitteln

Beim zielorientierten Einsatz von Steuerungsmitteln, auf die das Drogenkonzept im Einzelnen nicht eingeht, soll bedacht werden, dass die Reichweite von Steuerung über Verordnungen, Förderrichtlinien oder finanzielle Mittel mit Blick auf die Versorgung suchtgefährdeter und –kranker Menschen begrenzt ist und Steuerung in erster Linie als ein Abstimmungsprozess zwischen den verschiedenen Beteiligten, insbesondere dem Drogenhilfesystem und dem Amt der Vorarlberger Landesregierung, zu organisieren ist.

7.9 Statistik und Dokumentation

Die regelmäßige Auswertung von statistischen Daten über die Art und Tätigkeit ambulanter und stationärer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ermöglicht eine Analyse der Versorgungsstruktur und eventuell vorhandener Mängel, der Klientencharakteristika und Drogengebrauchsmuster sowie der im Bezugsjahr erzielten Ergebnisse.

Daraus können Trendanalysen über langfristige Veränderungen abgeleitet werden, welche als Grundlage für die Verbesserung einzelner Aspekte der Struktur und Qualität präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Einrichtungen sowie als Grundlage für die Planung von neuen Projekten und Modellprogrammen dienen.

Die Vorarlberger Bemühungen zielen auf eine integrierte Lösung administrativer Aufgaben und statistischer Erhebungen, insbesondere in den ambulanten Einrichtungen ab. Neben der Bedeutung von Dokumentation für das Qualitätsmanagement stellen Daten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen wichtige klinisch-epidemiologische Basisinformationen zur Verfügung. Angestrebt wird über das Institut für Suchtforschung eine Zusammenarbeit mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon, welche auf diesem Gebiet Initiativen zur Harmonisierung der Erhebungen in den Mitgliedsländern der EU begonnen hat. Der inzwischen veröffentlichte Europäische Kerndatensatz (TDI Treatment-Demand-Indicator) von der EBDD (2000), welcher die besondere Bedeutung der erhobenen Daten für epidemiologische Fragestellungen, für Versorgungsforschung und gesundheitspolitische Planungen berücksichtigt, kann dabei als Grundlage dienen.

Die Datenerhebungen bei der Beratungs-/Therapieaufnahme sollten folgende Punkte erfassen: Soziodemographische Angaben, Arbeitssituation und Einkommen, familiäre Situation und persönliche Beziehungen, psychische Situation, gesundheitliche Situation, rechtliche Situation, Vorbehandlung, Art und Menge der konsumierten psychoaktiven Substanzen, ICD-Diagnosen. Am Ende der Beratung/Therapie sollten Angaben zum Behandlungsende, über den Gebrauch psychoaktiver Substanzen während der Behandlung, zu Arbeitssituation, Einkommen, familiäre Situation/Partnerschaft, psychischer und gesundheitlicher Situation, rechtlicher Situation gemacht werden. Die Einhaltung des Datenschutzgesetzes ist bei jeder Untersuchung und Dokumentation unabdingbar. Da fast alle im gegebenen Zusammenhang zu erhebenden Daten personenbezogen sind, muss ihre Sammlung, Speicherung und Verwertung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen erfolgen.

7.10 Qualitätssicherung und Evaluation

Bei der Berichterstattung sind Bemühungen zu verstärken, die Dokumentation von Klienten, Struktur- und Leistungsdaten zu verbessern und mit der Abteilung Gesellschaft und Soziales des Amtes der Vorarlberger Landesregierung sowie in Teilbereichen auch mit jenen der zuständigen Ministerien zu koordinieren. Es werden einheitliche Standards zur Datenerhebung, -verarbeitung und -interpretation angestrebt, welche den Besonderheiten der einzelnen Stellen durch spezifische Module Rechnung tragen. Damit werden schrittweise die Voraussetzungen für die Evaluation verbessert. Steuerungsgrundlage ist eine fortlaufende Überprüfung von Versorgungsstrukturen und -leistungen im Rahmen einer Berichterstattung, welche kontinuierlich zu diskutieren und an die Öffentlichkeit und die politischen Entscheidungsträger zurückzukoppeln ist.

Das Land Vorarlberg legt bei Dokumentation, Evaluation und wissenschaftlicher Auswertung größten Wert auf praktikable Handhabung der Erhebungsinstrumente (kein unnötiger Zeitaufwand, keine Schaffung von „Datenfriedhöfen“) und insbesondere auf strenge Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Alle Maßnahmen sollen im Konsens mit den Systempartnern umgesetzt werden, wobei das Land die Aufgabe hat, geeignete Erhebungsinstrumente und -anleitungen zu liefern.

Exkurs: Cannabisfrage

In der umstrittenen Frage zum gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis trägt Vorarlberg einerseits dem Umstand Rechnung, dass Cannabinoide nicht nur nach den internationalen Konventionen und medizinischen Klassifikationen als Suchtmittel klassifiziert sind und wegen ihrer berauschenden Wirkung eindeutig als Droge mit all ihren Gefahren zu werten sind, dass aber andererseits die weite Verbreitung der Substanz und die heterogene Gruppe der Missbraucher eine sehr differenzierte Betrachtungs- und Vorgehensweise bezüglich der justiziellen Reaktionen erforderlich macht. Sofern durch präventive Maßnahmen Probiererfahrungen und Gelegenheitskonsum nicht vermieden werden kann, sollen Übergänge in Gewöhnung und Abhängigkeit durch sekundär-präventive Schritte an Projekte, die in den nächsten

Jahren gezielt zu fördern sind, verhindert werden. Das Land Vorarlberg bekennt sich bei Cannabiskonsum zu adäquaten Reaktionen, die den Konsum weder verharmlosen noch fördern, gleichzeitig aber zusätzliche Belastungen und Stigmatisierungen durch unangebrachte Sanktionen vermeiden. Das von Seiten der Strafverfolgungs- bzw Anklagebehörde defacto schon angewendete Prinzip der Opportunität soll bei klarer Haltung gegenüber den unumstrittenen Gefahren des Cannabissmissbrauchs gefördert werden.

Wie bei allen sogenannten „weichen“ Drogen kommt auch bei Cannabis neben verstärkten Bemühungen der Primärprävention der Sekundärprophylaxe mit dem Ziel einer gesunden, suchtmittelfreien Lebensgestaltung und der Verhinderung weiteren schädlichen Gebrauchs enorme Bedeutung zu.

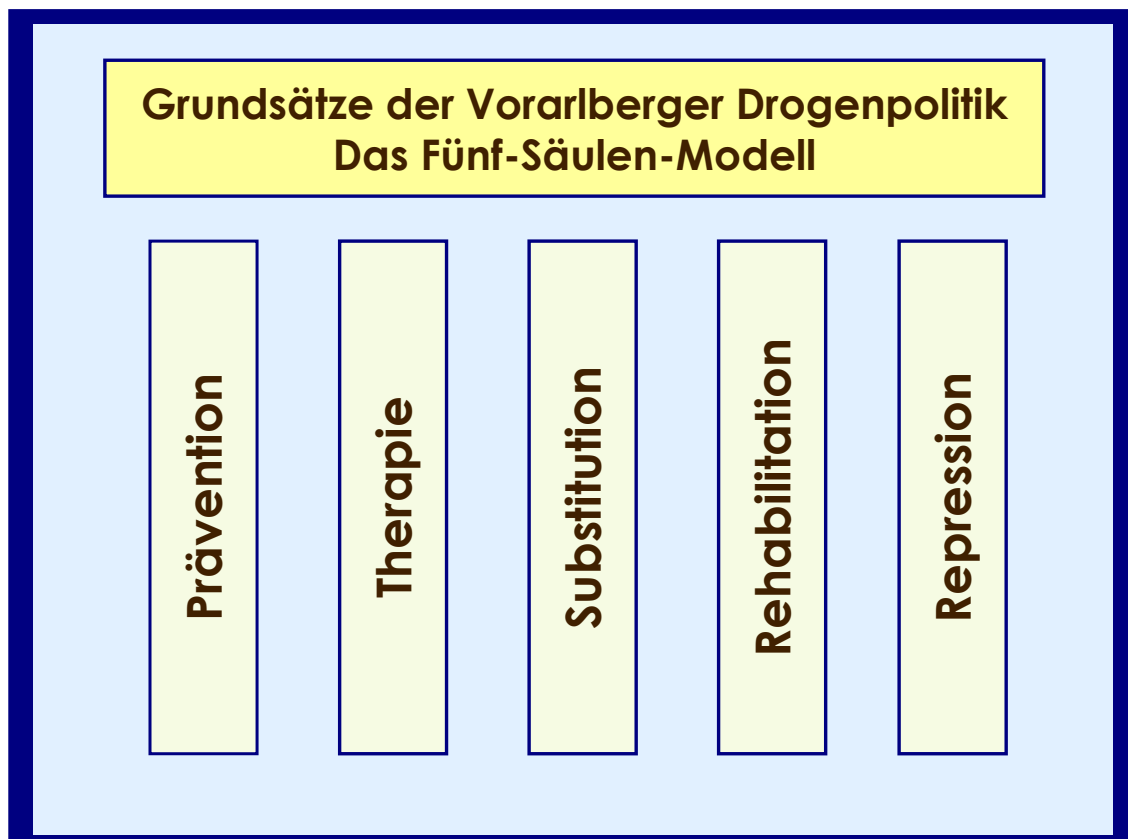
Darüber hinaus gilt es gerade in Vorarlberg, das stark von der Liberalisierungsdiskussion in der Schweiz beeinflusst wird, einen gesellschaftlichen Konsens bezüglich einer differenzierten, die Cannabisauswirkungen nicht unrealistisch darstellenden Betrachtungsweise zu erzielen. Geeignete Wege zur Erreichung dieses Ziels sind Informations- und Diskussionsveranstaltungen, Workshops, ständige Vermittlung des aktuellen Wissensstandes (Literaturservice), Treffen mit Experten anderer Länder, Kongresse und Enqueten mit Cannabisschwerpunkten sowie Teilnahme an nationalen und internationalen Forschungsprojekten sowie ständige Kontakte zu den Beobachtungs- und Kontrollstellen der Bundesministerien, der EU und der UNO.

8 Grundsätze der Vorarlberger Drogenpolitik

Das Land Vorarlberg ist bestrebt, weiterhin eine Drogenpolitik mit Augenmaß zu verwirklichen und unter Achtung der Würde und Autonomie des Menschen umfassende Hilfen zur Regulierung des Drogenproblems bereitzustellen. Sowohl extreme Verschärfungen im gesellschaftlichen und justiziellen Umgang mit Drogen und Drogensucht als auch Verharmlosungen von suchtpotenten Mitteln und fragwürdige drogenpolitische Experimente sind nicht zielführend. Da die Drogensucht als multifaktoriell bedingtes, aus individuellen Dispositionen, lebensgeschichtlichen Belastungen, psychodynamischen Fehlentwicklungen, ungünstigen Milieufaktoren und speziellen gesellschaftlichen Entwicklungen resultierendes Phänomen gesehen wird, wird in der Bekämpfung jede eindimensionale Vorgehensweise vermieden. Sowohl in der Prävention als auch in der Therapie und Rehabilitation wird deswegen ein breiter, kombinierter und modifizierbarer Ansatz verschiedener Methoden gewählt.

Abb. 11:

Die Säulen der Vorarlberger Drogenpolitik



Die Säulen der Vorarlberger Drogenpolitik bestehen in umfassender Prävention, in einem breit gefächerten Therapieangebot einschließlich der Substitution, in gezielter Rehabilitation und auch in repressiven Maßnahmen.

Die Ziele der gesamten Bemühungen münden im Bestreben, Angebot und Nachfrage von Drogen möglichst gering zu halten, bei Probiererfahrung und Missbrauch einen Übergang in Gewöhnung und Sucht zu vermeiden, bei konsumierenden Mitbürgern den Schaden möglichst gering zu halten und Hilfen beim Weg in ein autonomes Leben zu geben. Der Umgang mit psychotropen Substanzen soll selbstkritisch, eigenverantwortlich, in sozial verträglicher und nicht gesundheitsschädlicher Weise bei Beachtung der bestehenden Gesetze erfolgen.

Der in Vorarlberg seit Jahren verwurzelte präventive Ansatz soll ausgebaut und verstärkt werden, wobei insbesondere neue Ansätze im Bereich der Sekundärprävention intensiviert werden.

Die Primärprävention richtet sich an noch nicht konsumierende Personen, die noch keine Missbrauchs- und Suchtsymptomatik aufweisen. Zielgruppe der Primärprävention sind in erster Linie Kinder und Jugendliche. Die frühzeitige Intervention noch vor Auftreten von Risikofaktoren ist Angelegenheit der Primärprävention. Das Projekt „Kinder stark machen“ entspricht genau der Zielgruppe der Primärprävention. Sie richtet sich weniger an Erwachsene, da mit dem Eintritt in das Erwachsenenleben Drogenkonsumgewohnheiten meist schon stabil ausgebildet sind und sich nicht mehr gravierend verändern lassen. Primärprävention soll den Gebrauch vorbeugen.

Mit Sekundärprävention wird der Bereich der Suchtvorbeugung beschrieben, der auf die Beeinflussung bereits bestehenden Drogenkonsums abzielt. Vor allem soll die Entwicklung von riskantem zu missbräuchlichem Konsum und zu Abhängigkeit verhindert werden (Renn, 1990). Im Rahmen sekundärpräventiver Arbeit wird angestrebt, den Umschlagpunkt von Gebrauch zu Missbrauch bzw den Übergang von akutem zu chronischem Missbrauch zu verhindern (Silbereisen, 1995). Mit Hilfe von Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention versucht sekundäre Suchtprävention, problematischen Konsum zu identifizieren und negative Konsumkonsequenzen zu reduzieren (Windle, Shope & Bukstein, 1996). Zielpopulation sekundärer Prävention ist die Risikogruppe der gefährdeten Gebrauchenden (Dembach, 1992). Sie richtet sich an Jugendliche, die noch keine manifesten Krankheitssymptome aufweisen, jedoch für schädlichen Drogengebrauch „at risk“ sind (ein Risiko tragen).

Eine sekundärpräventive Herangehensweise setzt die Einschätzung voraus, dass nicht jede Form von Drogenkonsum riskant oder schädlich ist. In zahlreichen westlichen Industrienationen gehört Alkoholkonsum zu den Alltagsdrogen und es existieren sozial akzeptierte Formen des Gebrauchs. Diese Formen müssen ebenso wie andere Fähigkeiten durch Beobachtungen und Erfahrungen (auch von Fehlern) innerhalb des Jugendalters erlernt werden. Nicht die Fähigkeit zur Abstinenz, sondern zu sozial integrierbarem Konsum ist erforderlich (Pavis, Cunningham-Burley & Amos, 1997). Die Herausforderung der sekundären Prävention liegt in der Identifikation der Jugendlichen, die den harmlosen Konsumpfad verlassen haben und riskante Konsummuster habitualisieren. Anders als Missbrauch und Abhängigkeit lässt sich riskanter Konsum bei Jugendlichen noch nicht anhand körperlicher Symptome erkennen. Konsumierte Mengen und Häufigkeiten sowie begleitende Faktoren müssen in einem Zusammenhang betrachtet werden, um riskanten Konsum frühzeitig ermitteln zu können. Am Beginn sekundärer Prävention stehen folglich Maßnahmen zur Früherkennung, anhand derer Jugendliche mit selbstgefährdendem Konsumverhalten von den Jugendlichen mit experimentellem Konsum unterschieden werden können.

Tertiäre Prävention richtet sich vornehmlich an manifest abhängige Erwachsene. Die Beratungsstelle bietet eine umfassende Begleitung von der Motivationsarbeit hin zu einer Behandlung der Suchterkrankung über Begleitung während des stationären Aufenthaltes bis hin zur Nachbetreuung. Klienten werden entsprechend der Schwere der Suchtproblematik meist langfristig betreut. Die Beziehung steht im Mittelpunkt der professionellen Intervention. Jugendliche Drogensüchtige, die mit sekundärpräventiven Maßnahmen nicht mehr aufgefangen werden können, werden in das bestehende, hauptsächlich auf junge Erwachsene (zB Lukasfeld) und Erwachsene (Carina, Maria Ebene) ausgerichtete ambulante und stationäre Hilfesystem integriert. Schwerpunkt der Tertiärprävention ist die harm-reduction, während in der Sekundärprävention Ausstieg aus dem Konsum Thema ist.

Ein wesentliches Ziel der Vorarlberger Drogenpolitik besteht im Aufbau eines differenzierten, innovativen Therapieangebots für alle Menschen, welche Probleme mit Drogen haben und therapeutische Hilfe suchen. Einem biopsychosozialen Suchtmodell folgend, soll das therapeutische Spektrum alle Formen der modernen medizinischen Therapie einschließlich gestützter Entgiftung und Einsatz von Anticra-

vingssubstanzen und Substitutionsmitteln, des breiten Angebots und der großen Möglichkeiten der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und der diversen Möglichkeiten der Rehabilitationsbehandlung und der modernen Sozialpädagogik enthalten. Die therapeutischen Möglichkeiten sollen durch Kontakte mit nationalen und internationalen Therapieeinrichtungen auf dem neuesten Stand gehalten werden und möglichst individuelle „therapeutische Menüs“ zulassen.

Der Zugang zum therapeutischen Angebot soll unkompliziert und unbürokratisch sein und flexibel zur Verfügung stehen. Mit dem therapeutischen und rehabilitativen Angebot soll der Drogensüchtige dort abgeholt werden, wo er gerade steht. Von Anfang an sollen die Selbstheilungskräfte aktiviert und die Verantwortung für den eigenen Heilungsprozess vom Süchtigen wahrgenommen werden.

Je nach Schwere der Sucht, der Suchtfolgen und der der Sucht zugrunde liegenden Störungen sollen ambulante oder stationäre Therapieangebote zur Anwendung kommen. Verfolgt werden dabei jene Richtlinien, wie sie sich bei der Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen in den letzten drei Jahren bewährt haben.

Abb 12 a:

Therapiemaßnahmen bei Drogenproblemen



Die therapeutischen Verfahren sollen adäquat (dh, nicht unter- und überdimensioniert), effektiv und individuell angepasst sein. Konstruktiver Leidensdruck, auch über justizielle Weisungen, wird keinesfalls als Therapiehindernis betrachtet.

Abb 12 b:

Therapiemaßnahmen bei Drogenproblemen

Therapiemaßnahmen bei Drogenproblemen (2)

Stationäre Langzeittherapie:	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrjährige Polytoxikomanie • Längerdauernde Opiatabhängigkeit • Schwere Persönlichkeitsstörung • Wesensänderung • Soziale Desintegration
Substitutions- Therapie:	<ul style="list-style-type: none"> • Langjährige Opiatabhängigkeit mit gescheiterten Therapieversuchen • HIV • Kriterien gemäß Erlass

Im stationären Bereich sollen genügend Entgiftungs-, Entzugs- und Krisenbetten zur Verfügung stehen. Die Umsetzung des Prinzips „Therapie sofort“ setzt insbesondere die Einrichtung von sechs Entzugsbetten am LKH Rankweil voraus, wie dies im Psychiatriekonzept vorgesehen ist.

Die Zahl von Kurz- und Langzeittherapie-Betten auf den Therapiestationen Lukasfeld (16) und Carina (15) soll trotz geänderter und flexibler therapeutischer Konzepte beibehalten werden, wobei je nach Entwicklung der Drogensituation bei Beibehal-

tung der bewährten Therapiegrundsätze stete Modifizierungen (zB Therapieangebote für Stimulanzienmissbraucher mit geringem Leidensdruck, für Patienten mit Mehrfachschädigungen bzw comorbiden Störungen, für ältere Süchtige usw) möglich sein müssen.

Im nicht-stationären Bereich soll insbesondere die Suchtmedizin als neue Unterdisziplin der Psychiatrie bzw der Allgemeinmedizin gefördert und über eigene Ausbildungs- und Zertifizierungsmöglichkeiten umgesetzt werden.

Weiters ist es ein großes Anliegen der Vorarlberger Landesregierung, das große Angebot an nicht-stationärer Psychotherapie vermehrt für die Gruppe der Süchtigen zu öffnen. Die diversen psychotherapeutischen Methoden, welche Sucht durchwegs als „Epiphänomen“, als Abwehrmechanismus oder problematische Coping-Strategien interpretieren, zielen insbesondere auf die zugrunde liegenden psychischen und psychosozialen Störungen ab und erfassen den (süchtigen) Menschen in seiner Ganzheit.

Neben speziellen medizinischen und psychotherapeutischen Angeboten soll in allen Bereichen des Drogenhilfesystems eine therapeutische Grundhaltung vorherrschen.

Das Land Vorarlberg bekennt sich zur Substitutionstherapie, welche nach heutigen Kenntnissen ausschließlich bei der Gruppe der Opiatabhängigen zur Anwendung zu bringen ist. Innerhalb der bestehenden gesetzlichen Richtlinien und Verordnungen hat das Land Vorarlberg ein eigenes, dezentrales Modell verwirklicht, in welchem der Zusammenarbeit zwischen verordnendem Arzt, Amtsarzt, psychosozialer Betreuungsstelle und abgebender Apotheke Priorität zukommt. Medizinische Grunduntersuchung, Indikationsstellung, Einstellung und Verschreibung soll in erster Linie über Fachärzte für Psychiatrie, aber auch (im Sinne der flächendeckenden, dezentralen Versorgung) über qualifizierte Allgemeinmediziner erfolgen.

Im Sinne der Qualitätsverbesserung und –sicherung sollen die internationalen Richtlinien zur Substitutionsbehandlung angestrebt und eingehalten werden, auch bezüglich des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Konkret wird angestrebt, dass jeder in das Substitutionsprogramm aufgenommene Klient sowohl (fach-)ärztlich als auch psychosozial betreut wird und dass die von einem Arzt betreuten Patienten die Anzahl von 20 bzw 40 nicht überschreitet.

Gemäß den Erkenntnissen der modernen Medizin soll die Substitution im Sinne des Diversifizierungsgedankens mit den wirksamsten, verträglichsten und gefahrenärmsten Substanzen erfolgen. Der Einsatz von retardierten Morphinen macht in den meisten Fällen die Einnahme in der Apotheke bzw unter Sichtkontrolle erforderlich. Um Weitergabe und illegalen Handel der Substitutionsmittel zu verhindern, sollen die Substanzen den Substituierten nur in begründeten Ausnahmefällen mitgegeben werden. Es ist besonders darauf zu achten, dass die Substitutionsmittel korrekt eingenommen werden.

Das dezentrale Modell setzt eine landeszentrale Registrierung der Substituierten und eine genaue Dokumentation voraus. Projekte der Qualitätssicherung und Evaluation sollen gerade im Substitutionsbereich regelmäßig zur Anwendung kommen.

Sofern es durch Drogenmissbrauch oder –abhängigkeit zu körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen gekommen ist, soll ein weiterer Schaden vermieden und Schritte zurück zu einem gesellschaftlich integrierten, menschenwürdigen und selbstbestimmten Leben mit aller Kraft gefördert werden. Die Rehabilitation Drogensüchtiger erfolgt nicht nur über die spezifischen Suchthilfeeinrichtungen, sondern –je nach Dominieren der Störung – auch in anderen Bereichen der Sozialpsychiatrie und der psychosozialen Wiedereingliederung, wobei die Gleichbehandlung von Menschen mit Suchtproblemen selbstverständlich sein soll. Neben den bewährten, auch in Hinkunft unverzichtbaren Einrichtungen sollen über das nun vorliegende Drogenkonzept sinnvolle Ergänzungen und Erweiterungen, so über die Schaffung von polyvalenten Beratungsstellen, über das Projekt „Reha sofort“ und über spezielle Schwerpunktaktionen für problematische Subgruppen (Substituierte, Mehrfachgeschädigte) verwirklicht werden. Sämtliche rehabilitative Bemühungen setzen auf die freiwillige Mitarbeit der Betroffenen, wobei vorausgehende Entzugsbehandlungen hilfreich, aber nicht in allen Fällen Voraussetzung sind. Rehabilitation von Süchtigen soll auch jene Personen erreichen, bei denen die Schwelle zur Abstinenz noch zu hoch bzw eine völlige Abstinenz mittelfristig nicht zu verwirklichen ist (zB Substitutionsklienten). Wie im Bereich der Therapie ist auch in jenem der Rehabilitation die Kooperation aller beteiligten Partner von Bedeutung. Über den Weg der „individuellen Fallführung“ werden Doppelbetreuungen vermieden und die Kräfte gebündelt.

Die Drogenrepression soll sich gemäß den internationalen und nationalen Richtlinien vornehmlich auf den Drogenhandel, die Bekämpfung von Drogenproduktions- und Vertriebsstrukturen und die Zerschlagung von Netzwerken beziehen. Durch repressive Maßnahmen soll das Angebot an illegalen Drogen möglichst gering gehalten und der gewinnbringende Drogenhandel verunmöglicht werden. Drogenrepression ist aber nicht isoliert zu sehen, sondern kann in Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Drogenpräventions- und Hilfesystems große Bedeutung im Sinne eines „konstruktiven Drucks“ auf den einzelnen beinhalten. Die Drogengesetze sollen im Sinne adäquater Reaktionen dazu dienen, weiteren Schaden für den einzelnen und die Gesellschaft zu vermeiden. Dies kann durch konsequente Umsetzung des Gedankens „Therapie statt Strafe“ und einer kreativen Auslegung des vorhandenen gesetzlichen Spielraums gewährleistet werden. Dazu ist wichtig, dass alle mit dem Drogenproblem befassten Institutionen und Personen gut kooperieren und ein regelmäßiger Meinungsaustausch zwischen den Beteiligten stattfindet.

Grundsätzliche Vorüberlegungen zur Planung und Steuerung der Suchtkrankenhilfe müssen sowohl die aus verwandten Aufgabenbereichen vorliegenden Erfahrungen als auch die hier bestehenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zielgerichtet untersuchen und detailliert berücksichtigen. Innerhalb der einzelnen Einrichtungen soll ein Basiskonsens zur Leitvorstellung der Bedarfsgerechtigkeit vorhandener und zu planender Hilfen sein:

- Spezifische Standards der kommunalen Hilfeplanung und –steuerung für Suchtgefährdete und –kranke sind anzustreben. Dazu können sozialplanerische Methoden und Erfahrungen aus anderen Versorgungsbereichen (zB Jugendhilfe, Altenhilfe, Psychiatrie) zu deren Entwicklung genutzt werden.
- Der konzeptionell durchdachte und gesteuerte Handlungsprozess auf politischer Ebene soll mit der fachlich fundierten Umsetzung der Verwaltungsebene korrespondieren. Planung und Steuerung erfordern den Einsatz personeller und materieller Ressourcen. Kostenerwägungen sollten dabei deutliche Einsparungseffekte durch Vermeidung von Reibungsverlusten (zB Betreuungsüberschneidungen, Chronifizierung) berücksichtigen.
- Um die Partizipation der verschiedenen Akteure nicht auf den Planungs- und Abstimmungsprozess im engeren Sinne zu begrenzen, sollten Planungsgruppen (zB Arbeitsgemeinschaft, Beirat) institutionalisiert werden. Die Qualität der Be-

ziehungen miteinander kooperierender und zum Teil auch konkurrierender Interessen und Institutionen soll geprüft werden.

- Die jeweiligen Planungsebenen und –verantwortungen sind zu klären, da die Bereitstellung von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen bzw –risiken oft die Grenzen einer systematischen, einheitlichen Planung und Steuerung überschreiten. Dabei kommt der Fallführung und den Kooperationsgesprächen große Bedeutung zu.
- Durch Einführung einer systematischen personenbezogenen Hilfeplanung, wie es das Drogenkonzept darstellt, wird die Erfassung des individuellen Hilfebedarfs optimiert. Die systematische Auswertung der institutionellen Konzepte und Tätigkeitsberichte soll auf der Ebene der Inanspruchnahme von Hilfen Hinweise für eine kontinuierliche Anpassung des Leistungsspektrums an den Bedarf liefern.

9 Zusammenfassung

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Rauschmitteln gehören zu den größten sozialmedizinischen, politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit. Während ein großer Teil unserer Bevölkerung mit Alkohol, psychotropen Medikamenten und illegalen Drogen zeitlebens keine Schwierigkeiten hat, kommt es bei zirka zehn Prozent der Bevölkerung zumindest vorübergehend zu problematischem Konsum und bei etwa drei bis vier Prozent zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung im medizinischen Sinne (life-time-Prävalenz). Neben den bei uns am weitesten verbreiteten (legalen) Genuss- und Suchtmitteln Alkohol und Nikotin haben in den letzten vier Jahrzehnten illegale Drogen aus der Gruppe der Opiate, Kokainderivate, Cannabinoide und Halluzinogene seit Mitte der 90er Jahre vor allem auch medikamentöse Drogen und Stimulanzien besonders unter den jungen Mitbürgern Verbreitung gefunden. Der vermehrte Missbrauch hat bei einer hohen Zahl von Personen Schädigungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich hervorgerufen, wodurch der Betreuungsbedarf für drogenbedingte Probleme stark gestiegen ist.

Das Land Vorarlberg hat sich in früheren Drogenkonzepten zum Ziel gesetzt, Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit durch präventive Maßnahmen möglichst weitgehend einzudämmen, behandlungsbedürftigen und –willigen Konsumenten ein breit gefächertes Therapieangebot zugänglich zu machen und bei bereits eingetretenen psychosozialen Schäden umfassende Hilfe zur sozialen Wiedereingliederung zu geben. Süchtigkeit wurde immer überwiegend als Krankheit und als Symptom eines zugrundeliegenden psychischen oder psychosozialen Problems interpretiert. Deswegen standen in der Vorarlberger Drogenpolitik die Prinzipien „Therapie statt Strafe“ und „Hilfe auf dem Weg zu einer gesunden Lebensführung“ immer im Vordergrund, wobei auf die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen größter Wert gelegt wurde. Da die Präventions-, Beratungs- und Behandlungsmodelle der Vergangenheit stark auf Störungen und Krankheiten ausgerichtet waren und Suchtmittelinnahme als Verhaltensweise von Menschen mit erheblichen Problemen interpretiert wurde, mussten in jüngster Zeit die Hilfsangebote neu an jene Konsumenten, die Suchtmittel aus hedonistischen Gründen, in Zusammenhang mit verändertem Freizeitverhalten und vor dem Hintergrund der „Fun-Gesellschaft“ genommen haben,

adaptiert werden. Mit der Betonung und Förderung der gesunden Persönlichkeitsanteile, wurde ein entscheidender Schritt in diese Richtung gesetzt. Die Vorarlberger Drogenhilfe, welche immer eine Kombination von präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen favorisiert und das Augenmaß zwischen gesundheits- und justizpolitischen Maßnahmen gewahrt hat, wird in den nächsten zehn Jahren diesen bewährten Weg fortsetzen, dabei aber eine behutsame Modifikation der Hilfsangebote und eine vorsichtige Umorientierung der drogenpolitischen Ziele vornehmen. Bei Drogenprobierern sollen sekundärpräventive Maßnahmen und Aufklärung im Vordergrund stehen, bei Missbrauch und Abhängigkeit werden medizinisch-therapeutische und psychosoziale Maßnahmen gegenüber strafrechtlicher Verfolgung bevorzugt, Drogenhandel soll nach wie vor verfolgt und bestraft werden.

Die konsequente Verwirklichung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ hat in den vergangenen Jahren zu einem ausgewogenen und vernetzten System an gesundheits-, sozial- und bildungspolitischen sowie kriminalpolizeilichen Maßnahmen geführt, deren Ziel darin liegt, dass so wenige Mitbürger wie möglich legale, semilegale und illegale Drogen konsumieren und dass jene, die davon nicht abzuhalten sind, sowenig Schaden wie möglich nehmen.

Ein Vergleich der Drogenpolitik in den Ländern der Europäischen Union zeigt heute einen großen Konsens bezüglich der Grundsätze, Ziele und Maßnahmen. Alle Länder Europas betonen die Überzeugung, dass wirksame Drogenpolitik nur durch einen ausbalancierten Einsatz von gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Reduktion der Drogennachfrage einerseits und strafrechtlichen Maßnahmen zur Reduktion des Drogenangebotes andererseits betrieben werden kann. Diese Erfahrungen bestätigen den integralen Ansatz der Vorarlberger Drogenpolitik.

Die Vorarlberger Drogenpolitik basiert auf mehreren zentralen Bereichen – Gesundheit, Soziales, Gesellschaft, Bildung und Sicherheit. Die Drogenproblematik (legale, semilegale und illegale Substanzen) wird dabei als komplexes und systemisches Problem – als umfangreiche Querschnittsmaterie – klassifiziert: Es kann nicht als Einzelproblem der verschiedenen Institutionen, Behörden und Disziplinen, die in Erfüllung der zentralen Bereiche Gesundheit, Soziales, Gesellschaft, Bildung und Sicherheit tätig sind – wie zB Justiz, Exekutive, Krankenanstalten, Spezialeinrichtungen der

Suchtkrankenhilfe, der Schulen, der Jugendarbeit, usw. verstanden werden. Jede praktische Realisierung wirksamer drogenpolitischer Maßnahmen lehrt sehr rasch, dass sinnvolle Maßnahmen nur dann zu verwirklichen sind, wenn Betreuerinnen und Betreuer, Eltern und Angehörige, Exekutive und Justiz, Verwaltung und Politik usw. – also Verantwortliche der öffentlichen Hand sowie Private – zusammenarbeiten. Denn die verschiedenen Probleme, mit denen die Einzelnen in ihrem beruflichen Wirken konfrontiert sind, sind miteinander verbunden und wechselseitig voneinander abhängig. Ohne Kooperation untereinander, ohne Koordination der einzelnen Maßnahmen, ohne Verständnis für den anderen und dessen Auftrag geht nichts. Erst wenn alle, die an der Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen beteiligt sind, zur Gesamtheit der verschiedenen Strategien und Maßnahmen stehen, ist deren Durchführung erfolgsversprechend. Eine integrale, aufeinander abgestimmte Vorgehensweise ist daher die grundlegende Voraussetzung für eine zielführende Minimierung des Drogenproblempotenzials, weil sinnvolle und wirksame Maßnahmen nur in einem lebendigen Netz einander ergänzender und unterstützender Systempartner realisiert werden können: Eine integrale Drogenpolitik ist somit der Schlüssel für ein gemeinsames problemminimierendes und zielführendes Handeln.

Der Vorarlberger Weg der Drogenprävention, -therapie und -rehabilitation hat sich im wesentlichen bewährt und zum Aufbau einer breiten, differenzierten Infrastruktur im Bereich der Drogenhilfe beigetragen. An seinen Grundzügen soll auch in der Zukunft festgehalten werden, denn die Verantwortlichen wollen jedem Drogenabhängigen den Weg zurück in die Gesellschaft ebnen. Es gibt keine Veranlassung, diesen erfolgreichen und konsequenten Weg zu verlassen. Es ist jedoch wichtig und richtig, die fortschreitende Entwicklung in der Drogenproblematik, wie den Trend zu Aufputschmitteln und geänderten Konsummotiven, zu berücksichtigen und wirksame Maßnahmen zu realisieren. Das nun vorliegende Drogenkonzept versucht, diesen auch in Vorarlberg zu beobachtenden Veränderungen durch eine Verbesserung des präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Angebotes gerecht zu werden und die bewährten Grundzüge des alten Drogenkonzeptes durch neue, flexible Elemente zu bereichern.

10 Anhang

10.1 Definition von Missbrauch und Sucht nach ICD-10/DSM-IV

Das Hauptmerkmal des Substanzmissbrauchs ist ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge des wiederholten Substanzgebrauchs manifestiert. Diese können wiederholtes Versagen bei wichtigen Verpflichtungen, wiederholter Gebrauch auch in Situationen, in denen es zu körperlicher Gefährdung kommen kann, verschiedenste Probleme mit dem Gesetz und immer wieder auftretende soziale und zwischenmenschliche Probleme sein (Kriterium A 1). Diese Probleme müssen wiederholt während derselben 12 Monatsperiode auftreten. Ungleich den Kriterien der Substanzabhängigkeit umfassen die Kriterien für Substanzmissbrauch keine Toleranzentwicklung, keine Entzugssymptome und kein Muster zwanghaften Substanzgebrauchs. Im Vordergrund der Kriterien stehen also nur die schädlichen Konsequenzen wiederholten Substanzgebrauchs. Die Diagnose Substanzmissbrauch wird durch die Diagnose Substanzabhängigkeit ersetzt, wenn das Muster des Substanzgebrauchs die Kriterien einer Abhängigkeit für diese Klasse von Substanzen erfüllt (Kriterium B). Obwohl die Diagnose eines Substanzmissbrauchs wahrscheinlicher für Personen gilt, die erst kürzlich begonnen haben, eine Substanz einzunehmen, gibt es auch Personen, bei denen über einen langen Zeitraum hinweg kontinuierlich ungünstige soziale Konsequenzen im Zusammenhang mit der Substanz vorliegen, ohne dass bei ihnen eine evidente Substanzabhängigkeit besteht. Die Diagnose Substanzmissbrauch wird nicht bei Koffein und Nikotin angewendet.

Die Person kann wiederholt Intoxikationserscheinungen oder andere substanzbezogene Symptome aufweisen, während sie einer wichtigen Verpflichtung bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause nachkommen sollte (Kriterium A). Es können wiederholt Fehlzeiten oder schlechte Leistungen bei der Arbeit wegen eines „Katers“ vorkommen. So könnte ein Schüler wegen Substanzgebrauchs wiederholt in der Schule fehlen, den Schulbesuch einstellen oder von der Schule verwiesen werden. Möglicherweise kümmert sich die Person während der Intoxikation nicht mehr um die Kinder oder die Haushaltspflichten. Es kann auch vorkommen, dass der Betroffene sich in Situationen, die eine körperliche Gefährdung mit sich bringen, wiederholt

im Zustand der Intoxikation befindet (zB beim Auto fahren, im Umgang mit Maschinen oder bei riskanten Freizeitaktivitäten wie Schwimmen oder Bergsteigen) (Kriterium A 2). Es kann im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum auch wiederholt zu Problemen mit dem Gesetz kommen (zB Inhaftierungen wegen ungebührlichen Betragens, körperliche oder tätliche Beleidigung, Fahren unter Substanzeinfluss) (Kriterium A 3). Der Betroffene kann den Substanzgebrauch trotz einer langen Vorgeschichte unangenehmer, andauernder oder immer wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Konsequenzen (zB eheliche Probleme oder Scheidung, verbale oder körperliche Auseinandersetzungen) fortführen (Kriterium A 4).

Kriterien für Substanzmissbrauch:

A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

- (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (zB wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).*
- (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (zB Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).*
- (3) Wiederkehrender Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).*
- (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von psychotropen Substanzen verursacht oder verstärkt werden (zB Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).*

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.

Kriterien für Substanzabhängigkeit:

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,*
 - b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.**
- (2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen),*
 - b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.**
- (3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.*
- (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.*
- (5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (zB Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (zB Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.*
- (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.*
- (7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (zB fortgesetzter Kokaingebrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).*

10.2 Wichtige Bestimmungen des SMG (§ 11, § 13, § 27, § 39)

Am 1. Jänner 1998 ist das neue Suchtmittelgesetz (SMG) in Kraft getreten und hat das bis dahin geltende Suchtgiftgesetz (SGG) abgelöst. Das SMG unterscheidet zwischen: „Suchtgiften“ (im Sinne der Einzigen Suchtgiftkonvention 1961 und der Anhänge I und II zur Psychotropenkonvention 1971), „psychotropen Stoffen“ (Anhänge III und IV der Psychotropenkonvention 1971) und „Vorläuferstoffen“ (Anhänge I und II des Übereinkommens gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988).

Das SMG stellt die Fortsetzung und Erweiterung der bestehenden drogenpolitischen Grundsätze dar. Der Konsum von Suchtmitteln ist nicht direkt unter Strafe gestellt, sondern durch die Regelungen über deren Besitz indirekt erfasst. Mit Ausnahme von Cannabis, wo neue Regelungen für „Erstkonsumenten“ geschaffen wurden, differenziert das SMG bezüglich der „Suchtgifte“ nach der Menge und nicht nach der Art des Suchtgiftes:

§ 27 SMG (ersetzt § 16 SGG) sieht eine Freiheitsstrafe von bis zu sechs Monaten für Erzeugung, Einfuhr, Ausfuhr, Erwerb oder Besitz von Suchtgift vor. Strafverschärfung (bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe) ist für den Fall vorgesehen, dass einem Minderjährigen der Gebrauch von Suchtgift ermöglicht wurde oder die Tat gewerbsmäßig bzw als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begangen wurde.

§ 28 SMG (ersetzt § 12 SGG) sieht ein Strafausmaß von bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe für Erzeugung, Einfuhr, Ausfuhr und Inverkehrsetzung von Suchtgift in einer großen Menge vor (§ 28 (2)). Strafverschärfung ist für die gewerbsmäßige, bandenmäßige (ein bis zehn Jahre Freiheitsstrafe) oder mit Beziehung auf eine besonders große Suchtgiftmenge begangene Tat (bis zu 15 Jahren) und für die Anführer von großen kriminellen Vereinigungen (bis zu 20 Jahren) vorgesehen (§ 28 Abs 3 bis 5).

Für die „psychotropen Stoffe“ besteht eine Strafandrohung (maximal sechs Monate Freiheitsstrafe für Erwerb, Besitz, Einfuhr, Ausfuhr oder Inverkehrsetzung einer psychotropen Substanz) nur im Fall von eigennützigem, insbesondere gewinnorientiertem Motiven, nicht aber für „eigenen Bedarf“ oder bei Überlassung „nicht um seines Vorteils willen“ (§ 30 (2)).

Erwerb und Besitz einer großen Menge unter dem Vorsatz der Inverkehrsetzung wird mit bis zu zwei Jahren Freiheitsentzug bestraft (§ 31(1)), Erzeugung, Einfuhr, Ausfuhr und Inverkehrsetzung einer großen Menge mit bis zu fünf Jahren (§ 31(2)).

Vorgesehen sind auch Strafbestimmungen gegen den illegalen Großhandel mit Vorläuferstoffen (§ 32).

Der Bereich der ausgewogenen Anwendung von strafrechtlichen und gesundheitspolitischen Instrumenten (Alternativen zur Strafverfolgung und Modell „Therapie statt Strafe“) wurde im SMG erweitert:

Die in den §§ 35 bis 37 geregelte Möglichkeit der Zurücklegung einer Anzeige bzw. der Verfahrenseinstellung steht in allen Fällen des Vergehens nach § 27 oder § 30 (vgl. vorne) und bei leichten Fällen der Beschaffungskriminalität zur Verfügung. Die Bedingungen für die Anzeigenzurücklegung bei „Erstkonsumenten“ von Cannabis wurden erleichtert.

Der in § 39 geregelte Aufschub einer Freiheitsstrafe für suchtgiftabhängige Verurteilte kann für Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren zwecks Ermöglichung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gewährt werden. Das Modell „Therapie statt Strafe“ kann darüber hinaus nunmehr auch auf leichte Fälle der Beschaffungskriminalität angewendet werden.

Gesundheitspolitisch von Bedeutung ist weiters die verbesserte rechtliche Verankerung der Schmerztherapie und der Entzugs- und Substitutionsbehandlung von Suchtkranken (§ 8) sowie die Erweiterung der im Gesetz vorgesehenen gesundheitlichen Maßnahmen von bisher ausschließlich „ärztlicher Behandlung und Überwachung bezogener Maßnahmen“, die die Substitutionsbehandlung, klinisch psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie und sozialtherapeutische Beratung und Betreuung einschließt (§11).

Damit wird auch der Bewährung der Substitutionsbehandlung als wichtige Therapieform im Behandlungsspektrum Rechnung getragen. Im Zuge der rechtlichen Verankerung wurde auch der Erlass zur Regelung der Substitutionsbehandlung auf Basis der bisherigen Erfahrungen aktualisiert. Die Indikation wurde dabei niederschwelliger definiert: eine Substitutionsbehandlung gilt nunmehr bei einer mehr als einjährigen Opiatabhängigkeit (und gescheiterter Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung bzw. in Substitution befindlichem Partner) sowie im Falle des Vorliegens einer HIV-Infektion oder einer Schwangerschaft als medizinisch begründet. Methadon ist - mit Ausnahme des Vorliegens einer Schwangerschaft weiterhin das Mittel erster Wahl. In begründeten Fällen (Unverträglichkeit, massive Nebenwirkungen) können auch andere Mittel verwendet werden. Wichtiges Anliegen des neu formu-

lierten Erlasses ist darüber hinaus die Verhinderung des Missbrauchs von Substitutionsmitteln.

10.3 Adressen Vorarlberger Drogenhilfeeinrichtungen

- **Körperliche Entzüge:**
Landeskrankenhaus Rankweil, Psychiatrie I
Valdunastraße 16, 6830 Rankweil
Telefon: 05522 / 403-0
Telefax: 05522 / 403-355
Internet: <http://www.lkhr.at/>
E-Mail: office@lkhr.at

- **Therapiestation Lukasfeld:**
der Stiftung Maria Ebene
Herrengasse 41, 6812 Meiningen
Telefon: 05522 / 39390
Telefax: 05522 / 3939-04
Internet: <http://www.mariaebene.at/lukasfeld/>
E-Mail: lukasfeld@mariaebene.at

- **Therapiestation Carina:**
der Stiftung Maria Ebene
Pater-Grimmweg 12, 6800 Feldkirch
Telefon: 05522 / 77151
Telefax: 05522 / 31376
Internet: <http://www.mariaebene.at/carina/>
E-Mail: carina@mariaebene.at

- **Suchtberatung Team Mika:**
Montfortstraße 3/2, 6900 Bregenz
Telefon: 05574 / 46271
Telefax: 05574 / 462717
Internet: <http://www.suchtberatung.at>
E-Mail: team@mika.at

○ **Clean Bregenz:**

Bergstraße 8, 6900 Bregenz

Telefon: 05574 / 45400

Telefax: 05574 / 45400-4

Internet: <http://www.mariaebene.at/cleanbregenz/>

E-Mail: clean.bregenz@mariaebene.at

○ **Die Faehre:**

Bahnhofstraße 4, 6850 Dornbirn

Telefon: 05572 / 23113

Telefax: 05572 / 21949

Internet: <http://www.diefaehe.at>

E-Mail: connect@diefaehe.at

○ **Clean Feldkirch:**

Schießstätte 12/8, 6800 Feldkirch

Telefon: 05522 / 38072

Telefax: 05522 / 38072-4

Internet: <http://www.mariaebene.at/cleanfeldkirch/>

E-Mail: clean.feldkirch@mariaebene.at

○ **Suchtberatung Bludenz:**

Kasernplatz 5, 6700 Bludenz

Telefon: 05552 / 65040 oder 68993

Telefax: 05522 / 650404

E-Mail: suchtberatung.bludenz@cable.vol.at

○ **Ex und Hopp:**

Dr Anton Schneider Straße 11, 6850 Dornbirn

Telefon: 05572 / 31008

Telefax: 05572 / 31008-13

Internet: <http://www.exundhopp.at/>

E-Mail: exundhopp@exundhopp.at

- **Hiob:**
Wohlwendstraße 1, 6800 Feldkirch
Telefon: 05522 / 200-1570
Telefax: 05522 / 200-1575
Internet: www.caritas-vorarlberg.at
E-Mail: hiob@caritas.at

- **Do it Yourself:**
Kasernplatz 7, 6700 Bludenz
Telefon: 05552 / 67868
Telefax: 05552 / 678689
Internet: <http://www.doit.at>
E-Mail: anlaufstelle@doit.at

- **Senobio:**
Psychiatrische Gemeinschaft und psychosoziale Wohngemeinschaft
Senobio GmbH
HNr 12 c (ab 2003: Feldweg 217), 6822 Schnifis
Telefon: 05522 / 8591 und 8822
Telefax: 05522 / 8788
E-Mail: senobio@nexta.at

- **Zentrales Drogen-Info-Telefon:**
des Landes Vorarlberg bei der Therapiestation Lukasfeld
Telefon: 05522 / 31990 (0.00 bis 24.00 Uhr)

- **Wegweiser bei Drogenfragen:**
Amt der Vorarlberger Landesregierung – Wegweiser bei Drogenfragen:
<http://www.vorarlberg.atsuchthilfe>

- **SUPRO-Werkstatt für Suchtprophylaxe:**
Moosmähdstraße 4, 6850 Dornbirn
Telefon: 05572 / 55155
Telefax: 05572 / 55155-15
Internet: <http://www.mariaebene.at/supro/>

E-Mail: supro@supro.at

○ **Elternkreis:**

drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher Vorarlbergs
Kontaktadresse sowie Vermittlung von Einzelgesprächen

c/o Oskar Rummer

Hämmerlestraße 37f, 6800 Feldkirch

Telefon: 05522 / 70871

E-Mail: rummer.oskar@cablenet.vorarlberg.at

○ **Universitätsinstitut für Suchtforschung:**

der Leopold-Franzens-Universität / am Krankenhaus Maria Ebene

Postfach 35, 6800 Feldkirch

Telefon: 05522 / 72746-1981

Telefax: 05522 / 72746-1980

Internet: <http://www.suchtforschung.at/>

E-Mail: forschungsinstitut@vol.at

○ **Drogenbeauftragter des Landes Vorarlberg:**

Primar Univ-Doz Dr Reinhard Haller

c/o Krankenhaus Maria Ebene

Postfach 35, 6800 Feldkirch

Telefon: 05522 / 72746-0

Telefax: 05522 / 72746-1980

E-Mail: reinhard.haller@mariaebene.at

○ **Drogenkoordinator des Landes Vorarlberg:**

Thomas Neubacher

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Abt IVa – Gesellschaft und Soziales

Telefon: 05574 / 511-24123

Telefax: 05574 / 511-24195

E-Mail: thomas.neubacher@vorarlberg.at

10.4 Wichtige Internetadressen für Suchtfragen

Organisationen des Suchtbereichs in Österreich:

- Institut für Suchtprävention in Linz:
<http://www.netway.at/praevention>
- VWS – Verein Wiener Sozialprojekte:
<http://www.fsw.wien.at/>
- Drogenkoordination der Stadt Wien:
<http://www.drogenhilfe.at>
- Anton-Proksch-Institut, Wien:
<http://www.api.or.at/>
- Projekt checkit, Wien:
<http://www.checkyourdrugs.at/index.html>
- ÖBIG, Wien:
<http://www.oebig.at/>

Organisationen des Suchtbereichs in Deutschland:

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS):
<http://www.dhs.de>
- Deutscher Fachverband Sucht:
<http://www.sucht.de>
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS):
<http://www.sucht.org>
- Netzwerk Psychologische Suchtforschung:
<http://www.psychologie.uni-heidelberg.de>

- IFT Institut für Therapie- und Suchtforschung:
<http://www.ift.de/>
- Suchtberatung NET:
<http://www.suchtberatung.net/de/>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe:
<http://www.praevention.org/sucht1.htm>
- drugcom.de:
<http://www.drugcom.de/site/flash.php>
- Drogen im Straßenverkehr:
<http://www.psychologie.uni-wuerzburg.de/methoden/methff.html>
- Beratungsstellen in Deutschland:
<http://www.bzga.de/adressen/titel.htm>
- Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich:
<http://www.selbsthilfe.solution.de/relevant.html>

Organisationen des Suchtbereichs in der Schweiz:

- Fachverband für Alkohol- und Drogenprobleme:
<http://www.sfa-ispac.ch/>
- ↳ Infoset:
<http://www.infofet.ch/de>
- Bundesamt für Gesundheit:
<http://www.bag.admin.ch>
- Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich:
<http://www.suchtpraeventionsstelle.ch>
- Institut für Suchtforschung:
<http://www.suchtforschung.ch>
- Heroingestützte Behandlung:

<http://www.bag.admin.ch/sucht/therapie/hegebe/d/index.htm>

Organisationen des Suchtbereichs in Europa:

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Portugal/Lissabon:
<http://www.emcdda.org>

- Executive Committee of the European Association for the Study of Gambling (EASG), Amsterdam:
<http://www.easg.org>

- Elisad – European Association of Libraries and INCB – International Narcotics Control Board:
<http://www.incb.org>