

SUCHTBERICHT STEIERMARK 2008 | 2009





IMPRESSUM

Autoren

Mag. Thomas Hutsteiner
DSA Christoph Pammer, MPH, MA

Unter Mitarbeit von

Melanie Zisler, BA

Herausgeber und Verleger

Amt der Steiermärkischen Landesregierung
FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Paulustorgasse 4, 8010 Graz

Redaktion und für den Inhalt verantwortlich

DSA Klaus Peter Ederer – Suchtkoordinator Steiermark
Amt der Steiermärkischen Landesregierung
FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Paulustorgasse 4, 8010 Graz
T: +43 316 877-4693 | F: +43 316 877-4698
mail: klaus.ederer@stmk.gv.at

Lektorat

Mag. Josef Schiffer

Grafische Gestaltung

GeoPlan
office@geo-plan.at

Bilder und Grafiken

Alle im vorliegenden Band verwendeten Grafiken wurden von den vorgestellten Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Bildnachweis Seite 6 (OAR DSA Ederer): Fotostudio Furgler

Druck

Medienfabrik Graz

Erscheinungsjahr

2010



INHALTSVERZEICHNIS

1. Vorworte	4	6. Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	46
1.1 Vorwort von LR Dr. ⁱⁿ Bettina Vollath	4		
1.2 Vorwort von HR Dr. Odo Feenstra	5		
2. Einleitung	6	7. Suchtmittelbezogene Kriminalität und Repression	50
3. Suchtprävention	7	7.1 Anzeigen	50
3.1 Überblick über Präventionsmaßnahmen	8	7.2 Sicherstellungen	56
3.1.1 Suchtprävention in der Gemeinde	8		
3.1.2 Suchtprävention im Kindesalter	9	8. Suchtbezogene Sozialforschung in der Steiermark	57
3.1.3 Suchtprävention in der Schule	10		
3.1.4 Suchtprävention bei Jugendlichen	11	9. Schwerpunktthema: Alkohol- und Drogennotfälle	59
3.1.5 Suchtprävention im Betrieb	12	9.1 Sozialepidemiologie des Alkoholkonsums von Jugendlichen	59
3.2 Tabakpräventionsstrategie Steiermark	12	9.2 Rauschtrinken und „Koma-saufen“	61
3.3 Ausgewählte Präventionsmaßnahmen im Detail	15	9.3 Krankenhausaufnahmen in Folge akuter Alkoholintoxikation	62
3.3.1 High genug?	15	9.4 Alkoholintoxikation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen am LKH Graz 2005–2008	63
3.3.2 Step by Step	16	9.5 Präventionsmaßnahmen	69
3.3.3 Suchtprävention im steirischen Fussballverband	17	9.6 Sozialepidemiologie von Drogennot- und Todesfällen	70
3.3.4 Marienambulanz Graz	18	9.7 Klinische Beobachtung der Drogennotfälle an der EBA	71
3.3.5 Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!	19	9.8 Erfahrungen mit Drogennotfällen	71
		9.9 Erfahrungen der Drogennot- und Todesfallprävention für Graz und die Steiermark	72
4. Versorgungssystem und Behandlungsstrategien	21	10. Ausblick	75
4.1 Vorwiegend schadensminimierende ambulante Angebote	22	Verzeichnis Abbildungen/Tabellen	77
4.2 Vorwiegend abstinenzorientierte ambulante Angebote	22		
4.3 Stationäre Angebote	24		
4.4 KlientInnenstatistik	24		
4.5 LKF-Statistik	25		
4.6 Gesundheitsbezogene Maßnahmen	38		
5. Substitution	39		

1. VORWORTE

1.1 Vorwort von LR Dr.ⁱⁿ Bettina Vollath

Wenn man sich heutzutage mit dem Thema Sucht auseinandersetzt, muss eines klar sein: Sucht ist eine der großen Herausforderungen einer modernen Konsumgesellschaft, viele Bereiche sind damit konfrontiert: die Pädagogik ebenso wie die Sozial- und Gesundheitspolitik, aber auch die Gesetzgebung oder das Sicherheitssystem. Dazu kommt, dass Sucht eine Krankheit ist und nicht mit Gewohnheiten oder kontrollierbarem Problemverhalten gleichgesetzt werden darf. Früher verstand man unter dem Begriff die an eine Substanz gebundene Abhängigkeit, heute spielen auch so genannte Verhaltens Süchte, wie Spielsucht, Computersucht, Magersucht und vieles mehr eine Rolle.



Gerade weil die Problemstellungen immer komplexer werden, gilt es, in einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik vor allem auch einen Schwerpunkt auf die Prävention zu legen. Sucht entsteht schließlich nicht von heute auf morgen, sondern es handelt sich dabei um ein prozesshaftes Geschehen, dass sich über einen längeren Zeitraum und oft schleichend entwickelt. Somit ist klar: Unsere Anstrengungen müssen dahin gehen, der Entstehung von Sucht schon an der Wurzel zu begegnen. Das vorrangige Ziel einer professionellen Suchtprävention muss die Stärkung und Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen wie zum Beispiel der psychischen und sozialen Fähigkeiten sein. Unsere Kinder und Jugendlichen müssen schon frühzeitig in ihrer Persönlichkeit gestärkt werden, sodass sie jenen Versuchungen, die zur Sucht werden können, von vorneherein widerstehen. Zugleich gilt es, eine gesundheitsfördernde Umwelt zu schaffen. In der Steiermark gehen wir genau diesen Weg: So setzt Vivid, die Fachstelle für Suchtprävention, mit ihren Maßnahmen schon bei den jüngsten Steierinnen und Steirern, nämlich bei den Kindergartenkindern, an. Die Angebote richten sich aber auch an VolksschülerInnen, Jugendliche und Erwachsene. Zugleich hat sich die Steiermark mit der Formulierung der steirischen Gesundheitsziele ganz klar zur Notwendigkeit bekannt, über alle Politikbereiche hinweg für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu sorgen.

Trotz all dieser Bemühungen hat der Kampf gegen die verschiedenen Süchte leider noch immer nicht an Bedeutung verloren. In diesem Zusammenhang gilt mein Dank im Namen des Landes Steiermark all jenen Menschen, die in diesem Bereich an „vorderster Front“ kämpfen: Und zwar, indem sie als ExpertInnen entsprechende Konzepte und Strategien entwickeln, oder indem sie Tag für Tag den Betroffenen und ihren Angehörigen ihre Unterstützung und Hilfe anbieten.

Herzlichst – Ihre

Dr.ⁱⁿ Bettina Vollath
Landesrätin für Gesundheit und Kultur

2. EINLEITUNG

Bedarfsorientierte und qualitätsgesicherte Steuerung und Planung von sozialen und Gesundheits-/Dienstleistungen stellen die Verantwortlichen in Zeiten, in denen sich die dafür von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel fast im Jahres-Rhythmus reduzieren, vor immer schwierigere Aufgaben.

Gerade Menschen, welche nicht mit unserer zunehmenden Entwicklungs- und Leistungsgeschwindigkeit Schritt halten können, geraten in die Defensive, ins Abseits, verlieren den Anschluss an unsere Leistungsgesellschaft, an soziale Kontakte zum Gemeinwesen und auch die Kontrolle, schlussendlich über sich selbst.

Neben Depressionen, Mutlosigkeit und Gefühlen des Ausgebranntseins stellen Alkoholismus, Spielsucht und weitere Suchterkrankungen häufig mehr oder weniger „probate“ Selbstbehandlungsversuche dar.

Die Ergebnisse des nunmehr 3. Suchtberichtes Steiermark für die Jahre 2008 und 2009 bestätigen diese Tatsachen. Auch das Alter derjenigen, die mit ausweichenden Problemlösungsstrategien (wie u.a. Substanzmissbrauch, ...) Richtungsänderungen versuchen, passt sich der natürlichen Entwicklungsakzeleration der Menschen an.

Die Steiermark verfügt über ein sich zum größten Teil gut ergänzendes Netz an präventiven und therapeutischen Angeboten für Menschen mit Suchterkrankungen. Im Bereich der Verfügbarkeit spezieller (niederschwelliger) Hilfs- und medizinischer Therapieangebote und sozial-integrativer Rehabilitationsmaßnahmen gibt es weiterhin noch Nachholbedarf.

Dennoch muss ein Brennpunkt der Planungs- und Realisierungsbemühungen, im Hinblick auf die gegebene Ressourcensituation, in den nächsten Jahren auf einer qualitativen Standardisierung und Teilspezialisierung der Maßnahmen und Angebote der Behandlungseinrichtungen liegen.

Hierzu wird auch die Einführung einer einheitlichen Basisdokumentation für die vom Land Steiermark geförderten und unterstützten Leistungsanbieter, mit Schnittstellen zu bereits vorhandenen gleichwertigen Systemen, von Nöten sein. Das Bekenntnis dazu seitens der Einrichtungen und der Wille zur gemeinsamen Entwicklung eines solchen Dokumentations- und Bedarfsplanungsinstrumentes wurde durch das Drogenfachgremium für Steiermark bekundet und erste Vorarbeiten wurden in Angriff genommen.

Suchterkrankungen mit all ihren Begleiterscheinungen und Begleiterkrankungen spielen sich vor unseren Augen ab. Sie sind Teil der Gesundheit und/oder Erkrankungen unserer Gesellschaft.

Sie ist isoliert von anderen Erkrankungen, gar als „exotische Störungen“, wie Willensschwächen abzutun oder als kriminell (Konsum illegaler Drogen) zu klassifizieren, verkennet den Ernst der Lage dieser Menschen, ihrer Familien und letztendlich auch unserer Gesellschaft.



DSA Klaus Peter Ederer

3. SUCHTPRÄVENTION

In Anlehnung an den Suchtbericht 2007 soll in diesem Kapitel auch diesmal zunächst ein allgemeiner, eher taxativer Überblick über suchtpreventive Maßnahmen in der Steiermark erfolgen. Danach werden einige steirische Präventionsprojekte ausführlich vorgestellt.

Der theoretische Hintergrund suchtpreventiven Handelns, der bereits im letzten Suchtbericht 2007 vorgestellt wurde, hat nach wie vor Gültigkeit: Suchtprozesse in der Gesellschaft sowie der gefährliche Substanzgebrauch Einzelner entstehen aufgrund individueller Dispositionen sowie ungleicher Chancenverteilung bezüglich der strukturell, kulturell, ökonomisch und sozial bedingten Lebenslagen der Menschen. Wirksame Suchtprevention hängt deshalb sowohl von einer Stärkung individueller Ressourcen (Verhaltensprävention) als auch in entscheidendem Maße von der Einbeziehung und Veränderung der Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) ab. Auch in den Jahren 2008 und 2009 tragen die in der Steiermark durchgeführten Präventionsprogramme und -projekte diesen Erfordernissen in hohem Maße Rechnung. In der Steiermark federführend im Bereich Suchtprevention ist die steirische Fachstelle für Suchtprevention VIVID. Durch sie sowie andere öffentliche und privatwirtschaftlich geführte Organisationen wurden in der Steiermark in den letzten beiden Jahren suchtpreventive Aktivitäten für unterschiedliche Zielgruppen und Settings umgesetzt.

Die Arbeitsgruppe Suchtprevention als Gemeinschaftsaufgabe, kurz SAG, die ein wichtiges Vernetzungsgremium in der Steiermark darstellt, hatte in den letzten beiden Jahren insgesamt 6 Sitzungen. Es gab einige personelle Änderungen der Mitglieder sowie die Aufnahme neuer Institutionen. Die SAG setzt sich aus folgenden Institutionen zusammen:

- Suchtkoordination des Landes Steiermark
- Drogenkoordination der Stadt Graz
- Sicherheitsdirektion Steiermark
- Fachstelle für Suchtprevention, VIVID
- Steirische Suchthilfeeinrichtungen (b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Drogenberatung des Landes Steiermark)
- Steirischer Landesverband der Elternvereine
- Landespolizeikommando Steiermark Kriminalprävention
- Gesundheitsressort des Landes Steiermark
- Sozialressort des Landes Steiermark
- FA 6E – Elementare und musikalische Bildung
- Landesjugendreferat Steiermark
- Bundespolizeidirektion
- Kinder- und Jugendanwaltschaft Steiermark
- Landesschulrat Steiermark
- Schulpsychologische Beratungsstelle, Graz
- ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus

Kernaufgabe der SAG ist nach wie vor die Sicherstellung der Vernetzung der suchtpreventiven Angebote in der Steiermark. Dies erfolgt durch interdisziplinäre und interinstitutionelle Beratung über suchtpreventive Erfordernisse auf der Basis von gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe wurde im Februar 2009 der Grundstein für eine neue Geschäftsordnung der SAG geschaffen, die im Dezember 2009 von den Mitgliedern der SAG beschlossen wurde. Kern dieser Geschäftsordnung ist die strategische Ausrichtung der SAG als Qualitätszirkel sowie Fachforum für Wissenstransfer und als Netzwerk für Suchtprevention.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1 Überblick über Präventionsmaßnahmen

Sämtliche Präventionsmaßnahmen der Berichtsjahre 2008 und 2009 wurden anhand der Jahresberichte¹ der steirischen Fachstelle für Suchtprävention VIVID, einer Liste der Förderanträge der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark, der Protokolle sämtlicher SAG-Sitzungen sowie über mündliche Mitteilungen sachkundiger Personen recherchiert.

Im Folgenden sind wesentliche Präventionsmaßnahmen der letzten beiden Jahre nach unterschiedlichen Settings und Zielgruppen, die direkt und indirekt von den Maßnahmen profitieren sollen, aufgelistet:

3.1.1 Suchtprävention in der Gemeinde

Tabelle 1: Präventionsmaßnahmen in der Gemeinde

BEZIRK	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bruck/Mur	Check An Angel														***			
Bruck/Mur	Jugend-Sucht-Genuss ARGE Mürztal													**				
Bruck/Mur	Lebensgenuss an der Mur													**				
Feldbach	e.l.o.s. Suchtvorbeugung Feldbach													**				
Graz-Stadt	StaGes – Stadtteil Gesundheit in Liebenau																	***
Graz-Umgebung	Festplatte gelöscht														**			
Graz-Umgebung	Sehnsucht													**				
Judenburg	Zeltweg Sucht Frei Heit													*				
Leoben	Leben Sucht Sinn																	***
Liezen	GEKO Generationsübergreifende Kooperation														*			
Radkersburg	Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!														**			
Voitsberg	Netzwerk A.L.K. (vormals A.L.K. Alkohol lähmt ...)														**			
^A z.B. Zeltling, Seiersberg, Gusswerk, Oberaich	Beratung und Vorträge bei suchtpreventiven Initiativen in der Gemeinde																	*

■ abgeschlossen □ nicht abgeschlossen *** evaluiert ** teilweise evaluiert * nicht evaluiert

¹ Fachstelle für Suchtprävention – VIVID, Jahresberichte 2000–2008.

^A Einzelveranstaltungen.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.2 Suchtprävention im Kindesalter

Tabelle 2: Präventionsmaßnahmen in Kindesalter

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Eltern	^A Starke Eltern – Gestärkte Kinder. Elternabende zum Thema Suchtprävention im Kindesalter										*							
Eltern von Kindern von 3 bis 10 Jahren	Elterncafe und Elternworkshop zum Thema „Suchtvorbeugung im Kindesalter“										***							
Kinder aus suchtbelasteten Familien	² ENCARE														**			
Kinder, Eltern, KindergartenpädagogInnen	Spielzeugfreier Kindergarten										***							
Kinder, Eltern, VS-LehrerInnen	³ Eigenständig werden										***							
KindergartenpädagogInnen	Fortbildungslehrgang für Kindergartenpädagogen zur Suchtvorbeugung im Kindesalter										***							
KindergartenpädagogInnen	^B Alt und Jung – Intergenerative Pädagogik in Kinderbetreuungseinrichtungen															**		
KindergartenpädagogInnen, KinderbetreuerInnen, Eltern	Waldpädagogik im Kindergarten – Projektberatung und -begleitung											*						
Tagesmütter/-väter	Seminarreihe für Tagesmütter/-väter										***							

■ abgeschlossen
 nicht abgeschlossen
 *** evaluiert
 ** teilweise evaluiert
 * nicht evaluiert

² S.o.
³ Österreichweites Projekt der ARGE Suchtvorbeugung (<http://www.suchtvorbeugung.net>).
^A Einzelveranstaltungen.
^B Interne Feedbackbögen.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.3 Suchtprävention in der Schule

Tabelle 3: Präventionsmaßnahmen in der Schule

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Suchtgefährdete und konsumierende Jugendliche	Next Step																		
LehrerInnen und SchulleiterInnen von HS, BS, Polytechnischer Lehrgang, AHS, BMHS	Step by Step, Planung der Weiterführung																		
VolksschullehrerInnen	^B Suchtprävention in der Volksschule, Workshops																		
LehrerInnen in HS, AHS und BHS	^B Suchtprävention ab der 5. Schulstufe																		
Lehrlinge, ErzieherInnen von Lehrlingshäusern	Suchtprävention im Lehrlingswesen, Aktionstag zu Sucht und Suchtprävention an der LBS Amfels, Seminar im Lehrlingshaus Gleinstätten																		
TeilnehmerInnen der Lehrgänge	Seminare „Alkohol-Genuss-Sucht“ im Rahmen der Ausbildung zum Edelbrand- bzw. Mostsommelier																		
LehrerInnen	^B PH-Lehrgang „Drogen- und Suchtprävention im schulischen Kontext“																		
10- bis 14-Jährige SchülerInnen	⁴ Plus																		
Schulen	Tabakleitfaden Schule																		
LehrerInnen, SchülerInnen	^B PROBE – ProjektBegleitende Suchtprävention																		
Eltern von Jugendlichen ab 12 Jahren	^B Was geht ab?																		
SchülerInnen ab 14 Jahren	^B SchülerInnen-Workshops																		

abgeschlossen
 nicht abgeschlossen
 *** evaluiert
** teilweise evaluiert
* nicht evaluiert

⁴ Österreichweites Projekt der ARGE Suchtvorbeugung (<http://www.suchtvorbeugung.net>).
^B Interne Feedbackbögen.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.4 Suchtprävention bei Jugendlichen

Tabelle 4: Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Feuerwehr-Jugendbeauftragte	Brennpunkt Suchtprävention														***			
Fußball-TrainerInnen in Ausbildung	Suchtprävention im steirischen Fußballverband														***			
In der außerschulischen Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit tätige Personen	Fort- und Weiterbildungsangebot in der außerschulischen Jugendarbeit														***			
In der außerschulischen und schulischen Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit tätige Personen	High Genug? Der Methodenkoffer zur Suchtprävention														**			
JugendarbeiterInnen	MOVIN – Motivierende Gesprächsführung bei riskant konsumierenden Jugendlichen														***			
FestveranstalterInnen	Fest im Griff														*			
FestveranstalterInnen, Jugendliche	Wir können auch anders, wkaa														***			
Pflegeeltern	Seminare für Pflegeeltern														*			
MitarbeiterInnen der Jugendarbeit	Tagung Rauch-Frei-Zeit														*			
Lebensmittelhandel (Supermärkte, Tankstellen)	⁵ Mystery Shopping														*			
Jugendliche abstinentmotivierete RaucherInnen zwischen 16 und 25 Jahren	Take control														***			

abgeschlossen
 nicht abgeschlossen
 *** evaluiert
 ** teilweise evaluiert
 * nicht evaluiert

⁵ Zur Prüfung der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen.

3. SUCHTPRÄVENTION

3.1.5 Suchtprävention im Betrieb

Tabelle 5: Präventionsmaßnahmen im Betrieb

ZIELGRUPPE	NAME DER MASSNAHME	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Betriebe mit Interesse an Gesundheitsförderung und/oder Suchtprävention	blauPAUSE														***			
Pöls AG	^B Seminare zu motivierender Gesprächsführung (movin')														**			
LehrlingsausbilderInnen	Kurse zu Suchtprävention														*			
Beamte der Exekutive	Ausbildung zum Suchtpräventionsbeamten														*			

■ abgeschlossen
 nicht abgeschlossen
 *** evaluiert
 ** teilweise evaluiert
 * nicht evaluiert

3.2 Tabakpräventionsstrategie Steiermark

3.2.1 Hintergrund

Wie bereits im Suchtbericht 2007 ausführlich dargestellt, wird unter dem Titel „Tabakpräventionsstrategie Steiermark“ auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Konzeptes im Zeitraum von 2006 bis 2010 ein bundeslandspezifisches und evidenzbasiertes Maßnahmenbündel zur Prävention und Entwöhnung des Tabakkonsums umgesetzt.

An dieser Stelle sollen alle Aktivitäten, die in den Berichtsjahren 2008 und 2009 im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie initiiert wurden, dargestellt werden. Zuvor werden zur Erinnerung noch ein paar Fakten wiederholt:

Die AuftraggeberInnen sind das Land Steiermark, Ressort Gesundheit und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK). Die Tabakpräventionsstrategie Steiermark will langfristig durch Umsetzung von Maßnahmen in den Bereichen „Beratung und Entwöhnung“, „Aus- und Weiterbildung“, „Information und öffentliche Bewusstseinsbildung“, „universelle Prävention“ und „Förderung des Ausstiegs bei Jugendlichen“ einen Beitrag zur Erreichung folgender Zielsetzungen leisten:

Globalziele der Tabakpräventionsstrategie Steiermark sind:

- Weniger Menschen, die zu rauchen beginnen
- Mehr Menschen, die zu rauchen aufhören
- Schutz der Menschen vor den Folgen des Passivrauchens

- Verbesserter Informationsstand der Bevölkerung zu Folgen des Rauchens und Passivrauchens

Zusatzziele für besondere Zielgruppen:

- Vermittlung von sozialen Kompetenzen an Kinder und Jugendliche, die es ihnen gestatten, auf Tabakerzeugnisse zu verzichten
- Schaffung eines Umfeldes für Kinder und Jugendliche, das zum Nichtrauchen motiviert
- Verringerung der Anzahl von Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen

3.2.2 Maßnahmen und erste Ergebnisse aus den Evaluationen der Jahre 2008 und 2009

Innerhalb der Tabakpräventionsstrategie Steiermark wird ein breit gefächertes Maßnahmenbündel umgesetzt, mittels dessen der Problematik Rauchen und Passivrauchen möglichst umfassend begegnet werden soll. Neben fix implementierten Angeboten in allen Bereichen wird in jedem Umsetzungsjahr ein spezifischer Schwerpunkt gesetzt. Während das Jahr 2008 dem Thema Beratung und Entwöhnung gewidmet war, lag der Fokus 2009 auf Nichtraucherschutz, insbesondere auf dem Schutz von Kindern vor Passivrauch. Die jeweiligen Schwerpunkte wurden durch umfassende Öffentlichkeitsarbeit unterstützt.

^B Interne Feedbackbögen.

3. SUCHTPRÄVENTION

Im Folgenden werden die wichtigsten Angebote, die 2008 und 2009 im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie Steiermark gesetzt wurden, kurz beschrieben.

3.2.3 Tabakentwöhnung

Rauchfrei in 6 Wochen: Von Beginn der Strategie bis Ende 2009 konnten in der Steiermark qualitätsgesicherte und finanziell geförderte Entwöhnungsangebote aufgebaut werden. Die Gruppenintervention „Rauchfrei in 6 Wochen“, die auf dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenem manualisierten Tabakentwöhnungsprogramm von Batra und Buchkremer (2004)⁶ aufbaut, findet über einen Zeitraum von sechs Wochen einmal pro Woche jeweils 90 Minuten statt und wird von speziell dafür ausgebildeten KursleiterInnen abgehalten. Basierend auf der lerntheoretischen Annahme, dass Rauchen wie jedes andere Verhalten erlernt ist und dadurch auch wieder verlernt werden kann, zielt dieses Verfahren auf eine Schlusspunkt-Setzung des Tabakkonsums mittels modifizierter Verhaltenstherapie ab. Der von VIVID und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse systematisch untersuchte Abstinenzernfolg der steirischen Seminare (zum Zeitpunkt der Endredaktion noch unveröffentlicht) entspricht den bereits publizierten Daten von Batra et al. (2008)⁷. Die Inanspruchnahme liegt bei knapp 2.000 Personen von Mitte 2007 bis Ende 2009. Während im Jahr 2008 die Kurse sowohl von der STGKK als auch von VIVID koordiniert wurden, werden die Kurse seit Beginn des Jahres 2009 zur Gänze von der STGKK umgesetzt.

take control (für Jugendliche)

Das im Frühjahr 2007 vom Institut für Suchtprävention in Linz übernommene Pilotprojekt „take control“ wurde, nach einer Pilotphase, ab 2008 mit Erfolg in der Steiermark durchgeführt. Der kostenlose von VIVID angebotene Weniger-Rauchen-Kurs richtet sich an Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören oder ihren Konsum reduzieren wollen. Die Seminare, die auf aktuellen, wissenschaftlich anerkannten Maßstäben für wirksame Rauchausstiegshilfen basieren, werden von eigens dafür geschulten KursleiterInnen durchgeführt und sollen einen möglichst niederschweligen Zugang zur Zielgruppe ermöglichen. In den Jahren 2008 und 2009 nahmen insgesamt 397 Jugendliche an einem „take control“-Seminar teil. Sowohl die Inanspruchnahme als auch die Abstinenzquoten entsprechen laut Auskunft von VIVID den internationalen Erfahrungen von Entwöhnseminaren für diese spezifische Zielgruppe.

Website www.endlich-aufatmen.at

Am 05. Februar 2008 ging die Website www.endlich-aufatmen.at erstmals online. Abstinenzwillige SteirerInnen finden auf www.endlich-aufatmen.at per Mausclick Fakten, Methoden, Tipps, Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQs) rund um den Rauchstopp, ein interaktives „Rauchstopptraining“, ein Expertenforum, einen Gewinnrechner und die Möglichkeit zur Berechnung des eigenen Grades der Nikotinabhängigkeit (Fagerströmtest) sowie interessante Links zu weiterführenden Seiten. Während 2008 5.300 BesucherInnen verzeichnet werden konnten, waren es 2009 um 2000 mehr.

Die Helpline der STGKK

In den Jahren 2008 und 2009 nutzten rund 770 Anrufer die Möglichkeit, sich bei der Helpline der STGKK über Entwöhnstrategien zu informieren bzw. sich direkt zum Gruppenentwöhnungs-Seminar oder zur Einzelentwöhnberatung anzumelden.

3.2.4 Information und Bewusstseinsbildung

Im Umsetzungsjahr 2009 wurden zwei große Öffentlichkeitsarbeitskampagnen im Bereich Nichtraucherschutz bzw. Schutz der Kinder vor Passivrauchen durchgeführt.

Kampagne „Vorzug für Rauchfrei“

Die erste Kampagne zu Beginn des Jahres richtete sich an die steirische Gastronomie und war zeitlich parallel zum Inkrafttreten der Novelle des österreichischen Tabakgesetzes angelegt. All jene steirischen GastronomInnen, die ihre Gaststätte unabhängig von der Größe und Anzahl der Räume mindestens ein Jahr lang zur rauchfreien Zone erklärten, wurden vom Land Steiermark mit einer Nichtraucherschutz-Prämie in der Höhe von 1.000 Euro gefördert. Insgesamt verpflichteten sich 600 GastronomInnen ihr Lokal rauchfrei zu führen.

Kampagne „Ich darf schon rauchen“

Rund um den Weltnichtrauchertag 2009 wurde eine große Kampagne mit dem Ziel des Schutzes der Kinder vor Passivrauch lanciert. Die Kampagne knüpfte an die Rauchfrei dabei-Kampagne 2007 an, die sich ebenfalls dem Nichtraucherschutz widmete. Mit Hilfe des fünf Monate alten Sympathieträgers „Leo“ und dem Slogan „Ich darf schon rauchen“ sollten Eltern und alle, die sich für Kinder in ihrer Umgebung verantwortlich fühlen, aufgerüttelt und sensibilisiert werden. Langfristiges Ziel war neben der Bewusstseinsbildung eine deutliche Einstellungs- und Verhaltensänderung beim Thema Kinder und Passivrauchen.

⁶ Batra, A., Buchkremer, G. (2004). Tabakentwöhnung, ein Leitfadens für Therapeuten; Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

⁷ Batra, A., Wassmann, R., Buchkremer, G. (2008). Verhaltenstherapie, Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete; Thieme, Stuttgart.

3. SUCHTPRÄVENTION

Neben Plakaten, die in der gesamten Steiermark affiziert wurden, wurde die Uhr des Grazer Hauptbahnhofs mit einem Riesentransparent verdeckt. Die Kampagne wurde mittels einer PassantInnenbefragung in Graz und Bruck an der Mur mit einer Stichprobe von knapp 400 Personen evaluiert. Es zeigten sich überdurchschnittlich hohe Bekanntheitswerte sowie eine breite Befürwortung. 11% der befragten Personen gaben zudem an, dass die Kampagne zu einer konkreten Einstellungs- oder Verhaltensänderung geführt habe.

Begleitende Öffentlichkeitsarbeit

Während der Umsetzungsjahre 2008 und 2009 wurde steiermarkweit kontinuierlich die Bewerbung der Angebote zur Beratung und Tabakentwöhnung vorangetrieben. Zudem gab es kampagnenbegleitende intensive Pressearbeit durch Pressekonferenzen, Presseausendungen, Fototermine sowie aktionistische Schwerpunktaktionen zum Weltnichtrauchertag.

www.rauchfrei-dabei.at

2008 und 2009 wurde die projektbegleitende Webseite www.rauchfrei-dabei.at laufend betreut und ausgebaut. Die Website bietet allen interessierten SteirerInnen fundierte Informationen zu den Themen Rauchen und Passivrauchen und allen RaucherInnen Antworten auf die wichtigsten Fragen rund um das Thema Rauchstopp. Durch die vermehrte Bewerbung der Homepage im Zuge sämtlicher Aktivitäten der Tabakpräventionsstrategie Steiermark und die breit angelegte Vernetzungsarbeit konnte die BesucherInnenzahl im Jahr 2008 mit 70 pro Tag im Vergleich zu 2007 mehr als verdoppelt werden.

Vernetzung: Newsletter

Im März 2008 erschien die erste Ausgabe des Rauchfrei dabei-Newsletters der Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Seitdem wird er vierteljährlich an ca. 300 EmpfängerInnen versandt. Mit dem Newsletter möchte die Koordinationsstelle der Tabakpräventionsstrategie Steiermark MultiplikatorInnen, KooperationspartnerInnen und am Thema Interessierte über Aktivitäten, Maßnahmen und Fortschritte im Zuge der Umsetzung der Tabakpräventionsstrategie auf dem Laufenden halten.

Vernetzung: 1. österreichische Fachtagung Tabakkontrolle – Tabakprävention – Tabakentwöhnung

Die 1. österreichische Fachtagung zur Tabakkontrolle, -prävention und -entwöhnung, die auf Initiative des Landes Steiermark und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse am 23. Oktober 2008 in Gleisdorf stattfand, bot rund

100 Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich die Möglichkeit, sich mit nationalen und internationalen ExpertInnen auszutauschen und sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft und effektive Methoden der Tabakkontrolle zu informieren.

Vernetzungstagung „Rauch – Frei – Zeit“: Das Thema Rauchen in der Jugendarbeit für JugendarbeiterInnen

Im September 2008 lud VIVID 45 MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Bereichen der außerschulischen Jugendarbeit zur Tagung „Rauch – Frei – Zeit“ in das Bildungshaus Schloss St. Martin in Graz ein. Im Vordergrund der Tagung standen der Informationsaustausch und die Vernetzung von unterschiedlichen PartnerInnen innerhalb der außerschulischen Jugendarbeit.

3.2.4 Prävention

Neben den folgenden nur auf das Thema Tabak fokussierten Angeboten wurden tabakspezifische Aspekte in alle von VIVID gesetzten Präventionsmaßnahmen integriert.

Workshops für KindergartenpädagogInnen und LehrerInnen

Im Jahr 2008 wurde der Grundstein zum Workshop „Rauchzeichen“ – Tabakprävention in Volksschulen gelegt, dessen Umsetzung erstmals 2009 erfolgte. Das Angebot richtet sich an Lehrpersonen an Volksschulen und soll der Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Motivierung zur Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen mit dem Schwerpunkt Tabakprävention in der Schule dienen. Auch fanden 2009 zwei sechsteilige Fortbildungsreihen für KindergartenpädagogInnen zum Thema „Sucht- vorbeugung im Kindesalter“ mit einem Schwerpunkt auf tabakspezifische Aspekte statt.

Elterncafé mit Vertiefungsangebot sowie Schwerpunkt Elternabend zum Thema Tabak

In diesen Elternrunden zum Thema Tabak wird vermittelt, warum Tabakprävention schon im frühen Kindesalter und nicht erst in der Pubertät Thema sein sollte und welche Rolle den Eltern im Hinblick auf eine etwaige Rauchersozialisation zukommt.

„Was geht ab?“ Seminar für Eltern von Jugendlichen mit vertiefendem Schwerpunkt Tabak

„Was geht ab?“ ist ein zweiteiliges, aufeinander aufbauendes Seminar für Eltern von Jugendlichen, das der Vermittlung von Basiswissen zur Sucht und Suchtentwicklung

3. SUCHTPRÄVENTION

sowie Suchtvorbeugung im Erziehungsalltag dient.

Handlungsleitfaden Tabak für die außerschulische Jugendarbeit

Die Broschüre liefert neben Fakten und gesetzlichen Grundlagen viele praktische Anregungen, wie Tabakprävention in der Jugendeinrichtung zum Thema gemacht und mit einfachen Maßnahmen in das eigene Handlungskonzept eingebunden werden kann. Begleitend zum Handlungsleitfaden wurden Seminare für JugendarbeiterInnen abgehalten.

Handlungsleitfaden Tabak für die Schule

Ziel dieses Handlungsleitfadens ist es, Schulen eine adäquate Unterstützung und Begleitung des Prozesses zur Umsetzung der rauchfreien Schule zu bieten. Begleitend zum Handlungsleitfaden gibt es die Möglichkeit, Seminare und Projektbegleitungen in Anspruch zu nehmen.

3.2.5 Aus- und Weiterbildung

Die Aus- und Weiterbildung von GesundheitsexpertInnen, die im Rahmen ihrer Berufsausübung über die schädlichen Wirkungen des Rauchens und Passivrauchens aufklären, konkrete Unterstützung und Hilfe bei der Tabakentwöhnung zur Verfügung stellen bzw. Informationen zu Entwöhnangeboten vermitteln können, stellt einen wesentlichen Maßnahmenbereich der Tabakpräventionsstrategie Steiermark dar. Zu diesem Zweck wurden 2008 und 2009 Fortbildungsangebote im Bereich der Tabakprävention und Tabakentwöhnung für Angehörige von Gesundheitsberufen sowie Berufsgruppen mit psychosozialer oder pädagogischer Ausbildung umgesetzt. Insgesamt konnten in den Umsetzungsjahren 2008 und 2009 ca. 300 Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen weitergebildet und 51 Personen zu EntwöhnexpertInnen ausgebildet werden.

3.3 Ausgewählte Präventionsmaßnahmen im Detail

Die Auswahl der im Folgenden dargestellten Interventionen erfolgte in Abhängigkeit davon, ob die Projekte im Best Practice-Portal des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁸ aufgenommen wurden. Dieses Portal versucht die Qualität unterschiedlicher Interventionsformen in der Sucht-/Drogenarbeit zu verbessern, indem es erfolgreich umgesetzte und evaluierte Projekte auflistet und beschreibt. Dabei müssen folgende

Kriterien erfüllt werden⁹:

- das Projekt muss evaluiert sein
- die Projektziele müssen theoriegeleitet sein
- die Indikatoren der Evaluation müssen auf die Projektziele und Ausgangssituation des Projekts bezogen sein
- das Evaluationsdesign muss klar beschrieben sein
- das Projekt muss mindestens ein Jahr alt sein

Sofern die Kriterien erfüllt wurden, wird das Projekt in das Portal aufgenommen. Zusätzlich werden den Projekten je nach Projektplan, Evaluationsdesign und Projekttransparenz nach einem festgelegten Schema Punkte zugeordnet. Für die Qualität der Evaluation werden die meisten Punkte vergeben, was die Bedeutung evidenzbasierter Gesundheitsförderung und Prävention unterstreicht. So entstehen drei Qualitätsstufen:

- Stufe 1: Projekt erfüllt die oben beschriebenen Kriterien
- Stufe 2: Projekt erreicht mehr als 12 Punkte („promising project“)
- Stufe 3: Projekt erreicht mehr als 28 Punkte („top level project“)

Insgesamt sind 63 österreichische Projekte für die Bereiche Prävention, Behandlung, Schadensminimierung, soziale Reintegration und Strafvollzug aufgelistet. Sieben Projekten wurde dabei die Qualitätsstufe 2 zuerkannt. 28 Projekte fokussieren auf Prävention, 13 auf Behandlung, 8 auf Schadensminimierung, 10 auf soziale Reintegration und 4 auf Maßnahmen im Rahmen des Strafvollzugs.

Die Steiermark ist mit acht Projekten in der Qualitätsstufe 1 vertreten, wobei sieben davon dem Bereich Prävention zuzuordnen sind und eines aus dem Bereich Schadensminimierung stammt. Die Projekte SAS sowie ein Gemeindeprojekt im Bezirk Fürstenfeld (jeweils durchgeführt von VIVID) und das Projekt Suchtvorbeugung in Trofaiach (durchgeführt von b.a.s.) sind zwar noch in der EMCDDA-Datenbank gelistet, wurden jedoch bereits 2002 bzw. 2005 abgeschlossen und fallen nicht in den Berichtszeitraum 2008/2009. Beide Projekte werden daher an dieser Stelle nicht näher vorgestellt.

3.3.1 High genug?

Präventionstyp

Universelle Prävention

⁸ Siehe <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>.

⁹ Siehe <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels>.

3. SUCHTPRÄVENTION

Laufzeit

2002–2008

Bis dato: Materialvergabe

Setting

Außerschulische Jugendarbeit

Zielgruppe

Personen in Jugendeinrichtungen, Jugendorganisationen und der verbandlichen Jugendarbeit.

Zugang

Information und unterstützende Materialien für JugendarbeiterInnen sowie begleitende Seminare zu thematischen Schwerpunkten

Evaluationstyp

Prozess- und Ergebnisevaluation

Zielsetzungen

- Sensibilisierung von Verantwortlichen und MultiplikatorInnen in der außerschulischen Jugendarbeit zum Thema Suchtvorbeugung
- Inhaltliche Erarbeitung und Produktion eines Praxispaketes zur Bearbeitung des Themas im jeweiligen Arbeitsfeld
- Erweiterung von Wissen und Handlungskompetenz in der primären und sekundären Suchtprävention
- Stärkung der Jugendverantwortlichen/Erwachsenen sowie der Jugendlichen durch Materialien, Seminare und begleitende Öffentlichkeitsarbeit
- Aktive Beteiligung von Jugendverantwortlichen an der primären Suchtprävention

Maßnahme

- Inhaltliche Erarbeitung und Produktion eines Praxispaketes (BEST PRACTICE – suchtpreventive Projektarbeit aus der Praxis für die Praxis, ADDICT-ionary – ein SUCHTlexikon, BASICS – Suchtprävention in Jugendfreizeiteinrichtungen, JUGEND-DROGEN-REGELN – Suchtmittelkonsum in Jugendfreizeiteinrichtungen, ALKOHOL – Handlungsleitfaden für die Jugendarbeit, CHECKLIST – suchtpreventives Mousepad)
- Begleitende Seminare für JugendarbeiterInnen zu inhaltlichen Schwerpunkthemen

Ergebnisse

Durch intensive Bewerbung und stetige Nachfrage wurden bis Frühjahr 2008 alle Praxispackages (500 Stück) an KundInnen der steirischen Jugendarbeit abgegeben. Der Mehrdruck einzelner Materialien bei der Produktion ermöglicht, dass einzelne Materialien bis dato erhältlich

sind. Begleitend zum Praxispackage haben 6 ganztägige Seminare für JugendarbeiterInnen mit insgesamt 88 TeilnehmerInnen stattgefunden. Erfahrungswerte von NutzerInnen des Praxispackages wurden mittels eines standardisierten Fragebogens im Herbst 2005 erhoben. Sowohl die gebotenen Inhalte als auch der konkrete Nutzen für die Praxis werden von den Einrichtungen überwiegend positiv bis sehr positiv beurteilt.

Projektumwelt

Kooperationsprojekt von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention mit LOGO Jugendmanagement GmbH, Landesjugendreferat Steiermark und dem Dachverband der steirischen Jugendzentren. Auftraggeber: Land Steiermark – Ressort Bildung und Jugend, Ressort Gesundheit. Projektfinanzierung: Zukunftsfonds des Landes Steiermark.

Kontakt

Bernadette Jauschneg
VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
T: +43 (0)316 82 33 00-90
E: bernadette.jauschneg@vivid.at
www.vivid.at

3.3.2 Step by Step

Präventionstyp

Selektive Prävention

Laufzeit

Step by Step Graz: 2002–2004
Step by Step Steiermark – Region Bruck an der Mur und Müzzzuschlag: 2004–2006
Step by Step Steiermark weit: 2006 – lfd.

Setting

Schule

Zielgruppe

PädagogInnen, SchulärztInnen und -psychologInnen sowie DirektorInnen von Schulen ab der 5. Schulstufe; HortpädagogInnen; LehrerInnen und DirektorInnen von Berufsschulen sowie Lehrlingspsychologie

Zugang

Je 2 Fortbildungsmodulen (à 5 Stunden), Fachtage (Reflexionsveranstaltungen) und begleitende Elterninformationsveranstaltungen an den teilnehmenden Schulen

Evaluationstyp

Prozessevaluation

3. SUCHTPRÄVENTION

Zielsetzungen

- Informationsgewinn zu den Grundlagen der Sucht und Suchtprävention
- Kenntnisse über Früherkennung und Krisenintervention an Schulen, § 13 SMG
- Erarbeitung von theoretischen und praktischen Grundlagen zum Umgang im Verdachts- bzw. Anlassfall an der Schule
- Erwerb von Handlungskompetenz und Sicherheit für das Vorgehen im Anlassfall
- Information über gesetzliche Grundlagen und mögliche Kooperationspartner vor Ort
- Erarbeitung eines schulinternen Handlungsmodells

Maßnahmen

- Informationsveranstaltungen für SchulleiterInnen, PädagogInnen, Elternvereinsobleute, SchulärztInnen und -psychologInnen
- Ausbildung von insgesamt 9 ReferentInnen im Rahmen von 5 Ausbildungstagen
- Laufende fachliche Begleitung und Supervision der ReferentInnen
- 2 Fortbildungsmodule á 5 Stunden für Schulen ab der 5. Schulstufe (MindestteilnehmerInnen: 2/3 des gesamten Lehrkörpers sowie verpflichtend Schulleitung und SchulärztIn)
- Fachtage (Reflexionsveranstaltungen)
- Elterninformations-Veranstaltungen
- Zusätzlich in Graz: € 363,- Projektförderung für die Durchführung eines Projektes an der Schule (entsprechend den suchtpreventiven Kriterien)

Ergebnisse

Step by Step Graz:

- 2 Informationsveranstaltungen für Schulen in Kooperation mit dem Landesschulrat
- Fortbildungsmodule an 49 Schulen mit 849 Lehrern, DirektorInnen, SchulärztInnen, SchulpsychologInnen
- Fortbildungsmodule an 20 Horten: 98 HortpädagogInnen

Das Programm wurde von 820 Personen als lohnend bis sehr lohnend bezeichnet. 29 TeilnehmerInnen haben die Fortbildungsmodule als nicht lohnend bewertet. 750 Personen haben die durch das Programm erlebte Steigerung der eigenen Handlungskompetenz für den Umgang mit verhaltensauffälligen/suchtgefährdeten Jugendlichen mit gut bis sehr gut bewertet; 78 Personen bewerteten diese mit mittel und 13 mit schlecht. Besonders wichtig waren den TeilnehmerInnen dabei Informationen über gesetzliche Grundlagen, über Sucht im Allgemeinen, über Hilfsangebote, die Erarbeitung eines Handlungsmodells und

Informationen über §13 SMG, praktische Übungen zur Gesprächsführung, die Abgrenzung von Verantwortlichkeiten, die Diskussion konkreter Anlassfälle, der Beobachtungsbogen und die Möglichkeit der Fallbesprechung sowie der Praxisbezug.

Step by Step Steiermark:

- 14 Schulen mit insgesamt 168 TeilnehmerInnen

Projektumwelt

Ursprünglich wurde Step by Step im Rahmen eines EU Projektes in Deutschland, der Schweiz und Vorarlberg entwickelt. Die österreichischen Fachstellen für Suchtprävention wurden – nach einer Überarbeitung der österreichischen Fachstellen – vom BMBWK mit der Umsetzung des Programms im jeweiligen Bundesland beauftragt.

Step by Step Graz:

Ein Kooperationsprojekt von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, der Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark, dem Landesschulrat für Steiermark sowie der Stadt Graz – Gesundheitsamt. Finanzierung: Stadt Graz.

Step by Step Steiermark:

Ein Kooperationsprojekt von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, den regionalen Beratungsstellen (BIZ Leoben, BAS) und dem Landesschulrat für Steiermark. Finanzierung: Land Steiermark – Gesundheitsressort.

Kontakt

Bernadette Jauschneg
VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
T: +43 (0)316 82 33 00-90
E: bernadette.jauschneg@vivid.at
www.vivid.at

3.3.3 Suchtprävention im steirischen Fussballverband

Präventionstyp

Universelle Prävention

Laufzeit

März 2003 – lfd.

Setting

Verband

Zielgruppe

Fußball-TrainerInnen in Ausbildung

3. SUCHTPRÄVENTION

Zugang

Schulungen für TrainerInnen in Fußballvereinen

Evaluationstyp

Prozessevaluation

Zielsetzungen

- Sensibilisierung und Information der TeilnehmerInnen zu den Themen Sucht und Suchtvorbeugung
- Bewusstmachung der persönlichen Vorbildwirkung als TrainerIn in Bezug auf pädagogische und suchtpreventive Aspekte
- Erarbeiten von konkreten Handlungsmöglichkeiten und suchtpreventiven Möglichkeiten innerhalb des Settings Fußballverein
- Verankerung des Themas in der TrainerInausbildung

Maßnahme

- inhaltliche Einschulung sowie regelmäßige inhaltliche und organisatorische Treffen mit den durchführenden ReferentInnen
- Materialien zur Weiterarbeit (CD-Rom)
- Basis- und Jugendmodulangebote (Workshops á 3 Stunden) im Rahmen der Ausbildung zum/zur steirischen FußballtrainerIn.

Ergebnisse

Bisherige Ergebnisse zeigen, dass das Thema Suchtvorbeugung beim überwiegenden Teil der TeilnehmerInnen einen hohen Stellenwert einnimmt und ein Interesse an vertiefter Auseinandersetzung zu dieser Thematik besteht. Die Bewertung der Rückmeldungen der TeilnehmerInnen fällt sehr gut aus. Besonders positiv bewertet werden dabei die Arbeitsweise und fachliche Kompetenz der ReferentInnen sowie die vermittelten Inhalte.

Projektumwelt

Kooperationsprojekt von VIVID Fachstelle für Suchtprevention mit dem Steirischen Fußballverband.

Auftraggeber: Steirischer Fußballverband

Finanzierung: Land Steiermark

Kontakt

DSA Wolfgang Zeyringer

VIVID – Fachstelle für Suchtprevention

Tel: +43 (0)316 82 33 00-94

E: wolfgang.zeyringer@vivid.at

www.vivid.at

3.3.4 Marienambulanz Graz

Präventionstyp

Selektive Prävention

Laufzeit

Unbefristet

Setting

Prävention in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung (Ambulanz)

Zielgruppe

Menschen, die keine Krankenversicherung haben (In- und AusländerInnen), illegal in Österreich leben, zwar versichert sind, aber aus den unterschiedlichsten Gründen, wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Wunsch nach Anonymität, schlechte Erfahrungen, fehlendes Wissen, sprachliche Barrieren, soziale Ungleichheit, die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können.

Evaluationstyp

Prozessevaluation

Zielsetzungen

- Entlastung des intramuralen Bereichs durch ein niederschwelliges Angebot für soziale Randgruppen
- Gesundheitsförderung und Prävention durch nachgehende und aufsuchende Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsinformation und Empowerment der Zielgruppe zur Steigerung des Gesundheitsbewusstseins
- Begleitung und Schulung von fremdsprachigen Patienten mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Integration in das bestehende Gesundheitssystem
- Entwicklung von Standards in der medizinischen Versorgung von sozialen Randgruppen durch Vernetzung mit Akteuren und Projekten mit ähnlicher Zielsetzung
- Mitarbeit in der Versorgungsforschung (bezüglich problematischen Drogenkonsums)

Maßnahmen

- Medizinische Primärversorgung (Frauensprechstunde, Hypertonieordination, Diabetesordination, Psychiatrieordination, allgemeinmedizinische Ordination)
- Nachgehende medizinische Arbeit (medizinische Betreuung des Kontaktladens und Streetwork im Drogenbereich, „rollende“ nachgehende medizinische Betreuung, sozialpsychiatrisch aufsuchende Betreuung)

3. SUCHTPRÄVENTION

- PatientInnenschulungen (Diabetes, Hypertonie)

Ergebnisse

- Institutionalisierung und Finanzierung durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- Kontinuierlicher Ausbau der Angebote für die Zielgruppe

Projektumwelt

Träger: Caritas der Diözese Graz-Seckau

Kooperationen: Ordinationen von AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, stationären Angeboten und Labors sowie weiteren Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.

Förderungen: Gesundheitsfonds Land Steiermark, Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Stadt Graz, Land Steiermark, Bundesministerium für Gesundheit, Landes Hypobank Steiermark

Kontakt

DPGKS Christine Anderwald

Marienambulanz Graz

T: +43 (0)316 80 15 361

E: c.anderwald@caritas-steiermark.at

www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/

fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz

3.3.5 Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!

Präventionstyp

Universelle Prävention

Laufzeit

2003–2009

Setting

Gemeinde/Bezirk

Zielgruppe

MultiplikatorInnen, Erwachsene, Kinder, Jugendliche

Zugang

BürgerInnenbeteiligung, Vernetzung

Evaluationstyp

Prozessevaluation

Zielsetzungen

- Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Aktivierung von Jugendlichen und der Gesellschaft im Bereich „Suchtvorbeugung“ und „Gesundheitsförderung“

- nichts Neues erfinden, Vorhandenes einbinden und unterstützen, Fortsetzen und Aufgreifen bereits erarbeiteter Angebote
- Angebotstransparenz zum Thema „Jugend“, „Suchtprävention“ und „Gesundheitsförderung“ schaffen – sowie Aufbau einer kontinuierlichen Angebotsstruktur
- „Partizipation“ und Dialog zwischen den Generationen herstellen (aber auch zwischen Österreich und Slowenien)
- Umsetzen verschiedener suchtpreventiver Maßnahmen im Bezirk Radkersburg und den slowenischen Grenzgemeinden sowie Sicherung einer langfristigen Verankerung suchtpreventiver Angebote

Maßnahmen

- Alkoholfreie soft:bar
- Bücherkoffer
- Handbuch zur Festkultur
- Öffentlichkeitsarbeit
- Strategiegruppe
- PR-Initiative – Unterstützung von Kleinprojekten
- Projektwebsite
- Grenzüberschreitende Vernetzungstreffen/ Arbeitstreffen
- Grenzüberschreitender Redewettbewerb zum Thema „Sucht“
- Vortragsserie und Workshops für MultiplikatorInnen
- 2 Einreichungen (TrauDi, Constantin)
- 16 Newsletter, über 130 News und Termine online, 16 Newsletter news.ohne.grenzen

Ergebnisse

Namentliche Bekanntheit des Projektes: 30% in Österreich, 27% in Slowenien

Inhaltliche Bekanntheit des Projektes: 43% in Österreich, 51% in Slowenien

Hohe subjektive Bedeutung der Projektthemen (Ratingsskala von +2 = sehr wichtig bis -2 = sehr unwichtig): Mittel von 0,91 in Österreich; 0,88 in Slowenien

43 Veranstaltungen/Workshops/Vorträge. Im Schnitt 34 TeilnehmerInnen bei Veranstaltungen.

Google: 497 Treffer zu „Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!“. Mailverteiler: 637 Personen aus Österreich/Slowenien

3. SUCHTPRÄVENTION

Projektumwelt

Projektträger: Bezirkshauptmannschaft Radkersburg.
Projektförderer/-sponsoren: Land Steiermark – Gesundheitsressort, ÖLE – Ökologische Landentwicklung Steiermark, Land Steiermark – Jugendressort, Land Steiermark – A 16, Sozialhilfeverband Radkersburg, Lions Club Radkersburg, Rotary Club Radkersburg, Raiffeisenbank Radkersburg, Sparkasse Radkersburg, Volksbank.

Projektpartner: Amtsarzt, Bezirksgendarmeriekommando/ Exekutive Slowenien, Bezirkshauptmannschaft Radkersburg, Gemeinden des Bezirkes und aus Slowenien, Gesundheitsplattform Radkersburg, JugendeinrichtungsvertreterInnen Slowenien, Jugendwohlfahrt, JUZ house Mureck, Klinka, Korak Naprej, Kulturforum, Landesjugendreferat, Fachabteilung 6A, LOGO Jugendmanagement, Österreichische & slowenische Jugendeinrichtungen, Psychosozialer Dienst, Stmk. Hilfswerk, Rauschfreie Zone, Referat für Sozialarbeit sowie weitere Abteilungen, Steirischer Dachverband der offenen Jugendarbeit, Styria Vitalis, Suchtkoordination Slowenien, Suchtkoordinationsstelle des Landes, VIVID Fachstelle für Suchtprävention, Weitblick – Verein, Yougend.st u.v.a.

Projektbegleitung: blue|monday gesundheitsmanagement

Kontakt

Ing. Ute Jennings
Bezirkshauptmannschaft Radkersburg
Hauptplatz 34, A-8490 Bad Radkersburg
T: +43 (0)3476 40 04-243
E: ute.jennings@stmk.gv.at
www.jugendohnegrenzen.at

oder

Mag. Barbara Supp
blue|monday gesundheitsmanagement
Pestalozzistrasse 60, 8010 Graz
T: +43 (0)676 43 80 784
E: office@bluemonday.at
www.bluemonday.at

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

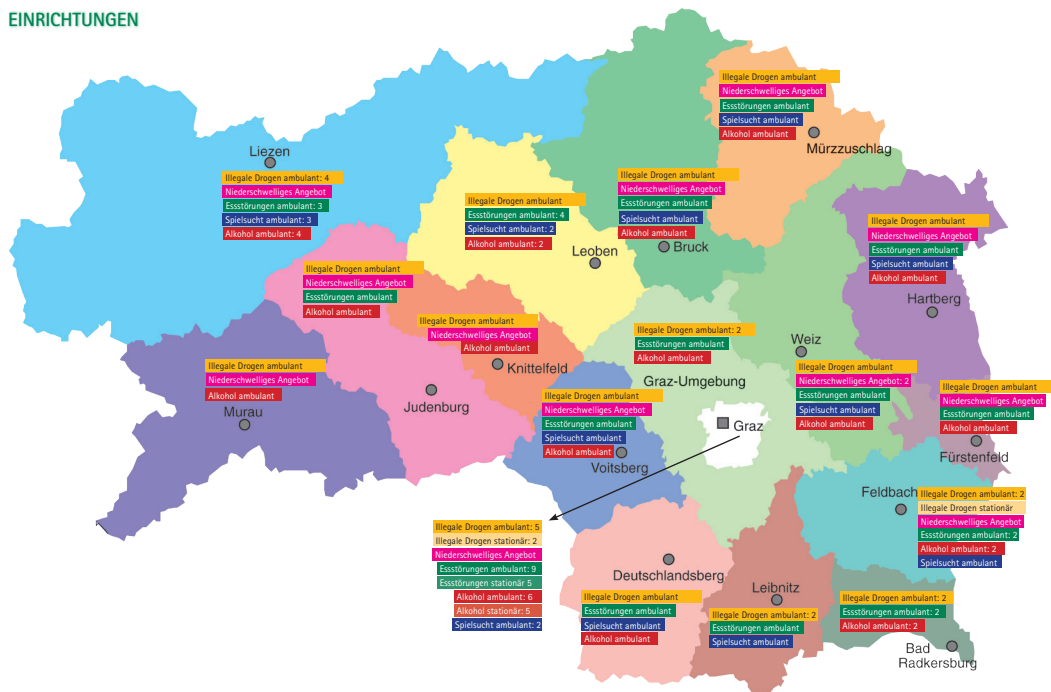
Das Versorgungssystem lässt sich nach seiner inhaltlichen Konzeption grob in niederschwellige und höherschwellige, sowie in akzeptanzorientierte („Schadensminimierung“) und abstinentorientierte („Therapie“) Angebote differenzieren. Hinsichtlich ihrer Organisationsform werden die Angebote entweder im ambulanten oder im stationären Sektor, entweder von auf die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten spezialisierten Einrichtungen oder von Einrichtungen der allgemeinen Krankenversorgung („Regelversorgung“), die ihre Leistungen komplementär auch für Abhängigkeitserkrankte anbieten, erbracht. Die Vernetzung der Angebote erfolgt über zahlreiche Netzwerke mit unterschiedlichen Aufgabengebieten. Ziel dieser Netzwerke ist die fachliche Kooperation sowie die inhaltliche Verzahnung und Koordination der Angebote, um den Kommunikationsaufwand zwischen den Sektoren effizient zu gestalten. Viele der bestehenden Einrichtungen haben die notwendigen Kommunikationsprozesse an den Nahtstellen der Behandlung institutionalisiert.

Seit 1. Jänner 2006 werden österreichweit die Kontakte von KonsumentInnen illegaler Drogen mit Suchthilfeeinrichtungen einheitlich dokumentiert (DOKLI – Einheitliche Dokumentation der KlientInnen der Drogeneinrichtungen) und in jährlichen Berichten zusammengefasst.

Dadurch werden nicht zuletzt auch die Berichtserfordernisse nach Maßgabe der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erfüllt. Die nach §15 SMG anerkannten Einrichtungen haben sich in den Jahren 2006 bis 2009 an DOKLI verpflichtend beteiligt, wodurch eine verwertbare wenngleich aufgrund des Fehlens zweier bedeutender stationärer Einrichtungen in ihrer Repräsentativität eingeschränkte Datenbasis zur Verfügung steht. Im Jahresbericht 2006 wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse aufgrund der üblichen Probleme im Zusammenhang mit der Implementierung neuer Dokumentationssysteme vorsichtig zu interpretieren sind, auch wenn sich eindeutig zeigt, dass DOKLI mit jedem neuen Berichtsjahr an Aussagekraft gewinnt.¹⁰ Der nächste DOKLI-Bericht Steiermark für das Berichtsjahr 2009 wird im Herbst 2010 erscheinen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Population jener KlientInnen, die in den jeweiligen Berichtsjahren von 30 (2008) bzw. 31 (2006/2007) steirischen Einrichtungen aufgrund einer Problematik mit illegalen Drogen betreut wurden (in absoluten Zahlen – 2006: 1.374, 2007: 1.481, 2008: 1.485), auch wenn der jeweilige Betreuungsbeginn schon länger zurücklag oder die Betreuung im selben Jahr abgeschlossen wurde.

EINRICHTUNGEN



¹⁰ DOKLI Steiermark – einheitliches Dokumentationssystem der Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2008 (2009), S. 7.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

4.1 Vorwiegend schadensminimierende ambulante Angebote

Laut DOKLI haben 2008 insgesamt 45,7% der in steirischen Suchthilfeinrichtungen beratenden, betreuenden oder behandelten KlientInnen eine kurzfristige (21,2%) oder niederschwellige (24,5%) Betreuung in Anspruch genommen, wobei vor allem jüngere Personen unter 19 Jahren vermehrt Angebote dieser Art nutzen. Die kurzfristige Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten dauert in der Mehrheit der Fälle (60%) weniger als ein bis drei Monate (bis ein Monat 34,6% und ein bis drei Monate 25,4%), und Betreuungen im niederschweligen Bereich dauern eher zwischen ein bis 3 Jahre (53,8%), bzw. sogar über 4 Jahre (36,5%).

Die Caritas betreibt mit dem Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich in Graz eine wichtige Anlaufstelle für Drogenkonsumenten. Insgesamt 18 MitarbeiterInnen sind hier beschäftigt. Hinter dem vielfältigen Angebot stehen die Ziele der Schadensminimierung, psychosozialen Stabilisierung sowie Beratung, Betreuung und Vermittlung. Es werden Grundbedürfnisse der KonsumentInnen abgedeckt und ein Rückzugs- und Beratungsraum geboten. Die Vernetzung zu anderen Spezialeinrichtungen der Suchthilfe ist institutionalisiert – verschiedene höherschwellige Suchthilfeinrichtungen bieten in den Räumen des Kontaktladens in Graz regelmäßige Sprechstunden an.

In dezentralen Bezirken wird das Aufgabengebiet nachgehender/aufsuchender Arbeit von nicht auf Suchthilfe spezialisierten Einrichtungen abgedeckt. Steiermarkweit besteht ein großflächiges Angebot von Streetwork und mobiler Jugendarbeit verschiedener Trägerorganisationen wie Hilfswerk und Caritas, Verein Avalon in Liezen und mobile Jugendberatung „iMPULS Aussee“ (4 Mitarbeiter) im Steirischen Salzkammergut. Die Aktivitäten weisen aus fachlichen Gesichtspunkten zwar einen geringeren Spezialisierungsgrad auf, decken aber eine breitere Angebotspalette ab. So werden teilweise auch Arbeitsberatung, Wohnversorgung, Suchtprävention an Schulen, höherschwellige Angebote sowie Vernetzung zu Ämtern und Behörden geleistet. Die Heterogenität der organisatorischen Strukturen und Angebote spiegelt unzweifelhaft wider, dass es sich bei niederschwelliger Suchthilfe um einen spezialisierten Bereich als Querschnittsmaterie zwischen Sozial- und Gesundheitssystem handelt.

Die bestehende auf Suchthilfe spezialisierte Institutionenlandschaft fokussiert auf die psychosozialen Bedürfnisse von Personen mit gefährlichem Substanzgebrauch und vermittelt im Bedarfsfall zur medizinischen Versorgung, die entweder von höherschwelligen Spezialeinrichtungen oder der medizinischen Regelversorgung angeboten werden.

Eine quantitativ bedeutsame Form der Suchthilfe ist nach wie vor die Substitutionstherapie, die vorwiegend im medizinischen System stattfindet und in deren Ablauf eine Reihe von nieder- und höherschwelligen Suchthilfeinrichtungen involviert ist. Die Substitutionstherapie wurde deshalb eigens anhand der Stammdaten, die über Substituierte zwischen 2000 und 2009 routinemäßig gesammelt und aufgezeichnet wurden, sowie mittels Stichtagserhebungen über die AmtsärztInnen der steirischen Bezirke zwischen 2007 und 2009 evaluiert (Kapitel 5).

4.2 Vorwiegend abstinenzorientierte ambulante Angebote

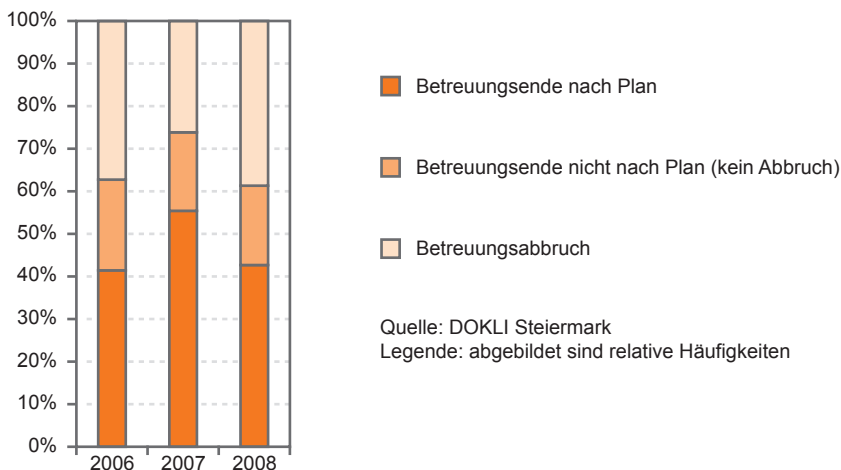
Laut DOKLI haben 2008 40% der in steirischen Suchthilfeinrichtungen beratenden, betreuenden oder behandelten KlientInnen eine längerfristige ambulante Betreuung oder Therapie in Anspruch genommen, wobei dieses Subsystem verstärkt die Bedürfnisse von Personen ab dem 50. Lebensjahr und von erwerbstätigen Personen abdeckt. Im Vergleich zu anderen Behandlungsstrategien erfolgt eine Kontaktaufnahme mit einer längerfristig ambulanten Betreuungseinrichtung eher über eine Justiz-Weisung oder Therapieauflage (27,4%). Eine längerfristig ambulante Betreuung dauert nach Angaben von DOKLI 2008 in etwa der Hälfte aller Fälle (51,4%) sieben bis 24 Monate, und in einem Viertel aller Fälle (25,7%) ein bis sechs Monate.

Abbildung 1: Siehe rechts - Seite 23

Das Betreuungsende bei längerfristig ambulanten Angeboten erfolgte 2008 bei 41,4% der KlientInnen nach Plan, bei 37,1% der Fälle wurde die Betreuung abgebrochen. Bei 13,7% kam es zu einem nicht-planmäßigen Betreuungsende, beispielsweise aufgrund von Krankheit, Ortswechsel, Haft, Tod oder Weitervermittlung. Nachdem im Jahr 2007 bereits über die Hälfte der Betreuungen planmäßig abgeschlossen werden konnten, ist für 2008 ein Rückgang zu verzeichnen.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Abbildung 1: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) alkoholbezogener Diagnosen 2004–2007



Auch im Bereich vorwiegend abstinentorientierter ambulanter Angebote existiert ein flächendeckend ausgebautes Netzwerk von Institutionen, zu deren Angeboten vorwiegend Beratung, Betreuung und Psychotherapie bei einer Reihe von speziellen Problemen mit illegalen und legalen Suchtmitteln sowie mit substanzungebundenen Süchten gehören. Zusätzlich gibt es hier teilweise auch Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Fort- und Weiterbildung inkl. Supervision und Coaching für ProfessionistInnen. An 12 Standorten (Bad Aussee, Bruck, Deutschlandsberg, Feldbach, Graz, Hartberg, Leibnitz, Liezen, Mürzzuschlag, Schladming, Voitsberg, Weiz) stellt die Einrichtung b.a.s. [betrifft abhängigkeit und sucht] mit insgesamt 26 MitarbeiterInnen ein Angebot für Jugendliche und Erwachsene, die beispielsweise ihren Drogenkonsum, ihr Essverhalten, ihr Trinkverhalten und/oder ihr Glücksspiel als problematisch erleben. In diesem Zusammenhang sei auf die 2008 von b.a.s. in Betrieb genommene Fachstelle für Glücksspielsucht hingewiesen.

In Leoben übernimmt dies das Beratungs- und Informationszentrum BIZ-Obersteiermark mit einem Schwerpunkt auf Abhängigkeitserkrankungen mit 10 MitarbeiterInnen. In Graz sind die Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark mit 21 MitarbeiterInnen, sowie das Beratungszentrum des Grünen Kreises mit 7 MitarbeiterInnen tätig.

Das Angebot dieser Spezialeinrichtungen wird vom steiermarkweiten Netzwerk der psychosozialen Beratungszentren ergänzt, deren Schwerpunkte zwar in der extramuralen allgemeinen sozialpsychiatrischen Versorgung liegen,

die aber mehr oder weniger auch spezielle Angebote für Abhängigkeitserkrankte anbieten, wie z.B. im Falle des PSD – Hilfswerk Steiermark in Feldbach, Fürstenfeld und Radkersburg. Es befinden sich dabei sowohl extramurale, sozialpsychiatrische Grundversorgung als auch Drogen- und Suchtberatung „unter einem Dach“. Dasselbe gilt für den Verein für psychische und soziale Lebensberatung für die Bezirke Judenburg, Murau und Knittelfeld.

Als Sondermodell medizinischer Primärversorgung betreibt eine allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis in Graz-Liebenau (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau) (40 MitarbeiterInnen) einen Schwerpunkt in der biopsychosozialen Versorgung im Rahmen der Substitutionstherapie (60–75 PatientInnen). Das Angebot umfasst Sozialarbeit, verschiedene Formen der Psychotherapie und Familienberatung, Gesundheitsförderung, soziale Dienste („Hauskrankenpflege“), Physiotherapie und Mediation.

Aufgrund teilweise fehlender stationärer Kapazitäten im Behandlungssystem sind die zuweisenden ambulanten Angebote angehalten, Netzwerkkontakte zu stationären Therapieangeboten in anderen Bundesländern zu unterhalten, wobei es vereinzelt zu beträchtlichen Wartezeiten kommen kann. Viele ProfessionistInnen im Suchthilfesystem legitimieren diesen beschränkten Zugang über eine therapeutische Perspektive und argumentieren, dass eine Vorlaufzeit zur Überprüfung der Therapiemotivation der PatientInnen notwendig sei.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

4.3 Stationäre Angebote

14,3% der in DOKLI erfassten KlientInnen haben 2008 eine längerfristige stationäre Betreuung in Anspruch genommen. Den Hauptanstoß für eine Kontaktaufnahme mit einer stationären Betreuungseinrichtung bildet überdurchschnittlich häufig die eigene Initiative (70,4% der Fälle). Die Inanspruchnahme dauert in etwa 80% aller Fälle bis zu drei Monate (45,2% bis ein Monat, 35,1% ein bis drei Monate) und bei weiteren 10,7% vier bis sechs Monate. Bei den übrigen 9% der KlientInnen liegt die Betreuungszeit zwischen sieben und 36 Monaten, wobei Betreuungen nach dem 24. Monat verschwindend gering sind.

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Landesnervenklinik Sigmund Freud stellt mit 102 MitarbeiterInnen das größte Therapieangebot der Steiermark, wobei das Einzugsgebiet auch das Südburgenland umfasst. Die Abteilung besteht aus 5 Stationen mit insgesamt 125 Betten, die jeweils besondere Schwerpunkte bilden (körperliche Entgiftung, Entwöhnungs- und Entzugsbehandlung von Alkohol und Drogen, Medikamentenabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel) sowie einer allgemeinen Ambulanz und einer Drogenambulanz mit diversen einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten für Paare und Familien und einer Angehörigengruppe.

Die im Jahr 2004 gegründete Therapiestation „Walkabout“ bietet 8 Betten für die Entzugsbehandlung und 20 Betten

für die Entwöhnbehandlung von illegalen Substanzen und/oder Benzodiazepinen, sowie ambulante Nachbetreuung über ein Jahr. 36 MitarbeiterInnen sind hier tätig.

Der Grüne Kreis Johnsdorf bietet 80 Kurz- und Langzeittherapieplätze mit Behandlungsschwerpunkt auf Alkoholabhängigkeit und beschäftigt 27 MitarbeiterInnen. Die Caritas betreibt in Form des Aloisianums mit 12 MitarbeiterInnen ein ähnliches Angebot in Graz.

4.4 KlientInnenstatistik

Der folgende Abschnitt liefert eine bestmögliche, jedoch sehr rudimentäre Schätzung der Gesamtzahl an suchtiindizierten Kontakten im vorwiegend schadensminimierenden ambulanten sowie im vorwiegend abstinenzorientierten ambulanten Bereich für die Jahre 2004 bis 2008. Darin sind im Gegensatz zu den Angaben aus der DOKLI-Statistik nicht nur die KlientInnen enthalten, die den Kontakt zu den Einrichtungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen suchen (müssen), sondern auch jene, die aufgrund des Konsums legaler Substanzen (z.B. Alkohol, Tabak) und aufgrund substanzungebundener Süchte (z.B. Spielsucht) institutionalisierte Hilfe in Anspruch nehmen. Zahlen für das Jahr 2009 können zu diesem Zeitpunkt nicht geliefert werden, da die KlientInnenstatistik mancher Einrichtungen noch nicht vorliegt.

Tabelle 6: Anzahl der suchtbewegten Kontakte im vorwiegend schadensminimierenden ambulanten Setting 2004–2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich	15.090	16.385	20.186	17.393	18.039
Streetwork Bruck-Kapfenberg (ISOP)	2.720	4.314	4.376	4.261	4.509
Caritas Schlupfhaus	333	¹¹ 259	227	268	277
Streetwork Notschlafstelle Liezen	2.245	1.540	1.705	1.712	2.425
Streetwork Voitsberg (Jugend am Werk)	1.565	1.842	¹² 1.200	834	976
[aus]zeit Jugendhaus Gleisdorf (Streetwork)	9.231	9.706	9.986	¹³ 8.859	¹⁴ 9.218
Streetwork/mobile Jugendarbeit Weiz	1.890	3.931	keine Angabe	3.236	3.559
Streetwork Hilfswerk	keine Angabe	keine Angabe	223	keine Angabe	2.443
Die Gesamtzahlen werden aufgrund der Datenprobleme und -ungewissheiten bewusst nicht dargestellt.					

¹¹ Die Reduktion der dokumentierten Kontakte im Schlupfhaus im Jahr 2005 resultiert aus einer Ausgliederung des tag.werk. ¹² Der Rücklauf resultiert laut Auskunft von Streetwork Voitsberg aus einer Reduktion des Personalstandes mit einer damit einhergehenden Reduktion der Aktivitäten.

¹³ Die Anzahl der Kontakte ist rückläufig, da laut Jahresbericht der Einrichtung Streetwork im Herbst 2007 keine Schulpräsentationen durchgeführt wurde und sich die delinquente Szene im Vergleich zu 2006 beruhigt hat. ¹⁴ Die Steigerung an Kontakten erklärt sich laut Jahresbericht der Einrichtung unter anderem durch eine Intensivierung der Außendienste im Gleisdorfer Stadtpark.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Tabelle 7: Anzahl der suchtbefugten Kontakte im vorwiegend abstinenten Setting 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
b.a.s.	1.431	1.312	1.420	1.745	1.876
BIZ-Obersteiermark	226	223	237	320	368
Drogenberatung des Landes Steiermark	1.120	1.470	1.192	1.217	1.068
PSD Hilfswerk	2.423	2.616	keine Angabe	2.680	2.747
SMZ	76	93	120	135	120
Verein für psychische und soziale Lebensberatung	240	342	256	224	260

Die Gesamtzahlen werden aufgrund der Datenprobleme und -ungewissheiten bewusst nicht dargestellt.

Es wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Interpretation der dargestellten Zahlen im Bewusstsein der Unvollständigkeit und Uneinheitlichkeit der dokumentierten Fallzahlen erfolgen sollte. Dies resultiert zum einen daraus, dass nicht von allen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen Zahlen verfügbar sind und auch aus der Tatsache, dass die Kontakte unterschiedlich dokumentiert werden. So ist etwa in den Gesamtsummen nicht exakt zu bestimmen, wie viele Doppelzählungen (mehrere Kontakte pro KlientIn) enthalten sind, wie viele dieser Kontakte mit direkt Betroffenen oder Angehörigen stattfanden usw.

Ergänzend kann aufgrund einer Erhebung der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark über die Finanzierung stationärer Therapieangebote in den steirischen Bezirken – Graz ausgenommen – berichtet werden, dass 2009 insgesamt 75 alkoholbezogene Therapien (2008: 91, 2007: 85, 2006: 69) und 42 Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen wegen Abhängigkeit von illegalen Drogen (2008: 53, 2007: 35, 2006: 40) über das Behindertengesetz finanziert wurden.

4.5 LKF-Statistik

Alle abgeschlossenen Behandlungen in (Entlassungen aus) Krankenhäusern werden in Österreich in einer gesetzlich vorgeschriebenen Vollerhebung erfasst. Neben grundlegenden soziodemografischen Angaben inkl. Wohnort der PatientInnen werden zu den Fällen Haupt- und Nebendiagnosen sowie Verweilzeiten dokumentiert. Im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) werden die so erfassten Behandlungsprävalenzen mit einem Punktwert versehen und für die Abrechnung der Leistungen herangezogen.

Aus Gründen der Transparenz der folgenden Darstellungen muss auf verschiedene Probleme mit LKF-Daten hingewiesen werden:

- Da nur Personen erfasst werden, die eine Spitalsbehandlung bekommen, ist die größere Häufigkeit der insgesamt im Gesundheitswesen behandelten Personen nicht ableitbar.
- Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Störung als Diagnose aufscheint, variiert und hängt sowohl von der diagnostizierenden Abteilung (z.B. wird auf einer psychiatrischen Abteilung eher eine Suchtdiagnose gestellt als auf einer internistischen) ab, als auch von der Art der Störung und dem Schweregrad der Erkrankung.
- Da nur Behandlungsepisoden erfasst werden, aber keine Personen, sind keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Wiederaufnahmen von Personen in das Krankenhaus möglich. Eine Person, die im Laufe eines Jahres fünf Mal mit einer bestimmten Diagnose aufgenommen wird, erzielt dasselbe Ergebnis wie fünf Personen mit dieser Diagnose.

Die Bedeutung der LKF-Daten zu Zwecken der Suchtberichterstattung liegt überwiegend darin, dass es sich um die einzige systematische Aufzeichnung über die Frequentierung von Krankenanstalten zu einzelnen suchtspezifischen Störungen handelt. Aus der vorliegenden Auswertung resultiert ein grober Überblick über die Krankenhaushäufigkeit in den einzelnen politischen Bezirken der Steiermark. Die Krankenhaushäufigkeit drückt die Anzahl akutstationärer Behandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen eines Bezirkes innerhalb eines Jahres aus. Obwohl die Gesamtanzahl der Krankenhausbehandlungen bei einzelnen Suchtdiagnosen steiermarkweit großteils nur gering schwankt, weisen die regionalen Krankenhaushäufigkeiten eine beträchtliche

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Varianz auf. Als wahrscheinliche Ursachen für die Varianz lassen sich Unterschiede in den regional zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen (sowohl in der Suchthilfe als auch in der medizinischen Regelversorgung) sowie unterschiedliches Verhalten der PatientInnen, der Zuweiser und der Krankenhäuser anführen. Für eine deutliche Verursachung der Krankenhaushäufigkeit durch die Krankenhäuser selbst spricht vor allem, dass die Varianz in Leistungsbereichen mit deutlich abgegrenzter Indikationsstellung geringer ist als bei Suchtdiagnosen.¹⁵ Grundsätzlich sollte es im Sinne der Versorgungsqualität und Effizienz das Ziel sein, akutstationäre Leistungen, die fehlende extramurale Angebote kompensieren, nach außen zu verlagern und damit Fehlbelegungen, die sich beispielsweise in einer gesteigerten Krankenhaushäufigkeit ausdrücken (die Verweildauern wurden für den vorliegenden Bericht nicht analysiert), abzubauen. Die Aufnahmehäufigkeit ins Krankenhaus wird unter anderem durch die Verfügbarkeit und das Verhalten niedergelassener AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen und NeurologInnen, Psychosozialer Zentren und Suchtberatungsstellen beeinflusst. Je weniger Versorgung das extramurale Betreuungsnetz selbst abdeckt, desto mehr PatientInnen werden entweder auf dem direkten Weg in das Krankenhaus kommen oder von den extramuralen Behandlungseinrichtungen zugewiesen. Ein negativer Effekt kann vor allem dann entstehen, wenn Spitalsabteilungen aufgrund niedriger Auslastungsziffern durchaus einen Anreiz haben, Patienten unkritisch aufzunehmen. Die Beurteilung einer Reihe von solchen indirekt wirksamen Einflussfaktoren auf die regionale Krankenhaushäufigkeit ist aufgrund der vorliegenden Informationen nicht möglich.

Die LKF-Daten wurden hinsichtlich des Wohnortes der PatientInnen (als Behandlungsfälle), der Krankenanstalt (Landesnervenklinik Sigmund Freud; alle anderen Fonds-krankenanstalten – im Folgenden als LKH bezeichnet), sowie der Kodierung eines Behandlungsfalles als Hauptdiagnose (in der Regel der Grund für die Hospitalisierung) oder als Nebendiagnose (in der Regel führte eine andere Diagnose zur Aufnahme in das Krankenhaus) erfasst. Für die Auswertungen wurden die Diagnosen in Cluster zusammengefasst. Die Krankenhaushäufigkeit wurde jeweils auf Basis der Behandlungsfälle pro Region als Anteil an der durchschnittlichen jährlichen Wohnbevölkerung (2009: der Wohnbevölkerung im 1. Quartal) laut Statistik Austria berechnet. Behandlungsfälle aus anderen Bundesländern, bzw. jene die keinem Wohnbezirk zugeordnet waren, sind in den vorliegenden Berechnungen in den Diagnoseclustern und in den dargestellten Diagrammen nicht inkludiert.

Aufgrund vollständigerer Datengrundlagen weichen die aktuellen Ergebnisse zum Teil von den Zahlen im Suchtbericht 2007 ab. Die Jahre 2004 bis 2007 werden aufgrund der Diskrepanzen, die vor allem in den Bereichen Alkohol- und Drogenabhängigkeit bestehen, in diesem Suchtbericht erneut abgebildet. Zusätzlich wurden in diesen Bericht die Behandlungsfälle bezüglich körperlicher Folgen durch Tabakmissbrauch und Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen aufgenommen.

Siehe Tabelle 8: Diagnosecluster Alkohol

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle wegen Alkoholabhängigkeit ist zwischen 2004 und 2009 in Akutkrankenhäusern (Spalte LKH) nahezu konstant geblieben. Nur im Jahr 2007 überstieg die Behandlungsfallzahl wegen Alkoholabhängigkeit in den Akutkrankenhäusern 2.000 Fälle, sank 2008 aber wieder auf eine Fallzahl von ca. 1.718 zurück. In der Landesnervenklinik Sigmund Freud ist die Gesamtzahl der Behandlungsfälle wegen Alkoholabhängigkeit zwischen 2005 und 2009 konstant angestiegen. Während 2009 in der LSF zu etwa drei Viertel der suchtbetragenden Aufnahmen wegen der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit getätigt werden, wird die Diagnose in allen anderen Krankenanstalten hauptsächlich (zu 85%) als Nebendiagnose gestellt.

Hinsichtlich alkoholbedingter körperlicher Störungen war von 2004 bis 2006 im Allgemeinen ein Rückgang der Behandlungsfälle beobachtbar, der sich zwischen 2007 und 2009 allerdings wieder zu einem Anstieg umgekehrt hat. Alkoholbedingte körperliche Störungen werden 2009 in der LSF fast zur Gänze als Nebendiagnosen geführt, während Behandlungsfälle in allen anderen Krankenanstalten zu etwa einem Viertel aufgrund der genannten Hauptdiagnosen aufgenommen werden. In der Landesnervenklinik Sigmund Freud gab es 2009 allerdings über 150 alkoholbedingte körperliche Störungen mehr als in den Akutkrankenanstalten. Behandlungsfälle wegen der alkoholbezogenen Diagnose Alkoholintoxikation waren von 2004 bis 2006 stark rückläufig, haben ab 2007 aber wieder zugenommen. Während im Jahr 2009 in der LSF zwei Drittel der Fälle als Hauptdiagnosen dokumentiert wurden, beträgt dieser Anteil in allen anderen Krankenanstalten in etwa 50%.

Abbildung 2 zeigt die alkoholbedingten Diagnosen in den verschiedenen politischen Bezirken der Steiermark jeweils im Durchschnitt für die Jahre 2004 und 2005, 2006 und

¹⁵ Köck, Ebner & Partner: Teilbericht Leistungs- und Strukturplanung und Identifikation von Kooperationspotentialen für definierte Versorgungsregionen in der Steiermark 2000.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Alkohol

Tabelle 8: Diagnosecluster Alkohol

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle*				
		Jahr	LKH**	LSF		
Alkoholabhängigkeit	F 10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom F 10.3 Entzugssyndrom F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir	2004	1.713	2.884		
		2005	1.719	2.770		
		2006	1.559	2.909		
		2007	2.063	2.964		
		2008	1.718	3.189		
		2009	1.652	3.442		
Alkoholinduzierte körperliche Störungen	G 62.1 Polyneuropathie durch Alkohol I 42.6 Alkoholische Kardiomyopathie K 29.2 Gastritis durch Alkoholismus K 70.0 Alkoholische Fettleber K 70.1 Akute alkoholische Hepatitis K 70.2 Alkoholische Fibrose, Sklerose K 70.3 Alkoholische Leberzirrhose K70.4 Alkoholisches Leberversagen K 70.9 Chronische alkoholische Lebererkrankung	2004	886	961		
		2005	756	780		
		2006	584	628		
		2007	714	618		
		2008	652	737		
		2009	775	945		
		Alkoholintoxikation	F 10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol F 10.1 Schädlicher Gebrauch	2004	1.806	819
				2005	1.692	888
2006	1.098			769		
2007	1.134			786		
2008	1.292			839		
2009	1.327			810		
Gesamt		2004	4.405	4.664		
		2005	4.167	4.438		
		2006	3.241	4.306		
		2007	3.911	4.368		
		2008	3.662	4.765		
		2009	3.754	5.197		

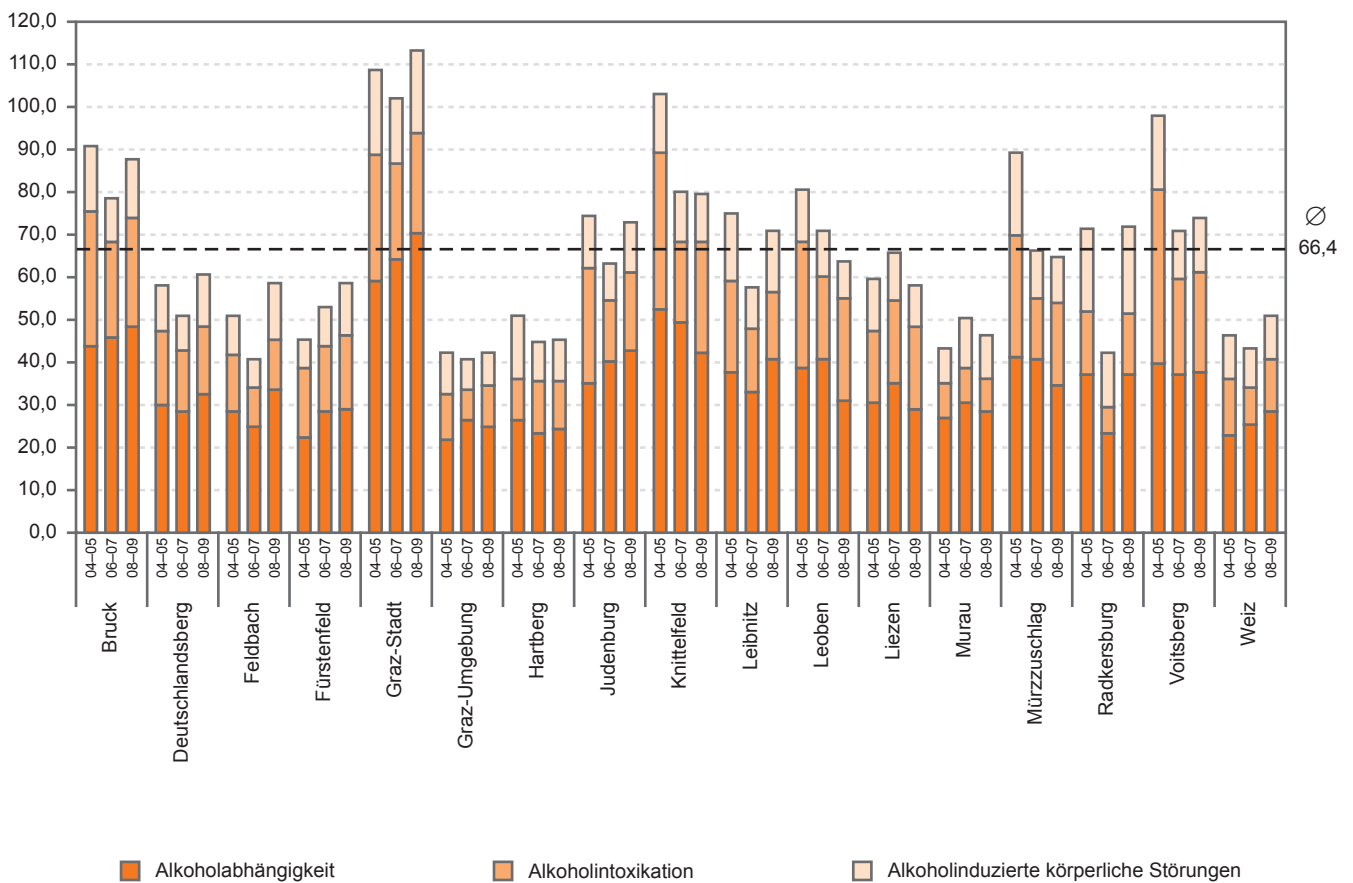
* Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle setzt sich aus der Summe von Haupt- und Nebendiagnosen zusammen.

** Alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten.

2007, sowie 2008 und 2009 als Raten pro 10.000 EinwohnerInnen. Dabei sind für 2008/2009 die hohe Krankenhaushäufigkeit in Bruck an der Mur und Graz-Stadt und die niedrige Krankenhaushäufigkeit in Graz-Umgebung, Hartberg, Murau und Weiz auffallend. Ein kontinuierlicher Anstieg an Behandlungsfällen pro 10.000 EinwohnerInnen hat zwischen den Jahren 2004 und 2009 für den Bezirk Fürstenfeld stattgefunden, während für die Bezirke Leoben und Mürzzuschlag die Behandlungsfallzahl kontinuierlich sinkt.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Abbildung 2: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) alkoholbezogener Diagnosen 2004–2009



Quelle: LKF-Daten, eigene Berechnungen Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
 Ø 2008/2009: 66,4 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Die durchschnittliche Rate der Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen ergibt sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle bezogen auf die mittlere Population in den dargestellten Jahresklassen.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Tabak

Tabelle 9: Diagnosecluster Tabak

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle*		
		Jahr	LKH**	LSF
Tabakmissbrauch/Abhängigkeit	F 17.1 Schädlicher Gebrauch von Tabak F 17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak F 17.3 Entzugssyndrom bei Tabak	2004	4.014	246
		2005	4.435	239
		2006	5.362	161
		2007	5.753	169
		2008	5.326	218
		2009	5.406	266
Körperliche Folgen durch Tabakmissbrauch	C 15.1-9 Bösartige Neubildung – Ösophagus C 32.0-3 Bösartige Neubildung – Glottis/Larynxknorpel C 33 Bösartige Neubildung der Trachea C 34.0-9 Bösartige Neubildung – Bronchus/ Lunge	2004	3.148	21
		2005	3.186	19
		2006	3.220	25
		2007	3.984	23
		2008	3.728	21
		2009	4.030	23
Gesamt		2004	7.162	267
		2005	7.621	258
		2006	8.582	186
		2007	9.737	192
		2008	9.054	239
		2009	9.436	289

* Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle setzt sich aus der Summe von Haupt- und Nebendiagnosen zusammen.

** Alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten.

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle wegen Tabakmissbrauch/Abhängigkeit ist zwischen 2004 und 2009 in Akutkrankenhäusern um rund 1.400 Behandlungsfälle angestiegen. Im Jahr 2007 gab es die seit 2004 höchste Behandlungszahl wegen Tabakmissbrauch/Abhängigkeit in den Akutkrankenhäusern mit über 5.700 Diagnosen. Die Behandlungsfälle zu Tabakmissbrauch/Abhängigkeit werden fast zur Gänze als Nebendiagnosen geführt.

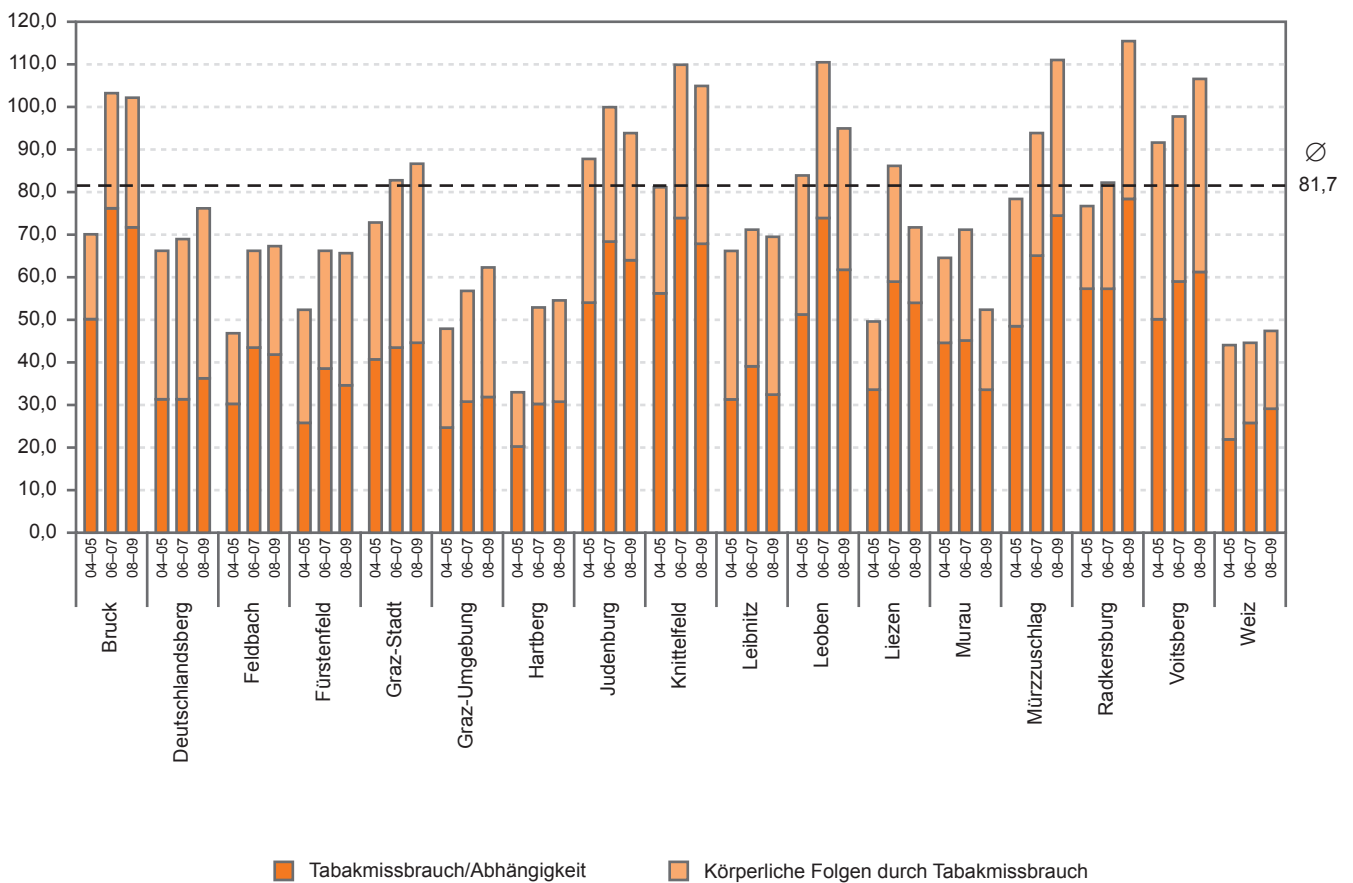
Auch hinsichtlich körperlicher Folgen durch Tabakmissbrauch ist die Gesamtzahl zwischen 2004 und 2009 in Akutkrankenhäusern um ein beträchtliches Maß – über 800 Behandlungsfälle – angestiegen. Körperliche Folgen durch Tabakmissbrauch wurden im Gegensatz zu Tabakmissbrauch/Abhängigkeit bei mehr als drei Viertel der Behandlungsfälle als Hauptdiagnosen dokumentiert.

Die Landesnervenklinik Sigmund Freud spielt mit insgesamt 289 (2009) angegebenen Fallzahlen im Bezug auf Tabak eine im Vergleich zu den Akutkrankenhäusern (Behandlungsfälle 2009: 9.436) nachrangige Rolle.

Abbildung 3 zeigt tabakbezogene Diagnosen in den verschiedenen politischen Bezirken der Steiermark jeweils im Durchschnitt für die Jahre 2004 und 2005, 2006 und 2007, sowie 2008 und 2009 als Raten pro 10.000 EinwohnerInnen. Dabei sind für 2008/2009 die insgesamt hohe Krankenhaushäufigkeit in Bruck an der Mur, Knittelfeld, Mürzzuschlag, Radkersburg und Voitsberg auffallend. Eine niedrige Krankenhaushäufigkeit besteht 2008/2009 im Vergleich zu den anderen Bezirken in Hartberg, Murau und Weiz.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Abbildung 3: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) tabakbezogener Diagnosen 2004–2009



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
 Ø 2008-2009: 81,7 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Die durchschnittliche Rate der Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen ergibt sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle bezogen auf die mittlere Population in den dargestellten Jahresklassen.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Essstörungen

Tabelle 10: Diagnosecluster Essstörungen

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle*		
		Jahr	LKH**	LSF
Essstörungen	F 50.0-1 Anorexia nervosa F 50.2-3 Bulimia nervosa	2004	221	209
		2005	238	86
		2006	233	157
		2007	371	159
		2008	246	164
		2009	349	188

* Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle setzt sich aus der Summe von Haupt- und Nebendiagnosen zusammen.

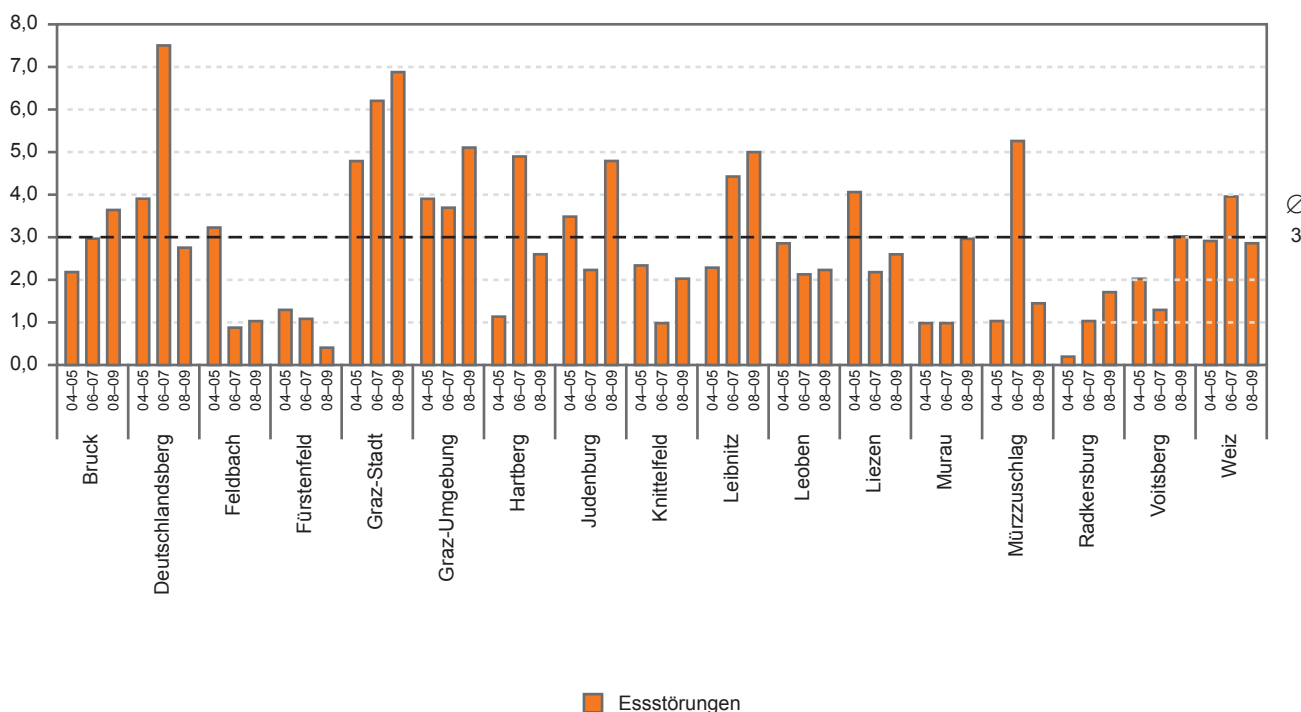
** Alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten.

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle wegen Essstörungen ist im Jahr 2009 in Akutkrankenhäusern um über 100 Behandlungsfälle höher als im Jahr 2004. Im Jahr 2007 gab es die seit 2004 höchste Behandlungszahl wegen Essstörungen in den Akutkrankenhäusern mit 371 Diagnosen. In der Landesnervenklinik Sigmund Freud wurden 2004 annähernd gleich viele PatientInnen behandelt wie in den Akutkrankenanstalten. Mit 2005 war die Anzahl der mit Essstörungen diagnostizierten Fälle im LSF gegenüber dem Vorjahr halbiert. Zwischen 2005 und 2009 ist die Zahl der Behandlungsfälle wieder kontinuierlich angestiegen, hat die Diagnosehäufigkeit von 2004 allerdings noch nicht erreicht. Die Behandlungsfälle zu Essstörungen werden sowohl in den Akutkrankenanstalten als auch im LSF zu drei Viertel der Diagnosen als Hauptdiagnosen codiert.

Abbildung 4 zeigt auf Essstörungen bezogene Diagnosen in den verschiedenen politischen Bezirken der Steiermark jeweils im Durchschnitt für die Jahre 2004 und 2005, 2006 und 2007, sowie 2008 und 2009 als Raten pro 10.000 EinwohnerInnen. Dabei sind für 2008/2009 die hohe Krankenhaushäufigkeit in Graz-Stadt, Graz-Umgebung, Judenburg und Leibnitz auffallend. Eine niedrige Krankenhaushäufigkeit besteht 2008/2009 im Vergleich zu den anderen Bezirken in Feldbach, Fürstenfeld, Mürzzuschlag und Radkersburg.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Abbildung 4: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) von Essstörungen 2004–2009



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
 Ø 2008-2009: 3 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Die durchschnittliche Rate der Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen ergibt sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle bezogen auf die mittlere Population in den dargestellten Jahresklassen.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Medikamente

Tabelle 11: Diagnosecluster Medikamente

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle*		
		Jahr	LKH**	LSF
Medikamenten-Missbrauch und Abhängigkeit	F 13.1 Schädlicher Gebrauch von Sedativa und Hypnotika F 13.2 Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika F 13.3 Entzugssyndrom bei Sedativa und Hypnotika F 13.4 Entzugssyndrom mit Delir bei Sedativa und Hypnotika	2004	203	523
		2005	250	314
		2006	250	314
		2007	286	365
		2008	278	401
		2009	372	392
Vergiftungen durch Medikamenten-Missbrauch	F13.0 Akute Intoxikation durch Sedativa und Hypnotika	2004	4	2
		2005	7	10
		2006	8	7
		2007	13	23
		2008	18	13
		2009	9	9
Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen	F 55 Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen	2004	131	32
		2005	122	33
		2006	92	33
		2007	121	31
		2008	118	32
		2009	103	21
Gesamt Medikamente		2004	339	395
		2005	379	357
		2006	350	354
		2007	420	419
		2008	414	446
		2009	484	422

* Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle setzt sich aus der Summe von Haupt- und Nebendiagnosen zusammen.

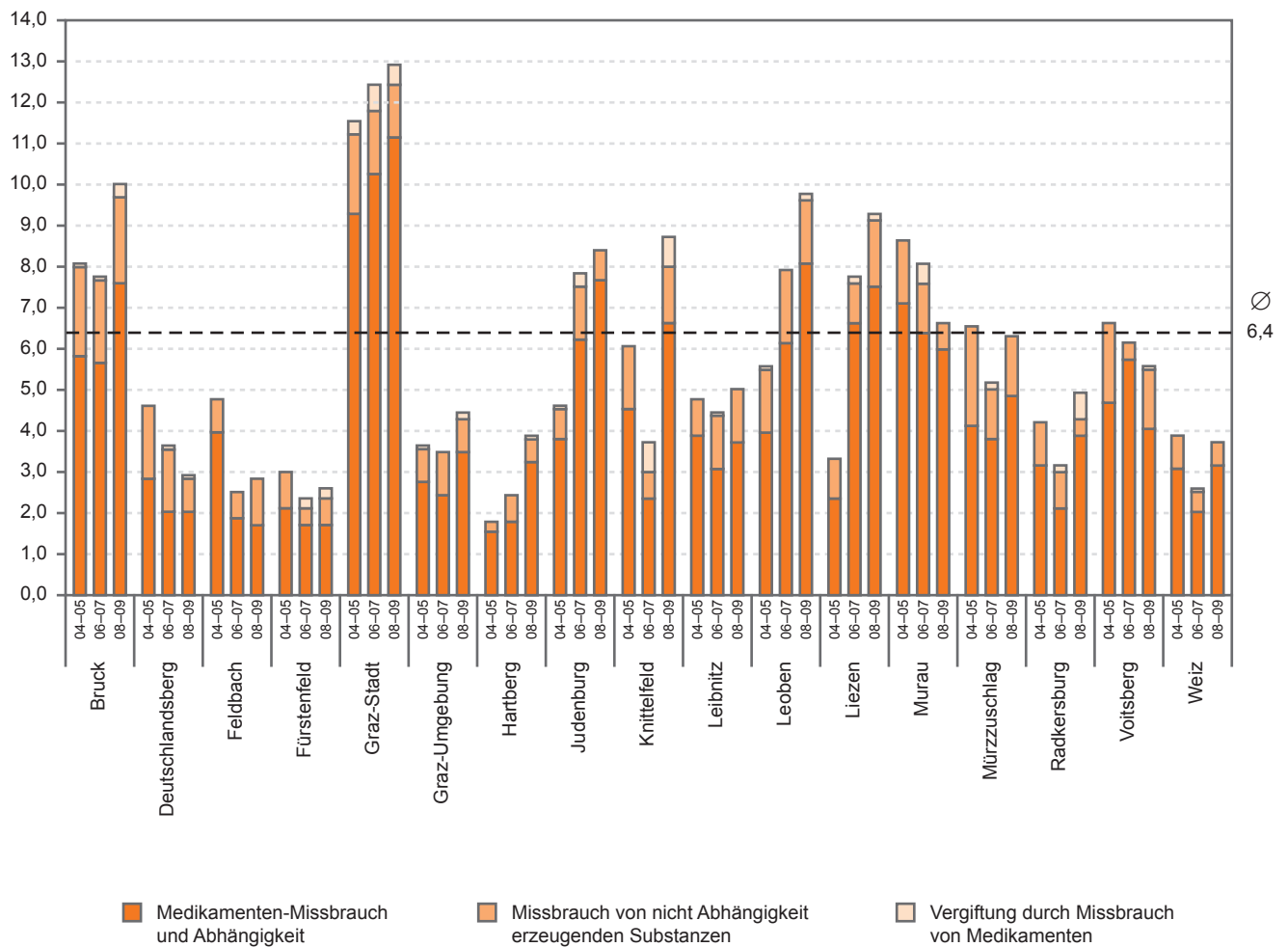
** Alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten.

Während Behandlungsfälle in Bezug auf Medikamente in Akutkrankenhäusern zwischen 2004 und 2009 um mehr als 40% gestiegen sind, haben sich diese in der Landesclinik Sigmund Freud nur um etwas über 5% erhöht. Vergiftungen durch Medikamenten-Missbrauch betreffen nur etwa 2% dieser Fälle und Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen ca. 5%. Den größten Anteil bilden Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten. 15% der Entlassungen in diesem Bereich werden als Hauptdiagnose geführt.

Abbildung 5 zeigt auf Medikamente bezogene Diagnosen in den verschiedenen politischen Bezirken der Steiermark jeweils im Durchschnitt für die Jahre 2004 und 2005, 2006 und 2007, sowie 2008 und 2009 als Raten pro 10.000 EinwohnerInnen. Dabei werden für 2008/2009 auffallend überdurchschnittlich häufig PatientInnen aus Bruck an der Mur, Graz-Stadt und Leoben in eine Krankenanstalt aufgenommen. Eine niedrige Krankenhaushäufigkeit besteht 2008/2009 im Vergleich zu den anderen Bezirken in Deutschlandsberg, Feldbach, und Fürstenfeld. Ein kontinuierlicher Anstieg der Behandlungsfälle pro 10.000 EinwohnerInnen hat zwischen den Jahren 2004 und 2009 für die Bezirke Graz-Stadt, Hartberg, Judenburg, Leoben und Liezen stattgefunden, während für die Bezirke Deutschlandsberg, Murau und Voitsberg die Behandlungsfallzahl kontinuierlich gesunken ist.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Abbildung 5: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund von Medikamentenabhängigkeit 2004–2009



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
 Ø 2008-2009: 6,4 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

Die durchschnittliche Rate der Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen ergibt sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle bezogen auf die mittlere Population in den dargestellten Jahresklassen.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Illegale Drogen

Tabelle 12: Diagnosecluster Illegale Drogen

Diagnosecluster	ICD 10 Kodierung	Gesamtanzahl Behandlungsfälle*		
		Jahr	LKH**	LSF
Drogenabhängigkeit	F11.2-4 Abhängigkeit von Opioiden	2004	203	523
	F14.2-4 Abhängigkeit von Kokain	2005	371	448
	F12.2-4 Abhängigkeit von Cannabinoiden	2006	365	530
	F15.2-4 Abhängigkeit von Stimulantien	2007	438	522
	F16.2-4 Abhängigkeit von Halluzinogenen	2008	281	513
	F18.2-4 Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln	2009	326	454
Vergiftungen durch Drogenmissbrauch	F11.0 Vergiftung durch Opiode			
	F16.0 Vergiftung durch Halluzinogene			
	F15.0 Vergiftung durch Stimulantien	2004	54	25
	F12.0 Vergiftung durch Cannabinoide	2005	49	22
	F14.0 Vergiftung durch Kokain	2006	44	23
	F18.0 Vergiftung durch flüchtige Lösungsmittel	2007	58	23
	F19. Vergiftung durch multiplen Substanzgebrauch	2008	74	32
	T39.1 Vergiftung durch 4-Aminophenol-Derivate	2009	64	22
Psychotische Störungen durch Drogenmissbrauch	F11.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Opioiden	2004	7	21
	F12.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Cannabinoiden	2005	11	14
	F16.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Halluzinogenen	2006	8	23
	F19.5 Drogeninduzierte Paranoia	2007	10	11
		2008	10	14
Gesamt Illegale Drogen		2004	264	569
		2005	431	484
		2006	417	576
		2007	506	556
		2008	365	559
		2009	397	502

* Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle setzt sich aus der Summe von Haupt- und Nebendiagnosen zusammen.

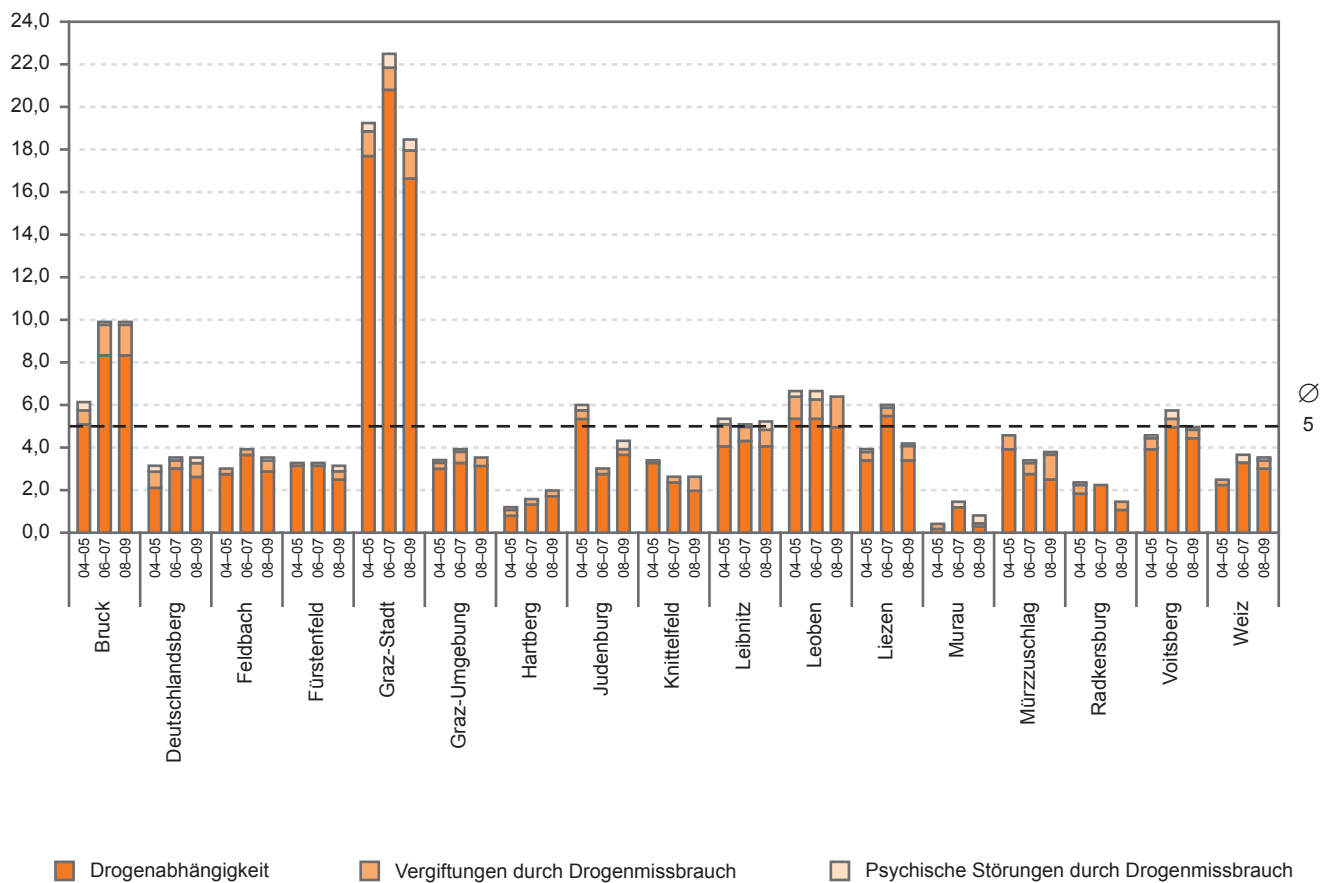
** Alle anderen außer LSF in der LKF erfassten Krankenanstalten.

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle wegen illegaler Drogen hat sich zwischen 2004 und 2009 sehr unregelmäßig entwickelt. 87% der Diagnosen beziehen sich im Jahr 2009 auf Diagnosen im Bereich Drogenabhängigkeit, ca. 10% auf Vergiftungen durch Drogenmissbrauch und 3% auf psychotische Störungen durch Drogenmissbrauch. Fast zwei Drittel der Behandlungsfälle werden in der LSF als Hauptdiagnosen klassifiziert, was somit um fast 10% häufiger als in den Akutkrankenanstalten eintritt. Während Drogenabhängigkeit in der Landesnervenklinik Sigmund Freud um etwa ein Viertel häufiger als in den Akutkrankenanstalten diagnostiziert wird, kommen Behandlungsfälle zu Vergiftungen durch Drogenmissbrauch in Akutkrankenhäusern doppelt so oft vor als in der LSF.

Abbildung 6 zeigt die auf illegale Drogen bezogenen Diagnosen in den verschiedenen politischen Bezirken der Steiermark jeweils im Durchschnitt für die Jahre 2004 und 2005, 2006 und 2007, sowie 2008 und 2009 berechnet als Raten pro 10.000 EinwohnerInnen. Während im regionalen Vergleich der Krankenhaushäufigkeit Graz-Stadt einsam an der Spitze liegt, spielt die Problematik auch in Bruck an der Mur eine überdurchschnittliche Rolle. Im Bezug auf Vergiftungen durch Drogenmissbrauch ist auch in den Bezirken Leibnitz, Leoben und Mürzzuschlag die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten überdurchschnittlich hoch. Eine allgemein niedrige Krankenhaushäufigkeit besteht 2008/2009 im Vergleich zu den anderen Bezirken in Hartberg, Murau und Radkersburg.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Abbildung 6: Krankenhaushäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund des Konsums illegaler Drogen 2004–2009



Quelle: LKF-Daten. Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen
 Ø 2008-2009: 5,0 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen

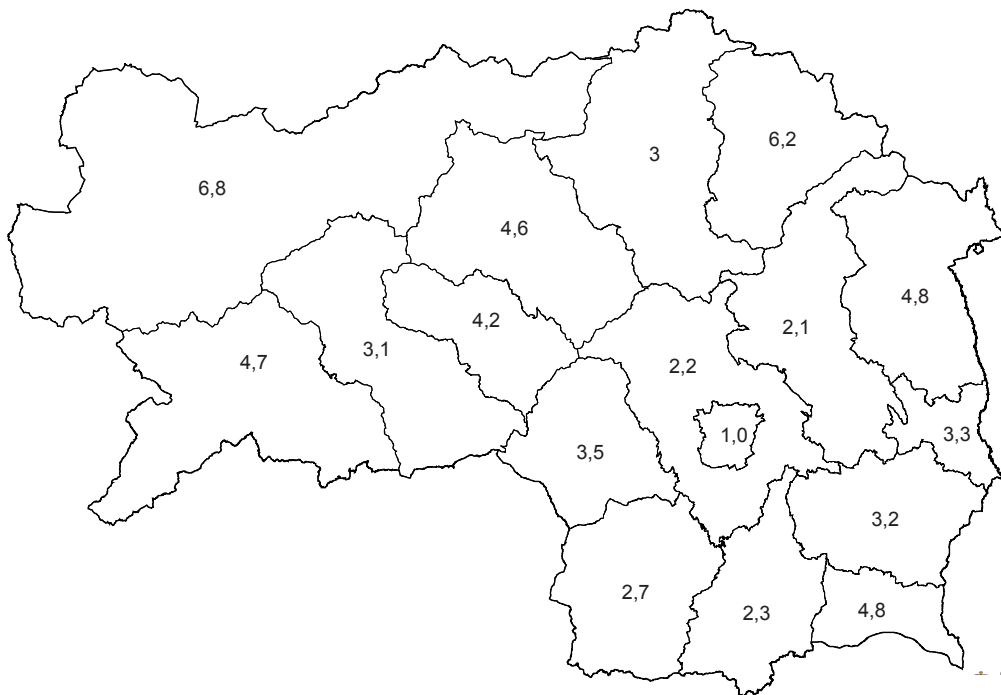
Die durchschnittliche Rate der Krankenhausbehandlungen pro 10.000 EinwohnerInnen ergibt sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle bezogen auf die mittlere Population in den dargestellten Jahresklassen.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Die Rolle der Landesnervenklinik Sigmund Freud

Die Rolle der LSF für die Gesamtversorgung von PatientInnen mit Suchtproblematik ist regional sehr unterschiedlich. Während in Graz auf eine Entlassungsdiagnose, die in der LSF gestellt wird, in etwa gleich viele Entlassungsdiagnosen (1,0) in allen anderen Krankenanstalten entfallen, hängt dieses Verhältnis vermutlich wie in der folgenden Abbildung dargestellt (auch) von der Entfernung ab. So entfallen auf eine/n PatientIn aus dem Bezirk Liezen, die in der LSF behandelt wird, 6,8 PatientInnen aus Liezen, die in anderen Krankenanstalten behandelt werden. Auch in Mürzzuschlag (6,2), Murau (4,7), Hartberg (4,8), Radkersburg (4,8) und Knittelfeld (4,2) ist der Anteil jener, die im Akutkrankenhaus und nicht in der LSF behandelt werden, überdurchschnittlich hoch.

Abbildung 7: Verhältnis von Behandlungen in der LSF zu Behandlungen in anderen Krankenanstalten nach Regionen in den Jahren 2008–2009



Quelle: LKF – Daten, Krankenhausbehandlungen der EinwohnerInnen aus dem jeweiligen Bezirk
Ø 2008–2009: 3,7 Krankenhausbehandlungen pro einer Krankenhausbehandlung in der Landesnervenklinik Sigmund Freud

Vergleiche mit der im Suchtbericht 2007 dargestellten Grafik sind aufgrund der eingangs erwähnten Probleme der Datenvollständigkeit 2007 nicht zulässig.

4. VERSORGUNGSSYSTEM & BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

4.6 Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ stellt den suchtpolitischen Konsens aller politischen Parteien dar und stößt auf breite Zustimmung in der Bevölkerung.¹⁶

Wenn strafbare Handlungen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (§11, Abs. 2, Z1-5) bekannt werden, kann es zu einem Behandlungskontext kommen, in dem PatientInnen bzw. KlientInnen sich nicht freiwillig einer Therapie unterziehen („Therapie statt Strafe“). Der Staatsanwalt ist dazu verpflichtet, das Verfahren für eine Probezeit von zwei Jahren zurückzulegen, wenn die Person wegen illegalem Erwerb oder Besitz von Drogen in einer geringen Menge zum persönlichen Gebrauch angezeigt wurde. Dies ist abhängig von der Stellungnahme der Gesundheitsbehörde, die festlegt, ob der/die StraftäterIn einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf. Wenn die Person jedoch während der Dauer des Aufschubs eine weitere Drogenstraftat begeht, oder sie aufgrund ihrer Abhängigkeit eine Straftat begeht, um sich die Suchtmittel zu verschaffen (Beschaffungsdelikte), oder wenn die Person sich beharrlich den erforderlichen gesundheitsbezogenen Maßnahmen entzieht, tritt die normale Strafverfolgung ein. Anderenfalls wird der Fall abgeschlossen, wenn der Angezeigte der Staatsanwaltschaft Nachweise darüber erbringt, dass er die gesundheitsbezogene(n) Maßnahme(n) mit Erfolg abgeschlossen hat.

Der/die StaatsanwältIn kann das Verfahren ohne die Einholung einer Stellungnahme der Gesundheitsbehörde aufschieben, wenn eine Person ausschließlich angeklagt ist, weil sie Cannabis in geringer Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat und kein Grund zur Annahme besteht, dass diese Person einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf, und wenn die Person innerhalb der letzten fünf Jahre nicht wegen derselben Straftat angezeigt wurde.

Wenn die Person wegen eines Drogendelikts angezeigt und zu einer zwei Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe verurteilt wurde, ist das Gericht verpflichtet, den Vollzug der Strafe aufzuschieben, wenn die Person sich bereit erklärt, sich der notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahmen (§11, Abs. 2, Z1-5; ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands, ärztliche Behandlung, klinischpsychologische Behandlung, Psychotherapie, psychosoziale Beratung oder Betreuung) zu unterziehen. Die medizinische Behandlung kann entweder in Form einer Abstinenzbehandlung oder einer Substitutionsbehandlung erfolgen. Bei einem Abschluss mit Erfolg ist die Strafe unter Bestimmung einer Probezeit bedingt nachzusehen. Bei erwachsenen Drogenabhängigen wird (z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens wegen des Besitzes von Heroin in geringer Menge und zum eigenen Gebrauch) in ca. 50% der Fälle, bei jugendlichen StraftäterInnen in ca. 90% der Fälle eine gesundheitsbezogene Maßnahme angeordnet; in den übrigen Fällen wird die Diversion ohne Behandlung unter der Bedingung einer Probezeit von zwei Jahren angeordnet. Die am häufigsten angeordnete gesundheitsbezogene Maßnahme ist die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands.¹⁷

Bei 21% der 2008 im DOKLI erfassten KlientInnen der steirischen Suchthilfeeinrichtungen wurde eine gesundheitsbezogene Maßnahme verhängt. Am häufigsten erfolgen diese nach §35 SMG (Anzeigenzurücklegung) und §39 SMG (Strafvollzugaufschub für schwerere Delikte). Unter SubstitutionspatientInnen sind es 17%, unter Opiatabhängigen, die nicht im Substitutionsprogramm sind es 20% über die eine gesundheitsbezogene Maßnahme verhängt wurde. Jene Personen, die sich in einer längerfristig ambulanten Behandlung befinden und mit einer Auflage kommen, beenden ihre Behandlung nicht signifikant häufiger nach Plan als Personen ohne Auflage.¹⁸

¹⁶ ÖBIG (2007): Bericht zur Drogensituation 2006 [webpublished].

¹⁷ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Stand der Drogenproblematik in Europa 2007 [webpublished].

¹⁸ DOKLI Steiermark, eigene Berechnungen.

5. SUBSTITUTION

Seit 2005 werden Informationen über die substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger („Substitutionstherapie“) auf Landesebene (Suchtkoordinationsstelle) in Form von halbjährlich durchgeführten Stichtagserhebungen bei Amtsärzten (Bezirke) und dem Magistrat Graz gesammelt. Dabei werden die Anzahl der PatientInnen, die Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe, das Geschlecht, das zur Opioidsubstitution eingesetzte Arzneimittel, bestehende Mitgaberegulungen und die therapieführenden ÄrztInnen erfasst.

Während für den Suchtbericht 2007 noch umfassende Analysen aller zwischen 2000 und 2007 neu in die Substitutionstherapie aufgenommenen PatientInnen auf Basis der elektronisch erschlossenen Datenquelle der FA8b (Gesundheitswesen - „Landessanitätsdirektion“) vorgenommen werden konnten, hat sich der Meldeweg für die Neuaufnahme in die Therapie mittlerweile grundsätzlich geändert.

Seit dem Jahr 2009 wird bundesweit ein Substitutionsregister vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) geführt, um Mehrfachbehandlungen einzelner PatientInnen in verschiedenen Bundesländern zu verhindern und das mit der Substitution einhergehende Missbrauchspotenzial zu verringern.¹⁹ Seither melden die zur Durchführung der Substitutionsbehandlung qualifizierten ÄrztInnen²⁰ Informationen über substituierte PatientInnen²¹ an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde resp. den Magistrat und diese als Gesundheitsbehörden an das ÖBIG. Die Landesgesundheitsbehörden, welche bei diesem Meldeweg ausgespart bleiben, verhandeln derzeit den Modus des Zugriffs auf das Register, weil dieser die Grundlage für eine daten- und wissenschafts-gestützte Einflussnahme auf die Effektivität und Organisation der Substitutionstherapie bildet.

Die in diesem Kapitel dargestellten Analysen erfolgen nun teils auf Basis der Stichtagserhebungen 2007–2009 der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark sowie auf den aktuellen Daten des Substitutionsregisters. Weiters wurde zur besseren Darstellung zeitlicher Verläufe auch auf jene Daten zurückgegriffen, die bereits im Suchtbericht 2007 ausführlich beschrieben wurden. Das ÖBIG weist da-

rauf hin, dass bei einer inhaltlichen Interpretation der Daten aus dem bundesweiten Substitutionsregister folgende Mängel in der Datenqualität zu berücksichtigen sind:

- Unvollständigkeit der Meldungen (nicht alle Substitutionsbehandlungen wurden gemeldet)
- „Ghost Cases“: wird die Beendigung einer Behandlung nicht gemeldet, so läuft die Behandlung fälschlicherweise über die Jahre mit
- Nachmeldungen von Behandlungen für die Jahre 2007 und 2008 aufgrund gesetzlicher Änderungen

Auswertungen der diesbezüglich anstehenden Qualitätschecks des Substitutionsregisters liegen noch nicht vor. Auch bei den Stichtagserhebungen der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark sind Verzerrungen durch fehlende Informationen möglich.

Laut bundesweitem Substitutionsregister sind in den österreichischen Bundesländern im Jahr 2008 11.057 Personen (davon 1.547 Erstbehandlungen) und in der Steiermark 1.047 Personen (davon 123 Erstbehandlungen) mit der in Abb. 14 dargestellten Alters- und Geschlechtsverteilung in Substitutionsbehandlung.²² Im Vergleich dazu beträgt die absolute Anzahl der Rezepte laut Stichtagserhebungen der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark am Stichtag 31.12.2008 lediglich 775. Die Differenz der Zahlen der beiden Datenquellen beträgt 272 Nennungen. Diese Differenz kommt dadurch zustande, dass im bundesweiten Substitutionsregister die Anzahl der Neuaufnahmen in die Opioidsubstitution gezählt und nicht bzw. nicht vollständig um die Austritte, Therapieabbrüche und -beendigungen bereinigt werden kann. Bei den Stichtagserhebungen der Suchtkoordinationsstelle hingegen wird die Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt vidierten Suchtgiftrezepte gezählt. Ausgetretene Patienten bzw. abgebrochene Behandlungen werden in dieser Datenquelle nicht gezählt.

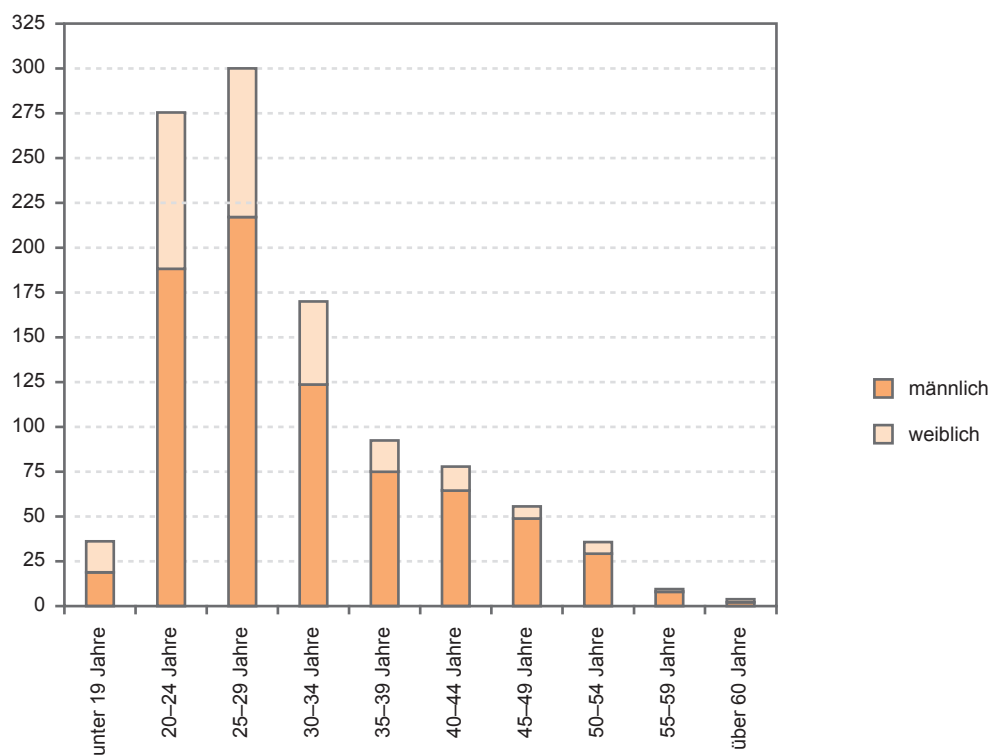
In der Steiermark sind nach Angaben des ÖBIG²³ 13,4 von 10.000 Personen im Substitutionsprogramm, das entspricht in etwa der Rate von Niederösterreich und Salzburg, wobei Wien (47,6) und Vorarlberg (22,3) weit höhere Raten aufweisen und alle anderen Bundesländer weit niedrigere (10,3–10,6).

¹⁹ Vgl. § 24 SMG. ²⁰ Weiterbildungsverordnung orale Substitution vom 23. Nov. 2006 in der aktuellen Fassung vom 23. Dez. 2009.

²¹ Vgl. §§ 8 SMG; 24 (2-1,2) SMG. ²² GÖG/ÖBIG: E-Suchtmittel Auswertungskonzept. V2_11_09. ²³ GÖG/ÖBIG: E-Suchtmittel Auswertungskonzept. V2_11_09.

5. SUBSTITUTION

Abbildung 8: Anzahl der SubstitutionspatientInnen 2008 in der Steiermark nach Alter und Geschlecht

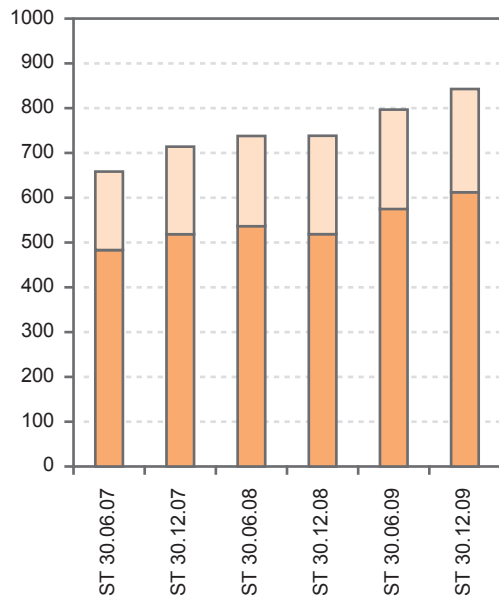


Quelle: ÖBIG, Substitutionsregister; n=1.047
Legende: abgebildet sind absolute Häufigkeiten

Die Abbildung zeigt, dass das Substitutionsprogramm insbesondere jüngere Opioidabhängige erreicht. 20- bis 30jährige PatientInnen stellen mehr als die Hälfte, 75 % der PatientInnen sind jünger als 35 Jahre. Der Anteil weiblicher Substituierter nimmt mit zunehmendem Alter ab. Der Anteil unter 19-Jähriger Mädchen ist etwa gleich groß als jener unter 19-Jähriger Burschen.

5. SUBSTITUTION

Abbildung 9: Anzahl der PatientInnen in der Steiermark an Stichtagen nach Geschlecht, 2007–2009

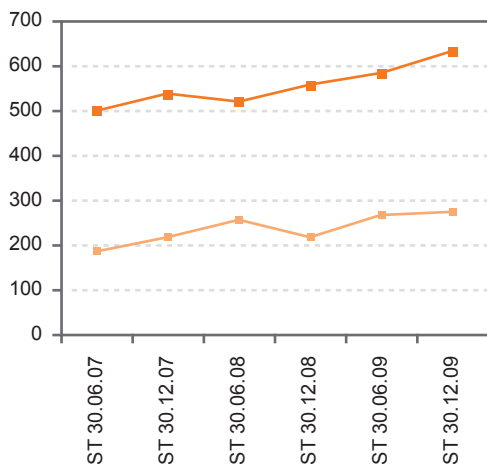


■ männlich
■ weiblich

Quelle: Stichtagserhebungen der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark auf Basis der Rezeptvidierungen
 Legende: abgebildet sind absolute Häufigkeiten

Ähnlich dem bereits im Suchtbericht 2007 veröffentlichten Trend zeigen auch die Stichtagserhebungen einen deutlichen Anstieg der PatientInnen zwischen den Jahren 2007 und 2009.

Abbildung 10: Anzahl der Substituierten in der Steiermark in Graz und in den Bezirken, an Stichtagen 2007–2009



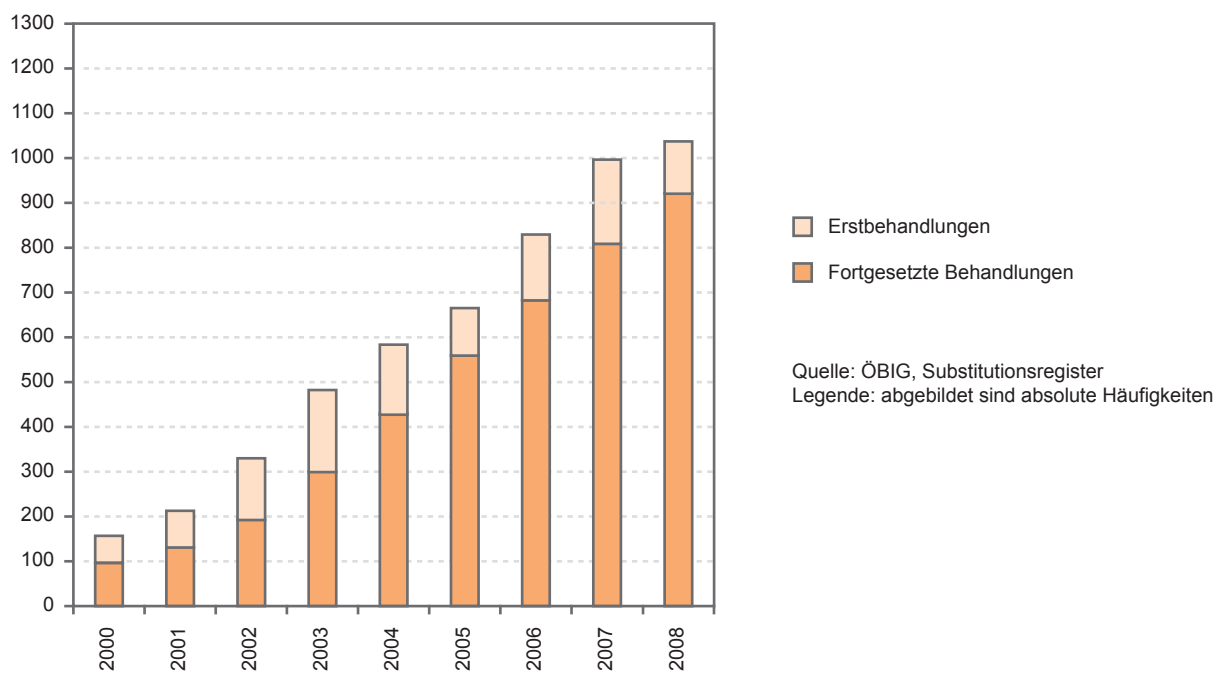
—■ Bezirke (ohne Graz-Stadt)
—■ Graz-Stadt

Quelle: Stichtagserhebungen der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark auf Basis der Rezeptvidierungen
 Legende: abgebildet sind absolute Häufigkeiten

Aus den Stichtagserhebungen geht hervor, dass die Anzahl der Substituierten in Graz deutlich höher ist als in den anderen Bezirken und im Beobachtungszeitraum auch stärker angestiegen ist.

5. SUBSTITUTION

Abbildung 11: Anzahl der fortgesetzten und der Erstbehandlungen in der Steiermark, 2000–2008



Die Anzahl der SubstitutionspatientInnen ist auch nach Angaben des Substitutionsregisters des ÖBIG in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen.

5. SUBSTITUTION

Abbildung 12: Verteilung unterschiedlicher Substitutionsmittel an Stichtagen, 2007–2009

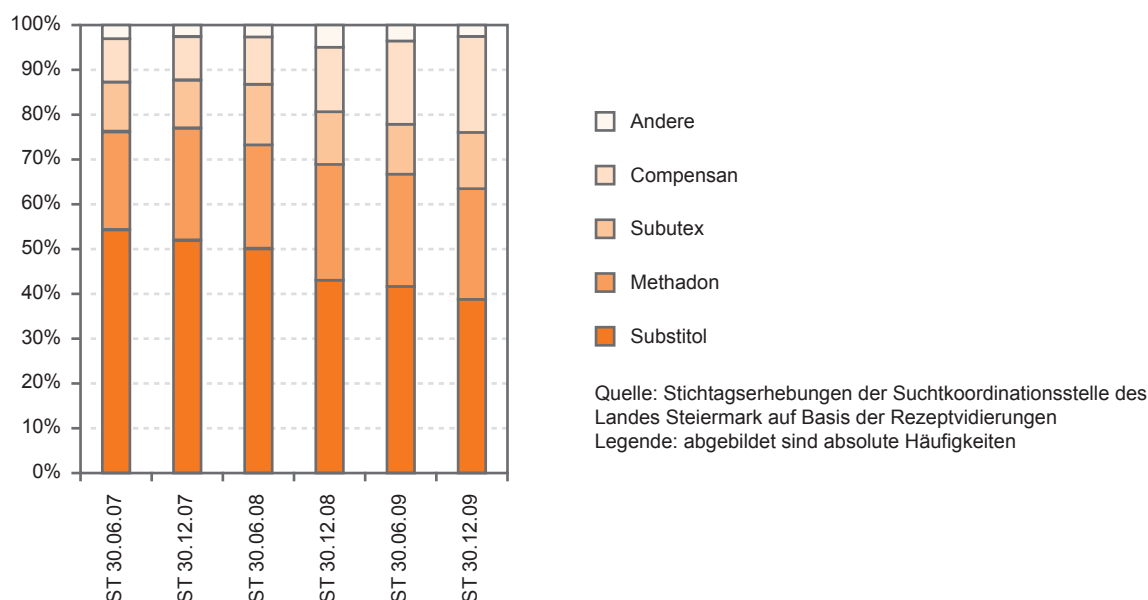


Abbildung 12 zeigt die prozentuelle Verteilung der verschiedenen in der Substitutionstherapie eingesetzten Präparate in der Steiermark an den Stichtagen zwischen 2007 und 2009. Während Substitol 2007 noch bei mehr als 50% der PatientInnen eingesetzt wurde, schrumpfte der Anteil bis Ende 2009 auf unter 40%. Im Gegensatz dazu ist der Anteil an Compensan (ebenfalls retardiertes Morphin) im gleichen Zeitraum von 10% auf über 20% gestiegen. Im Bezug auf die Substitutionsmittel Methadon und Buprenorphin (Subutex) sind, auch wenn es leichte Veränderungen gab, keine nennenswerten Unterschiede festzustellen.

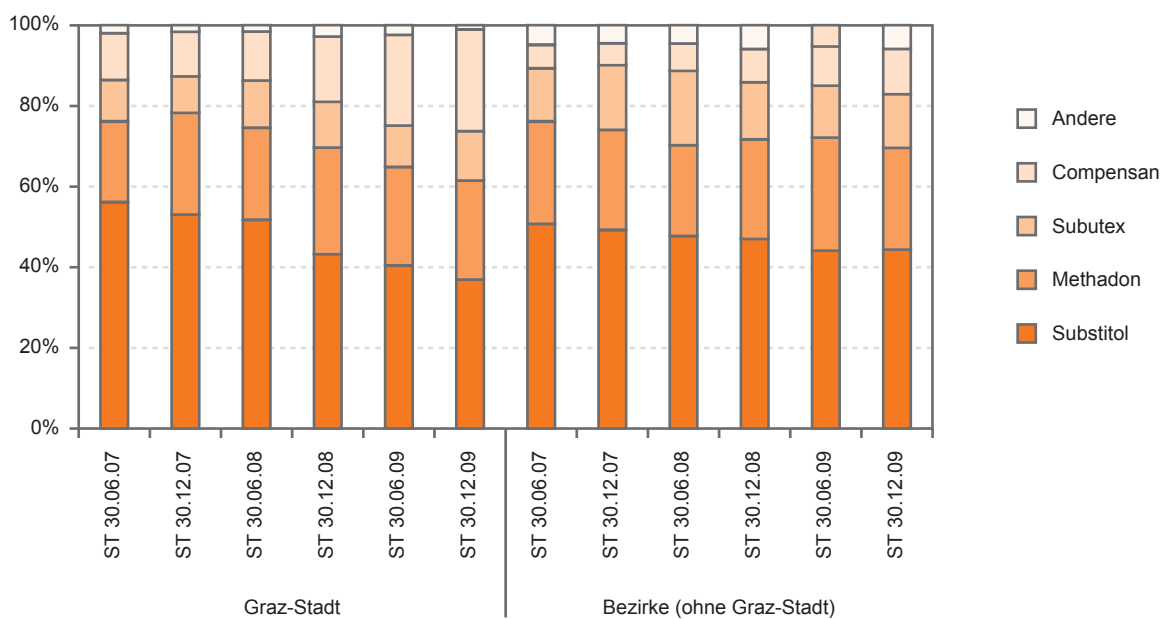
Das BMGF²⁴ versuchte im Verordnungswege durch eine Vereinheitlichung und Optimierung der Substitutionsbehandlung, das Missbrauchspotenzial der Substitutionsmedikamente (insbesondere jenes der retardierten Morphine) einzudämmen bzw. zu verhindern.

Der anteilmäßige Einsatz retardierter Morphine in der arzneimittelgestützten Behandlung, blieb in der Steiermark im Berichtszeitraum gleich.

²⁴ Suchtgiftverordnung vom 18. März. 2007 in der aktuellen Fassung vom 23. Dez. 2009.

5. SUBSTITUTION

Abbildung 13: Anteil unterschiedlicher Substitutionsmittel an Stichtagen, 2007–2009



Quelle: Stichtagserhebungen der Suchtkoordination des Landes Steiermark über die Amtsärzte
 Legende: abgebildet sind relative Häufigkeiten

Im Vergleich zwischen Graz-Stadt und den umliegenden steirischen Bezirken ist auffällig, dass der Einsatz von Substitol als Substitutionsmittel in Graz seit Ende 2007 kontinuierlich im Sinken begriffen war, während er in den Bezirken auf hohem Niveau verblieben ist. Der Anstieg des Einsatzes von Compensan in der Substitutionstherapie ist ebenso in Graz wie in den Bezirken beobachtbar.

5. SUBSTITUTION

Veränderungen in der Strukturqualität der Substitutionstherapie

Infolge der ministeriellen Verordnung²⁵ ist es vorwiegend bei ÄrztInnen in ländlichen Regionen bzw. bei ÄrztInnen mit relativ wenigen SubstitutionspatientInnen zu Vorbehalten gegenüber der Substitutionstherapie gekommen – sie befürchten rechtliche Konsequenzen und eine stärkere Kontrolle des Gesetzgebers, sodass sich der Therapieaufwand mit den teils multimorbiden PatientInnen wirtschaftlich nicht lohne. Infolge dessen drohen Versorgungslücken und es ist im Allgemeinen eine Konzentration der PatientInnenströme beobachtbar.²⁶

Seit November 2008 hat infolge dessen die nach §15 SMG- anerkannte Suchtberatungsstelle BIZ-Obersteiermark im Rahmen ihres Behandlungsangebotes Substitutionsbehandlungen in Kooperation mit der LSF Graz, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen übernommen. Allerdings

bestehen hier teils lange Wartezeiten.²⁶ An einer Eingliederung der Substitutionsbehandlung in die zu errichtende allgemeinspsychiatrische Ambulanz am LKH Leoben wird gearbeitet.

Auch die Drogenberatung des Landes Steiermark berichtet über eine intensivere Kooperation mit der Drogenambulanz in der LSF Graz. Psychosoziale Einzelberatungen sind nun fixer Bestandteil des Aufnahmeverfahrens bei der Ersteinstellung in die Substitutionstherapie. Die Therapiestation Walkabout plant für Herbst 2010 eine Intensivierung der Vor- und Nachbetreuung in einer im Zentrum von Graz gelegenen Vor- und Nachbetreuungsambulanz. Diese soll in der Nachbetreuung die auf der Station begonnene Therapie über ein Jahr (therapiekonzeptkonform) extramural fortsetzen. Der chronische Mangel an psychosozialen Beratungskapazitäten (vgl. Suchtbericht 2007) wird von den Suchthilfeeinrichtungen durch stärkere Kooperation und neue Angebote teilweise kompensiert.²⁷

²⁵ Suchtgiftverordnung vom 18. März. 2007 in der aktuellen Fassung vom 23. Dez. 2009.

²⁶ Mündliche Mitteilung von DSA Peter Ederer, Suchtkoordinator des Landes Steiermark.

²⁷ ÖBIG 2009, Bericht zur Drogensituation in Österreich.

6. DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE & MORTALITÄT

Der Indikator „drogenbezogene Todesfälle und Mortalität“ ist einer von derzeit insgesamt fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die europaweit erhoben werden, um eine vergleichbare Einschätzung hinsichtlich Prävalenz und Folgen des Drogenkonsums in den Mitgliedsländern zu erhalten. Dies erfolgt im Zusammenspiel mit

- Bevölkerungserhebungen zum Drogengebrauch
- mit Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums
- mit dem drogenbezogenen Behandlungsbedarf (DOKLI) sowie
- mit der Prävalenzschätzung spezifischer Infektionskrankheiten

Die Entwicklung dieser Indikatoren erfolgte durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Bei der Darstellung der drogenbezogenen Todesfälle erfolgt eine Differenzierung in direkt drogenbezogene und indirekt drogenbezogene Todesfälle.

Unter direkt drogenbezogenen Todesfällen werden akute Intoxikationen mit Todesfolge verstanden. Darunter werden ausschließlich jene Personen subsumiert, bei denen ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen dem Tod und dem Drogenkonsum hergestellt werden kann. Diese Definition entspricht dem von der EBDD entwickelten Schlüsselindikator „drogenbezogene Todesfälle und Mortalität“.

Unter indirekt drogenbezogenen Todesfällen werden all jene Personen subsumiert, die im Laufe ihrer Biografie eine drogenbezogene Vorgeschichte aufweisen und aufgrund der (Langzeit-)Folgen dieses Konsums versterben. Eine akute Intoxikation liegt in diesen Fällen nicht vor. Vielmehr handelt es sich um Personen, die etwa aufgrund ihres Drogenkonsums an AIDS erkranken, einen Unfall verursachen oder Suizid verüben (jedoch nicht mittels Überdosierung).

Da die direkt drogenbezogenen Todesfälle im Vergleich zu den indirekten ein zuverlässigerer Indikator für die Be-

schreibung der aktuellen Drogensituation in der Steiermark sind, werden im Folgenden in Übereinstimmung mit der EBDD sowie GÖG/ÖBIG ausschließlich diese berichtet.

Obwohl es ein durch § 24c SMG geregeltes Prozedere für die Zusammenführung von drogenbezogenen Todesmeldungen gibt (BMI übermittelt Verdachtsmeldungen der Exekutive an das BMG, die gerichtsmedizinischen Institute, die Sanitätsbehörden sowie die Krankenanstalten übermitteln die Ergebnisse einer Obduktion sowie der allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung an das BMG), kann seit 2008 zumindest auf Bundesebene, insbesondere in Wien und Oberösterreich, davon ausgegangen werden, dass nicht alle drogenbezogenen Todesfälle als solche verifiziert werden, da die Zahl der Obduktionen rückläufig ist, selbst wenn am Totenbeschauschein ein Verdacht auf Suchtmittelintoxikation geäußert wird.²⁸ Da dies die Datenqualität und somit die Aussagekraft der Todesfallstatistik in mehrfacher Hinsicht einschränkt, ist dieses Thema mittlerweile Gegenstand gesundheitspolitischer Überlegungen.

Für die Steiermark kann diese Problematik nicht bestätigt werden. Im Bericht des BMG über suchtgiftbezogene Todesfälle sind für die Steiermark keine unverifizierten Fälle aufgelistet. Es ist davon auszugehen, dass in der Steiermark alle mit Intoxikationsverdacht vermerkten Leichen nach gerichtlicher Anordnung obduziert werden. Auch Ass. Prof. Dr. Peter Grabuschnigg vom Institut für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Graz meint dazu, dass eine Obduktion durchgeführt wird, sofern die Grazer Gerichtsmedizin Kenntnis über einen verdächtigen Drogentodesfall aus den Medien, von der Exekutive oder von der Staatsanwaltschaft erlangt.²⁹

Dennoch gibt es Fälle und Gründe, bei denen der Totenbeschauschein keinen Intoxikationsverdacht äußert, obwohl die Todesursache direkt drogenbezogen ist. Als Beispiele seien Kokainintoxikationen mit den Anzeichen eines Herzversagens, sowie Rücksichtnahme auf die Verwandtschaft genannt. Eine Quantifizierung des Ausmaßes mangelhafter Totenbeschauscheine lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht ableiten.

²⁸ GÖG/ÖBIG (2009). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

²⁹ Mitteilung von Ass. Prof. Dr. Peter Grabuschnigg am 15. Februar 2010.

6. DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE & MORTALITÄT

Tabelle 13: Verteilung der direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle in der Steiermark nach Todesursache 2000–2008³⁰

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ausschließlich Opiate	ein Opiat	0	0	2	4	0	4	0	0	2
	mehrere Opiate	0	3	0	0	0	0	0	0	0
	... inkl. Alkohol	1	2	1	3	0	3	0	1	1
	... inkl. psychoaktive. Med.	1	0	3	2	6	6	9	7	13
	... inkl. Alkohol und psychoaktive Med.	0	3	1	2	2	3	2	6	3
Opiate und andere Suchtgifte	Opiate und andere Suchtgifte	3	0	0	1	1	0	0	0	0
	... inkl. Alkohol	1	0	3	1	1	0	0	1	0
	... inkl. psychoaktive Med.	2	0	2	0	1	1	0	1	2
	... inkl. Alkohol und psychoaktive Med.	3	1	0	0	0	0	0	0	0
andere Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich andere Suchtgifte	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	... inkl. Alkohol	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	... inkl. psychoaktive Med.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	... inkl. Alkohol und psychoaktive Med.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	0	0	1	0	1	0	0
Gesamt		11	9	13	14	12	17	12	16	21
Rate pro 100.000 EW zwischen 15 und 64 Jahren		1,4	1,1	1,6	1,8	1,5	2,1	1,5	1,9	2,6

Quelle: ÖBIG, Berichte zur Drogensituation 2001–2008; GÖG/ÖBIG, Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008; eigene Berechnungen

Tabelle 13 zeigt eine leichte Zunahme in der Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in der Steiermark seit 2000. Der Höchstwert in 2008 mit 21 Todesfällen kann dafür nicht als Beleg betrachtet werden, da für das Jahr 2009 deutlich weniger Drogentote zu erwarten sind. (Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses Berichts waren in der Landessanitätsdirektion 11 Fälle dokumentiert.³¹ Eine offizielle Zahl für 2009 kann jedoch erst im Rahmen des nächsten Suchtberichts dargestellt werden.) Vergleicht man allerdings die letzten neun Jahre in 3-Jahres-Intervallen, so lassen die entsprechenden Mittelwerte auf eine tendenzielle Zunahme in der Anzahl der Todesfälle schließen ($MW_{2000-2002}=11,0$; $MW_{2003-2005}=14,3$; $MW_{2006-2008}=16,3$).

Ebenso verdeutlicht Tabelle 13 erneut das bundes- sowie europaweit bekannte Phänomen des Mischkonsums als besondere Gefahr für Intoxikationen. Im Jahr 2006 wurden im Rahmen der Obduktionen in 11 von 12 Todesfällen (91,6%), im Jahr 2007 in 14 von 16 Todesfällen (87,5%) und im Jahr 2008 in 18 von 21 Todesfällen (85,7%) zusätzlich zur Droge auch noch psychoaktive Medikamente entdeckt. Dies entspricht einer deutlichen Steigerung im Vergleich zu den Jahren zuvor, wie Abbildung 14 verdeutlicht. Obwohl die verfügbaren Quellen keine Differenzierung der psychoaktiven Medikamente vornehmen, ist anzunehmen, dass es sich dabei insbesondere um Benzodiazepine handelt.³²

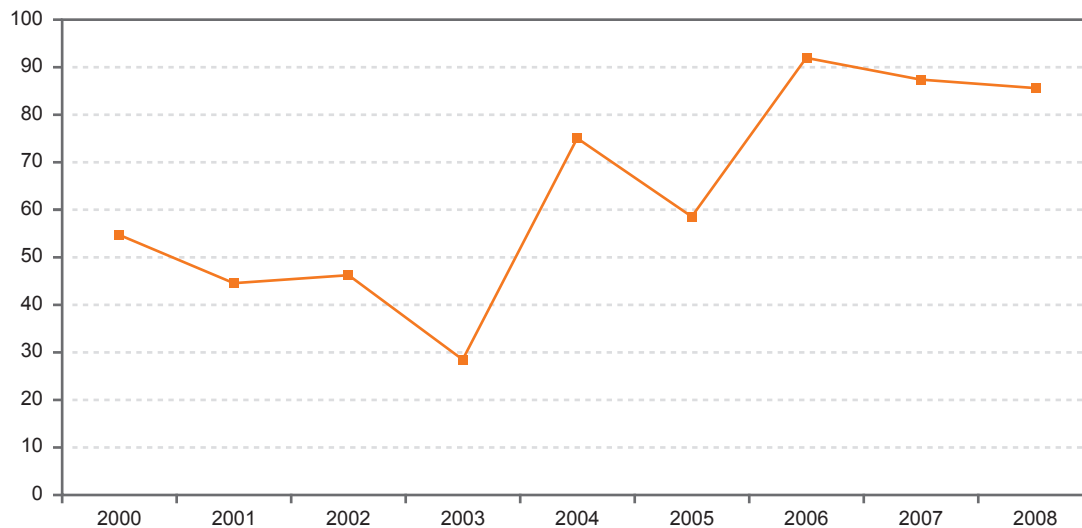
³⁰ Für das Jahr 2009 waren bei Redaktionsschluss noch keine offiziellen Daten seitens des BMGFJ verfügbar.

³¹ Mitteilung von Dr. Claudia Strunz am 15. Februar 2010.

³² Siehe dazu z.B. das Protokoll der SAG-Sitzung vom 2. Oktober 2009.

6. DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE & MORTALITÄT

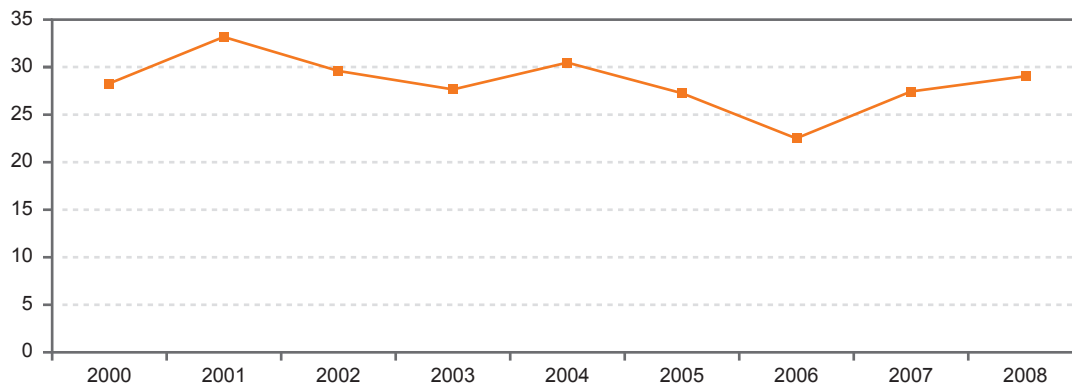
Abbildung 14: Direkt drogenbedingte Todesfälle mit Beteiligung psychoaktiver Medikamente in der Steiermark von 2000–2008



Quelle: ÖBIG, Berichte zur Drogensituation 2006–2008; GÖG/ÖBIG, Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008; eigene Berechnungen
 Legende: Werte sind relative Anteile (in %) von drogenbedingten Todesfällen mit Beteiligung psychoaktiver Medikamente in der Steiermark an allen drogenbedingten Todesfällen der Steiermark des entsprechenden Jahres.

Abbildung 15 zeigt das Durchschnittsalter der Drogentoten zwischen 2000 und 2008. Zwischen 2000 und 2005 ist keine auffällige Entwicklung erkennbar. Im Jahr 2006 fällt der Altersdurchschnitt zwar deutlich ab, steigt in den Jahren danach jedoch wieder an. Statistisch bedeutsame Trends der Altersentwicklung von drogenbedingten Todesfällen lassen sich nicht beobachten.

Abbildung 15: Durchschnittsalter der direkt drogenbedingten Todesfälle in der Steiermark von 2000–2008



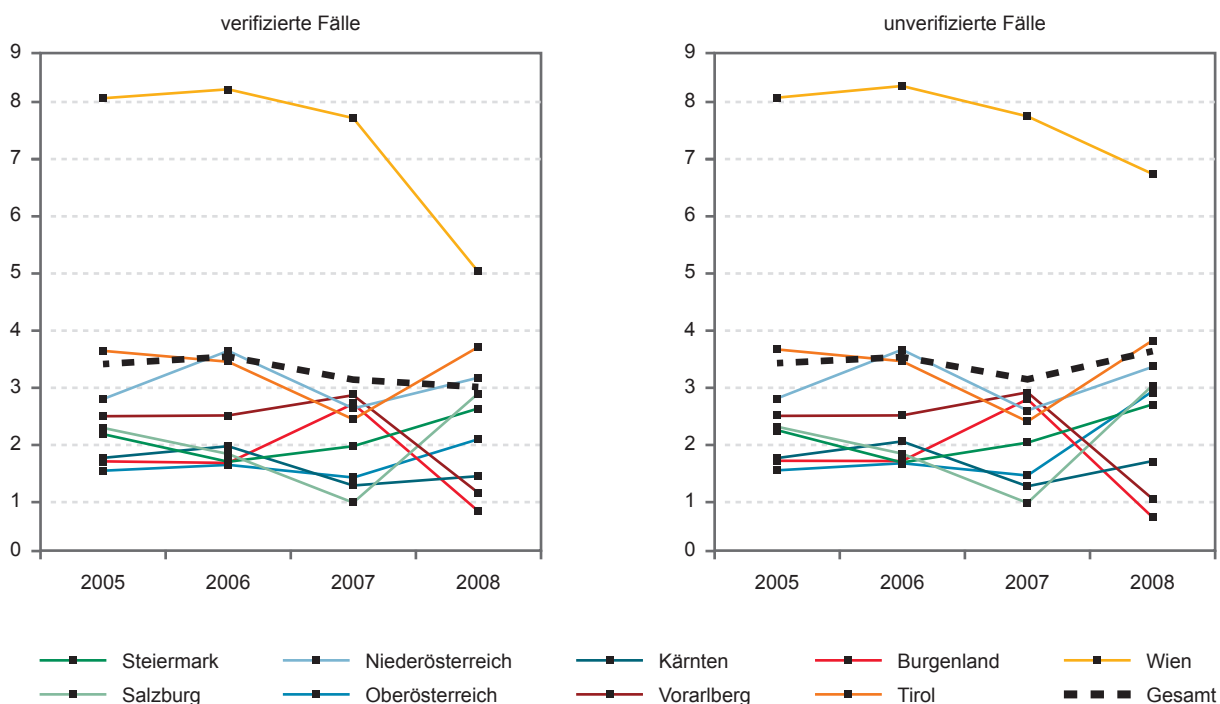
Quelle: eigene Berechnungen, Alterangaben in Kategorien übermittelt vom ÖBIG
 Legende: Werte sind arithmetische Mittel des interpolierten Alters der drogenbedingten Todesfälle in der Steiermark.

6. DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE & MORTALITÄT

Absolute Zahlen zu Todesfällen erhalten mehr Aussagekraft, wenn sie in Beziehung zur entsprechenden Population des Bundeslandes gesetzt werden und im Vergleich mit den anderen Bundesländern dargestellt werden. In Übereinstimmung mit der Darstellung der entsprechenden GÖG/ÖBIG-Berichte wird dabei die Rate pro 100.000 EinwohnerInnen zwischen 15 und 64 Jahren verwendet.

Im Jahr 2008 gibt es österreichweit insgesamt 32 Fälle, in denen zwar ein Intoxikationsverdacht am Totenbeschauschein vermerkt wurde, jedoch keine Obduktion durchgeführt wurde. Obwohl dies auf die Steiermark praktisch keinen Einfluss und auch an der Gesamttendenz nichts ändert, werden die Sterberaten für die verifizierten und unverifizierten Fälle in Abbildung 16 getrennt dargestellt.

Abbildung 16: Vergleich der drogenbedingten Sterberaten von 2005–2008



Quelle: ÖBIG, Berichte zur Drogensituation 2006–2008; GÖG/ÖBIG, Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008; eigene Berechnungen
 Legende: abgebildet sind drogenbedingte Sterberaten pro 100.000 EW zwischen 15 und 64 Jahren

Abbildung 16 zeigt eine für die Steiermark konstant unter dem österreichweiten Wert liegende Rate drogenbezogener Todesfälle. Natürlich wird der österreichweite Wert durch die vergleichsweise hohe Rate in Wien (in Großstädten und Ballungszentren tritt die Drogenproblematik verstärkt auf³³) beeinflusst. Aussagekräftiger ist daher ein Vergleich mit den anderen Bundesländern, wo die Steiermark über die letzten vier Jahre betrachtet konstant im Mittelfeld liegt.

Wie oben bereits erwähnt, ergeben sich aufgrund des hochriskanten Mischkonsums mit Beteiligung psychoaktiver Medikamente (zum Teil auch mit Beteiligung von Alkohol) besondere Präventionserfordernisse. Um der Bedeutung dieses Themas Nachdruck zu verleihen, wurde das Thema Überdosierungen und Notfälle als Schwerpunktthema des vorliegenden Suchtberichts ausgewählt (Kapitel 9).

³³ GÖG/ÖBIG (2008): Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

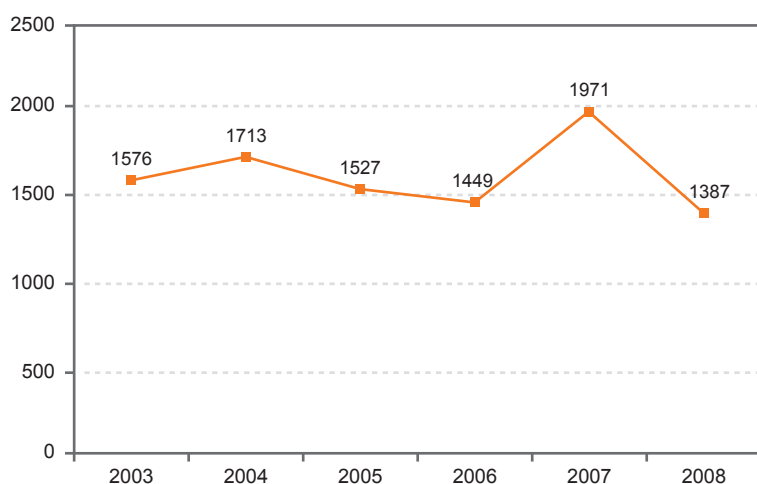
7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Das Suchtmittelgesetz als Grundlage für die Repression als sucht-/drogenpolitische Säule wurde im Berichtszeitraum verändert. Die Hauptzielsetzungen der SMG-Novelle 2008 (BGBl. I Nr. 143/2008 v. 19.12.2008) waren „die Anpassung der Bestimmungen zu Verkehr und Gebarung mit Suchtmitteln und Drogenausgangsstoffen“ an geltendes EU-Recht, das Ermöglichen des Cannabisanbaus zur Wirkstoffgewinnung für die Herstellung von Arzneimitteln, die Schaffung der Rechtsgrundlagen für die Nutzung der Möglichkeiten des E-Governments im Rahmen der zentralen Suchtmittel-Datenevidenz sowie die gesetzliche Verankerung eines bundesweiten Substitutionsmonitorings und die Regelung des Informationsaustausches innerhalb einer koordinierten Gesamtbetreuung des SubstitutionspatientInnen.³⁴

7.1 Anzeigen

Wie bereits im steirischen Suchtbericht 2007 an dieser Stelle erwähnt wurde, lassen auch diesmal die verarbeiteten Statistiken zu Anzeigen wegen Umgang und/oder Handel und Sicherstellungen von Suchtgiften und psychotropen Stoffen nur bedingte Rückschlüsse auf die Entwicklung der Verfügbarkeit und des Konsums bzw. Missbrauchs illegaler Drogen zu. Vielmehr spiegeln sich darin Intensität und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden und weniger ein Abbild der aktuellen Drogensituation.

Abbildung 17: Absolute Anzahl der Anzeigen nach §§ 27, 28, 28a, 30, 31, 31a, 32 SMG 2003-2008 in der Steiermark



Quelle: Jahresberichte zur Suchtmittelkriminalität 2003–2008; BMI

Nach einem deutlichen Anstieg der Anzahl der Anzeigen im Jahr 2007 ist mit 1.387 Anzeigen im Jahr 2008 der Tiefstwert der letzten sechs Jahre zu verzeichnen (wie in allen anderen Bundesländern mit Ausnahme von Oberösterreich und Salzburg). Dies bedeutet für die Steiermark einen Rückgang der Anzeigen um rund 30%. Damit liegt die Steiermark nicht nur weit über dem Bundesdurchschnitt von rund 17%, sondern hat zudem unter allen Bundesländern den stärksten Rückgang an Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (§§ 27, 28, 28a, 30, 31, 31a, 32 SMG).

³⁴ GÖG/ÖBIG (2009): Bericht zur Drogensituation 2009. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

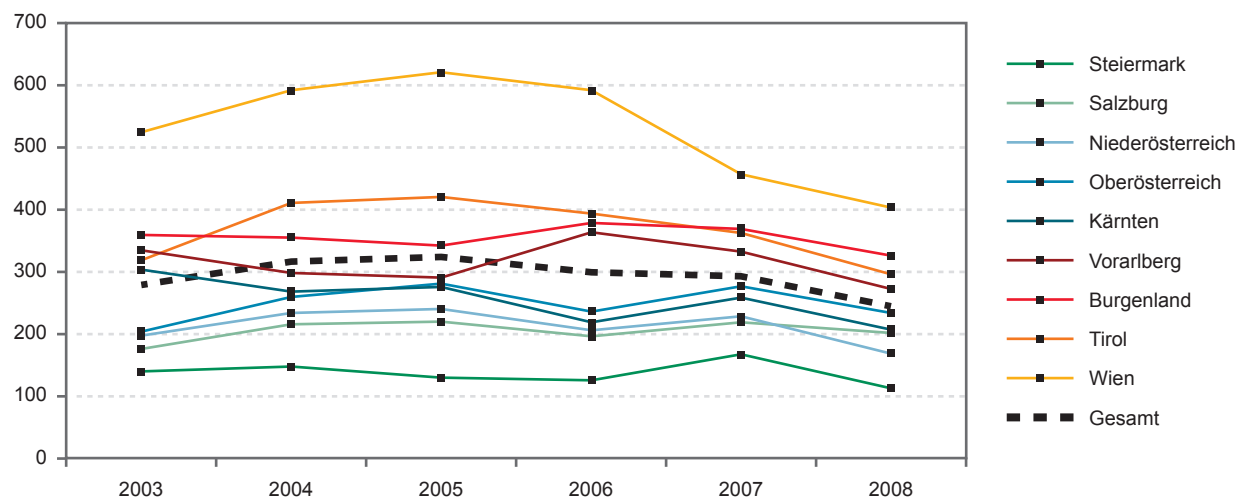
Tabelle 14: Entwicklung der Anzeigen nach SMG zwischen 2007 und 2008 im Ländervergleich

Bundesland	Rückgang der Anzeigen in 2008 bezogen auf das Vorjahr (in %)
Burgenland	-12,73%
Kärnten	-18,76%
Niederösterreich	-25,67%
Oberösterreich	-13,78%
Salzburg	-8,25%
Steiermark	-29,63%
Tirol	-18,38%
Vorarlberg	-17,67%
Wien	-12,41%
Österreich	-17,06%

Wie bereits im Jahr 2007 fallen auch 2008 rund 19% der Anzeigen auf Frauen, was in etwa dem Bundesanteil von 15% entspricht. Über die soziale Lage der Angezeigten sind für die Steiermark keine Daten zugänglich. Österreichweit liegt der Anteil an Personen ohne Erwerbstätigkeit erneut bei rund der Hälfte aller nach dem SMG angezeigten Personen.

Quelle: Jahresbericht zur Suchtmittelkriminalität 2008; BMI

Abbildung 18: Anzeigerate nach SMG zwischen 2003–2008 im Ländervergleich



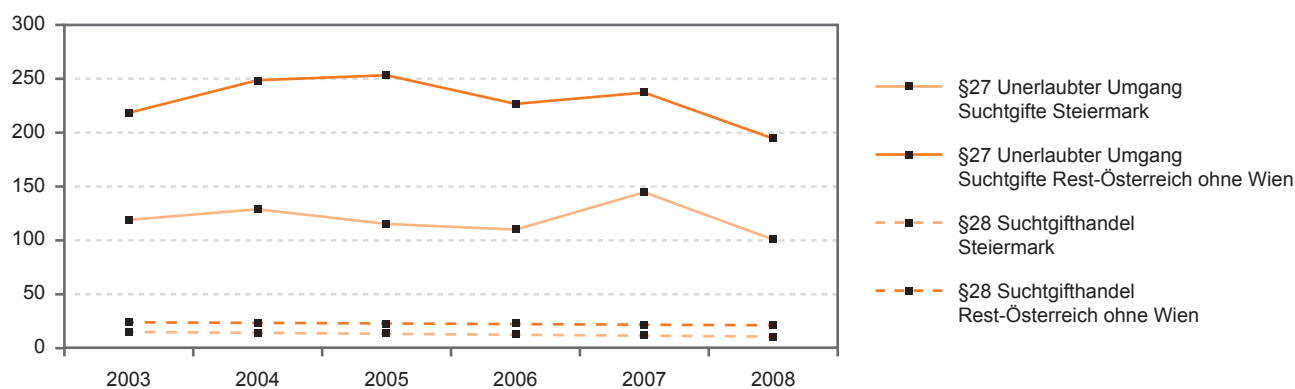
Legende: Werte sind einwohnerzahlenstandardisierte Anzeigeraten pro 100.000 EW des entsprechenden Bundeslandes
 Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten zur Suchtmittelkriminalität 2003–2008, BMI. Populationsdaten der Bundesländer, Statistik Austria. Im Vergleich zum steirischen Suchtbericht aus 2007 ist eine Abweichung der Werte aus 2007 erkennbar. Dies resultiert durch die Verwendung der aktuellen Populationsdaten aus der Volkszählung 2006.

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Wie in den vergangenen sechs Jahren weist die Steiermark auch im Jahr 2008 unter allen Bundesländern die geringste Anzeigerate (Anzahl der Anzeigen in Relation zur Bevölkerungszahl) auf. Ebenso ist ein Rückgang der Anzeigerate im Vergleich zu 2007 in allen Bundesländern zu beobachten; in der Steiermark fällt dieser wie in Tabelle 14 sichtbar wird am deutlichsten aus.

In Wien ist die suchtmittelbezogene Kriminalität sowohl in absoluten Zahlen als auch in Relation zur Bevölkerungsanzahl am größten. Um Vergleiche zwischen der Steiermark mit dem Bundesdurchschnitt nicht durch diese Überrepräsentanz von Wien zu verzerren, wird in den folgenden Auswertungen für die Berechnung des Bundesdurchschnitts, wie bereits im steirischen Suchtbericht 2007, Wien nicht berücksichtigt.

Abbildung 19: Anzeigerate nach §§ 27, 28 und 28a SMG im Österreichvergleich (ohne Wien) 2003–2008

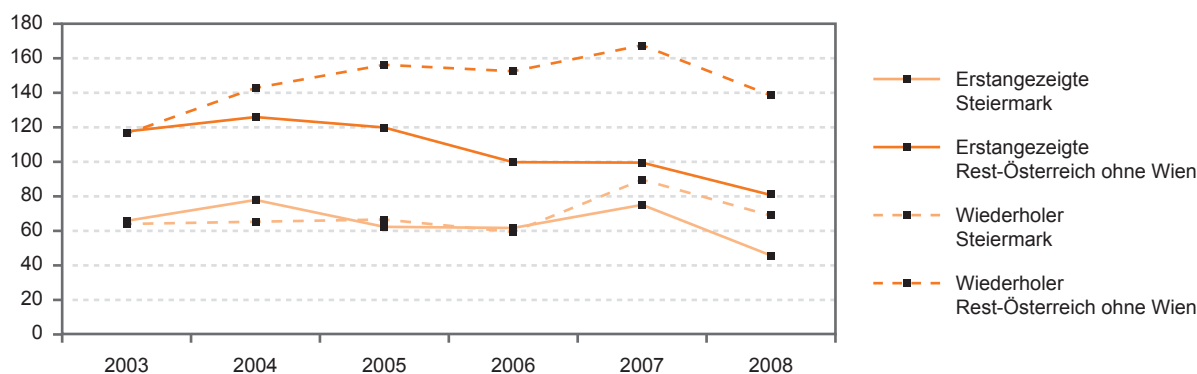


Legende: Werte sind einwohnerzahlenstandardisierte Anzeigeraten pro 100.000 EW des entsprechenden Bundeslandes.
 Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten zur Suchtmittelkriminalität 2003–2008, BMI. Populationsdaten der Bundesländer, Statistik Austria. Im Vergleich zum steirischen Suchtbericht aus 2007 ist eine Abweichung der Werten aus 2007 erkennbar. Dies resultiert durch die Verwendung der aktuellen Populationsdaten aus der Volkszählung 2006.

Wie Abbildung 19 zeigt, liegt die Rate der häufigsten Anzeigen nach SMG (§§ 27, 28 und 28a) in der Steiermark auch 2008 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (ohne Wien). Für das Jahr 2008 zeigt sich ein im Vergleich zu den anderen Bundesländern (ohne Wien) liegender Rückgang an Anzeigen nach § 27 SMG auf einen Tiefstand innerhalb der letzten sechs Jahre.

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Abbildung 20: Erst- und wiederholte Anzeigen nach §§ 27, 28, 28a, 30, 31, 31a, 32 SMG im Österreichvergleich (ohne Wien) 2003–2008

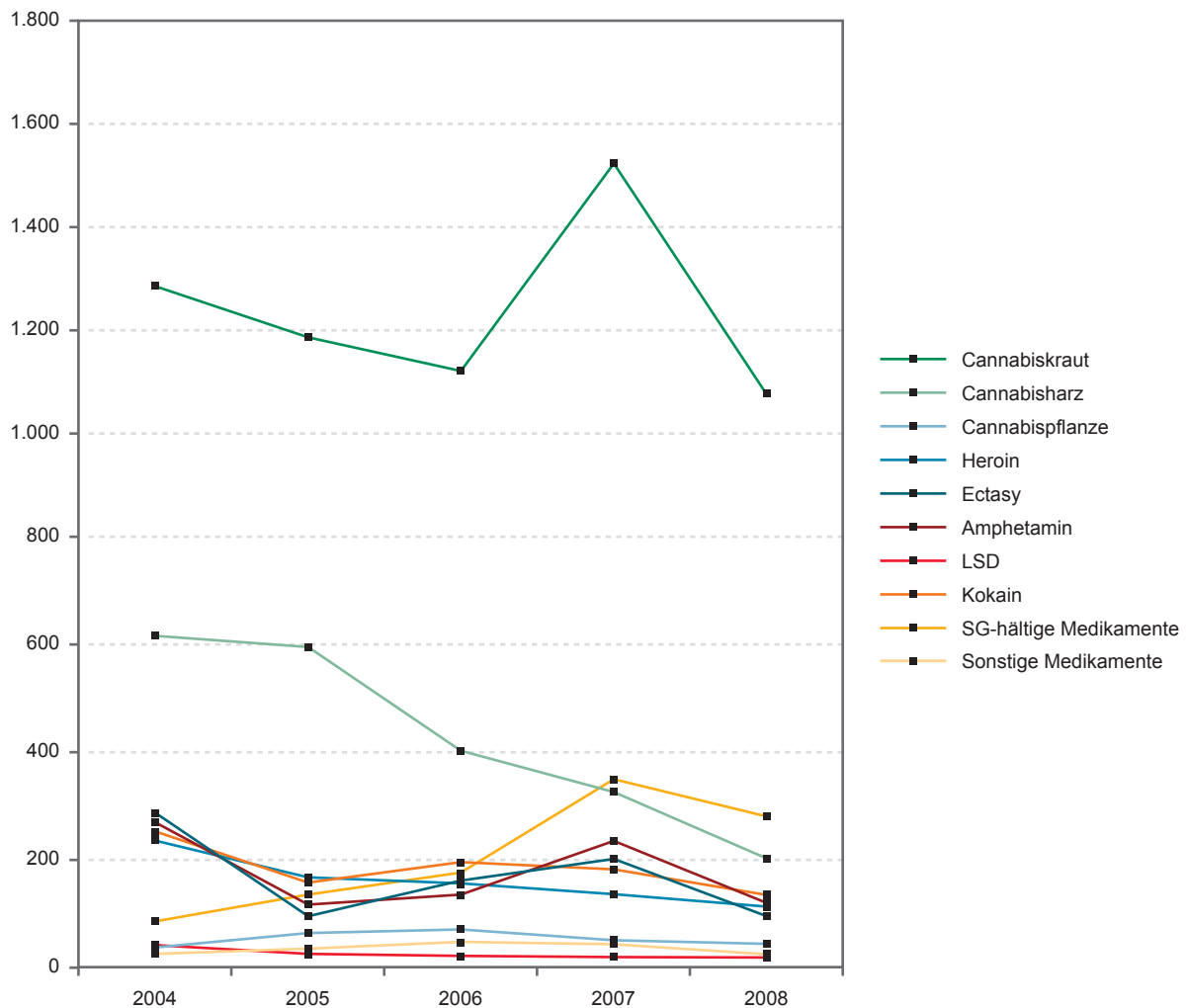


Legende: Werte sind einwohnerzahlenstandardisierte Anzeigeraten pro 100.000 EW des entsprechenden Bundeslandes. Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten zur Suchtmittelkriminalität 2003–2008, BMI. Populationsdaten der Bundesländer, Statistik Austria. Im Vergleich zum steirischen Suchtbericht aus 2007 ist eine Abweichung der Werten aus 2007 erkennbar. Dies resultiert durch die Verwendung der aktuellen Populationsdaten aus der Volkszählung 2006.

Auch in Bezug auf das Verhältnis von Erstanzeigen zu wiederholten Anzeigen lassen sich im Jahr 2008 keine Auffälligkeiten beobachten, die nicht schon im letzten Suchtbericht 2007 berichtet wurden. Insgesamt liegen beide in Abbildung 20 sichtbaren Raten deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (ohne Wien).

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Abbildung 21: Absolute Anzahl der Anzeigen nach dem SMG nach unterschiedlichen Substanzen in der Steiermark 2004–2008

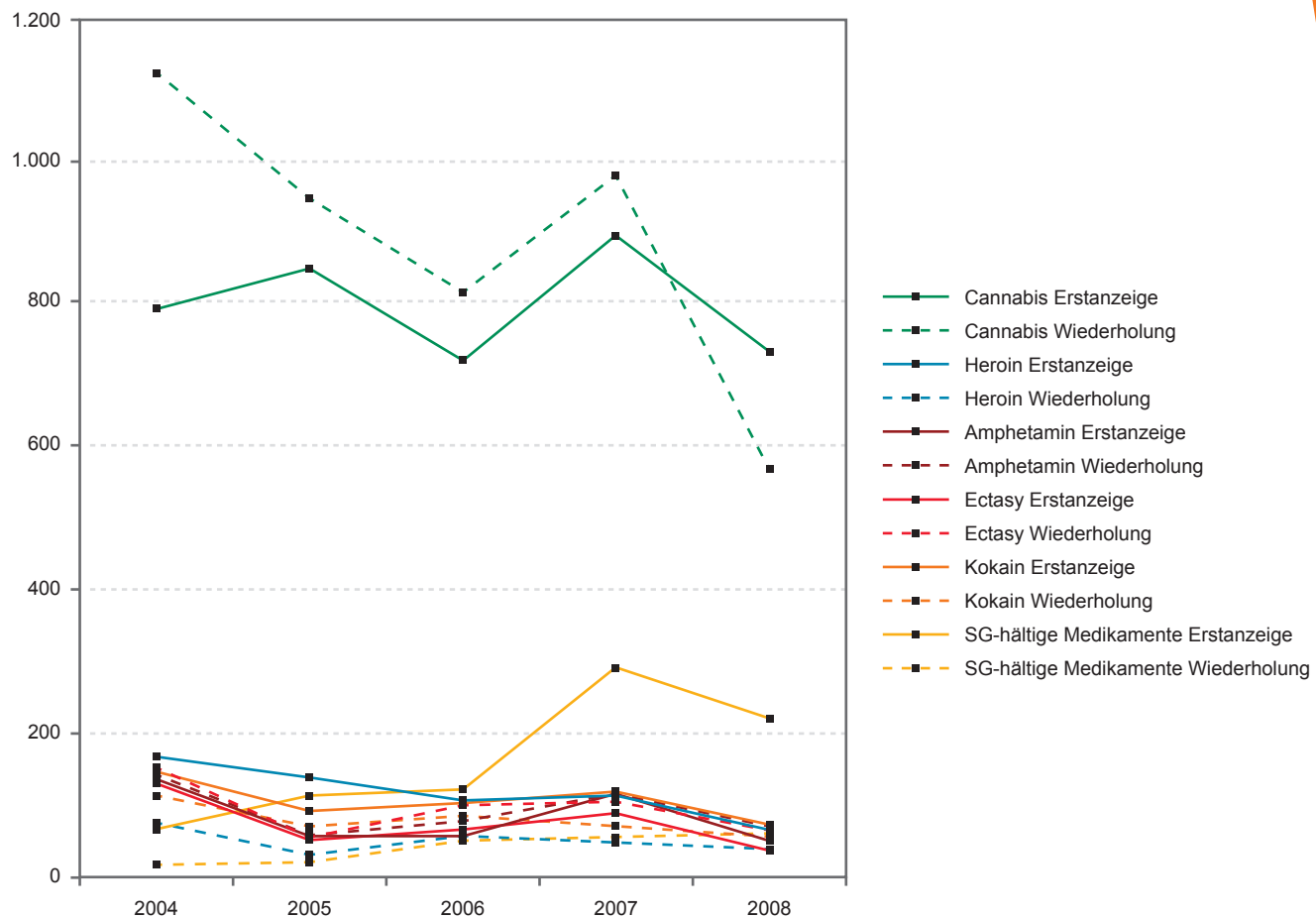


Legende: Werte sind absolute Anzahlen an Anzeigen nach SMG
 Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten BMI Suchtmittelkriminalität 2004–2008

Abbildung 21 gibt Auskunft über die Substanz, die zu einer Anzeige nach dem SMG geführt hat. Hinsichtlich aller Substanzen ist ein Rückgang der Anzeigen zu beobachten, wenngleich dieser bei Ecstasy und Amphetaminen (jeweils minus 50%) am deutlichsten, bei Cannabispflanzen (minus 17%), suchtgifthaltigen Medikamenten und Heroin (jeweils minus 21%) am schwächsten ausgeprägt ist. Die mit Abstand häufigsten Anzeigen in der Steiermark resultieren aus dem Umgang und/oder Handel mit Cannabiskraut.

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

Abbildung 22: Absolute Anzahl der Anzeigen nach dem SMG nach unterschiedlichen Substanzen differenziert nach Erstangezeigten und wiederholt Angezeigten in der Steiermark 2004–2008



Legende: Werte sind absolute Anzahlen an Anzeigen nach SMG
 Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten BMI Suchtmittelkriminalität 2004–2008. EE und WH ergeben zum Teil nicht die Gesamtsumme, da unbekannte Täter (in Gesamtsumme enthalten) in der Differenzierung (EA vs. WH) nicht enthalten sind.

Nach der starken Zunahme an Anzeigen in Bezug auf Cannabisprodukte aus 2007 zeigt Abbildung 22 für das Jahr 2008 einen starken Abfall, insbesondere für wiederholt Angezeigte. Während in Bezug auf alle Substanzen ein Rückgang sowohl der erst- als auch der wiederholt angezeigte Personen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen ist, ist für wiederholt wegen dem Umgang und/oder Handel mit suchtgiftigen Medikamenten angezeigten Personen eine geringfügige Steigerung von zwei Prozent zu beobachten. Der stärkste Rückgang betrifft Erstangezeigte aufgrund des Umgangs und/oder Handels mit Ecstasy (minus 60%) und Amphetaminen (minus 57%).

7. SUCHTMITTELBEZOGENE KRIMINALITÄT UND REPRESSION

7.2 Sicherstellungen

Die Jahresberichte zur Suchtmittelkriminalität des BKA sammeln routinemäßig auch Daten zu den Sicherstellungen von Suchtmitteln. Hinsichtlich der Aussagekraft dieser Statistik gelten dieselben Bedenken, wie sie bereits

am Eingang zu Kapitel 7.1 geäußert wurden. Folgender Überblick zeigt die durchschnittlichen Mengen pro Sicherstellung für einzelne Substanzen. Einzelne Höchstwerte werden dabei aufgrund von Rekordfunden erzielt.

Tabelle 15: Sicherstellungen unterschiedlicher Substanzen in der Steiermark 2003–2008

Sicherstellungen von/in		durchschnittliche Menge pro Sicherstellung					
		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis	Steiermark	206 g	167 g	234 g	127 g	179 g	447 g
	Österreich	177 g	180 g	136 g	2406 g	223 g	173 g
Heroin	Steiermark	55 g	1147g	5g	13 g	1540 g	44 g
	Österreich	34 g	170 g	205 g	39 g	153 g	155 g
Ecstasy	Steiermark	1371 Stk.	28 Stk.	15 Stk.	337 Stk.	162 Stk.	12 Stk.
	Österreich	1530 Stk.	429 Stk.	387 Stk.	124 Stk.	265 Stk.	250 Stk.
Kokain	Steiermark	347 g	66 g	10624 g	55 g	11 g	8 g
	Österreich	46 g	51 g	162 g	59 g	82 g	84 g
Amphetamin	Steiermark	2040 g	27 g	2 g	34 g	65 g	57 g
	Österreich	184 g	1070 g	29 g	127 g	55 g	49 g
SG-hältige Medikamente	Steiermark	42 Stk.	4 Stk.	8 Stk.	19 Stk.	44 Stk.	13 Stk.
	Österreich	24 Stk.	11 Stk.	8 Stk.	8 Stk.	8 Stk.	7 Stk.
psychotrope Stoffe	Steiermark	–	8 Stk.	8 Stk.	157 Stk.	21 Stk.	19 Stk.
	Österreich	36 Stk.	31 Stk.	33 Stk.	34 Stk.	26 Stk.	29 Stk.

Quelle: eigene Berechnungen nach den Jahresberichten BMI Suchtmittelkriminalität 2003–2007

Eine Analyse des aktuellen Jahresberichts zur Suchtmittelkriminalität 2008 des Bundeskriminalamtes zeigt zusätzlich folgende Ergebnisse für die Steiermark für 2008:³⁵

- Lokalisierung eines Suchtmittellabors (Küchenlabor) zur Herstellung von Metamphetamin (auch jeweils eines in NÖ und Salzburg) im Jahr 2008
- Lokalisierung illegaler Hanffelder speziell in den Bezirken Graz-Umgebung, Hartberg und Leibnitz
- Lokalisierung einer sehr professionell ausgestatteten Indoor-Anlage im Bezirk Graz-Umgebung
- Die Erträge dieser Eigenproduktionen wurden überregional vertrieben
- Unveränderte Problematik im Zusammenhang mit

dem legalen und illegalen Konsum von Substitutionsmitteln, insbesondere Substitol. Als besonders problematisch erwähnt das Bundeskriminalamt, dass die Konsumenten des meist in Wien angeschafften Substitols vielfach Jugendliche, zum Teil noch Unmündige, seien sowie Substitol „bei nicht wenigen (beamtshandelten) Personen der Erstkontakt zu illegalen suchterzeugenden Substanzen war“.

- Substitol insbesondere in Mürzzuschlag und Trofaiach stark im Umlauf
- In Leoben bestehe eine große Nachfrage nach Substitutionsmitteln sowie werde dort durch in Therapie Befindliche ein schwunghafter Handel betrieben

³⁵ Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt: Suchtmittelkriminalität – Jahresbericht 2008. Wien.

8. SUCHTBEZOGENE SOZIALFORSCHUNG IN DER STEIERMARK

Die Rahmenbedingungen sucht-/drogenbezogener Forschungsarbeiten haben sich in den letzten beiden Jahren nicht verändert. Einleitend sei daher auf den Suchtbericht 2007 verwiesen, wo die wichtigsten Quellen dargestellt wurden. Ohne Vollständigkeitsanspruch sei auf die folgenden in den Berichtsjahren 2008 und 2009 fertig gestellten sucht-/drogenrelevanten Studien und Berichte mit Steiermarkbezug hingewiesen:

DOKLI Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen in der Steiermark. 2008.

Autoren: x-sample angewandte Sozialforschung | psychologische Marktforschung – Mag. Thomas Hutsteiner, Mag. Sebastian Seebauer. Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B - Gesundheitswesen/ Suchtkoordination. Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser Studie ist die klientenbezogene Routinedatensammlung unter Einrichtungen der Suchthilfe mittels einer speziellen Erfassungssoftware auf Basis des in Österreich im Jahr 2006 eingeführten einheitlichen Dokumentationssystems von KlientInnen der Suchthilfe. Die Datensammlung mündet in einem jährlichen Bericht durch die steirische Länderzentralstelle x-sample an den Auftraggeber.

Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz. 2008.

Beiträge zu besonderen Problemen des Arbeits- und Sozialrechts, Band 2. Autoren: Univ.-Prof Mag. Dr. Gert-Peter Reissner, Mag. Ursula Strohmayer (Hg.). Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung; in Kooperation mit der Arbeiterkammer Steiermark. Zielsetzung: Alkohol gehört in unserer Gesellschaft als Genussmittel zum Alltag. Auch auf Betriebsfeiern oder beim gemeinsamen „Feierabendbier“ ist Alkohol, in Maßen konsumiert, Bestandteil österreichischer Trinkkultur. Am Arbeitsplatz verursacht Alkohol jedoch Kosten in der Höhe von 1,25% bis 2,5% der gesamten Lohnsumme. Probleme von Mitarbeitern mit Drogen oder Alkohol beeinflussen das Betriebsklima in negativer Weise, gefährden die Sicherheit, reduzieren die Produktivität und behindern Arbeitsabläufe. Der vorliegende Band soll einen Beitrag dazu liefern, das Bewusstsein für die Drogen- und Alkoholproblematik in der Arbeitswelt zu stärken. Dabei werden nicht nur die arbeits- und sozialrechtlichen Fragestellungen zum Thema aufgearbeitet, sondern auch Lösungsansätze aus sozialwissenschaftlicher Perspektive aufgezeigt.

Internetverhalten und Internetnutzung unter Schölerinnen der HAK Eisenerz. 2008.

Autoren: Manfred Geishofer, Mag. Thomas Hutsteiner. Auftraggeber: b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Zielsetzung: Beschreibung des Ausmaßes an Internet-

sucht anhand des Messinstruments von Hahn und Jerusalem (2003), des Internet-Nutzungsverhaltens der Schüler, der Verweildauer, Analyse von Zusammenhängen mit Lebensqualität und Erleben sozialer Unterstützung.

Die Integration von Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund in das Suchthilfesystem der Stadt Graz. 2009.

Autoren: Dr. Ulf Zeder, Nivaldo Vargas, MA. Auftraggeber: Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Zielsetzung: Erstmalige Sammlung von Daten zur Thematik Migration und Sucht; Diskussion der Ergebnisse und etwaiger Lösungsansätze.

DOKLI Steiermark – Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten der Drogeneinrichtungen in der Steiermark. 2009.

Autoren: x-sample angewandte Sozialforschung | psychologische Marktforschung – Mag. Thomas Hutsteiner, Mag. Sebastian Seebauer. Auftraggeber: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B - Gesundheitswesen/ Suchtkoordination. Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser Studie ist die klientenbezogene Routinedatensammlung unter Einrichtungen der Suchthilfe mittels einer speziellen Erfassungssoftware auf Basis des in Österreich im Jahr 2006 eingeführten einheitlichen Dokumentationssystems von Klienten der Suchthilfe. Die Datensammlung mündet in einem jährlichen Bericht durch die steirische Länderzentralstelle x-sample an den Auftraggeber.

Evaluationsbericht Kampagne „Kinder vor Passivrauch schützen“. 2009.

Autoren: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Auftraggeber: Land Steiermark, Ressort Gesundheit. Zielsetzung: Das Ziel der vorliegenden Studie war die Bestimmung der Bekanntheit der „rauchfrei dabei“-Kommunikationskampagne und deren Kommunikationsinstrumente, sowie deren Bewertung, Bedeutung und Auswirkungen auf Verhalten und Einstellungen aus der Sicht der Bevölkerung in Graz-Stadt und Bruck/Mur.

Erhebung zum Thema Passivrauch und Nichtraucher-schutz. 2009.

Autoren: IFES (Erwachsene), SORA (SchölerInnen). Auftraggeber: Land Steiermark, Ressort Gesundheit. Zielsetzung: Detaillierte Ist-Analyse innerhalb der Steiermark zum Thema Passivrauchen und Nichtraucher-schutz, zur Planung kurz- bis mittelfristiger Maßnahmen der Tabakpräventionsstrategie im Bereich „Schutz der Menschen vor Passivrauch“.

8. SUCHTBEZOGENE SOZIALFORSCHUNG IN DER STEIERMARK

Follow Up-Erhebung „Rauchen in der Steiermark“. 2009.

Autoren: IFES (Erwachsene), Jaksch und Partner in Kooperation mit VIVID – Fachstelle für Suchtprävention (SchülerInnen). Auftraggeber: Land Steiermark, Ressort Gesundheit. Zielsetzung: Monitoring zum Thema Rauchen und Passivrauchen und Evaluation der TPS-Maßnahmen. Befragung der steirischen Bevölkerung zu Wissen, Einstellungen und Verhalten rund um den Tabakkonsum, um durch den Vergleich mit der Baseline-Erhebung aus 2006 Entwicklungen und Trends erkennen zu können. Zudem dient die Follow Up-Erhebung als Ist-Analyse der Situation 2009. Die Ergebnisse dienen sowohl der Suchtprävention als auch der Politik als Entscheidungsgrundlage.

Zudem kann von folgenden sucht-/drogenrelevanten Veranstaltungen der Berichtsjahre 2008 und 2009 berichtet werden:

2. Netzwerktreffen „Arbeits(re)integration von drogengebrauchenden Menschen“. 2008.

Veranstalter: Caritas Kontaktladen Streetwork. Zielsetzung: Ziel des ersten Treffens war das Abklären der derzeitigen Zugangsmöglichkeiten für drogenkonsumierende Menschen zu Beschäftigung, Qualifizierung und tagesstrukturierenden Angeboten. Das zweite Treffen diente der Vertiefung des Themas, indem neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Vermittlungsquoten drogenkonsumierender Menschen in Arbeitsprojekte diskutiert wurden.

Folgeveranstaltung zur Suchthilfefachtagung aus dem Jahr 2007. 2008.

Veranstalter: Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark. Zielsetzung: Im Rahmen der Suchthilfefachtagung 2007 „Eingrenzung – Grenzenlosigkeit – Grenzgänge – Grenzräume – Auseinandersetzungen mit der Sucht- und Drogenarbeit“ wurde mehrfach der Wunsch geäußert, zu den unterschiedlichen Themen weiterzuarbeiten. Zu diesem Zweck erfolgte die angeführte Folgeveranstaltung, die in Form von offenen Tischgesprächen nach Open-space-Vorbild stattfand. Insbesondere den Themen „Suchtkranke und Haft (Konsumraum, Substanzwahl, Psychotherapie, Haftentlassung, usw.)“, „neurobiologische Grundlagen der Sucht und deren Auswirkungen“, „Grenzen, ausgrenzen, entgrenzen (Schutz-Bewährung)“, „Wohnversorgung“ sowie „Vernetzung (Casemanagement)“ galt ein besonderes Interesse.

Infoabend und Vortrag im Schulzentrum Eisenerz. 2008.

Veranstalter: b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtkoordination des Landes Steiermark. Zielsetzung: Präsentation einer Studie zum Internetverhalten und zur Internetnutzung von SchülerInnen der HAK Eisenerz.

Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz. 2008.

Veranstalter: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark. Zielsetzung: Buchpräsentation

Suchthilfetagung „Migration und Suchtarbeit“. Im Rahmen der 56. ÖAKDA. 2009.

Veranstalter: ÖVDF. Zielsetzung: Bewusstseinsbildung für das Thema der Suchtprävention für MigrantInnen, dem zunehmende Bedeutung zukommt. Berichte der Tagung: www.oevdf.at.

KISS, kontrollierter Konsum. 2009.

Veranstalter: Suchtkoordination des Landes Steiermark, Suchtkoordination des Landes Kärnten. Zielsetzung: Seminar. Aufbauend auf der Technik des Motivational Interviewings von Miller und Rollnick hat Körkel das verhaltenstherapeutische Programm KISS zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Substanzen entwickelt. KISS richtet sich an KlientInnen, die ihren Substanzkonsum reduzieren möchten. Nähere Infos auf www.kiss-heidelberg.de. MitarbeitInnen von Suchthilfeeinrichtungen in Kärnten und der Steiermark hatten die Gelegenheit, sich diese Technik in 2 x 3 Kurstagen anzueignen. KISS besteht aus 12 strukturierten Sitzungen und kann mit Einzelpersonen und Gruppen durchgeführt werden.

Symposium NADA-Akupunktur, „Sucht und Psyche“. 2009.

Veranstalter: Suchtkoordination des Landes Steiermark in Zusammenarbeit mit NADA Austria. Zielsetzung: Vorstellung der NADA-Akupunktur bei psychischen Störungen und bei Suchtkrankheiten und deren therapeutischen Möglichkeiten im stationären und ambulanten Setting.

Workshop zur akzeptierenden Drogenarbeit „Nur wer überlebt kann wachsen“. 2009.

Veranstalter: Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Zielsetzung: Workshop zu den Themen Konsequenz in der professionellen Drogenarbeit: Drogenkonsumräume, verbesserte Substitutionsbehandlung, Heroinabgabe, Evidenz-Basierung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen, Netzwerkarbeit und Schnittstellenmanagement.

Gesundheitsförderung in Haft, Safer Use und HIV/HCV-Prophylaxe. 2009.

Veranstalter: Land Steiermark Gesundheitsressort, Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Zielsetzung: Fachveranstaltung zu den Themen Infektionskrankheiten, medizinische Behandlung, Substitutionsbehandlung, Schadensminimierung (z.B. Spritzenaustausch) sowie Drogenkonsum in der Haft.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Die verschiedenen Möglichkeiten, das Thema Notfälle im Suchtbereich zu bearbeiten, führen zuerst zu einer schwierigen Definitionsfrage und Entscheidung für eine Perspektive, aus der heraus das Thema zu bearbeiten ist. Aus einer klinischen Perspektive sind Drogennotfälle Überdosierungen illegaler Substanzen, welche – sofern die betroffenen PatientInnen das Krankenhaus rechtzeitig erreichen – nach dem neuesten notfallmedizinischen und anschließend pflegerischen, psychologischen, psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Wissensstand behandelt, betreut und beraten werden müssen.

Diese Perspektive kann um eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive (Public Health) sinnvoll ergänzt werden, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, die Ziele der Gesundheitsberichterstattung zu erreichen. Diese richtet sich in erster Linie an politische Institutionen als Auftraggeber, möchte aber auch die Organisationen des Gesundheitssystems und der Suchthilfe und die in ihnen tätigen Experten erreichen. Nicht zuletzt soll die Suchtberichterstattung der Öffentlichkeit und den Medien transparente Einblicke in vor Ort gültige Zusammenhänge und Besonderheiten ermöglichen. Bezüglich Sucht allgemein und für Alkohol- und Drogennotfälle im Besonderen ist die entscheidende Frage aus einer solchen Sicht: WER ist in welcher Lebenslage von Notfällen betroffen? Erst dann stellt sich die Frage, mit welchen Angeboten das Gesundheitssystem auf Drogennotfälle reagieren soll. Wenn es gelingt zu eruieren, welche Subgruppen in der Bevölkerung ein sehr riskantes Konsumverhalten an den Tag legen und unter welchen Umständen gefährlich konsumiert wird, können über die klinische Notfallversorgung hinausgehend auch geeignete Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden.

In diesem Schwerpunktkapitel des Suchtberichts 2008/2009 werden verschiedene Hinweise auf eine Zunahme von Drogennotfällen recherchiert. Zum einen betrifft dies das Thema Alkohol im Kindes- und Jugendalter, wo spätestens seit dem Jahr 2006 Medienberichte über eine Verjüngung der in Krankenhäusern eingelieferten Jugendlichen sowie über eine Zunahme von „binge drinking“ bzw. „Koma-Saufen“ die Vorstellungen nährten, dass sich problematischer Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen epidemisch ausbreitet. Zum anderen wird über Notfälle infolge des Konsums illegaler Drogen berichtet, nicht zuletzt, um das Wissen über wirksame Versuche, die Anzahl der Drogentoten zu reduzieren, für die Steiermark aufzubereiten.

9.1 Sozialepidemiologie des Alkoholkonsums von Jugendlichen

Ein erster epidemiologischer Überblick zeigt, dass von problematischem Alkoholkonsum weit mehr Erwachsene, Jugendliche und direkt wie indirekt auch Kinder betroffen sind als vom Konsum illegaler Drogen und die Alkoholintoxikation die häufigste Vergiftung überhaupt ist. Infolge des allgemein hohen Alkoholkonsums in der Steiermark kommt es vermutlich auch zu einer hohen Betroffenen-Quote von Alkoholintoxikationen. Durchschnittlich werden in der Steiermark 34 Gramm reiner Alkohol pro Kopf und Tag konsumiert,³⁶ das überschreitet den „Grenzwert“ für Alkoholkonsum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nahezu um das Dreifache (13 Gramm/Tag). Im Jahr 2000 verstarben 24 von 100.000 SteirerInnen infolge chronischer Lebererkrankungen, der EU-Durchschnitt betrug zu diesem Zeitpunkt 14,5 von 100.000. Während die alkoholbedingte Mortalität leicht rückläufig ist,³⁷ steigt die alkoholbedingte Morbidität gemessen anhand von Behandlungsfällen in Krankenhäusern (Kapitel 4.5).

Wenn man im weitesten Sinn nach der Entstehung von gefährlichem Alkoholkonsumverhalten fragt, landet man schnell bei sozio-kulturellen Faktoren. Hier wäre beispielsweise zu erwähnen, dass Alkoholkonsum in Österreich gesellschaftlich weitgehend toleriert ist bzw. Österreich ein traditionelles Alkoholhochkonsumland ist. Dies betrifft auch die Einstellungen gegenüber dem Alkoholkonsum Jugendlicher.

In einer Erhebung von Uhl & Springer (1996) wurden Erwachsene darüber befragt, ab welchem Alter sie es für angemessen halten, dass Burschen und Mädchen zu Hause oder bei Partys Alkohol trinken. Dabei zeigte sich, dass – je nach Situation – zwischen 9% und 18% der Befragten Alkoholkonsum bereits vor dem 16. Geburtstag guthießen.³⁸ Die Mehrheit der ÖsterreicherInnen war weiterhin damit einverstanden, dass österreichische Jugendliche ab dem 16. Geburtstag auch in der Öffentlichkeit Bier und Wein trinken dürfen.

Vergleicht man den Alkoholkonsum der österreichischen Jugendlichen mit Altersgleichen aus den anderen 35 OECD-Ländern wie etwa in der ESPAD-Studie 2007

³⁶ Gesundheitsbericht Steiermark 2000, S. 125.

³⁷ Gesundheitsinformationssystem Steiermark, Version 1.2. Auswertungen vom Juli 2006 [webpublished].

³⁸ Bundesministerium für Gesundheit (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. S. 167. [webpublished].

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

(European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), so führt Österreich hier einige Ranglisten ungefochten an: Insgesamt hatten 60% der 15-Jährigen Jugendlichen im letzten Monat Bier, 58% Wein, 58% Schnäpse und 52% Alkopops getrunken. Alkoholkonsum im Jugendalter ist mit einer Reihe von spezifischen Problemen assoziiert. In den 1990er Jahren sind Österreichs Jugendliche bezüglich ihres Alkoholkonsums in einer europaweiten Vergleichsstudie noch im Mittelfeld gelandet. Daten aus den letzten 10 Jahren ergeben jedoch ein anderes Bild.

31% der 15- bis 16-Jährigen geben an, im letzten Monat drei Mal oder öfter Bier in Bars und Diskotheken getrunken zu haben (Westdeutschland: 27%; Schweden: 3%), und zwar 16% der Mädchen – und 44% der Burschen. 30% der österreichischen Jugendlichen (29% der Mädchen, 31% der Burschen) haben im letzten Monat in Bars und Diskotheken Schnäpse (hochprozentige Alkoholika) (D: 16%; S: 3%) getrunken. Auch Wein (26% der weiblichen und 31% der männlichen Jugendlichen) wird von österreichischen Jugendlichen in Bars und Diskotheken weit häufiger konsumiert als anderswo (D: 2%; S: 1%). Lediglich beim Konsum von Alkopops (14%; männliche 13%, weibliche 16%) halten österreichische Jugendliche nicht den höchsten Wert (Italien, Niederlande und Zypern liegen hier höher), aber durchaus einen Rang im Spitzenfeld (D: 11%; S: 2%).

Weitere alkoholische Getränke werden von Jugendlichen in Supermärkten und anderen Geschäften gekauft. Insgesamt haben 26% angegeben, in den vergangenen 30 Tagen Bier gekauft zu haben, 11% haben Hochprozentiges, 13% Wein und 6% haben Alkopops gekauft, wobei die Geschlechterunterschiede wiederum belegen, dass Burschen viel häufiger Bier, aber auch häufiger Wein und Schnaps beziehen. Lediglich bei den Alkopops halten sich die Konsumzahlen zwischen den Geschlechtern die Waage. Der internationale Vergleich zeigt bei der Gegenüberstellung des Einkaufsverhaltens, dass Österreich seinen Spitzenrang an Italien, Zypern und die Niederlande abgibt – also an die anderen Länder, in denen Jugendliche überdurchschnittlich viel Alkohol konsumieren.

Betrachtet man die hohen Konsumraten, verwundert es auch nicht, dass 18% der unter 14-jährigen Burschen und 15% der Mädchen in diesem Alter angegeben haben, bereits verschiedene Getränke ausprobiert zu haben und auch schon einmal betrunken gewesen zu sein. Hier liegt Österreich im Mittelfeld, weil ein höherer Anteil von Jugendlichen in Estland, Lettland, Tschechien, der Slowakei und U. K. angegeben haben, Rauscherfahrten im Alter von 13 aufzuweisen.

Im zeitlichen Längsschnitt fällt auf, dass parallel mit dem Zigarettenrauchen in Europa im Verlauf der 1990er Jahre auch ein Anstieg des Alkoholkonsums bei den 15-Jährigen stattgefunden hat, der seither wieder leicht rückläufig ist.³⁹ Der Anteil der österreichischen Burschen, die schon vier Mal und öfter „richtig betrunken“ waren, lag Daten aus der renommierten HBSC-Studie zufolge (Health Behaviour in Schoolaged Children) 1998 noch bei 28%, sank bis 2001 aber auf 20%. Aus Sicht der Autorengruppe ist dies ein Beleg dafür, dass die erhöhte Aufmerksamkeit der vergangenen Jahre in Schulen und öffentlichen Debatten wirksam war. Geringer war zuletzt der Rückgang bei den Mädchen, die mit den Knaben dadurch beinahe gleichgezogen haben. Das Einstiegsalter in einen regelmäßigen Alkoholkonsum liegt etwa bei 14 Jahren.

Vergleicht man die Werte aus 2004 mit jenen aus 1993/94, so stellt man aber fest, dass der Durchschnittskonsum bei den 16–17-Jährigen mit 18 g Reinalkohol pro Tag doppelt so hoch ist wie 10 Jahre zuvor, dass es bei den 18–20-Jährigen im Verlauf der Dekade eine leichte Zunahme gegeben hat und dass bei den 21–99-Jährigen ein deutlicher Rückgang von 32 g auf 28 g Reinalkohol pro Person und Tag festzustellen ist.⁴⁰ Die Autoren schließen daraus, dass es sich beim Phänomen Alkoholkonsumverhalten bei Jugendlichen eher um ein akzelerationsbedingtes Vorverlegen handelt als um eine nachhaltige Konsumsteigerung. Besonders auffällig ist die Zunahme bei den weiblichen 15-jährigen Jugendlichen, bei denen sich die Effekte von Akzeleration und Angleichung der Geschlechterrollen ergänzen.⁴¹

Gefährlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist durch Faktoren der sozialen Umwelt determiniert und hat ebenso Konsequenzen in dieser Umwelt. Die HBSC-Daten weisen auf den determinierenden Einfluss des sozialen Umfeldes auf das Alkoholkonsumverhalten der 15-jährigen Jugendlichen hin. So geben nur 25–30% der regelmäßig (täglich oder wöchentlich) konsumierenden Jugendlichen an, dass ihre Eltern über bedeutsame Aspekte ihres täglichen Lebens Bescheid wissen (Geld, Schule, Freizeit, Abend). Die Rolle der Schule und hier insbesondere die Beziehungen der Alkohol konsumierenden Jugendlichen zu ihren LehrerInnen sind zentral. Diese Jugendlichen sind mehrheitlich, mit geringen Differenzen je nach Schultyp, der Meinung, dass ihre LehrerInnen unfreundlich, unfair und nicht hilfsbereit sind.

Im Rahmen der ESPAD-Studie gaben 2007 18% der 15-jährigen Burschen und 12% der Mädchen an, im letzten Jahr aufgrund von Alkohol in Unfälle involviert oder verletzt worden zu sein. Jede/r Zehnte berichtet, unter Alko-

³⁹ Dür, W. et al.: HBSC Factsheet Nr. 1. Alkohol, Rauchen, Cannabis.

⁴⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. Tab. 38.

⁴¹ Ebenda, S. 170.

⁴² Shaffer, J. N., Ruback, R. B. (2002): Violent victimization as a risk factor for violent offending among juveniles. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention: Juvenile Justice Bulletin.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

holeinfluss ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. 9% der 15-Jährigen haben delinquente Erfahrungen gemacht, 17% waren in Raufhandel involviert. In einer amerikanischen Studie wurde gezeigt, dass Rauschtrinken mit einem höheren Risiko für mehrere Probleme wie Raufhandel, Schulschwänzen und strafrechtliche Delinquenz (Raub, Diebstahl, Körperverletzung) verbunden ist.⁴² Ein Teil der Jugendlichen befürchtet aufgrund des Alkoholkonsums negative Konsequenzen. So erwartet etwa jeder sechste Bursche und jedes zehnte Mädchen, nicht mit dem Trinken aufhören zu können. Ebensoviele glauben, in Kontakt mit der Polizei zu treten. 40% beider Geschlechter haben Angst vor gesundheitlichen Folgeschäden. 29% der Burschen und 32% der Mädchen haben Angst, unter Alkoholeinfluss etwas zu tun, was ihnen später leid tut.

Der Anteil der 15-Jährigen, welcher positive Konsequenzen in Folge Alkoholkonsums erwartet, ist jedoch weit höher als der Anteil jener, die negative Konsequenzen erwarten. Jeder Zweite fühlt sich entspannt und glücklich (Burschen etwas mehr als Mädchen), 45% erwarten, ihre Probleme vergessen zu können. Ein herausragendes Motiv geht zudem mit der enthemmenden Wirkung von Alkohol einher: Zwei Drittel fühlen sich freundlicher und kontaktfreudiger, wenn sie trinken. Vier von fünf 15-Jährigen erwarten sich, eine Menge Spaß zu haben, wenn sie trinken. Typischerweise erachten jugendliche KonsumentInnen ihr Konsumverhalten also als unproblematisch.⁴³

Hinweise auf die Ursachen dafür liefert eine Studie, die verschiedene Motivationsfaktoren für exzessiven Alkoholkonsum Jugendlicher abwägt. Generell korrelieren individuell stimmungssteigernde Motive stark mit individuellen Motiven zur Problemlösung, wohingegen Motive, die aus einer Gruppendynamik resultieren, entgegen weit verbreiteter Annahmen eher in den Hintergrund geraten.⁴⁴ Die utilitaristische Konsummotivation überwiegt demnach weitgehend.⁴⁵

Eine aktuelle qualitative Studie über „Jugendliche Alkoholszenen: Kontexte, Trinkmotive, Prävention“ wurde von einer Arbeitsgruppe des European Centre for Social Welfare Policy and Research und der Studiengänge für Sozialarbeit der Fachhochschule St. Pölten und der Fachhochschule Wien unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl durchgeführt. Die Erhebung verglich einen großstädtischen Raum (Wien) sowie einen kleinstädtischen (St. Pölten) und ländlichen Raum (Niederösterreich). Hierin kamen die Jugendlichen in Gruppendiskussionen und Einzelgesprächen selbst zu Wort und konnten ihre Sicht des Alkoholkonsums, seiner Kontexte und seiner Bedeu-

tungen und Funktionen darstellen. Laut der Studie können „jugendliche Alkoholszenen“ als von den jungen Menschen selbst organisierte Institutionen des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsenenalter verstanden werden, in denen Geschlechterrollen eingeübt und die Annäherung zum anderen Geschlecht erleichtert werden soll. Darüber hinaus wird durch öffentlichen Alkoholkonsum die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Szene für andere sichtbar dargestellt. In der überwiegenden Mehrzahl der Szenen bleibt Alkoholkonsum unauffällig, auch wenn er intensiv ausfallen kann. Auffällige Alkoholszenen finden sich vor allem an Wochenenden im Umfeld von Lokalen und Veranstaltungen, wo alkoholische Getränke billig ausgeschenkt werden. Die Szenen unterscheiden sich nach ihrem Ort und sind mit unterschiedlichen Milieus assoziiert. Während in der „Straßenszene“ eher Jugendliche aus unterprivilegierten Milieus anzutreffen sind, sind die Besucher der „Lokalszene“ der Mittelschicht zuzurechnen. Der „privaten Szene“ gehören eher Jugendliche aus privilegierten Milieus an. Die Szenen können allerdings durchlässig sein, und ein „Trinken auf mehreren Bühnen“ ist häufig. In den Straßenszenen wird gegen die Langeweile und gegen soziales Unbehagen „angetrunken“. In den Lokalszenen steht der Alkoholkonsum unter dem Vorzeichen, dabei sein und dazugehören zu wollen. Bei den privaten Szenen gesellt sich zu diesem Motiv noch jenes der „verdienten Belohnung für Leistung“.

9.2 Rauschtrinken und „Komasaufen“

Zur Frage des Rauschtrinkens, das in der ESPAD-Studie als der Konsum von fünf oder mehr Getränken „bei einer Gelegenheit“ definiert ist, fehlt aus mehreren Ländern, darunter auch Österreich, die entsprechende Information. Das Verständnis von Gelegenheiten zum Alkoholkonsum variiert mitunter auch kulturell und fußt in der nordeuropäischen und anglosächsischen Forschungskultur bzgl. Alkoholkonsumgewohnheiten: So ist unklar, wie die Befragten im alpinen und südeuropäischen Raum, wo es im Tagesablauf zu mehr als einer Gelegenheit zum Alkoholkonsum kommen kann, eine so formulierte Frage nach ihrem Trinkverhalten interpretiert haben.⁴⁶ Uhl und andere empfehlen hier die standardisierte Befragung nach dem Konsum innerhalb eines Tages bzw. „Trinktages“. Amerikanische ForscherInnen fordern hingegen zu einer Definition des Rauschtrinkens als „Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken innerhalb von zwei Stunden“ auf, um über die konkrete zeitliche Einschränkung eine zutreffende Falldefinition zu erreichen.⁴⁷

⁴³ Wiers, R.W. et al. (2007): Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents. A review and a model. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*. 86(2):263-283. ⁴⁴ Kuntsche, E. et al. (2006): Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *European Addiction Research*. 12(3):161-168. ⁴⁵ vgl. Bales, 1946; z. n. Handbuch Alkohol Österreich, 2009, S. 70. ⁴⁶ vgl. Handbuch Alkohol Österreich, S. 92. ⁴⁷ Shaffer, J. N., Ruback, R. B. (2002): Violent victimization as a risk factor for violent offending among juveniles. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention: Juvenile Justice Bulletin.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Trotz fehlender österreichischer Befragungsdaten in der ESPAD-Studie ist im internationalen Vergleich vorerst auffällig, dass 2–8% (Vergleich: trotz restriktiver Alkoholpolitik auch in Schweden 4% der Jugendlichen) sich zehn mal und öfter pro Monat betrinken, weitere 18–39% tun dies noch mit einiger Regelmäßigkeit (zwei bis neun Mal pro Monat) und 10–33% mindestens ein Mal pro Monat. Island, Rumänien, Schweden und Zypern sind jene Länder, in denen der geringste Anteil der Jugendlichen angegeben hat, in den letzten dreißig Tagen zu keiner Gelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke konsumiert zu haben. Befragt man die österreichischen sowie alle anderen Jugendlichen in Europa allerdings, ob sie im letzten Monat betrunken gewesen sind, liegt Österreich mit 22%, die dies ein bis zwei Mal waren, und sechs Prozent, die drei bis fünf Mal betrunken waren, wiederum an der Spitze des internationalen Vergleichs. Denselben Spitzenrang erreicht Österreich auch dann, wenn man die Jugendlichen nach der Anzahl der Alkoholräusche im letzten Jahr fragt bzw. bei der Lebenszeitprävalenz des Alkoholrausches.

Zurecht kritisieren Uhl und andere⁴⁸ an diesen Ergebnissen und insbesondere an der ESPAD-Studie, dass die undifferenzierte Befragung nach Alkoholräuschen zu Schwierigkeiten in der Einschätzung der tatsächlichen Rauschfrequenzen führt, da das Begriffsverständnis von einer geringfügigen Beeinträchtigung („leichter Schwips“) über eine deutlich merkbare Berausung bis zur sehr starken Berausung („Vollrausch“) reichen kann. Die letzte repräsentative Erhebung für Österreich (Uhl & Springer, 1996, S. 56), die diese Unterschiede berücksichtigte, fasste allerdings alle 16–19-Jährigen in einer Altersgruppe zusammen, sodass die Ergebnisse nur bedingt vergleichbar sind. In der untersuchten Altersgruppe haben damals 11% der Jugendlichen angegeben, mindestens einmal pro Woche einen Schwips zu haben, 3% mindestens ein mal pro Woche einen Rausch zu haben und 1%, mindestens einmal in der Woche einen Vollrausch (mit den typischen Erinnerungslücken) gehabt zu haben.

Nichtsdestotrotz hat das U.S. Department of Justice⁴⁹ die Daten aus der ESPAD-Studie 2003 in Europa mit nationalen amerikanischen Daten verglichen. Anlass für die Studie war die Argumentation der Alkohollobby, wonach die liberaleren europäischen Jugendschutzgesetze zwar den Konsum von Alkohol in einem früheren Alter ermöglichen, dass damit jedoch auch ein verantwortungsbewusster und kontrollierter Konsum erlernt und ermöglicht werde. Ein weit geringerer Anteil der Jugendlichen als in jedem europäischen Land hat 2003 in den USA Alkohol getrunken.

Wenn die Hypothese für lockere Jugendschutzbestimmungen zutreffen würde, so wären nun für das Rauschtrinken („binge drinking“) höhere Raten in den USA zu erwarten gewesen als in Europa. Aber auch hier bleiben die USA weit unter den Raten einer überwiegenden Mehrheit der europäischen Länder und unter dem europäischen Durchschnitt. Die frühe Sozialisierung der Kulturdroge Alkohol ist unter diesen Gesichtspunkten nicht weiter ratsam. Ähnlich können auch aus den Erfahrungen der skandinavischen Länder (vor allem Schweden, Finnland), die eine längere Geschichte der Alkoholprohibition aufweisen, geeignete Rückschlüsse auf die Alkoholkontrollpolitik gezogen werden.

9.3 Krankenhausaufnahmen in Folge akuter Alkoholintoxikation

Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Erfragung von Rauscherfahrungen und Trinkgelegenheiten raten einschlägige ForscherInnen zur Vorsicht bei der Interpretation von Befragungsdaten. Interessant ist bezüglich exzessiver Konsummuster, dass etwa in der ESPAD-Studie jeweils 3% der 15-Jährigen Jugendlichen beider Geschlechter angeben, infolge Alkoholkonsums hospitalisiert bzw. in einer Notaufnahme gewesen zu sein.

Das Kriterium „Spitalsaufenthalt infolge starker Berausung“ ist im Vergleich zu Befragungsdaten ein zuverlässiger Indikator für Alkoholexzesse, da man nur mit einer akuten Intoxikation höheren Schweregrades in eine Krankenanstalt eingewiesen wird. Allerdings sind die in der LKF-Statistik diesbezüglich ausgewiesenen Daten nur sehr bedingt auch tatsächliche Belege für eine Zunahme der Alkoholnotfälle bei Kindern und Jugendlichen.

Die oft zitierten Zahlen über alkoholrauschbedingte Aufnahmen an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Universitätsklinikum LKH Graz werden von SuchtexpertInnen teilweise kritisiert. Univ.-Prof. Dr. Müller⁵⁰ konstatierte, dass die Zahl der Aufnahmen von Minderjährigen von wenigen Fällen im Jahr 1990 bis ins Jahr 2007 stark angestiegen ist (von 7 auf 189 Fälle pro Jahr), wobei es zwischen 2000 und 2006 zu keiner nennenswerten Zunahme gekommen sei und die Zahl der männlichen und weiblichen Aufnahmen dabei relativ ausgewogen war.

Prinzipiell stimmen Uhl sowie Müller darin überein, dass die in der LKF-Statistik ausgewiesenen Hauptdiagnosen „akute Alkoholintoxikation“ (ICD-10-Code F10.0) und

⁴⁸ Vgl. Handbuch Alkohol Österreich, S. 70.

⁴⁹ U.S. Department of Justice (2003): Youth Drinking Rates and Problems: A Comparison of European Countries and the United States. Updated for 2003 ESPAD and 2003 MTF Surveys. [webpublished].

⁵⁰ Müller, W. (2008): Alkoholabusus im Kindes- und Jugendalter. Z.n. einer persönlichen Mitteilung von Univ. Prof. Dr. Wilhelm Müller, Univ.Klinik für Kinder und Jugendheilkunde, Graz an Dr. Alfred Uhl, Anton Proksch Institut im Zuge der Erstellung des Handbuchs Alkohol Österreich. S. 174f.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

„Alkoholintoxikation infolge schädlichen Gebrauchs“ (ICD-10-Code F 10.1) zur Bestimmung von Alkoholintoxikationen bzw. „Alkoholrausch“ taugen und als weitgehend gleichwertig interpretiert werden können. Unstimmigkeiten entstehen diesbezüglich immer wieder aufgrund der Differentialdiagnose T51 „toxische Wirkung von Alkohol“, weil eine Kodierung von akuten Alkoholintoxikationen im Widerspruch zu den diagnostischen Leitlinien steht. Diese schließen den Code T51 bei Vorliegen von Trunkenheit dezidiert aus, sodass das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ, 2001) klargelegt hatte, dass bei Alkoholintoxikation F10.0 und nicht T51.0 zu kodieren sei. Lt. Uhl wird dies in der täglichen Diagnosepraxis in Krankenhäusern jedoch immer weniger beachtet und auch für die Grazer Kinder- und Jugendheilkunde konnte er angeben, dass sich eine derartige Verschiebung von F10.1 hin zu T51-Diagnosen (von 9% auf 48% der betreffenden Diagnosen) ergab. Zudem ist auch nicht auszuschließen, dass in österreichischen resp. steirischen Krankenhäusern sowohl entweder F10.0 oder F10.1 sowie T51.0 für akute Alkoholintoxikationen kodiert wird.

Vor diesem Hintergrund errechneten Uhl und andere⁵¹ österreichweite Inzidenzraten für Krankenhausaufnahmen infolge akuter Alkoholintoxikationen mit dem Ergebnis,

- dass sich diese bei den 10–14-jährigen Mädchen zwischen 1992 und 2006 in etwa verdoppelten, bei den altersgleichen Burschen jedoch nur geringfügig gestiegen sind;
- dass der stärkste Anstieg in der Altersgruppe der 15–19-Jährigen zu verzeichnen ist, und zwar bei Mädchen um den Faktor 2,5 und bei Burschen um den Faktor 3,5 zwischen 1992 und 2006
- und bei den 20–24-Jährigen mit derselben Geschlechterverteilung nahezu ebenso große Zuwachsraten zu verzeichnen sind

Uhl führt die Diskrepanz seiner eigenen Berechnungen mit den Zahlen von Müller, der eine 27-fache Steigerung berichtete, auf die geringe Bereitschaft in Krankenhäusern zurück, Alkoholräusche als solche zu dokumentieren, einerseits weil die betroffenen PatientInnen infolge Alkoholkonsums Regressforderungen der Krankenversicherungsträger und Rettungsdienste zu erwarten haben und andererseits um die einsichtige Zustimmung zur Behandlung der PatientInnen nicht zu gefährden. Andererseits aber auch treffe zu, dass immer mehr ÄrztInnen ihre Teams dazu anleiten würden, Aufnahmen aufgrund von Alkoholintoxikation auch konsequent als solche auszuweisen.

Andere Schwierigkeiten mit epidemiologischen Aussagen aufgrund der Krankenhausdiagnosestatistik werden bei Uhl nicht näher ausgeführt. Diese haben etwa damit zu tun, dass die Hauptdiagnose für die Bepunktung und infolge dessen Abrechnung des Spitalsaufenthalts mit dem Krankenanstaltenträger relevant ist und dies nicht notwendigerweise die Einweisungs- bzw. Aufnahmediagnose oder eine für die behandelnde Abteilung typische Diagnose sein muss. Es ist also durchaus möglich, dass vor allem psychiatrisch oder anderweitig ko-morbide PatientInnen, mitunter auch im Sinne einer Optimierung der für den Krankenanstaltenaufenthalt zu erzielenden Honorierung – zwar mit einer akuten Alkoholintoxikation eingeliefert werden, diese aber bei der Entlassung nur noch als Nebendiagnose aufscheint (Insofern haben wir für die im Suchtbericht verwendeten Analysen generell Haupt- und Nebendiagnosen gewertet).

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass die LKF-Statistik zwar generell ermöglicht, die Daten personenbezogen abzugleichen, um so zu verhindern, dass ein und dieselbe Person wiederholt in die Auswertung einfließt und dies auf Basis der gruppierten Daten, welche etwa Uhl für die Berechnung der Krankenhausaufnahme-Inzidenzen heranziehen konnte, nicht mehr möglich ist, weil für eine Bereinigung von Doppelnennungen eine Verknüpfung mit dem Minimal Basic Data Set (MBDS) der LKF notwendig gewesen wäre.

9.4 Alkoholintoxikation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen am LKH Graz 2006–2009

Mit freundlicher Unterstützung von Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Müller, Vorstand der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde und Univ.-Prof. Dr. Andreas Lueger, Abteilungsleiter der Notfallaufnahme am Universitätsklinikum LKH Graz (EBA), konnten die Ergebnisse von sämtlichen von Abteilungen des LKH Graz beauftragten Laboranalysen zur Bestimmung der Blutalkoholkonzentration (BAK) für die Jahre 2006–2009 für den Suchtbericht 2008/2009 herangezogen werden. Diese Datenquelle ermöglicht eine bessere Bestimmung der inzidenten Fälle im Beobachtungszeitraum als die LKF-Statistik, ist aber ihrerseits auch mit Nachteilen verbunden, auf die an geeigneter Stelle eingegangen wird.

⁵¹ ÖBIG (2008): Jährliche Sonderauswertungen Spitalsentlassungsdiagnosen bis 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien & Statistik Austria (2006a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004 und Vorjahre. Statistik Austria, Wien; zit. n. Uhl, 2009, S. 175 f.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Die Alkoholbestimmung spielt bei der Diagnostik der akuten Alkoholintoxikation eine entscheidende Rolle. Sie wird zur Abklärung rauschähnlicher Zustände, Somnolenz, Sopor, metabolischen Azidosen und bei der Behandlung von Methanol- oder Ethylenglykolvergiftungen eingesetzt. Im Labor wird die Blutalkoholkonzentration in mg/dl bestimmt und daraus ein Promille-Wert abgeleitet. Die Blutalkoholkonzentration gibt Auskunft über die Alkoholisierung eines Menschen und die damit zusammenhängende Einschränkung der Reaktions-, Konzentrations- und Zurechnungsfähigkeit.

Für die Diagnostik des Schweregrades einer Alkoholintoxikation liegen keine einheitlichen Referenzwerte vor, weil diese von individuellen Faktoren wie der körperlichen Verfassung (insbesondere des spezifischen Gewichts des Körperwassers), bestehender Toleranz gegenüber Alkohol, dem Geschlecht und anderen Faktoren abhängen. Die für die vorgenommene Analyse verwendeten Grenzwerte sind insofern zwar lediglich grobe Anhaltspunkte, sind jedoch Bestandteil einer gängigen Symptomklassifikation in der Notfallmedizin.⁵²

1. Exzitationsstadium (1-2 mg/ml, entspricht 1,00–1,99 Promille BAK): sinkende psychomotorische Leistungsfähigkeit, Enthemmung, sinkende Schmerzwahrnehmung, Gleichgewichtsstörungen, verwaschene Sprache, mittelweite Pupillen;
2. Rauschstadium (auch „Hypnose“) (2–2,5 mg/ml, entspricht 2,00–2,49 Promille BAK): Bewusstseins- einschränkung bis -verlust, normale Atmung, Pupillen eng bis mittelweit, oft Hypoglykämie;
3. Narkotisches Stadium (2,5–4 mg/ml, entspricht 2,50–3,99 Promille BAK): Bewusstlosigkeit, keine Schmerzreaktion, maschinenartige Atmung, Pupillen eng bis weit, träge Lichtreaktion, Hyporeflexie, Hypotonie;
4. Asphyktisches Stadium (4–5 mg/ml): zusätzlich Ateminsuffizienz, weite, lichtstarre Pupillen, Areflexie, womöglich komatös;

Die tödliche Blutalkoholkonzentration liegt meist zwischen 3 und 5 Promille (theoretisch bei 50% der Erwachsenen bei 4 Promille). Lebensgefahr besteht vor allem durch Aspiration, zentralen Atemstillstand und Unterkühlung.

Stichprobe 1: 19- bis 26-jährige PatientInnen (junge Erwachsene) der zentralen Notfallaufnahme (EBA) am Universitätsklinikum LKH Graz

Von 1.1.2006 bis 31.12.2009, also innerhalb von vier Jahren, wurden an der EBA 1.828 Labortests an Unter 27-Jährigen zur Bestimmung der Blutalkoholkonzentra-

tion (BAK) durchgeführt. Die Notfallaufnahme setzt BAK-Bestimmungen im Falle von Alkoholintoxikationen, aber auch zur Abklärung bzw. dem Ausschluss von Beeinträchtigungen durch Alkohol ein.⁵³

Bei 106 dieser Tests handelte es sich um wiederholte BAK-Bestimmungen an denselben Personen. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum an der EBA 704 junge Erwachsene nur einmal und 49 mehrmals getestet, wobei die mehrfach Getesteten mit Ausnahme eines statistischen Ausreißers (72 Tests in vier Jahren) lediglich zwei bis maximal sechs Mal innerhalb von vier Jahren vorstellig geworden sind.

Für die folgenden Analysen wurden mehrfach getestete Personen als Einzelfälle pro Jahr berücksichtigt. Das bedeutet, dass die jährlich jeweils erste BAK-Bestimmung für diese Personen als Primärfall identifiziert und die Personen mit dem jeweiligen BAK-Wert in die Analyse aufgenommen worden sind. Auf diese Art und Weise resultieren 765 inzidente Fälle mit einer BAK von mehr als 1,00 Promille im Beobachtungszeitraum.

Der Maximalwert der BAK-Bestimmungen betrug 5,1 Promille, der Mittelwert 2,37 (Standardabweichung: 0,77 Promille).

Stichprobe 2: (jugendliche) PatientInnen der Universitätsklinik für Kinder und Jugendheilkunde am LKH Graz

Zwischen 1.1.2006 und 31.12.2009 beträgt die Anzahl der Labortestergebnisse von Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren mit einer BAK von mehr als 1,00 Promille an allen anderen Abteilungen am LKH Graz in der Stichprobe 1.376, wobei über die klinische Praxis bezüglich dieser Daten, welche von insgesamt 27 anfragenden Stellen stammen, nichts Näheres bekannt ist.

In der Stichprobe 2 der Kinder und Jugendlichen wurden bei der Definition inzidenter Fälle 73 Jugendliche aufgrund von Doppelnennungen nach dem selben Prinzip wie in Stichprobe 1 ausgeschieden, wobei bei keiner/m mehr als sechs Tests pro Jahr durchgeführt wurden. Weiterhin wurden 125 inzidente Fälle auf anderen Abteilungen als der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde registriert und ausgeschlossen. Auf diese Art und Weise resultierten 645 inzidente Fälle im Beobachtungszeitraum.

Der Maximalwert der BAK-Bestimmungen betrug 3,99, der Mittelwert betrug 1,98 (Standardabweichung 0,54 Promille).

⁵² Kraut, A.; Kurtz, I. (2008): Toxic Alcohol Ingestions: Clinical Features, Diagnosis, and Management. In depth review by the American Society of Nephrology ISSN: 1555-9041/301-0208. S. 208-225.

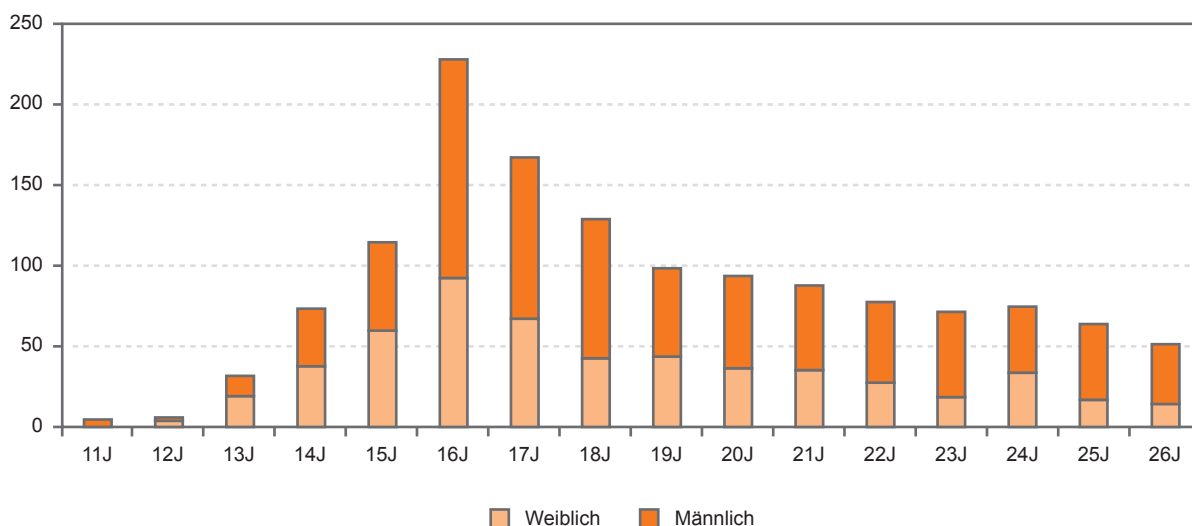
⁵³ Persönliche Mitteilung von Univ.-Prof. Dr. Andreas Lueger im Rahmen der Erstellung des Suchtberichts 2008/2009.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Migrationshintergrund, Alters- und Geschlechtsverteilung

Da die Geschlechterzuordnung aufgrund der Vornamen erfolgte, konnte diese bei 31 PatientInnen nicht erfolgen, weil wegen eines Migrationshintergrunds keine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden konnte. Bei der Bestimmung des Migrationshintergrunds wurden entweder der Vorname oder der Nachname oder beide als Hinweise gewertet. So wurden insgesamt 102 Patienten (das sind 7,2%) identifiziert, bei denen sowohl Vor- als auch Nachname auf einen Migrationshintergrund hinweisen. Bei weiteren 38 PatientInnen deutete nur der Nachname und bei sechs nur der Vorname auf einen Migrationshintergrund hin.

Abbildung 23: Alters- und Geschlechtsverteilung inzidenter Fälle mit Alkoholintoxikation; n=679; BAK \geq 2,00 Promille

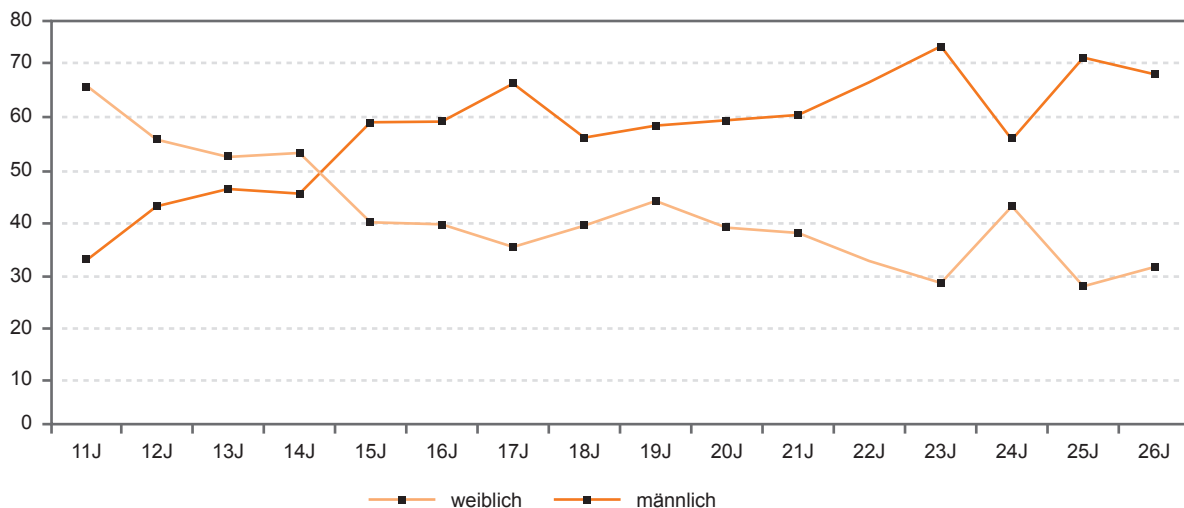


Quelle: BAK-Laboranalysen LKH Graz 2006–2009, eigene Berechnungen
Legende: abgebildet sind absolute Häufigkeiten.

Abbildung 23 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung aller identifizierten Fälle (beide Stichproben) mit einer BAK von mehr als 1,00 Promille in absoluten Zahlen. Auffällig ist die hohe Anzahl von Alkoholintoxikationen bei 15–18-Jährigen, die sich auch dann zeigt, wenn man den Grenzwert der BAK auf 2,00 Promille erhöht. In diesem Alter ist das Risiko für eine Krankenhauseinweisung am höchsten, was auch auf Jugendliche mit Migrationshintergrund zutrifft.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Abbildung 24: Relative Geschlechterverteilung bei Alkoholintoxikationen; n=1379; BAK>=1,00 Promille



Quelle: BAK-Laboranalysen LKH Graz 2006–2009, eigene Berechnungen
Legende: Werte sind relative Häufigkeiten pro Jahrestufe.

Abbildung 24 zeigt, dass beginnend mit der Altersgruppe der 12-Jährigen bis zum Alter von 15 Jahren der Anteil der Mädchen überwiegt, die Geschlechterverteilung mit 15 Jahren ausgeglichen ist und ab dann der Anteil der Burschen überwiegt und stetig zunimmt. Bei den jungen Erwachsenen bleibt die absolute Anzahl der Burschen mit Alkoholintoxikationen relativ konstant bzw. verändert sich nur geringfügig, während die absolute Anzahl der Mädchen mehr oder weniger stark schwankt. Diese Schwankungen können auch zufällig zustande gekommen sein.

Inzidenz

Die Inzidenz wird als Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres dargestellt, das sind alle in den Stichproben eins und zwei aufgetretenen Alkoholintoxikationen verschiedenen Schweregrades zwischen 2006 und 2009. Um Inzidenzraten zu berechnen, fehlt die Information über eine sinnvoll anzuwendende Anzahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die im Beobachtungszeitraum unter Risiko standen, wegen Alkoholintoxikationen in Krankenanstalten eingewiesen zu werden. Eine grobe Abschätzung der Anzahl der Personen unter Risiko könnte theoretisch zwar aus den eingangs zitierten Befragungsdaten gewonnen werden. Allerdings stehen diese erstens nicht Steiermark- bzw. auf das Einzugsgebiet des Univ.-Klinikums bezogen zur Verfügung und würden – auch wenn die Rohdaten der ESPAD- und HBSC-Studien herangezogen würden, zu unter Umständen groben Fehlern führen. Zweitens fehlen dem Datensatz vergleichbare Informationen über BAK-Werte anderer Krankenanstalten in diesem Einzugsgebiet, weshalb nicht sinnvoll auf die tatsächliche Anzahl der inzidenten Fälle geschlossen werden kann.

Am folgenden Beispiel seien hier dennoch Überlegungen angeführt, um dem Leser die Anzahl gefährdeter Jugendlicher zu demonstrieren: Laut Statistik Austria leben per 1.1.2009 2.133 15-Jährige und 2.200 16-Jährige in Graz und Graz Umgebung. Hiervon wären 64 15-Jährige und 66 16-Jährige in einer Notaufnahme bzw. in einem Krankenhaus zu erwarten gewesen, wenn man die Angaben der ESPAD-Studie als groben Schätzer heranzieht. (In der ESPAD-Studie haben 3% der 15- und 16-Jährigen angegeben, innerhalb der letzten 12 Monate wegen einer Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme behandelt worden zu sein.) Tatsächlich sind 2008 33 Jugendliche im Alter von 15 Jahren im LKH Graz einem Alkoholtest unterzogen worden, der in mehr als einem Promille Blutalkoholkonzentration resultierte. Wenn man alle Alkoholisierten, also auch jene mit weniger als einem Promille BAK berücksichtigt, steigt diese Zahl bei

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

den 15-Jährigen lediglich um drei auf 36. Bei den 16-Jährigen wären 66 zu erwarten gewesen und tatsächlich wurden 61 mit mehr als einem Promille BAK behandelt. Da man annehmen muss, dass die LKH-Daten nicht alle Fälle von Alkoholintoxikation bei 15- bis 16-Jährigen beinhalten (Behandlungen in anderen Krankenanstalten in Graz und Graz-Umgebung fehlen), ist schwierig zu interpretieren, ob es sich um Über- oder Unterschätzungen der wahren Inzidenz handelt. Dennoch scheinen die Befragungsdaten aus der ESPAD-Studie einen stimmigen Schätzer abzugeben. Detaillierte Inzidenzschätzungen für die Steiermark könnten nur anhand eines vollständigen und Fall-eindeutigen Registers vorgenommen werden und müssten weiterhin die Trends im Alkoholkonsumverhalten der Jugendlichen berücksichtigen.

Abbildung 25: BAK-Ergebnisse bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (11 bis 26 Jahre);
n= 1410; BAK \geq 1,00 Promille

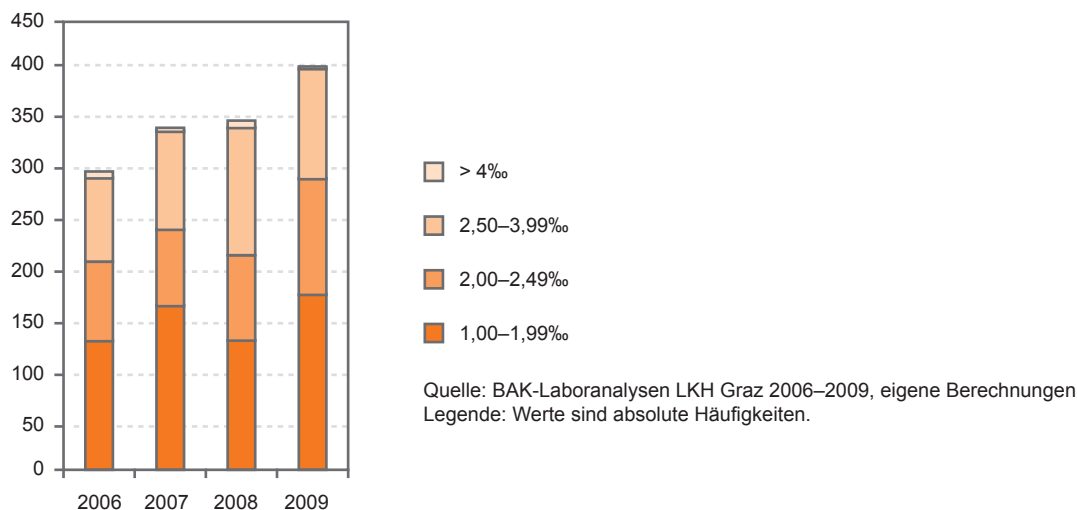
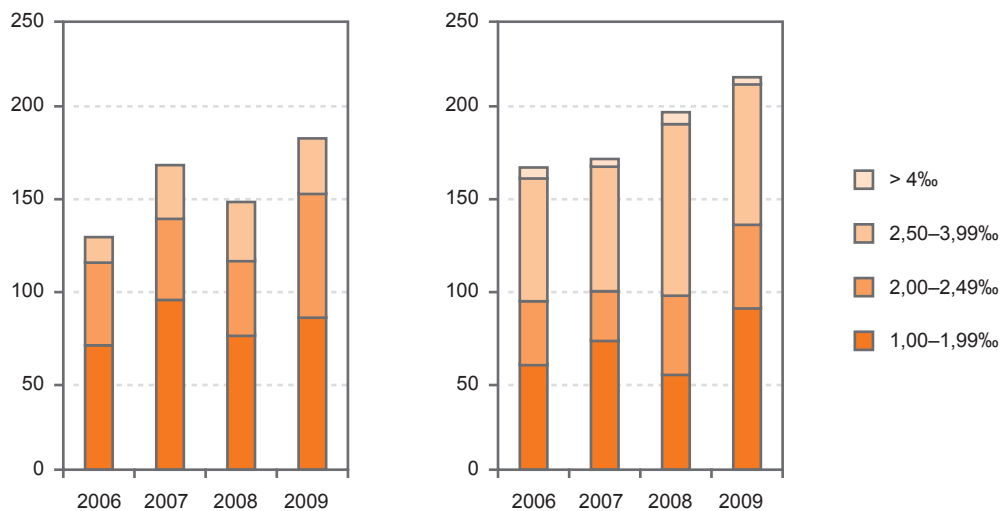


Abbildung 25 zeigt die Inzidenz der Alkoholintoxikationen, welche anhand der Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,00 Promille definiert werden, zwischen 2006 und 2009 (n=1.410). Eine stetige Zunahme ist dabei klar ersichtlich, der Übergang von 2007 auf 2008 ausgenommen. Bezüglich des Schweregrades der Intoxikation steigt bis 2008 das narкотische Stadium zwischen 2,50 und 3,99 Promille („Koma“) stärker an als die Klasse „Rausch als Vollrausch mit Erinnerungslücken“ von 2,00 bis 2,49 Promille. Im oberen Intoxikationsbereich treten für gewöhnlich Bewusstlosigkeit und Schock ein, welche im Stadium von 2,00–2,49 Promille für gewöhnlich nicht eintreten. 2009 halten sich die Schweregrade wiederum die Waage.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Abbildung 26: BAK-Ergebnisse bei Kindern und Jugendlichen („Kinderklinik“) zwischen 11 und 18 Jahren (linke Seite; n=645;) und jungen Erwachsenen (EBA) zwischen 18 und 26 Jahren; (rechte Seite; n= 765)



Quelle: BAK-Laboranalysen LKH Graz 2006–2009, eigene Berechnungen
Legende: Werte sind absolute Häufigkeiten.

Dieser Anstieg ist, wie Abbildung 26 zeigt, insbesondere auf die Altersgruppe der 19–26-Jährigen, also der jungen Erwachsenen, zurückzuführen, in der die Anzahl der Personen mit einer BAK von mehr als 2,00 stetig gestiegen ist.

Ähnliche Steigerungen der Fallzahlen ergeben sich mit Blick auf die Altersgruppe der Jugendlichen (18 Jahre und jünger). Hier hat sich die Anzahl der Narkotisierten (> 2,5 Promille) von 15 im Jahr 2006 auf durchschnittlich 30 zwischen 2007 und 2009 verdoppelt. Abbildung 26 zeigt auch, dass der Anstieg der Fälle nicht alle Schweregrade der Alkoholintoxikation gleichmäßig betrifft. Während 2007 bis 2008 ein überproportionaler Anstieg der komatösen jungen Erwachsenen beobachtbar ist, erklärt sich der Rückgang inzidenter Fälle bei Kindern und Jugendlichen daraus, dass weniger Jugendliche (aber auch junge Erwachsene) mit mittelschweren Alkoholintoxikationen (1,00 bis 2,00 Promille) in das Krankenhaus eingeliefert wurden.

Veränderung des Durchschnittsalters

Tabelle 16: Durchschnittsalter und 95%-CI aller inzidenten Fälle 2006–2009 nach Geschlecht und Jahr (n=1.410)

	2006	2007	2008	2009
weiblich	18,71 [18,02–19,41]	18,18 [17,62–18,74]	18,21 [17,64–18,79]	18,40 [17,86–18,94]
männlich	18,90 [18,37–19,42]	18,94 [18,40–19,48]	19,52 [19,03–20,01]	18,81 [18,38–19,24]

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Betrachtet man alle inzidenten Fälle zwischen 2006 und 2009 fällt auf, dass die weiblichen Fälle in diesen Jahren mitunter signifikant jünger waren als die männlichen. Der Altersunterschied beträgt 2006 im Schnitt noch zweieinhalb Monate und 2008 weit mehr als ein Jahr, er nimmt 2009 allerdings wieder ab.

Veränderung der durchschnittlichen Blutalkoholkonzentration

Tabelle 17: Durchschnittliche BAK und 95%-CI aller inzidenten Fälle nach Geschlecht und Jahr (n=1.410)

	2006	2007	2008	2009
weiblich	2,06 (1,94–2,17)	1,96 (1,87–2,06)	2,16 [2,03–2,28]	2,05 [1,95–2,14]
männlich	2,25 (2,14–2,35)	2,24 (2,14–2,33)	2,39 [2,29–2,49]	2,26 [2,17–2,35]

Weibliche Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkoholintoxikationen sind durchschnittlich jünger als männliche und ihre Blutalkoholkonzentration liegt zudem signifikant unter jener der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wenn sie im volltrunkenen Zustand in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Im Zeitverlauf ändert sich die durchschnittliche Alkoholkonzentration im Blut zwischen 2006 und 2009 jedoch nicht. Es wird also dem Anschein nach nicht (noch) exzessiver getrunken, sondern es trinken schlicht mehr Jugendliche und junge Erwachsene so exzessiv Alkohol, dass dies einen Krankenhausaufenthalt nach sich zieht.

9.5 Präventionsmaßnahmen

Ein Blick in einschlägige Datenbanken im deutschsprachigen Raum (Fonds Gesundes Österreich, Gesundheitsförderung Schweiz, Armut und Gesundheit e.V. für Deutschland) zur Alkoholprävention bei Jugendlichen vergegenwärtigt, dass in der Praxis der Gesundheitsförderung überwiegend primärpräventive bzw. universelle Suchtpräventionsprojekte vorzufinden sind. Diese richten sich in aller Regel an keine besondere Risikogruppe, sondern an alle Kinder und Jugendlichen, um ihre personalen und sozialen Gesundheitsressourcen für den Umgang mit Sucht und Alkohol oder generell ihre Lebenskompetenzen zu stärken und Belastungsfaktoren zu reduzieren.

Nichtsdestotrotz sind auch Versuche entstanden, Jugendliche innerhalb von sozialen Brennpunkten oder an Szenetreffpunkten bzw. bei Veranstaltungen zu erreichen, welche vorwiegend durch aufsuchende Sozialarbeit durchgeführt werden. Mitunter ist es auch gelungen, Jugendorganisationen verschiedenen Charakters in alkoholpräventive Aktivitäten auf Gemeindeebene einzubeziehen.

Um gefährlichem Substanzkonsum und insbesondere um exzessivem Alkoholkonsum bei Jugendlichen wirksam vorzubeugen, bedarf es aber auch gesundheits- und gesamt-

politischer Maßnahmen, die sich nicht in einer Vereinheitlichung der Jugendschutzgesetzgebung und ihres Vollzugs erschöpfen dürfen. Einer qualitativen Studie⁵⁴ zufolge wird auf der Basis umfassender Perspektiven auf das Problem (Erwachsene, ExpertInnen, Wirtschaftstreibende, PassantInnen und Jugendliche selbst sowie einer sozialwissenschaftlichen Analyse aktueller Präventionsprojekte) vorgeschlagen, dass ein verbindlicher Umgang mit berauschten Jugendlichen UND Erwachsenen in der Öffentlichkeit sowie klar exekutierte Verbote von Billigangeboten und der Alkoholabgabe an Alkoholisierte einen Effekt erzielen könnten. Für die Jugendlichen wäre dabei ein nicht exkludierender Umgang mit Verstößen wünschenswert, allerdings wäre bei der Durchsetzung von Verboten und Regeln sodann eine strukturell verankerte Kooperation der Exekutive und Jugendarbeit vonnöten. Generell sollte die Jugendpolitik ihre Gestaltungsaufgabe am Übergang in den Erwachsenenstatus effektiver wahrnehmen bzw. eine breite Einbindung von Akteuren hierfür ermöglichen. Bei den Präventionsbemühungen verdient das Thema soziale Ungleichheit besondere Aufmerksamkeit: Zum einen konsumieren Jugendliche aus schlechter gestellten sozio-ökonomischen Schichten öfter und gefährlicher, zum anderen gelingt ihre Teilhabe an Präventionsprojekten seltener. So laufen viele Projekte grundsätzlich Gefahr, entgegen der gesundheitspolitischen Zielsetzungen sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit tendenziell zu erhöhen.

⁵⁴ Eisenbach-Stangl, I.; Bernardis, A.; Fellöcker, K.; Haberhauer-Stidl J.; Schmied, G. (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. [webpublished].

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Zuletzt sei angemerkt, dass sich diese Vorschläge zur Verringerung des (exzessiven) Alkoholkonsums Jugendlicher mit einer Reihe von Politikleitlinien für Alkoholkontrolle, Prävention und gesundheitsfördernde Gesamtpolitik vereinbaren lassen oder gar decken.

9.6 Sozialepidemiologie von Drogennot- und Todesfällen

Jene Todesfälle von DrogenkonsumentInnen, die unmittelbar durch den Konsum einer oder mehrerer psychoaktiver illegaler Substanzen verursacht werden (direkt drogenbedingte Todesfälle) gehen in den meisten Fällen auf Überdosierungen in Verbindung mit Opiaten zurück (Tabelle 13). Die Ergebnisse der Analyse direkter Drogentodesfälle in Österreich und Europa haben nahegelegt, dass es sich bei Drogennotfällen um teilweise vermeidbare Todesfälle handelt und diese gerade in Österreich besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, da der Anteil der jüngeren Konsumentengruppen im internationalen Vergleich auffällig ist. An einer außerordentlichen Sitzung des Bundesdrogenforums in Wien⁵⁵ berichtet Dagmar Hedrich von der EBDD über aktuelle, noch unveröffentlichte Zahlen (Aviso zur harm reduction der EBDD im Frühjahr 2010), wonach in Österreich die unter 25-jährigen Drogentodesopfer im Gegensatz zum europaweit sinkenden Trend weiterhin ansteigen.

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) macht darauf aufmerksam, dass dieser Problematik nicht mit angemessener Aufmerksamkeit begegnet wird, während enorme Anstrengungen zur Reduktion des HIV/Hep-C-Risikoverhaltens durch Spritzenaustausch und Verbesserungen im Bereich der Drogentherapien unternommen werden. Überdosierungen sind deshalb EU-weit vor allen anderen Ursachen die häufigste Todesursache bei injizierenden KonsumentInnen. Die koordinierte Europäische Drogenpolitik führte zwar dazu, dass die Reduktion von Drogentoten in den Mitgliedsstaaten explizites Ziel ist, konkrete und spezifische Strategien stellen dennoch die Ausnahme dar.⁵⁵

Eine Zusammenschau umfangreicher sozialepidemiologischer Sekundärdaten über die Häufigkeit von Drogennotfällen in den steiermärkischen Krankenanstalten und ihre sozialen und situativen Ursachen zu erlangen und im zeitlichen Längsschnitt zu analysieren, ist aus verschiedenen, im Folgenden näher angeführten Gründen nicht möglich, weshalb man im Falle von Drogennot- und -todesfällen weitgehend auf die Einschätzung engagierter ExpertInnen angewiesen ist.

Eine regional bedeutsame Versorgungsstruktur ist die zentrale Notaufnahme am Universitätsklinikum LKH Graz, die EBA, welche im Großraum Graz von ca. 28.000 Behandlungsfällen mit sämtlichen Indikationen pro Jahr frequentiert wird. Ein vom Abteilungsleiter Univ.-Prof. Dr. Andreas Lueger vorgenommenes Ranking der Behandlungsfälle mit akuten Intoxikationen zeigt im Vergleich 2000 und 2009, dass Alkoholintoxikationen zwar beide Male die bedeutsamsten Behandlungsgründe waren, die ursprünglich zweithäufigsten Suizidversuche infolge von Vergiftungen jedoch von Drogen-Mischintoxikationen mit und ohne Alkoholbeteiligung abgelöst wurden.

Eine exakte Einschätzung der Anzahl von Drogennotfällen infolge von Intoxikationen/Überdosierungen kann aufgrund fehlender routinierter Dokumentationserfordernisse leider nicht erfolgen. Wie auch andere Ambulanzen verrechnet die EBA nicht diagnosebezogen, sondern erhält der Krankenanstaltenträger eine monetäre Pauschale für ambulante Behandlungsfälle. Aus diesem Grund sind die einzelnen Abteilungen nicht angehalten, Aufzeichnungen entlang der Internationalen Diagnoseklassifikation (ICD) durchzuführen, weshalb eindeutige Diagnosen fehlen. Zudem erfährt man aus der Krankenanstaltenstatistik (Kapitel 4.5) nicht stichhaltig, wie viele Intoxikationen infolge des Drogenkonsums zu verzeichnen sind, weil es nur bei stationären Aufnahmen (Übernachten im Krankenhaus) zu entsprechender LKF-relevanter Dokumentation kommt. Ambulante Fälle scheinen in der LKF-Statistik überhaupt nicht auf.

Die einzige Möglichkeit, Informationen über die Veränderung der Krankenhausinzidenz von Drogennotfällen zu sammeln, ist eine retrospektive Auswertung der abteilungsspezifischen Diagnose- und Behandlungsdokumentation, welche Prof. Lueger für die EBA durchgeführt hat. Auch hierbei erschweren zwei fehlende Voraussetzungen eine quantitative Bestimmung inzidenter Fälle: Zum einen sind Drogennotfälle bzw. Intoxikationen in keiner einheitlichen Nomenklatur zusammengefasst und werden von den unterschiedlichen behandelnden ÄrztInnen dieser und vergleichbarer Einrichtungen in nicht standardisierten Aufzeichnungen unterschiedlich bezeichnet (z.B. als Medikamentenintoxikation, Drogenintoxikation, Drogenmissbrauch, Medikamentenmissbrauch, Mischintoxikation, Substitolabusus, Opiatabusus, Benzodiazepinabusus, Heroinintoxikation etc.). Zum anderen sind die Informationen, welche über PatientInnen in vergleichbaren Einrichtungen aufgezeichnet werden (Anamnesebögen, Falldokumentation etc.) inhomogen und unvollständig.

⁵⁵ Protokoll der außerordentlichen Sitzung des Bundesdrogenforums zum Themenschwerpunkt „Maßnahmen zur Reduzierung der Drogentodesopfer in Österreich“ am 15. Oktober 2009.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Aufgrund dieser Situation fordert Prof. Lueger eine aus epidemiologischer Surveillance-Perspektive zu befürwortende, standardisierte Meldung von Drogenintoxikationen an die zuständigen Behörden im öffentlichen Gesundheitsdienst, um Inzidenzen stichhaltig zu überwachen und um durch weitere Analysen sinnvolle Zielgruppen für Interventionen zur Reduktion der Drogennotfälle ableiten zu können. Gerade dafür ist es erforderlich, zusätzlich sozialepidemiologische Informationen systematisch zu erheben. Bislang beziehen sich die Vermutungen aus den im Folgenden dargestellten Wahrnehmungen auf Alters-, Geschlechts- und Konsumgruppen. Die spezifischen Konsumsituationen sowie die spezifischen sozialen Milieus der Risikogruppen lassen sich nicht feststellen, sind aber ihrerseits vor allem dann entscheidende Hinweise für Präventionsmaßnahmen, wenn sie auch zeitlich und örtlich ausgewertet werden können.

9.7 Klinische Beobachtung der Drogennotfälle an der EBA

Von insgesamt 125 PatientInnen, welche aufgrund einer Drogenintoxikation in die Stichprobe für eine retrospektive Analyse von Prof. Lueger aufgenommen wurden, wiesen mehr als 90% eine Überdosierung mit komatösem Zustandsbild auf. Andere Behandlungsgründe wie Entzugserscheinungen, psychiatrische Notfälle unter Einwirkung psychoaktiver Substanzen oder verifizierbare Suizidalhandlungen spielten eine stark untergeordnete Rolle. Innerhalb eines Beobachtungszeitraums von Jänner bis Juni 2009 lagen bei insgesamt 63 PatientInnen Mischintoxikationen von Alkohol, Benzodiazepinen und retardierten Morphinpräparaten vor (es wurden aber nicht alle Patienten auf alle möglichen illegalen Substanzen getestet) – also jener verhängnisvolle Cocktail, der für die Mehrheit der direkten drogenbedingten Todesfälle verantwortlich zeichnet. In der Epidemiologie würden diese Fälle als „Beinahe-Todesfälle“ bezeichnet, und zwar unabhängig vom Nachweis, ob die Intoxikation ohne (rechtzeitige) Behandlung auch tatsächlich zum Tod geführt hätte.

Der aus der Summe der klinischen Beobachtungen an der EBA abgeleitete typische Drogennotfall lässt sich folgendermaßen beschreiben:⁵⁶

- wurde an einem öffentlichen Platz aufgefunden,
- ist überdurchschnittlich oft ein männlicher junger Erwachsener (20–30 J.),

- ist stark bewusstseinsbeeinträchtigt (Werte zwischen 3 und 12 auf der Glasgow Coma Scale),
- leidet an einer Ateminsuffizienz und hat erbrochen,
- hat in der Regel mehr als 1,5 Promille BAK zusätzlich zu den Drogen,
- hat in 95% der Fälle intravenös Substitol konsumiert (Heroin oder andere Morphine sind in weniger als 5% der Fälle kaum vertreten),
- weist einen Beikonsum von 4–10 Benzodiazepin-Tabletten pro Tag auf
- und konsumiert eher selten auch Cannabis oder Kokain.

Nach der Erstversorgung, bei welcher die Vitalfunktionen sichergestellt werden, erfolgt eine Beobachtung für mehrere Stunden, bei HochrisikopatientInnen (exzessives Konsummuster, Selbstgefährdung) erfolgt nach einer psychiatrischen Untersuchung ein Transfer in die Landesnervenklinik Sigmund Freud. Die meisten PatientInnen wollen aber eine erweiterte Hilfe (Beratung durch Drogenberatung, Psychiatrie) nicht in Anspruch nehmen und verlassen uneinsichtig das Krankenhaus.⁵⁷

Eine Zusammenschau mit Daten der Drogenberatung des Landes Steiermark zwischen Mai und Dezember 2008 hat ergeben, dass 85% der PatientInnen dort unbekannt waren.⁵⁷ Man hat aus den Erfahrungen abgeleitet, dass es sich um Konsumierende handelt, die sporadisch an Wochenenden und bei Gelegenheit riskante Konsummuster an den Tag legen und bezüglich Opiatkonzums teilweise in einem Probiestadium sind, in dem sie zusätzlich zu den üblicheren Benzodiazepinen sporadisch Substitol konsumieren. Sehr selten handelt es sich um polytoxikomane Konsumtypen und um SubstitutionspatientInnen. Der typische Drogennotfall bezieht die Substanzen an Schwarzmarkt bzw. am Graumarkt, da es sich größtenteils um ärztlich verordnete Medikamente handelt. Auch OA Dr. Rainer Schmid vom Wiener Wilhelminenspital und der dort ansässigen toxologischen Intensivstation mit ca. 900 Drogennotfällen pro Jahr kritisiert die leichte Verfügbarkeit von retardierten Morphinen und Benzodiazepinen auf dem Graumarkt.⁵⁷

9.8 Erfahrungen mit Drogennotfällen

Eine Befragung von 137 KonsumentInnen an vier einschlägigen Szene-Plätzen in Berlin⁵⁸ hat ergeben, dass bereits fast jeder Opiatabhängige mit Drogennotfällen konfrontiert gewesen ist. Mehr als 60% hatten eigene Notfälle

⁵⁶ Referat von Prof. Lueger im Rahmen der außerordentlichen Sitzung des Bundesdrogenforums zum Themenschwerpunkt „Maßnahmen zur Reduzierung der Drogentodesopfer in Österreich“ am 15. Oktober 2009. ⁵⁷ Außerordentliche Sitzung des Bundesdrogenforums zum Themenschwerpunkt „Maßnahmen zur Reduzierung der Drogentodesopfer in Österreich“ am 15. Oktober 2009. ⁵⁸ Astrid Leicht, Anand Pant, Kerstin Dettmer, Michael Aerts (2002): Befragung zum Drogennotfallverhalten von OpiatkonsumentInnen auf offenen Drogenszenetreffpunkten Berlins. Fixpunkt - Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V. [webpublished].

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

erlebt UND waren bei Notfällen anderer anwesend. Nur 9% der Befragten hatten keine diesbezüglichen Erfahrungen. Nahezu zwei Drittel hatten selbst Drogennotfälle zu verzeichnen, und zwar durchschnittlich zwei bis fünf seit Beginn des Opiatkonsums mit Spitzenwerten von über 10 Überdosierungen. Bereits ab Beginn des Opiatkonsums ist das Risiko relativ hoch, einen Drogennotfall zu erleben: 50% der Befragten mit bis zu zwei Jahren und 42,3% mit drei bis sechs Jahren Konsumdauer haben mindestens einen Notfall selbst erlitten. Drogennotfälle sind offenbar sehr häufig im Leben der KonsumentInnen, das Risiko, einen Notfall zu erleiden gehört zum Alltag.

Über die Begleitumstände von Drogennotfallsituationen ist bekannt, dass es meist in Anwesenheit anderer KonsumentInnen zu Opiat-Überdosierungen kommt und es deshalb zu vielversprechenden Möglichkeiten kommt, in das fatale Geschehen einzugreifen. Ein großer Teil der Todesfälle wäre bei rechtzeitiger Hilfe vermeidbar gewesen, denn nur selten tritt der Tod durch Überdosierung innerhalb weniger Minuten ein.⁵⁹ Da nur jeder Achte der Befragten in der Berliner Erhebung⁶⁰ (noch) keinen Notfall erlebt hatte, drei Viertel hingegen mehrmals und 14 % sogar öfter als 10 mal bei Drogennotfällen anwesend war, wird die Hilfe, die die Konsumierenden einander zuteil werden lassen können, zum Angelpunkt der Präventionsbemühungen.

Informationen über die Begleitumstände der Mortalität infolge von Überdosierungen in Österreich zufolge wiegt die Notwendigkeit für Präventionsmaßnahmen, die sich direkt an die Zielgruppe richten und dort auf die Selbsthilfepotenziale setzen, schwer: 80% der Drogentoten in Wien und Niederösterreich (2005–2007) wurden in der eigenen oder einer fremden Wohnung aufgefunden, und dies ohne nennenswerte Unterschiede bei Alter, Geschlecht oder dem Wohnort.⁶⁰ Interessant ist an den lokalen Auswertungen in Wien und Niederösterreich, dass mehr als 90% zumindest einmal eine Beratung in einer Einrichtung der Suchthilfe in Anspruch genommen hatten, in Wien öfter als in Niederösterreich.

Zum Präventionspotenzial durch kompetente Laienhilfe berichtet die EBDD, dass Anwesende bei einer Drogenüberdosis häufig falsch oder zu langsam reagieren. Die Gründe sind u. a. Unwissenheit, Unfähigkeit, eine Überdosierung zu erkennen und Angst vor Strafverfolgung. Die Berliner Studie hat herausgearbeitet, dass dies nicht mit der generellen Einstellung zur Hilfeleistung zusammenhängt: Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, sowohl den Notruf zu tätigen als auch selbst helfend einzugreifen und der Anteil jener, die ausschließlich selbst helfen und niemanden

sonst zu Hilfe holen wollen, liegt unter zehn Prozent. Im Vergleich dazu gaben bei der vorangegangenen Befragung 1998/99 in Berlin noch knapp 40% an, ausschließlich selbst helfen zu wollen. Die gegenseitige Hilfsbereitschaft der KonsumentInnen steigt wahrscheinlich an.

Dennoch kommt es auch der Berliner Studie zufolge häufig vor, dass die Situation nicht angemessen eingeschätzt wird bzw. nicht angemessen geholfen werden kann. So ist zwischen den beiden Befragungszeitpunkten zwar der Anteil jener gestiegen, die geeignete Maßnahmen wie Herzdruckmassage, stabile Seitenlage und Kreislaufüberwachung anwenden würden. Dennoch hält sich der Mythos der Kochsalzinjektion – die einzige abgefragte Maßnahme, die nicht sinnvoll einzusetzen ist – bei 25% der Befragten hartnäckig. Die AutorInnen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Legende anscheinend weltweit verbreitet ist. Beim Vergleich von Notfallunerfahrenen mit Notfallerefahrenen Konsumierenden ist weiterhin auffällig, dass die Unerfahrenen insgesamt über weit weniger sinnvolle Verhaltensmöglichkeiten verfügen und zudem doppelt so oft zur Kochsalzinjektion greifen würden. Ebenso halten aber ältere User an dieser Maßnahme fest, was als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass das Notfallverhalten erfahrener UserInnen mitunter schwieriger zu beeinflussen ist.

9.9 Erfahrungen der Drogennot- und Todesfallprävention für Graz und die Steiermark

Aufgrund des Wissens über die Begleitumstände von Überdosierungen könnten gezielte Maßnahmen für Risikosituationen und -gruppen entwickelt werden, die potenziell zu einer Reduktion der Todesfälle beitragen. Allerdings ist über die Begleitumstände, insbesondere regional für die Steiermark, aber auch österreichweit, wenig systematisches Wissen zusammengetragen worden oder aus Studien bekannt. Kraus et al. (2002)⁶¹ untersuchten die psychosozialen Vorbelastungen von 77 Drogentoten in Bayern und Baden-Württemberg und fanden heraus, dass Therapieabbrüche und Rückfälle sowie Haftentlassungen die häufigsten Lebensereignisse sind, die drei Monate vor dem Drogentod eruierbar waren. Auch der Einfluss psychiatrischer Begleiterkrankungen, insbesondere von Depression, ist evident.

⁵⁹ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2005): Überdosierung – eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen bei jungen Menschen. S. 1. ISSN 1681-6323. [webpublished]. ⁶⁰ IFES. Wiener und NÖ Drogentote 2005–2007. Stand der laufenden Untersuchung Oktober 2009. Mag.a Angelina Zenta an der außerordentlichen Sitzung des Bundesdrogenforums zum Themenschwerpunkt „Maßnahmen zur Reduzierung der Drogentodesopfer in Österreich“ am 15. Oktober 2009. ⁶¹ Kraus L, Müller-Kalthoff T. (2002): Psychosoziale Vorbelastung bei Drogentoten.

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Bedeutsame Strategien zur Verhinderung von Drogennotfällen können sein:

Erhöhung des Anteils der DrogenkonsumentInnen, welche sich in Beratung, Betreuung und Behandlung begeben

Sowohl eine Ausweitung der Substitutionstherapie als auch die Schaffung zusätzlicher niederschwelliger Angebote können den Anteil der DrogenkonsumentInnen in Behandlung potenziell erhöhen, wobei generell die Frage gestellt werden kann, wie die Behandlungssysteme in der Steiermark, die hinsichtlich ihrer Kapazitäten immer stärker unter Druck geraten,⁶² einen weiteren Zulauf von Hochrisikogruppen aufnehmen können, ohne dass die Qualität der bestehenden Angebote leidet. Da Zugehörige der Hochrisikogruppen tendenziell nicht in Behandlung sind und vorwiegend zu Hause konsumieren und Notfälle erleiden, eignen sich insbesondere zusätzliche niederschwellige Angebote, die in Form öffentlicher drogentherapeutischer Anlaufstellen, alternativer Applikationsformen der arzneimittelgestützten Behandlung oder vergleichbarer Angebote und Einrichtungen erst geschaffen werden müssten.

Aufklärung über riskante Konsummuster

Kompetenzvermittlung für das Verhalten bei Drogennotfällen

Wenn Drogennotfälle zum Alltag der intravenös Drogen Konsumierenden gehören, kann eine Drogennot- und -todesfallprävention durch Stärkung der Selbsthilfe einschließlich der Vergabe von Antidots (Gegengmittel) an Drogenabhängige erreicht werden. Ein dementsprechendes Pilotprojekt wurde 2003 in Form von Drogennotfall-Trainings mit Naloxonvergabe im „Treffpunkt Druckausgleich“ in Berlin durchgeführt,⁶³ welches an Drogenszene-Treffpunkten sowie in Einrichtungen der Drogen-, Jugend- und Obdachlosenhilfe agierte. Später wurde das Projekt in das Konzept Drogenkonsumräume integriert. Innerhalb von sechs Jahren wurden 664 DrogengebraucherInnen und ca. 1.173 professionelle HelferInnen in Erster Hilfe bei Drogennotfällen geschult. Das Besondere dieses Modellprojekts lag im Nachweis, dass das Antidot Naloxon sinnvoll an geschulte Konsumierende abgegeben werden und von ihnen appliziert werden kann. Der schnellste Weg, durch eine Opiatüberdosierung ausgelöste lebensbedrohliche Effekte wie Atemdepression, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufzuheben, ist die Injektion des Opiatantagonisten Naloxon. In höheren Dosierungen kann er einen Entzug auslösen, eine Überdosierung ist jedoch nicht möglich. Innerhalb von fünf Jahren kam Naloxon in diesem Projekt in 103 Fällen zum Einsatz. 70 Personen setzten Nalo-

xon ein, unter ihnen 26 Frauen (37%). Es handelte sich um 25 HeroinkonsumentInnen und 45 Substituierte (darunter 29 Substituierte mit aktuell intravenösem Konsum). Im Zuge einer professionellen Überprüfung wurden lediglich sechs Fälle von dem/der ProjektärztIn als nicht-indiziert eingestuft. Lediglich 34 Mal wurde zusätzlich zum Naloxon-Einsatz der/die NotärztIn alarmiert. Bei 24 Überdosierten handelte es sich für den Helfenden um eine fremde Person, 79 Mal wurde Bekannten oder FreundInnen geholfen. Der jeweilige Drogennotfall ereignete sich 67 Mal in einer Privatwohnung, 34 Mal in der Öffentlichkeit (Toiletten, Parkanlagen, Straßen) und zwei Mal in einer betreuten Wohneinrichtung.

Die Maßnahme „Erste Hilfe Kurse inkl. Naloxonvergabe“ wurde von Beginn an durch zwei Aufklärungsfilmte ergänzt, mit substituierenden ÄrztInnen vernetzt und mit Angeboten in Haftanstalten kombiniert.

Auch aus dem Bericht über die Folgeevaluation des Modellprojekts in Berlin wird klar, dass Naloxon sinnvoll an Konsumierende weitergegeben werden kann. Die Voraussetzungen dafür waren, dass der Anfragende innerhalb der letzten 12 Monate einen Erste-Hilfe-Kurs absolvierte bzw. aufgefrischt hatte und bereit war, Angaben über den Verbleib bzw. die Anwendung des zuvor bezogenen Naloxons zu machen. Diese Compliance wurde zufriedenstellend erreicht.

Verbesserung der Qualifikation des therapeutischen Personals zur Früherkennung der Risikofaktoren und Ergänzung der therapeutischen Strategien bei Vorliegen einschlägiger Risikofaktoren, insbesondere nachgehende Ansätze nach Entgiftungsbehandlungen und Haft

Beim Versuch, die Wahrnehmung der präventiven Notwendigkeiten bei Drogennot- und -todesfällen innerhalb der steiermärkischen Suchthilfe zu beurteilen sind insbesondere die mittlerweile lange andauernden Bemühungen zur Schaffung eines Konsumraums bzw. der Umsetzung einer drogentherapeutischen Anlaufstelle in Graz auffällig, wovon positive Effekte zu erwarten wären.

Darüber hinausgehend sind Erste-Hilfe-Kurse, insbesondere mit dem Bestreben der Naloxon-Vergabe, programmatisch derzeit anscheinend noch nicht vorgesehen. Auch die gesundheitsfördernden Angebote in Justizvollzugsanstalten stellen eher auf Begleiterkrankungen und den Umgang mit der Situation während der Haft ab als auf die (Gefahren-)Situation danach. Der Bedarf nach einschlägigen Qualifizierungsmaßnahmen scheint also gegeben.

Das Gesundheitswesen; 64: 548–553. ⁶² Vgl. Protokolle der Experten-Netzwerke „Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe“, „Suchtbeirat“ und „Drogenfachgremium“ in der Stmk. 2008–2009. ⁶³ Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V. (2004): Sachbericht 2003 zum Projekt Drogennot- und -todesfallprophylaxe durch Stärkung der Selbsthilfe einschließlich der Vergabe von Naloxon an Drogenabhängige. [webpublished].

9. SCHWERPUNKTTHEMA ALKOHOL- UND DROGEN- NOTFÄLLE

Trennung von Notfallhilfe und Polizei

Unter den gegenwärtigen Bedingungen der Notfallversorgung, die beispielsweise an der zentralen Notaufnahme des Univ.-Klinikums am LKH Graz (EBA) erfolgt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass seitens der Betroffenen aus Angst vor einer möglichen Straftatverfolgung auf eine Notfallmeldung, Behandlung und/oder Nachsorge verzichtet wird. Vielmehr erfolgt bei eindeutigem Verdacht auf Drogen- oder Medikamentenmissbrauch eine routinisierte Meldung an die Polizei, primär durch den Rettungsdienst bzw. die EBA. Daten über das Hilfeverhalten der riskanten Konsumgruppen und darüber, ob dieser Aspekt das Verhalten im Notfall beeinflusst (wie sie etwa aus Berlin vorliegen), fehlen weitestgehend.

Zusammenfassend lassen sich alle Forderungen der Projektverantwortlichen bei Fixpunkt e.V. in Berlin als Folge ihrer Modellprojekterfahrungen auch auf die Suchthilfe in der Steiermark übertragen. Es sollte sichergestellt werden, dass eine gelingende Notfallprävention von Politik und Fachverwaltungen als originäre und kontinuierliche Aufgabe verstanden wird und von allen Einrichtungen der Drogenhilfe integriert wird. Dies erfordert eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung der Maßnahmen.

Insbesondere in Einrichtungen, welche Entzugstherapien anbieten, sowie in Justizvollzugsanstalten, der Haftentlassenenhilfe sowie den niederschweligen Angeboten (Streetwork) sollte die Gefahr einer Überdosis im Umgang mit KlientInnen pro-aktiv thematisiert werden. Weiterhin sind klare und verlässliche Regelungen mit der Polizei und den Rettungsdiensten zu finden und zu praktizieren, so dass die Angst vor Strafverfolgung infolge einer Notfallmeldung reduziert werden kann.

10. AUSBLICK

Zusammenfassung und Ausblick zum Thema Suchtprävention

In der Steiermark ist nach wie vor (vgl. Suchtbericht 2007) zu beobachten, dass ein differenziertes, vernetztes und fachlich hochstehendes Präventionsangebot besteht und man in der Lage ist, auf aktuelle Präventionserfordernisse mit einer breiten Angebotspalette zu reagieren. Im Berichtszeitraum sind zahlreiche Initiativen der Gesundheitsförderung im Setting Schule unterstützt und durchgeführt worden, welche den Ansatz verfolgen, sowohl die individuellen Gesundheitsressourcen von Kindern und Jugendlichen direkt zu erhöhen, als auch auf ihr schulisches Umfeld einzuwirken, vorwiegend durch ein vielfältiges Weiterbildungsangebot von LehrerInnen und PädagogInnen. Weiterhin sind im Berichtszeitraum Projekte gestartet worden, welche sich an Personenkreise wenden, die nicht in „helfenden“ Berufsfeldern agieren (z.B. Exekutivbeamte), für die Kontakte zu potenziell von der Suchtproblematik Betroffenen und Gefährdeten jedoch zum Berufsalltag gehört. Für die intensive Vernetzung sowohl der Projektträger untereinander als auch zwischen den auf Sucht Einfluss nehmenden Politikbereichen leistet in der Steiermark insbesondere das Experten-Netzwerk „Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe, SAG“ einen bedeutsamen Beitrag.

Einen wesentlichen Stellenwert im Bereich Suchtprävention hat sicherlich das unter dem Titel „Tabakpräventionsstrategie Steiermark“ seit 2006 laufende Maßnahmenbündel zur Prävention und Entwöhnung des Tabakkonsums. Auf Grundlage eines wissenschaftlichen Konzeptes wird dabei evidenzbasiert auf sehr breiter Ebene präveniert und interveniert und gilt damit auch österreichweit als beispielgebend.

Kritisch anzumerken ist, dass sich die Rahmenbedingungen für Evaluation und wissenschaftliche Gesundheitsförderung und Prävention im Berichtszeitraum nicht wesentlich geändert haben. Zwar basiert der weit überwiegende Teil des bestehenden Präventionsangebotes auf wissenschaftlich abgesicherten Methoden, Zugängen und Programmen, es ist jedoch davon auszugehen, dass durch die Intensivierung einer unabhängig durchgeführten Messung von Durchführungs- und Ergebnisqualität die Effizienz und Effektivität der gesetzten Maßnahmen noch verbessert werden könnte. Für die nahe Zukunft ist davon auszugehen, dass der Qualitäts- und Erfolgsnachweis umso wichtiger wird, je stärker die öffentlichen Haushalte finanziell unter Druck geraten.

Weil Präventionsaktivitäten generell auf der Basis eines von ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen ins Treffen geführten „Sekundärbedarfs“ entstehen, laufen sie

gerade dann Gefahr, eingestellt, unterfinanziert oder politisch instrumentalisiert zu werden, wenn sie ihren Nutzen nur erschwert legitimieren können. Im Unterschied dazu werden die Versorgungsangebote der Suchthilfe, die den unter der Suchtproblematik leidenden „Primärbedarf“ der (bereits erkrankten) KlientInnen abdecken, weiterhin relativ gute politische Entwicklungsbedingungen vorfinden. Aufgrund der Multikausalität der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtprozessen ist die Art und Weise, wie Präventionsaktivitäten legitimiert werden können, ein hoch komplexes Thema. Evaluation kann einen sinnvollen Beitrag zur Bewertung von Präventionsaktivitäten leisten, sofern sie das breite Spektrum unterschiedlicher Einflussgrößen von Suchtprozessen berücksichtigt. Die dadurch implizierte Komplexität fordert jedoch entsprechende Forschungsdesigns, die wiederum sehr schnell an vielfältige ökonomische und strukturelle Grenzen stoßen. Um diesen Konflikt zu lösen, ist, wie bereits im Suchtbericht 2007 ausgeführt, ein intensiver Fachdialog mit dem Ziel, geeignete Kriterien für Zuwendungsfinanzierung zu definieren, erforderlich.

Zusammenfassung und Ausblick zum Thema Versorgungssystem und Behandlungsstrategien

Im Ausblick des Suchtberichts 2007 sind zahlreiche Verbesserungsnotwendigkeiten der Suchthilfe aufgelistet, die im Berichtszeitraum in den verschiedenen Behandlungsstrategien teilweise realisiert werden konnten bzw. deren Realisierung absehbar ist. Nach wie vor funktioniert etwa die Vor- und Nachbetreuung von Klienten stationärer Entzugangebote durch eine institutionalisierte Vernetzung mit den vorbetreuenden Einrichtungen (Drogenberatung des Landes Steiermark, Streetwork, substituierende ÄrztInnen) gut. Die Suchtberatungsstelle BIZ-Obersteiermark übernimmt zum Teil die Funktion einer suchtmmedizinischen Ambulanz, allerdings bestehen lange Wartezeiten für die Betroffenen. Zudem plant die Therapiestation für Drogenkranke „Walkabout“ eine eigene Ambulanz im Zentrum von Graz.

b.a.s. (steirische Gesellschaft für Suchtfragen) hat 2008 in Graz im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes eine Fach- und Koordinationsstelle für Glücksspielsucht in Betrieb genommen und eigene Therapiegruppen eingeführt. Die Fachstelle koordiniert und vernetzt Behandlungsangebote für den Bereich Glücksspielsucht innerhalb der Steiermark, organisiert fachspezifische Fortbildungen und implementiert ein Dokumentations- und Evaluationssystem. Im gerade für die Spielsuchtprävention besonders wichtigen verhaltenspräventiven Bereich haben sich hinsichtlich der empfohlenen massiven Einschränkungen des Kleinen Glücksspiels im Berichtszeitraum keine nennenswerten Veränderungen ergeben. Welchen Auswirkungen

10. AUSBLICK

das derzeit auf Bundesebene ausgearbeitete neue Glücksspielgesetz hat, bleibt abzuwarten.

Auch im niederschweligen, eher akzeptanzorientierten Bereich, wie etwa bei Streetwork der Caritas Graz, ist ein Ausbau der Personalressourcen und Angebote zu verzeichnen. Weitere Ausbauschritte, etwa in der Region Oberes Murtal und in der Weststeiermark sind in Vorbereitung.

In den kommenden Jahren ist der Ausbau der Arbeits- und Wohnmöglichkeiten für die stark stigmatisierten Klientinnen der Suchthilfe, bei denen trotz teilweise vorhandener Konzepte nach wie vor eine Unterversorgung gegeben ist, notwendig. Dies ist umso wichtiger als gerade substanzgebundene Abhängige aus der diesbezüglichen „Regelversorgung“ ausgeschlossen bleiben, weil auch in sozialökonomischen Betrieben und Angeboten adäquater Wohnversorgung und sozialpädagogischer Betreuung die Mittel knapp sind oder Suchtkranke konzeptionell ausgeschlossen bleiben und nicht zuletzt deshalb die stationären Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie überlaufen sind.

Auch im Bereich der auf Schadensminimierung angelegten Behandlungsstrategie müssen bestehende Schwächen, wie die zu geringen Ressourcen für die psychosoziale Beratung, Begleitung und Betreuung in der Substitutionstherapie ausgeglichen werden. Derzeit bleibt das Angebot überwiegend pharmakologisch und medizinisch orientiert. Mit einer engeren Zusammenarbeit zwischen den in den letzten Jahren stark ausgebauten psychosozialen Diensten und den auf Suchthilfe spezialisierten Einrichtungen kann hier möglicherweise ein zusätzlicher positiver Effekt erzielt werden. Hier gibt es sehr weit fortgeschrittene gemeinsame Überlegungen der Verantwortlichen im Bereich der psychosozialen Dienste und der Suchthilfe über verschiedene Maßnahmen (überinstitutionelle gemeinsame Fort- und Weiterbildungen bzw. mittelfristig gemeinsame Ausbildungsmodule), das vorhandene Wissen und die Synergien effizienter einzusetzen.

Verbesserungen können vor allem im Raum Graz erzielt werden, wenn es gelingt, einerseits die mit Beschluss des Landtages Steiermark geforderte zweite Drogenambulanz für Graz bzw. einen entsprechenden qualitativen und quantitativen Ausbau der bestehenden Drogenambulanz an der LSF/ABH zu erreichen, sowie die seit längerem diskutierte Drogentherapeutische Anlaufstelle zu realisieren. Somit kann die psychosoziale, niederschwellige, schadensminimierende Versorgung verbessert, offene Szenenbildung unterbunden und nicht zuletzt der ÄrztInnenmangel in der Substitutionstherapie kompensiert werden.

Die Umsetzung des Bezug habenden Landtagsbeschlusses zur Errichtung einer suchtmmedizinischen Ambulanz in der Obersteiermark/Leoben, im Verbund einer allgemeinspsychiatrischen Station, befindet sich derzeit in einem bereits detaillierteren Planungsstadium. Konkrete Realisierungsschritte sind ab der zweiten Jahreshälfte 2010 zu erwarten.

Zusammenfassung und Ausblick zum Thema Datenlage und Steuerung

Im Bereich Datenlage, welche im optimalen Fall eine wissenschaftsbasierte und bedarfsorientierte Steuerung der Suchtprävention und Versorgung ermöglicht, kann von marginalen Verbesserungen berichtet werden. Das den Erfordernissen internationaler Drogenmonitorings entsprechende Dokumentationssystem für den Bereich der illegalen Drogen (DOKLI) konnte nach und nach erfolgreich implementiert werden. Allerdings wird über dieses Dokumentationssystem der Bereich stationärer Leistungen nur partiell erfasst und in Folge dessen kann keine Zusammenschau mit ambulanten und niederschweligen Angeboten ermöglicht werden. Eine wichtige Grundbedingung umfassender Steuerung, nämlich die Zusammenführung der Information aus den verschiedenen Versorgungssektoren und die eindeutige Zuordnung zu einzelnen „Fällen“ bleibt – wie generell im Gesundheitssystem – vorerst unerreicht. Eine weitere Schwäche besteht darin, dass der sozioökonomische Status und die Lebensbedingungen der Klienten und Patienten in der Suchthilfe durch die bestehenden Dokumentationssysteme nur unzureichend erfasst werden, weshalb bezüglich einzelner Einrichtungen keine detaillierten Informationen über das KlientInnenkollektiv vorliegen.

Eine Verbesserung der Datenlage wird durch die in Vorbereitung befindliche Erstellung eines Leistungskataloges sowie der weiteren Vereinheitlichung und schrittweisen Einführung ergänzender Dokumentationsanfordernisse – vor allem im Bereich der Abhängigkeit von legalen Substanzen und der substanzungebundenen Süchte – erwartet. Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang die Einbeziehung bereits bestehender Dokumentationssysteme sowie die Sicherstellung der notwendigen Balance zwischen einer umfassenderen Datenerhebung als bisher und einem möglichst geringen zusätzlichen Dokumentationsaufwand dar. Dies ist umso wichtiger, als nur durch ein praktikables, alltagstaugliches und mit den Erfordernissen der Suchthilfeeinrichtungen kompatibles Dokumentationssystem eine nachhaltige Verbesserung der Datenlage und damit auch der Steuerungsmöglichkeiten erzielt werden kann.

ABBILDUNGEN UND TABELLEN

Abbildungen

Abbildung 1:	DOKLI Steiermark, Betreuungsende längerfristig ambulant, 2006–2008	23
Abbildung 2:	Krankenhausthäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) alkoholbezogener Diagnosen 2004–2009	28
Abbildung 3:	Krankenhausthäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) tabakbezogener Diagnosen 2004–2009	30
Abbildung 4:	Krankenhausthäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) von Essstörungen 2004–2009	32
Abbildung 5:	Krankenhausthäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund von Medikamentenabhängigkeit 2004–2009	34
Abbildung 6:	Krankenhausthäufigkeit (Rate pro 10.000 EW) aufgrund des Konsums illegaler Drogen 2004–2009	36
Abbildung 7:	Verhältnis von Behandlungen in der LSF zu Behandlungen in anderen Krankenanstalten nach Regionen in den Jahren 2008/2009	37
Abbildung 8:	Anzahl der SubstitutionspatientInnen 2008 in der Steiermark nach Alter und Geschlecht	40
Abbildung 9:	Anzahl der PatientInnen in der Steiermark an Stichtagen nach Geschlecht, 2007–2009	41
Abbildung 10:	Anzahl der Substituierten in der Steiermark in Graz und in den Bezirken, an Stichtagen 2007–2009	41
Abbildung 11:	Anzahl der fortgesetzten und der Erstbehandlungen in der Steiermark, 2000–2008	42
Abbildung 12:	Verteilung unterschiedlicher Substitutionsmittel an Stichtagen, 2007–2009	43
Abbildung 13:	Anteil unterschiedlicher Substitutionsmittel an Stichtagen, 2007–2009	44
Abbildung 14:	Direkt drogenbedingte Todesfälle mit Beteiligung psychoaktiver Medikamente in der Stmk von 2000–2008	48
Abbildung 15:	Durchschnittsalter der direkt drogenbedingten Todesfälle in der Steiermark von 2000–2008	48
Abbildung 16:	Vergleich der drogenbedingten Sterberaten von 2005–2008	49
Abbildung 17:	Absolute Anzahl der Anzeigen nach §§ 27, 28, 28a, 30, 31, 31a, 32 SMG 2003–2008 in der Steiermark	50
Abbildung 18:	Anzeigerate nach SMG zwischen 2003–2008 im Ländervergleich	51
Abbildung 19:	Anzeigerate nach §§ 27, 28 und 28a SMG im Österreichvergleich (ohne Wien) 2003–2008	52
Abbildung 20:	Erst- und wiederholte Anzeigen nach §§ 27, 28, 28a, 30, 31, 31a, 32 SMG im Österreichvergleich (ohne Wien) 2003–2008	53
Abbildung 21:	Absolute Anzahl der Anzeigen nach dem SMG nach unterschiedlichen Substanzen in der Stmk 2004–2008	54
Abbildung 22:	Absolute Anzahl der Anzeigen nach dem SMG nach unterschiedlichen Substanzen differenziert nach Erstangezeigten und wiederholt Angezeigten in der Steiermark 2004–2008	55
Abbildung 23:	Alters- und Geschlechtsverteilung inzidenter Fälle mit Alkoholintoxikation; n=679; BAK \geq 2,00 Promille	65
Abbildung 24:	Relative Geschlechterverteilung bei Alkoholintoxikationen; n=1379; BAK \geq 1,00 Promille	66
Abbildung 25:	BAK-Ergebnisse bei Jugend und jungen Erwachsenen (11 bis 26 Jahre); n= 1410; BAK \geq 1,00 Promille	67
Abbildung 26:	BAK-Ergebnisse bei Kindern und Jugend. („Kinderklinik“) zwischen 11 und 18 Jahren (linke Seite; n=645;) und jungen Erwachsenen (EBA) zwischen 18 und 26 Jahren; (rechte Seite; n= 765)	68

Tabellen

Tabelle 1:	Präventionsmaßnahmen in der Gemeinde	8
Tabelle 2:	Präventionsmaßnahmen im Kindesalter	9
Tabelle 3:	Präventionsmaßnahmen in der Schule	10
Tabelle 4:	Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen	11
Tabelle 5:	Präventionsmaßnahmen im Betrieb	12
Tabelle 6:	Anzahl der suchtbetragenden Kontakte im vorwiegend schadensminimierenden ambulanten Setting 2004–2008	24
Tabelle 7:	Anzahl der suchtbetragenden Kontakte im vorwiegend abstinenzorientierten ambulanten Setting 2004–2008	25
Tabelle 8:	Diagnosecluster Alkohol	27
Tabelle 9:	Diagnosecluster Tabak	29
Tabelle 10:	Diagnosecluster Essstörungen	31
Tabelle 11:	Diagnosecluster Medikamente	33
Tabelle 12:	Diagnosecluster Illegale Drogen	35
Tabelle 13:	Verteilung der direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle in der Steiermark nach Todesursache 2000–2008	47
Tabelle 14:	Entwicklung der Anzeigen nach SMG zwischen 2007 und 2008 im Ländervergleich	51
Tabelle 15:	Sicherstellungen unterschiedlicher Substanzen in der Steiermark 2003–2008	56
Tabelle 16:	Durchschnittsalter und 95%-CI aller inzidenten Fälle 2006–2009 nach Geschlecht und Jahr (n=1.410)	68
Tabelle 17:	Durchschnittliche BAK und 95%-CI aller inzidenten Fälle nach Geschlecht und Jahr (n=1.410)	69

NOTIZEN

