

Arbeitstagung

# Aktuelle Entwicklungen in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen

*Multiprofessionalität und Kooperationen*

28./29.09.2006, Haus der Begegnung Floridsdorf & FH Campus Wien



## Tagungsband



Stadt+Wien

Impressum:

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH, Modecenterstraße 14 B 2, 1030 Wien

für den Inhalt verantwortlich: Wolfgang Bäcker (MAG ELF) & Mag. Alexander Magnus (Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH)

## Vorwort

Jugendliche sind die wichtigste Zielgruppe wenn es um Drogen geht. In der Pubertät und Adoleszenz werden Einstellungen sowie Konsummuster zu legalen und illegalen Drogen entwickelt und geprägt. Die Stadt Wien verleiht daher bereits seit Jahren sowohl der Präventionsarbeit als auch der Beratung, Behandlung und Betreuung Jugendlicher mit Drogenproblemen eine hohe Priorität.

Um die Angebote für suchtgefährdete und -kranke Jugendliche weiter zu entwickeln, wurde gemeinsam von der Sucht- und Drogenkoordination Wien und der MAG ELF die Arbeitstagung „Aktuelle Entwicklungen in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen: Multiprofessionalität und Kooperationen“ organisiert.

Ziel der Tagung war es einerseits, eine Plattform für einen kontinuierlichen, fachlichen Austausch von SpezialistInnen aus den Arbeitsfeldern Jugend- und Suchtarbeit zu schaffen. Andererseits sollte an die Arbeit neuer – bereits sehr erfolgreicher – Kooperationsprojekte, wie beispielsweise die Jugendnotschlafstelle a\_way oder das speziell für die Punk-Straßenszene konzipierte Projekt aXXept, angeknüpft werden.

Auch bei dieser Tagung lag der eindeutige Konsens darauf, dass die wichtigsten Aufgabengebiete die Früherkennung aller Suchtformen – dazu gehören neben den illegalen Drogen natürlich auch Alkohol, Computer, Essstörungen etc. – und die frühzeitige Einleitung von Behandlungsmaßnahmen sind. Daher ist die Vernetzungsmöglichkeit im Rahmen dieser Arbeitstagung auf beachtliche Resonanz gestoßen und wurde von den TeilnehmerInnen als Anstoß und Motivation zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Jugend- und Suchtarbeit beteiligten Organisationen gesehen.

An dieser Stelle möchten wir Wolfgang Bäcker und Mag. Alexander Magnus unseren besonderen Dank für die Organisation dieser Tagung aussprechen.

Der vorliegende Tagungsband soll Ihnen einen Überblick über die Inhalte dieser Veranstaltung geben und Ihr Interesse an der Teilnahme an zukünftigen Veranstaltungen wecken.

Wien, im März 2007

OSR Mag.<sup>a</sup> Renate Balic-Benzing (Leiterin der MAG ELF)

Michael Dressel, MA (Wiener Drogenkoordinator & Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH)

## Programm

### Vorträge

Donnerstag, 28.09.2006

- **Perspektiven der Zusammenarbeit bei Sucht und Abhängigkeit**  
Dr. Alexander David (Drogenbeauftragter der Stadt Wien)
- **Psychisch krank, süchtig oder ...? Im Irrgarten der Jugendpsychiatrie**  
Univ. Prof. Dr. Ernst Berger (Kinder- u. Jugendpsychiatrie im KH Rosenhügel)

Freitag, 29.09.2006

- **Jugendliche Alkohol- und Drogenszenen: Ein Indikator für soziale Desintegration**  
Univ. Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung)

### Arbeitskreise

Donnerstag, 28.09.2006

- **Stationärer Aufenthalt von Jugendlichen mit Doppeldiagnostik in der MAG ELF**  
OA Dr. Karl Steinberger (PSD), Kirstin Bajramovic (MAG ELF)
- **Kooperation stationärer Bereich MAG ELF und Dialog**  
Dr. Christian Müller (Dialog), DSA Konstanze Gowin (MAG ELF)
- **Tagesstrukturen für suchtproblematische Jugendliche**  
Mag. Christian Tuma (WBB), Mag. Martin Weber (Dialog)
- **Geschlechtsspezifische Unterschiede im Suchtverhalten: Ursachen & Auswirkungen**  
DSA Karin Goger, Erik Zika (beide Dialog)
- **Jugendliche Alkoholszenen**  
Ulrike Kobrna (API), RL Monika Niederle (MAG ELF)
- **Substitution von Jugendlichen**  
DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel (API), Ottmar Mittermayr (MAG ELF)

Freitag, 29.09.2006

- **18 – was dann?**  
DSA Reinhard Auer (VWS Ganslwirt), Mag. Martin Haiderer (Caritas)
- **Suchtgefährdung von MigrantInnenkindern – die 2. Generation**  
DSA Hans Peter Adler (SDW), Otto Hollerwöger (Integrationshaus)
- **Jugend und Cannabis**  
Mag. Alexander Eggerth, Mag.<sup>a</sup> Susanne Weissenböck (beide VWS)
- **Deine, meine, unsere KlientInnen: Möglichkeiten der Kooperation im Interesse aller Beteiligten**  
DSA Herta Staffa, DSA Eveline Holzmüller (beide MAG ELF)
- **Neue Ansätze der Sekundärprävention**  
Mag.<sup>a</sup> Gabriele Wild (SDW), DSA Christian Teichmann (Dialog)
- **Wie kann die Jugendwohlfahrt präventiv arbeiten?**  
Mag.<sup>a</sup> Tina Deutenhauser (Dialog), Wolfgang Bäcker (MAG ELF)

### Kulturprogramm

Donnerstag, 28.9., 19.00 Uhr: **Cocktailempfang im Wiener Rathaus** unter dem Ehrenschutz von Frau Vizebürgermeisterin sowie Stadträtin für Bildung, Jugend, Information und Sport Grete Laska & Frau Stadträtin für Gesundheit und Soziales Mag.<sup>a</sup> Renate Brauner

# Vortrag: Perspektiven der Zusammenarbeit bei Sucht und Abhängigkeit

Dr. Alexander David (Drogenbeauftragter der Stadt Wien)

## Impulsreferat

Das Wiener Drogenkonzept:

Die Arbeit mit Drogenabhängigen ist im sozialen und medizinischen Netz der Stadt zu integrieren. Der Ausbau von spezialisierten Einrichtungen und Projekten darf nicht dazu führen, dass Drogengefährdete und Drogenabhängige in diese Einrichtungen abgeschoben werden. Mitglieder der Gesellschaft, die an den sozialen Rand geraten sind, sind wieder in die Gesellschaft zu integrieren bzw. soziale Gefährdung ist so weit wie möglich zu verhindern.

Drogenteam der MAG ELF organisiert vom Dezernat 3 – Eltern, Säuglinge, Kleinkinder mit folgenden Mitgliedern:

- MAG ELF (Dezernat 2 – Soziale Arbeit mit Familien, Dezernat 3 – Eltern, Säuglinge, Kleinkinder, Dezernat 6 – Sozialpädagogische Einrichtungen, Kompetenzzentrum)
- MA 15 Familienhebammen, Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind
- Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche, KH Hietzing
- Drogensozialarbeit im AKH
- Spitalsverbindungsdienst CONTACT
- Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
- Drogenbeauftragter

Pro Jahr entbinden 50 bis 60 drogenabhängige Frauen in Wien. Sie erhalten eine umfassende Betreuung während der Schwangerschaft, vor der Geburt und danach. Drogenabhängige Mütter und ihre Kinder bedürfen besonderer, langfristiger Behandlung und Betreuung. Aus einer Reihe von kurzfristigen Behandlungsmodellen und wissenschaftlichen Forschungsprojekten ist eine langfristige Betreuungsstruktur entstanden.

Ziele der Arbeit mit drogenabhängigen Müttern und ihren Kindern

- Schwangerschaft und mögliche Risikofaktoren für Mutter und Kind früh zu erkennen und zu behandeln
- kontinuierliche medizinische und psychosoziale Betreuung der Mütter während der Schwangerschaft, um die Geburt und nach der Geburt
- langfristige Betreuung der Kinder
- Vermeidung von Fremdunterbringungen der Kinder durch Behebung der Risikofaktoren innerhalb der Familie

Dialog 10: Betreuung und Behandlung von drogengefährdeten Kindern und Jugendlichen

- multiprofessionelles Team
  - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - AllgemeinmedizinerInnen
  - psychosoziale MitarbeiterInnen
- jugendspezifische Betreuungsmethoden
  - offener Ambulanzbetrieb
  - nachgehende Betreuung
- Zusammenarbeit
  - Krisenzentren, Wohngemeinschaften und Regionalstellen der MAG ELF
  - Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche, KH Hietzing
  - andere medizinische und soziale Einrichtungen inkl. niedergelassene ÄrztInnen
  - Verein Wiener Sozialprojekte – Streetwork
- Stand: 60 bis 70 Kinder und Jugendliche in laufender Betreuung, 200 pro Jahr, 60% Mädchen
- Jugendliche KlientInnen werden häufig von anderen Personen gebracht:
  - Eltern
  - BetreuerInnen aus Einrichtungen der MAG ELF
  - StreetworkerInnen
- überwiegende Mehrheit bei der MAG ELF bekannt und/oder in Betreuung

Ziele der Arbeit mit drogengefährdeten Kindern und Jugendlichen

- Ausbau der Kompetenz der Betreuung von Kindern und Jugendlichen in allen Drogeneinrichtungen
- Verstärkung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen bei der Substitutionsbehandlung Jugendlicher
- Schaffung ausreichender Betreuungskapazität: Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosoziale Betreuung

- Erweiterung der Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen der MAG ELF

#### Offene Fragen

- Einrichtung eines ambulanten psychiatrischen Konsiliardienstes für stationäre Betreuungseinrichtungen der MAG ELF und anderer Träger
- Zusammenarbeit mit der Jugendgerichtsbarkeit, Sicherstellung einer adäquaten Betreuung für haftentlassene Jugendliche, Rückfallsprophylaxe
- Ausbau der Straßensozialarbeit
- Alkohol

# Vortrag: Psychisch krank, süchtig oder ...? Im Irrgarten der Jugendpsychiatrie

Univ. Prof. Dr. Ernst Berger (Neurologisches Zentrum Rosenhügel & PSD Wien & Medizinische Universität Wien)

## Impulsreferat

Bewegen sich Drogen konsumierende Jugendliche im Niemandsland zwischen Drogeneinrichtungen, Jugendpsychiatrie, Jugendwohlfahrt sowie Polizei und Justiz?

Angebote des Wiener Drogennetzwerkes

- Vorfelddarbeit (Prävention. ...)
- niederschwellige Drogenarbeit (Streetwork, CheckIt, Contact, ...)
- ambulante Beratung
- ambulante Betreuung (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- stationäre Betreuung (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- ambulante und stationäre Langzeittherapie (Drogeneinrichtungen)
- Rehabilitation

Kooperation in der Jugenddrogenarbeit

- Formen des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen: Initial User, Social User, Habitual User, Abuser, Compulsive Abuser
- Klinische Betreuung in der Jugendpsychiatrie passend für alle Formen
- Drogenzentrum (Drogentherapie, Wohnen) passt für den kritischen Bereich ab dem Abuser
- Sozialpädagogik (Wohnen, Sozialtherapie) passend bis zu Abuser
- Aufgaben der Jugendpsychiatrie (ambulant/stationär)
  - Krisenintervention
  - jugendpsychiatrisches Clearing:
    - Substanzkonsumdiagnostik
    - Diagnose und Therapie bei dual diagnosis
  - Entzugsbehandlung

Strukturkonzept

Ambulanz (Harmreduction - Struktur!!, Motivscreening, Vorclearing, Behandlungsvorbereitung bzw. Entzugsbeginn) entweder -> ambulante Langzeitbetreuung oder -> Station (kinder- und jugendpsychiatrisches Clearing und Therapieplanung). Auf die Therapieplanung wiederum folgen ambulante Substitution, stationäre Langzeittherapie oder ambulante Langzeitbetreuung.

Instrumente der Psychiatrie

Anamnese und Befund (einschließlich psychopathologischer Befunde) -> Symptome -> Syndrom -> Diagnose (wichtig auf dem Weg vom Syndrom zur Diagnose ist die Nosologie: ICD, DSM, multiaxiales Klassifikationsschema = MAS)

MAS

- Achse 1 (klinisch-psychiatrisches Syndrom)
  - f0: organisch-psychiatrische Störung
  - f1: psychotrope Substanzen
  - f2: Schizophrenie
  - f3: affektive Störung
  - f4: neurotische, somatoforme Störung
  - f5: Verhaltensstörung mit körperlichen Faktoren (Essstörung, ...)
  - f6: Persönlichkeitsstörung
  - f8: Entwicklungsstörung
  - f9: Verhaltensstörung Kinder und Jugendliche
- Achse 2 (umschriebene Entwicklungsstörung)
- Achse 3 (Intelligenzniveau)
- Achse 4 (körperliche Symptomatik)
- Achse 5 (abnorme psychosoziale Umstände)
- Achse 6 (psychosoziales Funktionsniveau)

PatientInnen 1/2002-9/2003

- Altersmedian 16,6
- Opiatanamnese: Median 11 Monate

- Drogenkonsum und Psychose: Differentialdiagnose schwierig, oft unsicher!
  - substanzassoziierte psychotische Störung
  - verzögerte psychotische Störung
  - schizophrene Störung

#### Stationäre PatientInnen 1/2002-12/2004

- Substanzkonsum: 18,3%
- mindestens eine f1 Hauptdiagnose: 26,4%
- f1 Nebendiagnosen: 73,6%
- substanzassoziierte psychotische Störung: 8%
- psychotische Störung: 11,5%

#### Beispiel: klinische Biografie 1

- 17 Jahre, männlich
- 8. Klasse AHS, dzt. schlechte Leistungen
- seit neun Monaten Lustlosigkeit – kurzzeitig Einzelpsychotherapie
- Substanzanamnese
  - seit 3,5 Jahren THC, wechselnde Menge
  - seit 3 Monaten Betreuung Dialog 10
- Diagnose
  - depressive Episode
  - schädlicher THC-Gebrauch

#### Beispiel: klinische Biografie 2

- 17 Jahre, weiblich
- Hauptschulabschluss, Friseurlehre abgebrochen
- 6 Monate Fremdunterbringung
  - delinquente Aktionen
  - Vergewaltigung
- Substanzanamnese
  - seit 5 Jahren THC
  - seit 3 Jahren Mischkonsum inklusive Alkohol, Opiate intravenös, Kokain
- somatisch
  - Hepatitis C
  - Schilddrüsenfunktionsstörung
  - Gewichtsverlust 35 kg in drei Monaten
- Diagnose
  - Persönlichkeitsstörung (ängstlicher Typ)
  - schädlicher Gebrauch multipler Substanzen

#### Zusammenfassung: Jugendliche Drogenkonsumentinnen benötigen

- unterschiedliche spezialisierte Einrichtungen und Behandlungskonzepte je nach
  - klinischem Kontext
  - Komorbidität und
  - Dauer der Erkrankung
- Die erste Anlaufstelle ist meist nicht planbar.
- Ein jugendpsychiatrisches Clearing ermöglicht
  - korrekte Differentialdiagnostik
  - gezielte Betreuungsplanung
- flexible Kooperation in Betreuungsnetzen mit „semipermeablen“ Strukturen

## **Vortrag: Jugendliche Alkohol- und Drogenszenen: Ein Indikator für soziale Desintegration**

Univ.Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung)

### **Impulsreferat**

Als „jugendliche Alkohol- und Drogenszenen“ werden Gruppen von Jugendlichen verstanden, die zusammenkommen, um legale und/oder illegale Rauschmittel zu gebrauchen, die dabei für andere – Jugendliche und/oder Erwachsene – sichtbar werden und die sich eventuell auch selbst für andere auffällig zu machen suchen. Jugendgruppen dieser Art sind in den letzten Jahren zunehmend in allen europäischen Ländern zu beobachten. Die vermutlich bekanntesten sind die spanischen „botellons“, zu denen sich Tausende von Jugendlichen mit Hilfe des Handy und des Internet an Wochenenden auf ausgewählten öffentlichen Plätzen verabreden, um sich zu unterhalten und gemeinsam zu trinken.

Auch in Wien und Niederösterreich haben sich in den letzten Jahren vermehrt jugendliche Alkoholszenen gebildet, die teils an bestimmten öffentlichen Plätzen zusammentreffen, teils aber auch von Lokal zu Lokal durch die Städte ziehen. Unter den mit diesem Phänomen verbundenen Problemen fallen insbesondere steigende Zahlen von Vergiftungen unter Jugendlichen und in den Städten auch Beschwerden von AnrainerInnen und PassantInnen auf.

Um die Vielfalt der Alkoholszenen zu erkunden, ihre Attraktivität für die Jugendlichen zu verstehen, und um präventive Maßnahmen zu erarbeiten, führt das Europäische Zentrum in Zusammenarbeit mit den Studiengängen für Sozialarbeit der Fachhochschulen Campus Wien und St. Pölten eine Studie durch, die maßgeblich vom Fonds Gesundes Österreich, von der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH und vom Land Niederösterreich gefördert wird.

Die ersten Einsichten, die anhand zahlreicher Interviews mit JugendbetreuerInnen und SicherheitsbeamtlInnen sowie anhand vieler Beobachtungen gewonnen wurden, zeigen, dass sich die jugendlichen Alkoholszenen in vieler Hinsicht unterscheiden, und dass sich die gesellschaftliche Hierarchie in ihrer Vielfalt und in den Reaktionen ihrer Umwelten überdeutlich abbildet: Im negativen Sinne auffällig und damit zum Ziel polizeilicher Interventionen werden vor allem jene jugendlichen Alkoholszenen, die über wenig bis keine Ressourcen verfügen und die wenig bis nicht gesellschaftlich integriert sind.

Das Projektteam hat aus diesem Grund bereits in diesem Projektstadium begonnen, über mögliche (präventive) Integrationsmaßnahmen nachzudenken.

# **Workshop: Stationärer Aufenthalt von Jugendlichen mit Doppeldiagnostik in der MAG ELF**

OA Dr. Steinberger (PSD Tagesklinik), Kirstin Bajramovic (MAG ELF)

## **Auszüge des Inputs der beiden ReferentInnen**

Dem Familiensystem einerseits sowie dem Amt für Jugend und Familie steht eine Reihe von spezialisierten Hilfssystemen zur Verfügung

- **MAG ELF**
  - RegionalleiterInnen und pädagogische LeiterInnen
  - Krisenzentren mit multiprofessionellen Teams
  - sozialpädagogische Einrichtungen (KIG 2)
- spezielle ambulante und stationäre Einrichtungen auch über die Großjährigkeit
  - teilbetreutes Wohnen
  - vollbetreutes Wohnen
  - Beschäftigungstherapie
- **Delinquenz**
  - Polizei und Justiz
  - Bewährungshilfe
  - Jugendgerichtshilfe
- ambulante und stationäre Drogeneinrichtungen
  - Anton Proksch-Institut
  - Dialog
  - Grüner Kreis
- ambulante und stationäre psychiatrische Einrichtungen
  - PSD Tagesklinik
  - KH Rosenhügel
  - AKH Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

### **Betreuungsverlauf**

- Aufnahme mit Zielformulierung: Dauer ein Tag bis eine Woche (Vernetzung der HelferInnensysteme) – Übergabegespräch
- Betreuungskonzept (Analyse): Dauer bis zur ersten Fallverlaufskonferenz ein Monat – Teamgespräche und Supervision
- Fallverlaufskonferenzen (laufend)
- Weiterversorgung über die Großjährigkeit: monatliche Besprechungen, Evaluierung des Betreuungszieles bis zur Entlassung – Übergabegespräch
- parallel laufende Elternarbeit
- Besprechungen werden auch anlassbezogen mit allen beteiligten „HelferInnen“ abgehalten = HelferInnenkonferenz

### **Kooperation und ihre Ziele**

- Hilfestellung durch spezielle KooperationspartnerInnen
- umfassender Austausch im HelferInnensystem und mit den Eltern
- professionelle Begleitung und Betreuung von jugendlichen Mädchen mit Doppeldiagnostik im pädagogischen Kontext
- Stabilisierung und Stärkung eigener Ressourcen der Mädchen, um Selbstverantwortung zu übernehmen
- Perspektive Zukunft

### **Pädagogische Möglichkeiten**

- Biographiearbeit, Analyse von Bedürfnissen, Stärken und Schwächen der Jugendlichen in Team und Supervision
- Erkennen des Entwicklungspotentials und Förderung in Richtung Verbesserung der Reintegration
- Kooperation mit speziellen HelferInnensystemen, um individuelle Betreuungspläne zu erstellen
- Elternarbeit
- positive Gestaltung der Tagesstruktur
- Impulse zur Förderung des Wohlbefindens
- Gespräche

Versorgung von minderjährigen und volljährigen Mädchen im Anschluss an die stationären Einrichtungen der MAG ELF

- Antrag auf psychologische Begutachtung durch den FSW unter Berücksichtigung aller vorhandenen Gutachten -> Bewilligung für begrenzte Dauer -> Voll/teilbetreutes Wohnen, Beschäftigungstherapie
- Vorstellungstermine entsprechend der Problemstellung bei speziellen Einrichtungen -> Zusage für eine Einrichtung -> Übersiedlung auf den bewilligten Platz

Fallgeschichte „JENNI“

- Psychiatrische Diagnose und Alkoholismus, sehr komplexer familiärer Hintergrund
- Auftrag: Jobsuche, Stabilisierung, Verselbständigung
- KooperationspartnerInnen: Alltagsbewältigung mit Hilfe der Tagesklinik, sonstige Zuschaltungen: KH Rosenhügel, diverse Beschäftigungsinitiativen, Eltern, API, Polizei
- Betreuungsverlauf beschränkt, Alltagsstrukturen verankern, Stabilität geben, Stimmungsschwankungen abfedern, Risikobeschränkung. Aushalten!
- Großjährigkeit wird als Bedrohung erlebt – Fluchtendenzen
- Teilziel Beschäftigung
  - FUTURE 4 YOU: Kurs mit MentorInnenbetreuung zur Arbeitsintegration (17 Wochen bis Volljährigkeit)
  - FSW Antrag gestellt (16 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Kursantritt – Fluchtendenzen (14 Wochen bis Volljährigkeit)
  - FSW – Begutachtung, Zusage (11 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Kursabbruch nach 4 Wochen (10 Wochen bis Volljährigkeit)
  - AMS Termin ( 8 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Jugend am Werk: Arbeitstraining HORIZONT (6 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Schnuppertage und Verlängerung (5 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Zusage für HORIZONT (5 Tage bis Volljährigkeit)
- Teilziel Weiterbetreuung - Wohnsituation
  - FSW Antrag gestellt (16 Wochen bis Volljährigkeit)
  - FSW – Begutachtung Zusage (11 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Erstkontakt PRO MENTE & Haus Miriam (11 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Wohnplatzsuche bei privaten Trägern: ÖHTB, AUFTAKT, KOMIT, Verein BALANCE, CARITAS, GIN, Jugend am Werk, Lebenshilfe (10 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Vorstellungsgespräch PRO MENTE (7 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Vorstellungsgespräch AUFTAKT (6 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Verfügung FSW für teilbetreutes Wohnen (4 Wochen bis Volljährigkeit)
  - Zusage PRO MENTE - Übergabegespräch (16 Tage bis Volljährigkeit)
  - Umzug (2 Tage bis Volljährigkeit)
- Teilziel Gesundheit
  - Anbindung PSD Medikamente fortlaufend
  - Anbindung KH Rosenhügel positiv
  - FSW Antrag und Begutachtung
  - Training zur Selbstständigkeit bei Medikamenteneinnahme
  - Vernetzung PSD – PRO MENTE: Betreuung über die Volljährigkeit hinaus sichergestellt
  - Überleitung an PSD für Erwachsene

Grenzen der sozialpädagogischen Arbeit

- Ressourcenknappheit: finanziell, personell, kapazitär
- Freiwilligkeit
- Elternarbeit
- Verschwiegenheitspflicht
- Selbst- oder/und Fremdgefährdung
- akute Suizidgefahr

Notfallsplan 133 -> Betreuung über unsere pädagogischen Rahmenbedingungen hinaus bedingt eine Veränderung der stationären Unterbringung.

# **Workshop: Kooperation stationärer Bereich MAG ELF und Dialog**

Dr. Christian Müller (Dialog 10), DSA Konstanz Gowin (MAG ELF/ Rochusgasse)

## **Workshopbericht**

### **Haltung und Umgang mit konsumierenden Jugendlichen**

reflektiert wurden mittels „Suchtsack“

- persönliche Haltung – Einstellung
- Teamhaltung – Einstellung
- Institutionshaltung – Einstellung
- Inter-Institutions Haltung – Einstellung

### **Einstieg in die Begriffsklärung von**

- Abstinenz
- Substitution
- Stabilisierung
- Ambivalenzen

### **Einführung in das TTM = Trans Theoretisches Modell nach Prohaska und Di Clemente**

Ziele sind ein idealtypisches Kooperationsmodell zwischen MAG ELF und Dialog 10, um den richtigen Zeitpunkt für Interventionen zu erkennen, und wann KlientInnen für Veränderungen bereit sind.

Eine ForscherInnengruppe hat sich die Frage gestellt, was Menschen daran hindert, sich zu verändern, bzw. was Menschen dazu bringt, sich zu ändern, ein für sie ungünstiges Verhalten aufzugeben?

Veränderung ist selten ein einmaliges kurzes Ereignis. Verhaltensänderung ist ein dynamischer Prozess.

Veränderung ist ein Prozess, der sich in verschiedene Stadien einteilen lässt.

### **Vorstellung Dialog 10: Zugang, Abklärung, Behandlung und Betreuung**

**Zugang:** Der Dialog 10 sieht sich als niederschwellige Einrichtung hinsichtlich Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme, da es aufgrund des sogenannten offenen Betriebes von Montag bis Freitag keiner Anmeldung bedarf, sondern ein ambulanztartiger Betrieb besteht.

Im besten Fall erfolgt jedoch eine vor dem Kontakt stattfindende kurze telefonische Information von Seiten der betreuenden Einrichtung der MAG ELF.

**Abklärung:** Ein 4-6 Augenprinzip (eine psychosoziale MitarbeiterIn und einE AllgemeinmedizinerIn und/oder ein Kinder- und Jugendpsychiater klärt ab hinsichtlich:

- suchtmmedizinischer Aspekte
- psychosozialer Aspekte
- kinder- und jugendpsychiatrischer Aspekte
- Umfeldarbeit

In Ergänzung dazu wird eine psychologische Abklärung gemacht, wenn diese indiziert ist. Zur Abklärung gehören obligat ein oder mehrere Gespräche mit der BezugsbetreuerIn der Wohneinrichtung der MAG ELF, so wie follow-up Gespräche zur Überprüfung der Zielvereinbarungen. Diese Gespräche werden abhängig von Notwendigkeit, Akuität und Verlauf vereinbart. Eine prinzipielle Einbindung aller, die mit Pflege und Erziehung als auch Obsorge betraut sind, wird unsererseits als obligat verstanden.

Während der Abklärung wird auch die Indikation zur

- Substitution oder
- Entzugsbehandlung oder
- gar keiner suchtspezifischen Behandlung oder
- einer primär psychiatrischen Behandlung gestellt.

**Behandlung und Betreuung:** Nach Diagnostik und Indikationsstellung wird mit der individuellen Behandlung begonnen, wobei bei längerfristiger medikamentöser Behandlung über 3 Wochen Dauer die Unterschrift der mit Pflege und Erziehung Betrauten einzuholen ist.

Ebenfalls obligat ist bei der Behandlung von Jugendlichen eine zur suchtspezifischen Behandlung stattfindende psychosoziale Betreuung.

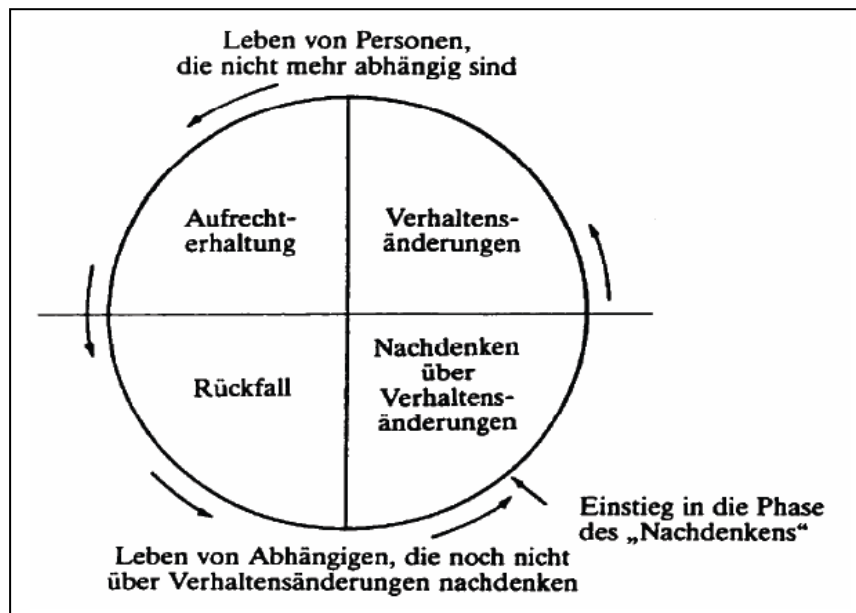
JedeR Jugendliche hat somit zwei für ihn/sie zuständige Personen aus dem Team des Dialog10.

Als zentrales Element in der Betreuung Jugendlicher sehen wir die nachgehende Haltung; das heißt, dass Jugendliche, sollten sie ein bis zwei Kontakte nicht wahrnehmen, von uns per Handy kontaktiert werden.

Im Rahmen o.g. Strukturen und Angebote sind wir, Suchthilfeeinrichtung und MAG ELF, auf enge und transparente Kommunikation angewiesen, wobei der Dialog 10 als § 15 Einrichtung hinsichtlich der erhöhten Schweigepflicht von Fall zu Fall individuell entscheiden muss, was an Informationen weitergegeben kann und was nicht. In der Diskussion wurde vor allem auf die Schwierigkeit einer funktionierenden Kooperation hingewiesen und mehrfach der Wunsch geäußert, Veränderungen in den Kommunikationsstrukturen auf beiden Seiten anzustreben.

5 Stadien:

- Absichtslosigkeit (Leben von Abhängigen, die noch nicht über Verhaltensänderung nachdenken)
- Absichtsbildung (Nachdenken über Verhaltensänderung, Nachdenkphase)
- Vorbereitung
- Aktion (Verhaltensänderung)
- Aufrechterhaltung (Leben von Personen die nicht mehr abhängig sind)



**Absichtslosigkeit (Leben von Abhängigen, die noch nicht über Verhaltensänderung nachdenken):**  
Kein oder kaum Interesse, das Verhalten in naher Zukunft zu ändern. Grund kann in mangelnder Information über die Risiken des Verhaltens (Konsum) liegen oder aber dem Ignorieren der Information. Beide Gruppen tendieren dazu, jedes Reden oder Nachdenken über Risiken zu vermeiden.

Gründe: Jugendliche KonsumentInnen haben eine rasche Regenerationsfähigkeit, was einerseits ein Vorteil ist, andererseits aber auch ein Faktor, der die Motivation für Verhaltensänderung nicht begünstigt. Unsere KlientInnen haben „gute Gründe“, sich im Rausch spüren zu wollen, oder auch die Realität völlig auszublenden (Sucht in der Herkunftsfamilie, Gewalt, sexueller Missbrauch, Mutlosigkeit, Perspektivlosigkeit, ...)

Mögliche Interventionen:

- kleine Anstöße geben
- Information – das Wissen der Jugendlichen über Wirkung und Risiken schwankt zwischen völliger Unwissenheit und ExpertInnenstum
- Rückmeldungen über problematisches Verhalten geben
- auf Diskrepanzen hinweisen
- Safer use, harm reduction

Kontraproduktiv: lange, intensive Beratungsgespräche, die Jugendliche von der Schädlichkeit ihres Verhaltens überzeugen sollen, können hier gegenteiligen Effekt haben und Widerstand gegen Veränderung und Hilfestellung aufbauen.

**Absichtsbildung (Nachdenken über Verhaltensänderung, Nachdenkphase):**

- Interesse an Veränderung besteht, aber noch nicht eindeutig, sondern sehr ambivalent
- Jugendliche sind sich mehr als vorher der Vorteile einer Verhaltensänderung bewusst
- Nachteile sind ihnen deutlicher geworden
- sie schwanken zwischen Vorteilen einer Änderung und den Vorteilen ihres bisherigen Verhaltens
- Stadium der großen Ambivalenz
- Ambivalenz kann so stark sein, dass Betroffene lange in diesem Stadium verharren
- Stadium ist unstabiler als das vorige, das heißt, KonsumentInnen sind auch empfänglicher für Einflüsse von außen

- WICHTIG, die Ambivalenz ernst zu nehmen und nicht enttäuscht zu sein, wenn KonsumentIn erklärt, sich ändern zu wollen, aber dann nichts Sichtbares passiert

Mögliche Interventionen:

- Anregungen zur Selbstbeobachtung geben
- Pro und Kontra herausarbeiten, was aber nicht bedeutet, immer nur die Nachteile des unerwünschten Verhaltens zu analysieren, sondern auch die Vorteile, die oft unterschätzt werden
- Anstoß in Richtung Veränderung geben
- Fragen stellen: Welche Vorteile bzw. Nachteile bringt Konsum, was wiegt schwerer? Kannst du dir schon konkreten Zeitpunkt vorstellen, weniger zu konsumieren, zum Dialog zu gehen, ...?
- Waagemodell zur Veranschaulichung
- Selbstwirksamkeit fördern und stärken: Glaube an die Möglichkeit, sich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle

KlientIn ist für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung verantwortlich!

Eigenverantwortlichkeit!!

Vorbereitung:

- Jugendliche treffen klare Entscheidung für eine Veränderung in naher Zukunft
- sind hoch motiviert für Veränderung und unternehmen bereits erste Schritte
- Stadium scheint einfacher zu sein als die vorigen, trotzdem realistische Einschätzung der Lage notwendig

Mögliche Interventionen:

- Alternativen aufzeigen
- Suche nach realistischen und akzeptablen Veränderungsschritten
- konkrete Schritte vereinbaren
- gemeinsam herausfinden, welche Art der Hilfestellung oder Begleitung nötig ist

Aktion:

- deutlich sichtbare Veränderung
- Abgrenzung gegenüber Stadium der Vorbereitung besteht darin, dass neues Verhalten bereits ausgeführt und mehr als einen Tag durchgehalten wurde
- Stadium bedarf hoher Entschlossenheit und Engagement, da besonders anfällig für Rückschritte
- Veränderung zum ersten Mal nicht nur im Kopf, was Jugendliche auch mit Reaktionen ihrer Umwelt (FreundInnen, Peers, Szene, ...) konfrontiert, womit sie umgehen lernen müssen

Mögliche Interventionen:

- Stärkung des Selbstvertrauens
- Umgang mit der neuen Situation thematisieren
- Rückfallprophylaxe: Training spezieller Fähigkeiten und Fertigkeiten, die helfen, mit schwierigen Situationen umzugehen

Aufrechterhaltung:

- Veränderung wurde über längeren Zeitraum durchgehalten
- auch in diesem Stadium ist Begleitung und Unterstützung zur Beibehaltung sinnvoll und notwendig

Rückfall als Regel

- lineares Durchlaufen der Stadien ist eher Ausnahme als Regel
- Untersuchungen bei RaucherInnen haben ergeben, dass der Kreis der Veränderung 3-7 Mal durchlaufen wird, bis es zu einer dauerhaften Veränderung kommt

Wichtig

- Rückschritt oder Misserfolg soll nicht als Abbruch des Veränderungsprozesses gewertet werden, sondern als integraler Bestandteil.
- nach einem Rückfall muss der/die Jugendliche nicht wieder bei Null anfangen, sondern die Misserfolgserfahrung kann konstruktiv bearbeitet werden und zur neuerlichen Veränderung motivieren

Anhand dieses Stadienmodells wurde in der Gruppe die Rollenverteilung innerhalb des Prozesses erarbeitet:

- in welchem Stadium befindet sich der/die jugendliche KonsumentIn gerade
- welche Interventionsmöglichkeiten gibt es?
- wer setzt wo an?
- wer hat welche Rolle?
- Aufgabenverteilung im Team, in den Institutionen, zwischen den Institutionen?
- was erwartet sich wer von wem?

Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen ist Transparenz, Kommunikation und gegenseitiges Vertrauen!!!

## **Workshop: Tagesstrukturen für suchtproblematische Jugendliche** Mag. Christian Tuma (WBB), Mag. Martin Weber (Dialog NOP)

Ziel des Workshops: Meinungen, Standpunkte und Bedarf seitens der TeilnehmerInnen zu Tagesstrukturen zusammenfassen und darstellen

### **Zu Beginn Impulsreferate von Martin Weber und Christian Tuma**

Kurzübersicht: bestehende Ausbildungen und Lehrausbildungsmöglichkeiten

- Hauptschule (AMS; aber auch in stationären Einrichtungen wie dem Grünen Kreis)
- Berufsorientierungen (AMS)
- JASG-Kurse (AMS): Jugendausbildungssicherungsgesetz – vgl. untenstehende Berufe
- Förderprogramme („Blum“-)Einstellförderungen für Lehrlinge
- Lehrwerkstätten, -ausbildungen (Jugend am Werk, ...)
- integrative Berufsausbildung, verlängerte Lehrzeit, Teilqualifizierungen
- Lehrlingsstiftungen (Kapsch, ÖBB, Jugend am Werk, ...)
- FacharbeiterInnen-Intensivausbildungen (ab 19 Jahre/AMS)
- für junge Erwachsene (19-25) auch verkürzte Lehre über Kurse möglich
- WUK (Lehrausbildungen), vereinzelt auch in sozialökonomischen Betrieben („SÖB's“)
- Beschäftigung Caritas, Volkshilfe, MA 15: Spurwechsel, Jetzt (18 bis 30 Jahre)
- TagelöhnerInnenarbeiten: fix & fertig und Caritas ab 19 Jahre

Die am häufigsten in Kursen erlernbaren Berufe sind TischlerIn, FriseurIn, Gastgewerbe, Bürokauffrau/-mann, EDV-Kauffrau/-mann, EDV-Technik, FloristIn, MechanikerIn, MalerIn, ...

Standpunkte der Träger- und FördergeberInneneinrichtungen stimmen überein – vor allem für Jugendliche bis ca. 19 Jahren gilt das Ziel: Integrieren von „schwierigen“ Jugendlichen in für die Allgemeinheit konzipierte Kurse statt besondere Angebote schaffen.

Erfahrungsbericht Kurse bei Needles or Pins (NoP – Verein Dialog): suchtkranke Jugendliche und Tagesstruktur – Erfahrungen aus einer Suchthilfeeinrichtung

- kurze Darstellung der NoP-Kurse mit expliziten und impliziten Zielen – zu letzteren zählt auch die Tagesstruktur (Beispiel: ein Jugendlicher von der Straße)
- Feedbackauswertung: Tagesstruktur als Ziel, das erreicht werden soll bzw. erreicht worden ist, rangiert unter den ersten drei Nennungen
- Beispiel 1 – Jugendliche gemeinsam mit Erwachsenen: Erfahrung, Struktur wird gut angenommen, Maßnahmen greifen gut; Motivation sehr hoch, Strukturen zu erkennen, anzuerkennen und zu übernehmen (Beispiel: ein Jugendlicher mit einem „Mentor“ innerhalb des Kurses) – wichtig dabei: Aufgabe gekoppelt mit der Tagesstruktur.
- Beispiel 2 – reiner Jugendlichenkurs (bis 25) mit relativ stabilen Personen: funktioniert gut, Strukturen parallel zur Schule werden eingefordert (zwar auch dagegen rebelliert, aber letztendlich doch gewünscht: „Nachpubertieren“).
- Beispiel 3 – Jugendliche unter 18 in der Überzahl im Kurs: Konsum großes Thema, Strukturen werden als Leitlinien gesehen, nicht aber als verbindlich für das Arbeitssetting, Gruppendynamik extrem, eigentlicher Auftrag konnte nicht erfüllt werden.

Schlussfolgerung und Hypothesen:

- Jugendliche sind dann gut in herkömmlichen Tagesstrukturen zu halten, wenn sie einzeln oder in der Minderzahl mit Erwachsenen mit einem ähnlichen Problem an ihrer Zukunft arbeiten; Voraussetzung: Wille, an Konsum zu arbeiten
- reine Jugendlichengruppen brauchen eigene Strukturen, eigene Aufgaben, eigene Methoden. Tagesstruktur wird angenommen, wenn es offenen Zugang gibt, wenn also niederschwellig gearbeitet wird. Angenommen werden z.B. Gesprächsrunden, Treffen etc. zu Fixzeiten (Inhalte: Freizeitgestaltung), erst nach dem Landen ist das gemeinsame Arbeiten an Inhalten / Zielen ein Thema
- Rebellion gegen Strukturen und Wunsch nach Strukturen stehen einander diametral gegenüber

Diskussionsbeiträge

- Wie sind Tagesstrukturen zu gestalten?
- Sind Tagesstrukturen nicht eher Angebote „für die HelferInnen“ als Angebote für KlientInnen?
- Wie der Gefahr einer Vereinsamung problematischer Jugendlicher in Tagesstruktur begegnen?
- Tagesstruktur muss Jugendlichen erlauben, Grenzen auszutesten und Ziele zu finden
- Schwierigkeiten in der Arbeit mit Doppeldiagnosen
- niederschwelliges Konzept sollte Jugendlichen (auch unter 19 Jahren) (Zu-)Verdienst ermöglichen

- „Erfolgs“-Kriterien bei dieser Zielgruppe eher kontraproduktiv (z.B. arbeitsmarktpolitische)
- Könnten Analogien zu Behindertenbereich einen Gestaltungsansatz bieten?
- z.B. Freizeitangebote Dialog: viele Jugendliche melden sich an, wenige erscheinen letztlich
- Wie Einverständnis bei Jugendlichen erzielen, sich diagnostischen Untersuchungen zu unterziehen?
- Bestehende (auch niederschwellige) Einrichtungen sind mit Jugendlichen oftmals überfordert
- Wo/bei welchen TrägerInnen sollte Tagesstruktur angesiedelt sein?
- TrägerInnen könnten auch die zuständigen Betreuungseinrichtungen selbst sein.
- Beziehungs- und Raumangebote sollten örtlich ident sein
- Tagesstruktur sollte konstante Beziehungsangebote bieten, die auch tagsüber zur Verfügung stehen
- Fokus auch auf Projektarbeiten statt ausschließlich auf Lernen und Beschäftigung
- Tagesstruktur ist mehr als Arbeit, Beschäftigung oder Kurs und setzt bei elementareren Bedürfnissen an (freizeitpädagogische Angebote, ...)

### **Ergebnisse der Kleingruppen**

Ergebnisse Kleingruppe Thema 1: „allgemeine“ Angebote nutzen oder „zielgruppenspezifische“ Angebote schaffen?“ (Integration versus Spezialisierung)

- integrative Modelle auf niederschwelliger Basis erwünscht
- Beziehungsangebote wichtiger als Beschäftigung/Kurs
- Kreativität wichtiger als Beschäftigung (Aktivierung, Entwicklung, ...)
- Hürde darf nicht so hoch wie bei arbeitsmarktpolitischen Projekten liegen
- „Tageszentrum für KrisenzentrumsbewohnerInnen“ – wie könnte das aussehen?
- „Ganslwirt für Jugendliche“ – wie könnte das aussehen?

Ergebnisse Kleingruppe Thema 2: Für welche konsumierenden Jugendlichen ist Tagesstruktur ein Thema? Welches Setting braucht es?

- Strukturen sind „für alle“ (auch uns!) wichtig!!
- Was bedeutet „Struktur“ für die BetreuerInnen?
- Welche Arten von Strukturen wollen wir? („streng“ braucht Zeit ...)
- „Struktur“ wird oft negativ bewertet
- Welche Spielregeln wollen wir vorgeben?
- „Illegalität gegen Legalität tauschen“
- „Ganslwirt für Jugendliche“ wäre Bedarf

Ergebnisse Kleingruppe Thema 3: Ziele und Inhalte von Tagesstrukturangeboten

- offener Raum
- mindestens drei BetreuerInnen (ein/e DSA, ein/e diplomierte/r SozialpädagogIn und stundenweise ÄrztIn/PsychologIn)
- Beziehungs- und Freizeitangebot
- Möglichkeiten zu Aggressionsabbau
- Ruheraum/Chilloutzone
- aufsuchend und nachgehend
- vernetzt arbeitend und vernetzend
- konsumfrei
- täglich (Montag bis Sonntag)
- für männliche und weibliche KlientInnen
- „Jugendzentrum für konsumierende Jugendliche“

Ergebnisse des Abschlussplenums und Anregungen

- Übergreifender Wunsch nach Tagesstrukturen, die nicht unmittelbar sofort mit „Arbeit“ zu tun haben
- Wünsche betreffend Tagesstrukturen weit entfernt von „Beschäftigung“
- „Beschäftigung“ bedeutet zuerst eher „sich mit den Jugendlichen beschäftigen“
- wenn aber „Beschäftigung“ (im engeren Sinn): Wäre „Jobfabrik“ auch für konsumierende Jugendliche machbar?
- auch in anderen Bundesländern ähnlich gelagerter Bedarf
- übergreifender Wunsch/Bedarf nach Projekten wie „Ganslwirt für konsumierende Jugendliche“

Allgemeiner dringender Wunsch: Um Vorlage der oben erarbeiteten Vorschläge an die politisch verantwortlichen Stellen wird nachdrücklich ersucht!!!!

# Workshop: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Suchtverhalten: Ursachen & Auswirkungen

DSA Karin Goger & Erik Zika (beide Verein Dialog)

## Auszüge aus dem gemeinsamen Input

Zur Prävalenz von Essstörungen in Österreich gibt es nur grobe Schätzungen, ExpertInnen orientieren sich an deutschen Studien. Im Gesundheitsbericht 2004 finden sich lediglich Zahlen zum BMI (Body-Mass-Index) aus den Jahren 1991 und 1999: Starkes Untergewicht (BMI unter 18)

	Frauen		Männer	
	1991	1999	1991	1999
<b>Gesamtbevölkerung</b>	2,9%	3,8%	1%	1,5%
<b>15-19jährige</b>	8,1%	6%	6%	7,7%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): Gesundheitsbericht 2004. Wien

### Nikotin und Zahlen

1999 rauchen 30% der Bevölkerung täglich Zigaretten, bei den Männern liegt der Anteil bei 36%, bei den Frauen bei 27%.

15- bis 19jährige: 37% der Burschen und 30% der Mädchen.

Zwischen 1991 und 1999 ist österreichweit der RaucherInnenanteil um 0,7% bei den Männern und 3,5% bei den Frauen gestiegen.

Der Anteil der starken RaucherInnen ist zwar insgesamt gesunken, aber bei den Jugendlichen zwischen 15 und 19 gestiegen: Um 9% bei den Burschen und um 14% bei den Mädchen.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): Gesundheitsbericht 2004. Wien

### Cannabis und Zahlen, Österreich

Lebenszeitprävalenz in Gesamtbevölkerung: 1,5 Männer versus 1 Frau

Die österreichweite Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2004 ergab hinsichtlich des Cannabiskonsums ebenfalls höhere Prävalenzraten für Männer.

Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz und der 12-Monate-Prävalenz liegen bei den Jugendlichen (15- bis 24-Jährige) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (15- bis 64-Jährige) ebenfalls ein ausgeglicheneres Geschlechterverhältnis vor.

Bei der 30-Tage-Prävalenz ist das Geschlechterverhältnis annähernd gleich.

Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Bericht zur Drogensituation 2005. Wien

### Substitution und Zahlen, Österreich

Frauenanteil in Substitutionsbehandlung 2004 bei gesamten Behandlungen, 29%, bei den lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen sind es 25%.

Frauenanteil bei unter 20-Jährigen: 45% an gesamten Behandlungen und 43% an Erstbehandlungen.

Männeranteil überwiegt in den höheren Altersgruppen mit 69 bis 80 bzw. 75 bis 84 Prozent deutlich.

Durchschnittsalter der Frauen lag bei den im Jahr 2004 gemeldeten Erstbehandlungen mit 22,3 Jahren unter dem der Männer mit 24,7 Jahren.

Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Bericht zur Drogensituation 2005. Wien

### Frauen und Sucht

„Die Lebensalltäglichkeit von Frauen trägt die Abhängigkeit schon in sich selbst. Suchtmittel zu konsumieren ist nur sichtbarer Ausdruck davon.“ (Merfert-Diete, Christa/Soltau, Roswitha(1984): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Reinbek bei Hamburg, 16)

- Abhängigkeit als alltägliche Lebenserfahrung von Frauen
- Geschlechterverhältnis
- Bedeutung von geschlechtsspezifischer Sozialisation
- Geschlechterrollenstereotype
- Medikamentenabhängigkeit als „stille, heimliche Sucht“ (Eisenbach-Stangl)

## Gewalt als alltägliche Lebenserfahrung von Frauen

Rund ein Fünftel aller Frauen hat körperliche Gewalt in Paarbeziehungen erfahren, jedes dritte bis vierte Mädchen wird sexuell missbraucht und kaum eine Frau hat keinerlei Erfahrung mit sexueller Belästigung in der Öffentlichkeit gemacht.

Erscheinungsformen der Gewalt

- physische Gewalt
- psychische bzw. emotionale Gewalt:
- sexualisierte Gewalt:
- ökonomische Gewalt
- strukturelle Gewalt

Gewalt in der Kindheit

„Mehr als die Hälfte der Gruppe hatte sexuellen Missbrauch als Mädchen erlebt. Bei 43,1% der Frauen ging es um mehrfache Übergriffe, 33% der Gesamtzahl war dem regelmäßig ausgesetzt. Besondere Bedeutung messe ich der Tatsache bei, dass für 28% der befragten süchtigen Frauen der Missbrauch länger als 10 Jahre dauerte (...) Die wesentliche Abweichung der Kontrollgruppe (Anm. nicht-süchtige Frauen) zeigt sich bei der Dauer, nicht bei der Häufigkeit: Keine dieser Frauen hat Übergriffe länger als 10 Jahre erfahren. Bei der Kategorie 5 bis 10 Jahre ist der Anteil ebenfalls wesentlich geringer: 7,7% im Vergleich zu 23,1%.“ (Mebes, Marion/Jeuck, Gabi(1993): Sucht. 3. Auflage, Ruhmark, 48)

Prostitution und Gewalt

„Vergewaltigung, Raub, Freiheitsberaubung, aber auch die Androhung von Gewaltanwendung sowie die Konfrontation mit extremen Sexualpraktiken sind offenbar häufig. Freier zwingen die Frauen mit Waffen, Messern, Fäusten oder der Androhung von Gewalt zum Geschlechtsverkehr ohne Kondom oder beim Oral-Verkehr zum Schlucken des Spermas. Sie fahren mit Frauen in einsame und verkehrsmäßig abgeschiedene Gegenden und setzten sie nach (erzwungenem) Sexualverkehr dort aus. Des öfteren werden Frauen vorher noch beraubt, ihnen wird der vereinbarte Lohn oder auch ihr ganzes Geld abgenommen. Andere Freier warten gezielt Entzugerscheinungen von Frauen ab, um ihre sexuellen Wünsche billiger und leichter durchsetzen zu können.“(Leopold, Beate/Steffan, Elfriede(1996): Drogen und Prostitution – Ein vielschichtiges Thema, in: Vogt, Irmgard/Winkler, Klaudia(1996): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg im Breisgau, 129)

Essstörungen und Drogen

Opiate, Kokain und Amphetamine werden als Möglichkeit genannt, das Körpergewicht niedrig zu halten bzw. abzunehmen.

Alkohol wird von bulimischen Frauen oftmals missbraucht, da er das Erbrechen erleichtert.

ExpertInnen führen Essstörungen auf ausgeprägte Identitäts- und Selbstwertproblematiken zurück, die nicht losgelöst von gesellschaftlichen Strukturbedingungen gesehen werden können.

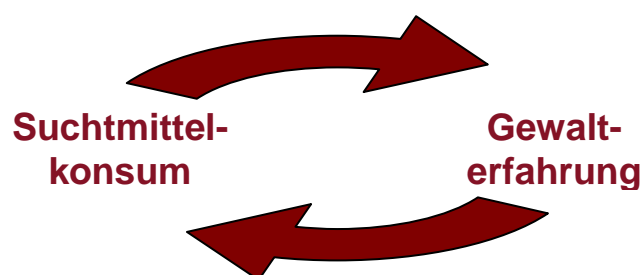
Ähnlichkeit zwischen essgestörtem Verhalten, das durchaus (auto)aggressive Züge aufweist, und Drogenkonsum – Essstörungen als psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter bezeichnen.

Schwangerschaft/ Mutterschaft und Drogen

Schwangerschaft und Mutterschaft als starke Ausstiegsmotivation. Betreuung von schwangeren Frauen mit einem Drogenproblem orientiert sich oftmals mehr an den Befindlichkeiten und Bedürfnissen des noch ungeborenen Kindes als an denen der Frauen. Im Vergleich zwischen alkohol- und suchtmittelabhängigen Frauen ist die Betreuung durch das Amt für Jugend und Familie bei Suchtmittelkonsumentinnen eine Selbstverständlichkeit. Betreuung wird oft als Kontrolle erlebt – Einfluss auf Arbeitsbeziehung.

## Sucht als Überlebensstrategie

Frauen beschreiben oftmals den Suchtmittelkonsum als Möglichkeit zu „vergessen, verdrängen, aushalten, abspalten etc.“, was sich im folgenden Kernmodell darstellt:



## Männer und Sucht

### Männer und Gesundheit

- männliche Jugendliche weisen höhere Mortalitätsrisiken auf (Straßenverkehr 1,5:1; Suizid 3:1, Drogentod 4:1)
- Männer geben weniger Beschwerden an
- „Risikofaktor männlich“
- Die Lebenserwartung von Männern ist in Industrienationen um ca. 6 Jahre kürzer

### Männer und Drogen

Männliche Jugendliche und Erwachsene konsumieren

- Alkohol und illegalisierte Drogen häufiger,
- in größeren Mengen,
- in risikoreicheren Gebrauchsmustern und
- sozial auffälliger als Frauen.

Rausch und Männlichkeit

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (z.B. Durchtanzen)
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit
- Risiko- und Grenzerfahrungen
- „kontrollierter (kollektiver) Kontrollverlust“ (Kampf- und Komatrinken, Binge-Drinking)
- Umgang mit Abhängigkeit/Unabhängigkeit
- Leistungsfähigkeit
- Drogenkonsum zur emotionalen Kontrolle: Um Emotionen zu erzeugen, unterdrücken oder kontrollieren
- Drogen als „Schmerzmittel“
  - bei Gewalterfahrung
  - „Beziehungslosigkeit“ bzw. zu viel Nähe
  - bei geringem Selbstwert

### Männer- und jungenspezifische Suchtprävention

Ziele

- Phase kritischen Drogenkonsums ohne irreversible biopsychosoziale Schädigungen überleben
- schwerwiegende Folgen für Dritte vermeiden
- Wissen um Wirkungen, Wechsel- und Nebenwirkungen vergrößern
- für sich und andere verantwortlichen Suchtmittelgebrauch erlernen
- „Suchtmittelkonsum“ als Herstellungsmittel von Männlichkeit hinterfragen
- Genussorientierungen vermitteln („Genuss ohne Reue“)

### Männer- und jungenspezifische Suchtberatung/-betreuung

Ziele

- Zulassen eigener Schwächen – Erkennen eigener Stärken
- Versöhnung von idealem und realem Selbstbild/Mannsein
- Identifikation von Zwischentönen, statt polarisierende, lähmende und z.T. radikale Entweder-oder-Haltungen zu pflegen
- Erhöhung der Handlungskompetenzen und des Rollenverhaltens (Was darf Mann auch alles sein?)
- Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion, d.h. auch ständigen Aufrechterhaltung, der eigenen Männlichkeit
- Identifikation von, Umgang mit und Kommunikation von Emotionen
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung
- Umgang mit erlebter und gelebter Gewalt

vgl. Stöver, H. (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis.

## **Workshop: Jugendliche Alkoholszenen**

Ulrike Kobra (API), RL Monika Niederle (MAG ELF)

### **Auszüge des Inputs von Ulrike Kobra**

#### Funktionen von Alkohol

- Medizin
  - sakrales Mittel
  - Erleichterung sozialer Kontakte
  - Verursacher sozialer Probleme
  - Rauschmittel
  - Suchtmittel
  - Nahrungsmittel (v.a. frühere Epochen, hoher Energiegehalt)
- Alkohol ist das am häufigsten verwendete Mittel zur Stimmungs- und Bewusstseinsänderung bis zum Erreichen von Rauschzuständen.

#### Bedeutung des Alkoholkonsums in Österreich

- integraler Bestandteil des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens (z.B. Unterzeichnung des Staatsvertrages)
- wirtschaftliche Bedeutung (4,5% der Wertschöpfung, 5% der Abgaben)
- Volksdroge Nr. 1 (neben Nikotin): Verursacher enormer gesundheitlicher und sozialer Probleme
- integrativer Trinkstil (94% Männer und 83% Frauen konsumieren zumindest gelegentlich Alkohol, moderater Konsum vorherrschend)

#### Alkohol

- Rückgang des Durchschnittskonsums seit ca. 30 Jahren
- 30 % der Erwachsenen abstinent oder fast abstinent
- 54 % geringer oder mittlerer Alkoholkonsum
- 16 % trinken in gesundheitsschädlichem Ausmaß (21 % der Männer, 11% der Frauen)
- 5 % sind als alkoholabhängig zu bezeichnen (7,5 % der Männer, 2,5 % der Frauen)

#### Berausung bei Kindern und Jugendlichen

- geringe Alkoholtoleranz, noch keine körperliche Gewöhnung u.U. schon 1/8 Wein oder Stamperl Eierlikör ausreichend für Berausung
- Definition von Rausch reicht von „Schwips“ (leichte Berausung) bis zum „Vollrausch“ mit Bewusstlosigkeit, Interpretation des Begriffs „binge drinking“
- Übertreibung z.B. bei Erzählungen im Freundeskreis bzw. Fragebogenerhebungen

#### Trends im Alkoholfeld

- Angleichung der Geschlechterrollen: Frauen nehmen immer aktiver am Leben teil – und übernehmen die Substanzkonsumgewohnheiten der Männer
- Diversifikation des Konsums: Es gibt eine Tendenz, immer mehr unterschiedliche Substanzen zu probieren
- Akzeleration: Kinder kommen immer früher in Pubertät, werden früher reif und verhalten sich früher erwachsen
- genereller Konsumrückgang

#### Das Problem der Nachfolgeneration

Kinder suchtkranker, insbesondere alkoholabhängiger Eltern gelten als die größte einzelne Risikogruppe, was die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung angeht, und darüber hinaus als eine stark gefährdete Gruppe bezüglich der Entwicklung psychischer, sozialer und somatischer Störungen, sowohl im Kindes- und Jugendalter, als auch im Erwachsenenalter

Auch aus einer Hochrechnung der PatientInnen Daten des Anton Proksch-Instituts ergibt sich eine prognostisch negative Bilanz der Personengruppe „Kinder in AlkoholikerInnenfamilien“. Demnach besteht für diese Kinder ein sechsfach erhöhtes Risiko – im Vergleich zur Normalbevölkerung – ebenfalls alkoholabhängig zu werden.

#### Schätzungen:

- 10% der ÖsterreicherInnen sind COAs (Children Of Alcoholic), d.h. sie werden im Laufe ihrer Kindheit mit einem alkoholkranken Elternteil konfrontiert!
- 50% der Österreicher sind CHAPAPs (CHild Affected by Parenteral Alcohol Problems), d.h. sie werden im Laufe ihrer Kindheit mit einem alkoholmissbrauchenden Erziehungsberechtigten konfrontiert !

- 4 von 10 AlkoholikerInnen stammen von alkoholabhängigen Eltern
- Auswirkungen des familiären Alkoholmissbrauchs

## ENCARE

„ENCARE“ (European Network for Children Affected by Risky Environments) befasst sich mit den Problemen von Kindern und Jugendlichen, die in alkoholbelasteten Familien leben.

Es inkludiert Maßnahmen während der Schwangerschaft und unterschiedlichste Angebote für Minderjährige und deren Familien, schließt jedoch Ansätze, die sich an bereits erwachsene Kinder von Eltern mit Alkoholproblemen wenden, aus.

Das Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und die AlkoholKoordinations- und Informationsstelle (AKIS) am Anton Proksch-Institut Wien sind gemeinsam mit dem Institut für Suchtprävention in Linz die österreichischen PartnerInnenorganisationen am internationalen ENCARE-Projekt.

Ziel des Projekts ist es, alle ExpertInnen, die in Prävention, Therapie, Beratung, Forschung, Verwaltung usw. mit dem genannten Problem zu tun haben, national und indirekt auch europaweit zu vernetzen, um einen unkomplizierten fachlichen Austausch zu fördern.

Zentrales Medium für diesen Austausch soll eine europäische ENCARE-Internet-Site sein, die zentrale Informationen in englischer Sprache anbietet und zu den nationalen ENCARE-Internet-Sites verlinkt ist.

## Ergebnisse der Subgruppen

### Kinder alkoholkranker Eltern

- extrem hohe Eigengefährdung
- Bewusstseinsbildung an Schulen und in Einrichtungen außerschulischer Jugendarbeit
- spezielle Ressourcen/Projekte für stationär untergebrachte Kinder
- Alkoholgefährdungswerbung analog Nikotingefährdungswerbung

### Event-/Festkultur

- attraktive Alternativen bieten
- one-way-tickets bei Events gegen Kofferraumtrinken
- Alkoholtest/Gewinnspiel
- Alkohol teurer als Säfte verkaufen/Preisgestaltung

### Praktische Arbeit

- bewussten Umgang mit Alkohol vermitteln und thematisieren (Geburtstage, Sylvester – 1 Glas Sekt mit Jugendlichen über 16 Jahren)
- Projektpraktika in WG's und Heimen mit freizeitpädagogischer Schwerpunktsetzung
- Rechtsrahmen auch exekutieren: Gewerbe & Verkauf
- Eigeninitiative der Jugendlichen wecken

# Workshop: Substitution von Jugendlichen

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel MAS (API), Ottmar Mittermayr (MAG ELF)

## Input der ReferentInnen

### Allgemein

„Drogenabhängigkeit ist ein Zustand psychischer Abhängigkeit oder ein Zustand psychischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird.“ (Weltgesundheitsorganisation)

JedeR fünfte ÖsterreicherIn hat laut Drogenbericht 2005 schon einmal verbotene Substanzen ausprobiert. Rund 30.000 Personen in Österreich sind opiatabhängig. Der Opiatkonsum hat eine physische und psychische Abhängigkeit, gesundheitliche, soziale und rechtliche Konsequenzen zur Folge. Euphorie, Entrücktheit und Stimmungsschwankungen beherrschen den Alltag von Suchtkranken. Neben der Abstinenz (Entwöhnung) von Opiatabhängigen erreichen MedizinerInnen und TherapeutInnen heute gute Erfolge mit Drogensatztherapien. Die Verabreichung legaler oraler Substitutionsmittel erleichtert den Verzicht auf illegales Heroin. Mehr als 7.000 Suchtgiftabhängige werden in Österreich derzeit von ÄrztInnen mit Ersatzdrogen behandelt. (vgl.: [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at), Zugriff vom 26.09.2006)

### Substitution

In Österreich gibt es seit ca. 20 Jahren Substitutionstherapie (Drogensatztherapie bzw. Erhaltungstherapie). Im ursprünglichen Sinn bedeutet Substitution, dass körpereigene Substanzen ersetzt werden, wenn der Körper sie nicht mehr herstellen kann. Es wird versucht, diese Substanzen mit einer entsprechenden Dosis und mit einer Substanz, die der körpereigenen so ähnlich wie möglich ist, zu ersetzen.

Neben der Erkenntnis, dass für manche KonsumentInnen illegaler Substanzen (bei Opiatabhängigkeit) ein Drogensatzprogramm sinnvoll wäre, da ihnen eine abstinenten Lebensführung (noch) nicht möglich ist, sprach ein weiterer (nicht unwesentlicher) Grund für die Einführung der Substitutionsbehandlung: Die Ausbreitung von HIV-Infektionen durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, Besteck etc. Die Substitutionstherapie wurde daher auch als Seuchenprophylaxe eingeführt. Neben Methadon stehen heute retardiertes Morphin und Buprenorphin als Ersatzmittel in der Substitutionstherapie zur Verfügung.

„Bei der missbräuchlichen Anwendung von Opiaten wird die körpereigene Opiatproduktion eingestellt. Es kommt zu einer physischen Abhängigkeit. Substitutionsmedikamente besetzen die Opiatrezeptoren im Körper, die normalerweise von körpereigenen Opiaten besetzt sind und verhindern so Entzugserscheinungen.“ (Univ. Prof. Dr. Eckhard Beubler, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie Universität Graz)

Substitution ist eine der effektivsten pharmakologischen Therapieformen für Opiatabhängige (vgl.: WHO / UNODC / UNAIDS position paper) und verbessert die Chance auf eine spätere Opiatabstinenz (vgl.: Uchtenhagen: „Suchtmedizin“)

### Ziele

Häufig können Suchtkranke die hohen Kosten ihrer Sucht nur durch Beschaffungskriminalität oder Prostitution decken. Ein angestrebtes Ziel der Substitutionsbehandlung ist daher auch die Reduktion bzw. der Verzicht auf intravenösen Konsum (i.V. Konsum) von illegalen Substanzen. Im Sinne des „harm-reduction“-Ansatzes kommt es u.a. zu:

- Verminderung oder Verhinderung von Folgeerkrankungen (z.B. Hepatitis C oder HIV)
  - Verhinderung von ungewollten Überdosierungen oder Schädigungen aufgrund von Beimengungen
- aber auch zu:
- Entkriminalisierung und Verminderung der Beschaffungskriminalität
  - Stabilisierung der finanziellen Verhältnisse
  - Sicherung der Wohnverhältnisse
  - durch die Stabilisierung zu einem möglichen Wiedereinstieg in ein Beschäftigungsverhältnis bzw. der Sicherung eines bestehenden Arbeitsplatzes
  - Erleichterung des Ausstiegs aus der Drogenszene

„Soziale Reintegration soll unter anderem bewirken, dass die Drogenszene ihre Funktion als erste Anlaufstelle und wichtigster sozialer Bezugsraum einbüßt. Dem Arzt als Vertrauensperson kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu, da bereits die Substitution bewirkt, dass sich die Position des Abhängigen in der Szene verändert.“ (Univ. Prof. Dr. Alfred Springer, Vorstand ÖGABS, Obmann des Vereins Wiener Sozialprojekte, ehemaliger Leiter des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung am Anton Proksch-Institut, Wien; vgl.: [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at), Zugriff vom 26.09.2006)

„Der Vorteil an der Substitutionstherapie ist, dass die Patienten ‚greifbar‘ sind. Nach einem Entzug gehen viele verloren, wenn sie wieder draußen sind. Im Rahmen einer langfristigen Substitutionstherapie bleiben wir mit den Patienten in Kontakt.“ (OA Dr. Bernhard Lindenbauer, Psychiatrische Abteilung der Landesnervenklinik Wagner Jauregg, Linz, Drogenberatung Point; vgl.: [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at), Zugriff vom 26.09.2006)

Substitutionstherapie ist indiziert und wird dort durchgeführt, wo es sich bei der Suchterkrankung/der Abhängigkeit um Opiatabhängigkeit handelt. Steht nicht die Opiatabhängigkeit im Vordergrund (, sondern die Abhängigkeit von einer anderen Substanz, z.B Kokain), wird nicht substituiert. Üblicherweise wird auch bei Jugendlichen oder KonsumentInnen illegaler Substanzen mit einer sehr kurzen „Drogenkarriere“ keine Substitutionsbehandlung durchgeführt.

#### Mögliche Abläufe einer Substitutionstherapie

Substitutionstherapie wird in Österreich von niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie, niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie und in (Spezial)Ambulanzen für Substitution durchgeführt.

Die Durchführungsbestimmungen für die Substitution wurden zwischenzeitlich neu geregelt und treten mit 01.03.2007 in Kraft.

Wird Substitutionstherapie in einer Drogenberatungsstelle/(Spezial)Ambulanz für Substitution durchgeführt, ist dies meist auch mit einer Auseinandersetzung zu den psychosozialen Faktoren einer Abhängigkeit verbunden. Häufig liegt bei Drogenabhängigkeit eine psychische Störung (man spricht hier auch von psychiatrischer Komorbidität) zu Grunde.

Daher hängt die Auswahl des geeigneten Substitutionsmittels auch von der Art der psychischen Störung ab (z.B. wird bei diagnostizierten Depressionen zumeist nicht Methadon verschrieben, da Methadon depressive Verstimmungen begünstigen kann).

Die Dosis eines Substitutionsmittels wird gemeinsam mit dem/der KonsumentIn illegaler Substanzen individuell festgelegt. Um in ein Substitutionsprogramm aufgenommen zu werden, müssen Abhängige bestimmte Kriterien erfüllen. Es muss ein Behandlungsvertrag unterschrieben werden, der u.a. auch regelmäßige, kontrollierte Harntests vorschreibt.

Dabei kann ein möglicher Beikonsum kontrolliert werden. Im Regelfall wird die Dosis eines Substitutionsmittels mehrmals verändert bis die richtige Höhe gefunden wurde. Diese kann während einer Behandlung mehrmals nach oben oder unten verändert werden. Eine zu hohe Dosierung führt zu starker Beeinträchtigung, eine zu niedrige Einstellung oder ein ungeeignetes Substitutionsmittel können einen möglichen Beikonsum fördern.

#### Komorbidität

Unter den KonsumentInnen illegaler Substanzen sind (in den letzten Jahren vermehrt) viele Personen zu finden, die eine ausgeprägte psychische Störung aufweisen. In diesem Fall spricht man von Komorbidität, Dualdiagnosen oder Doppeldiagnosen (Diagnose von zwei oder mehreren gleichzeitig, nebeneinander oder nacheinander auftretenden Erkrankungen). In den letzten 20 Jahren ist durch die Veränderung der Klassifikation psychischer Erkrankungen der Begriff der Komorbidität häufiger geworden. Wird von Komorbidität gesprochen, dann liegt neben der Diagnose Suchterkrankung die zusätzliche Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung vor.

Damit einE PatientIn adäquat behandelt werden kann, müssen komorbide Störungen erkannt und diagnostiziert werden und die Prinzipien der Behandlung müssen bekannt sein. (vgl.:

[www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at), Zugriff vom 26.09.2006)

Prävalenzraten (= Zahl der Erkrankten im Verhältnis zu den untersuchten Personen) von Komorbidität bei Substanzabhängigen (nach ICD-10):

- organische Störungen 1-6%
- Schizophrenien 7-25%
- affektive Störungen 7-74%
- Angststörungen 5-46%
- Essstörungen 3-10%
- Persönlichkeitsstörungen 25-90%

(vgl.: Berthe, Toni (2003): Psychiatrische Komorbidität, in: Beubler / Haltmayer / Springer (Hg.) Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis)

#### Substitutionsmittel

In Österreich werden vor allem Methadon, retardiertes Morphin und Buprenorphin als Substitutionsmittel verwendet.

## Methadon

Das in Österreich verwendete Methadon wird von Substituierten in Form einer Zuckertrinklösung (täglich in der Apotheke) eingenommen.

Vorteile von Methadon sind:

- lange Wirkungsdauer und die orale Einnahme
- Kontrollierbarkeit im Harn

Methadon gilt heute aber auch als das Substitutionsmittel mit den häufigsten Nebenwirkungen:

- Übelkeit und Erbrechen
- Gewichtszunahme
- starkes Schwitzen
- Müdigkeit
- Antriebslosigkeit
- depressive Verstimmungen
- Verstopfung

(Manchmal wird von Substituierten ebenfalls von einer Zunahme des „Cravings“, d.h. dem Verlangen nach anderen Substanzen – häufig Alkohol sowie Benzodiazepine – berichtet.)

## Retardiertes Morphin

Österreich nimmt beim Einsatz von retardiertem Morphin eine Vorreiterrolle in Europa ein. In Wien sind ca. 60 Prozent der Opiatabhängigen, die sich in einem Behandlungsprogramm befinden, auf retardiertes Morphin eingestellt.

Bei retardiertem Morphin handelt es sich um eine spezielle Medikamentenform (Kapseln oder Tabletten), bei der der Wirkstoff gleichmäßig über etwa 24 Stunden an den Körper abgegeben wird.

Die Substitutionstherapie mit retardiertem Morphin hat sich – trotz vieler Diskussionen um das Wie? – in Österreich bewährt.

## Buprenorphin

Einer der Vorteile bei Buprenorphin in der Substitutionstherapie ist das geringere Abhängigkeitspotenzial (im Gegensatz zu Heroin und den genannten Opioiden). Die Gefahr einer tödlichen Überdosierung ist geringer, selbst wenn KonsumentInnen illegaler Substanzen, wie es immer wieder vorkommt, die ausgefolgten Tabletten auflösen und intravenös injizieren. Durch die Art der Wirkung ist Buprenorphin aber für den Missbrauch relativ ungeeignet. Jugendliche PatientInnen können mit Buprenorphin leichter einer Ausbildung nachgehen und kommen besser wieder von diesem Substitutionsmittel weg. Die Wirksamkeit ist relativ kurz. Die Nebenwirkungen sind stärker als bei Morphinen, aber geringer als bei Methadon. Buprenorphin ist in Tablettenform erhältlich und wird sublingual eingenommen. Das bedeutet, dass der Patient warten muss, bis die Tablette sich im Mund aufgelöst hat.

Gängiger Handelsname in Österreich: Subutex

## Heroin

Heroin kann zur Substitution verwendet werden, wurde aber bisher nur in der Schweiz, in Holland und in England eingesetzt. In Österreich fehlen politische Rahmenbedingungen für den Einsatz von Heroin.

## Codein

Codein ist gut verträglich (ähnlich dem Morphin) aber nur vier Stunden wirksam. Die retardierte Form (Dihydrocodein) wirkt 12 Stunden. Codein kommt unter ExpertInnen allerdings kaum zum Einsatz.

## Drogenpolitik in Österreich

Den zentralen Rahmen für österreichische Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG) aus dem Jahr 1998. Das SMG differenziert vor allem nach der Menge und – mit Ausnahme einer Sonderbestimmung zu Cannabis – nicht nach Art des Suchtgifts und sieht ein breites Spektrum an Alternativen zur Bestrafung vor.

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

„Es wäre wünschenswert, dass sich die Politik in Sachen Substitutionstherapie ausschließlich an wissenschaftliche Kriterien und Fakten hielte, Vorurteile sind kontraproduktiv und kosten Menschenleben.“  
(Dr. Karl Nemeč, niedergelassener Arzt in Tirol und Delegierter der Ärztekammer Tirol, vgl.: [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at), Zugriff vom 26.09.2006)

In Österreich wird die Durchführung von Drogensubstitutions- und Entzugstherapien durch mehrere Gesetze, Verordnungen und Erlässe geregelt. Das Suchtmittelgesetz und die Suchtgiftverordnung regeln den generellen Umgang und die Verwendung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln. Im Substitutionserlass werden die Modalitäten einer Substitutionsbehandlung festgehalten.

## Allgemeine Bestimmungen

- Suchtmittelgesetz (SMG)
- Suchtgiftverordnung (SV)

## Bestimmungen für die Substitutionstherapie

### Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl I/112/1997

Im Suchtmittelgesetz wird in §8 festgehalten, dass Schmerz- sowie Entzugs- und Substitutionsbehandlungen mit suchtmittelhaltigen Arzneimitteln durchgeführt werden können, wenn sie im Rahmen ärztlicher Behandlung an Menschen zur Anwendung gebracht werden. Im § 11 werden unter gesundheitsbezogenen Maßnahmen auch die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung angeführt.

### Suchtgiftverordnung (SV), BGBl II/374/1997

In der Suchtgiftverordnung § 21, Abs. 2 wird für Suchtkranke im Rahmen der Substitutionsbehandlung festgeschrieben, dass außer in begründeten Einzelfällen Dauerverschreibungen mit einer maximalen Geltungsdauer von einem Monat auszustellen sind. In Abs. 4 ist geregelt, dass Einzelverschreibungen im Rahmen von Substitutionsbehandlungen nur in begründeten Ausnahmefällen ausgestellt werden dürfen und zwar für einen Bedarf von maximal 3 Tagen. Eine Ablichtung der Einzelverschreibung ist von der Apotheke spätestens am Ende des folgenden Monats dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu übersenden. In § 24 (Schengener Durchführungsübereinkommen) Abs. 3 ist festgehalten, dass der/die ÄrztIn zum Zweck des Reiseverkehrs suchtmittelhaltige Arzneimittel für den persönlichen Bedarf für die Dauer von längstens 30 Tagen verschreiben kann. Für die Substitutionsbehandlung ist von der Bezirksverwaltungsbehörde eine Bescheinigung im Sinne des Artikels 75 des Schengener Durchführungsübereinkommens auszustellen. Suchtgiftrezepte können mit Kugelschreiber, Schreibmaschine oder automationsunterstützt (PC) ausgestellt werden (§19). (vgl.: Download der Suchtgiftverordnung von [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at), Zugriff vom 27.09.2006)

### Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken, Erlass des BMAGS GZ 21.5516-VIII/B/12/98 vom 9.6.1998

Unter Einbeziehung der aktuellen Rechtslage sowie der bisher gewonnenen Erfahrungen im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen wurde der 1991 ergangene Erlass durch einen neuen Erlass ersetzt. Grundsätzlich hat der Substitutionserlass Bindungswirkung für alle öffentlichen Organe und nachgeordneten Behörden, die weisungsgebunden sind. Alle anderen mit der Substitutionsbehandlung Befassten sind an den Erlass ebenfalls mittelbar gebunden. Der Erlass gibt Rahmenbedingungen vor, die dem/der ÄrztIn ausreichend Spielraum für die Sicherstellung der für den/die jeweiligeN PatientIn bestmöglichen Behandlung einräumen. (vgl.: Download des Substitutionserlasses von [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at), Zugriff vom 27.09.2006)

### Novelle zur Suchtgiftverordnung (1. Oktober 2005): wichtigste Änderungen betreffend Verschreibung von Opioiden in der Substitutionstherapie (vgl.: Download der Novellierung der Suchtgiftverordnung von [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at), Zugriff vom 27.09.2006)

- neue Formblätter für die Substitutionsverschreibung wurden entwickelt
- außer in begründeten Fällen sind Dauerrezepte mit einer maximalen Geltungsdauer von einem Monat auszustellen
- der/die ÄrztIn muss die Rubrik „Substitutions-Dauerverschreibung“ markieren
- der/die ÄrztIn muss eine Suchtgiftvignette für die Suchtgift-Dauerverschreibung auf die Vorderseite des Formblattes aufkleben
- der/die ÄrztIn muss den Beginn der Geltungsdauer vermerken
- die Tageshöchstmengen pro Verschreibung für PatientInnen entfallen
- das Rezept muss enthalten:
  - Name und Berufssitz des/der ÄrztIn
  - Name und Anschrift des/der PatientIn
  - Bezeichnung des Arzneimittels
  - Darreichungsform, Menge, Stärke; die Menge muss ziffernmäßig und wörtlich angegeben sein
  - Packungsgröße muss wörtlich angegeben sein
  - Anzahl Packungen muss wörtlich angegeben sein
  - genaue Gebrauchsanweisung
  - Ausstellungsdatum
  - Unterschrift des/r ÄrztIn mit Vor- und Zuname
- Dauerverschreibung muss dem/r zuständigen AmtsärztIn zur Überprüfung und Fertigung vorgelegt werden

- Einzelverschreibung nur in begründeten Ausnahmefällen auf das Formblatt für die Substitutionsverschreibung:
  - „Substitutions-Einzelverschreibung“ muss markiert werden
  - Begründung für die Einzelverschreibung
  - pro Einzelverschreibung darf maximal ein Dreitagesbedarf abgedeckt werden
- Einzelverschreibungen können auch wahlweise auf das normale Rezept der Kasse erfolgen. Dafür muss der Arzt „Zur Substitutionstherapie“ auf das Rezept anbringen und die Suchtgiftvignette für Suchtgifteinzelverschreibung aufbringen. Zusätzlich muss eine Begründung genannt werden. Es darf maximal ein Dreitagesbedarf abgedeckt werden.
- Dokumentation der Suchtgiftvignette mit fortlaufender Nummer, aller Rezeptdaten und des Abgabemodus; Aufbewahrung für drei Jahre
  - Dauerverschreibungen: Beginn und Ende Geltungsdauer
  - Einzelverschreibung: Begründung und Anzahl von Tagen

## **Workshop: 18 – was dann?**

DSA Reinhard Auer (VWS Ganslwirt), Mag. Martin Haiderer (Caritas  
Jugendnotschlafstelle a\_way)

### **Workshopbericht**

An dem Workshop nahmen 18 Personen teil. Ein Großteil der TeilnehmerInnen arbeitet in Einrichtungen der MAG ELF, einige kamen aus Drogeneinrichtungen und drei waren Studierende der Fachhochschule für Sozialarbeit.

#### **Eröffnung**

In einer anfänglichen Vorstellungsrunde wurden die Erwartungen an den Workshop abgefragt. Hier wurden vor allem folgende Anliegen genannt:

- Thematisierung von Defiziten in der Angebotspalette
- Austausch und Information mit anderen Einrichtungen
- Kennenlernen zielgruppenspezifischer Ressourcen (für Jugendliche ab 18 Jahren)
- Sammeln von Ansätzen und Ideen für den Umgang mit der Zielgruppe
- Präsentation des Konzeptes von „a\_way“

#### **Fallpräsentation**

Ein Fallbeispiel des Ganslwirts wurde stellvertretend für die spezielle Lebenssituation junger Erwachsener präsentiert und besprochen. Hier zeigte sich deutlich, dass bei Jugendlichen in Krisensituationen mit der juristischen Altersgrenze das bisherige Hilffsystem völlig wegbricht und der Einstieg ins neue (Erwachsenen-)Hilffsystem oft nur zögerlich vorangeht. In dieser Phase der Umstellung verwandeln sich oft singuläre Problemfelder in multikomplexe Situationen, die viele Lebensbereiche mit einschließen.

#### **Sammlung häufiger Problemlagen junger Erwachsener**

- Arbeitslosigkeit
- fehlender Schulabschluss
- (versteckte) Wohnungslosigkeit
- Sucht
- psychosoziale Probleme
- Abhängigkeit von Erwachsenen (Eltern, Bekannte)
- mangelndes soziales Netz
- Verschuldung
- Überforderung bei der Alltagsbewältigung
- (psychische und physische) Krankheit
- Perspektivlosigkeit
- Delinquenz
- Peer-Group-Bindung (Milieu-Ausstieg schwierig)
- soziale Absicherung/materielle Ressourcen
- Multiproblemlagen
- Wegbrechen des bisherigen Hilffsystems

#### **Problembeschreibung und Diskussion**

Der für BetreuerInnen (PädagogInnen) und KlientInnen unbefriedigende Wegfall der erarbeiteten Strukturen und Ressourcen wird als kontraproduktiv in der Krisenbewältigung junger Erwachsener erlebt. Die Betroffenen müssen sich in kürzester Zeit von einer „all inclusive-Betreuung“ in die „Leere“ einfügen. Dadurch werden Krisen tendenziell eher verstärkt und begonnene Betreuungsverläufe abrupt beendet, ohne einen Übergang in die Erwachsenenstrukturen zu ermöglichen.

#### **Diskutierte Lösungsvorschläge**

- PatInnenschaft beim Erwachsen-werden (ähnlich der BewährungshelferInnen oder Bodies)
- zeitweise Parallelbetreuung von MAG ELF und FSW beim Hinübergleiten in die Erwachsenenwelt
- nachgehende Betreuung der MAG ELF bei problematischen Verläufen

# **Workshop: Suchtgefährdung von MigrantInnenkindern – die 2. Generation**

DSA Hans Peter Adler (Sucht- und Drogenkoordination Wien Contact), Otto Hollerwöger  
(Integrationshaus)

## **Workshopbericht**

### Fragen zum Thema

- Gibt es überhaupt Unterschiede im Suchverhalten bzw. in den Lösungsstrategien von Suchtproblemen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen? Wenn ja, welcher Art und welchen Umfangs sind sie?
- Welche Lösungsansätze von und welchen Umgang mit Suchtproblematik bei Minderjährigen gibt es? Welche davon sind kulturspezifisch?
- Welche Subkulturen lassen sich eventuell innerhalb verschiedener MigrantInnengruppen ausmachen?
- In welcher spezifischen Weise sind interkulturelle Kompetenzen in der Arbeit mit suchtgefährdeten Minderjährigen erforderlich?

### Thesen

- Neben, oder statt dem Faktum der Migration als solchem sind andere Faktoren beim Umgang mit Suchtproblematiken (mit-)entscheidend:
  - Migrationsformen (Flucht, Arbeitsmigration, Familiennachzug, ...)
  - innerfamiliärer Umgang mit Problemen im Allgemeinen färbt auch den Umgang mit dem „Drogenproblem“
  - Welchen Stellenwert haben psychotrope Substanzen in der Herkunftskultur bzw. Subkultur? Welchen Einfluss hat die Herkunft auf Probleme in und mit der „Szene“?
  - Welche Wahrnehmung von außen (z.B. durch die HelferInnen) könnte kulturspezifisch gefärbt bzw. auch durch Klischees geprägt sein?
- In der Arbeit kommt es unter anderem darauf an, sich nicht durch kulturelle „Tatsachen“ den Blick auf die Einzelsituation behindern zu lassen.
- KlientInnen sind nicht nur die ExpertInnen für ihre eigenen Probleme (systemischer Ansatz), sondern auch die ersten Auskunftspersonen für den jeweiligen kulturelle Hintergrund (interkultureller Ansatz).

### **Ergebnisse nach Themenbereichen**

Welche kulturspezifischen Ausprägungen gibt es im jugendlichen Klientel?

Die TeilnehmerInnen stellen fest, dass es offensichtlich wenig Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen gibt, was das Suchtverhalten von Jugendlichen betrifft. Lediglich bei der Besorgung von Nachschub werden DealerInnen aus der eigenen kulturellen Gruppe bevorzugt. Aufgrund der Illegalität der Geschäfte ist hier ein besonderes „Vertrauensverhältnis“ von Bedeutung.

Es scheint eher so, dass die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit, auch der Teilöffentlichkeit der betreuenden Einrichtungen, den Migrationshintergrund nicht fachgerecht aufnimmt; es wird eher mit fertigen Vorstellungen gearbeitet.

Folgende These wird von einzelnen PraktikerInnen aufgestellt und sollte gegebenenfalls überprüft werden:

- türkische Jugendliche tendieren zu beruhigenden, sedativen Drogen, Heroin ist ein besonderes Problem
- jugoslawische Jugendliche tendieren eher zu Speed, Ecstasy und Kokain, aufputschende Substanzen scheinen eher gefragt zu sein.

Bei Vorhandensein solchen „Wissens“ besteht die Gefahr einer vorzeitigen Einordnung und somit des Verlustes des offenen Zugehens auf Problemstellungen.

Es wird auch festgestellt, dass in der Drogen-/Suchtarbeit relativ wenige MigrantInnen als KlientInnen erfasst sind. Mögliche Ursachen:

- Haltung der Beschäftigten gegenüber MigrantInnen
- Bilder, die in den Herkunftsmilieus von sozialer Arbeit existieren
- Eine Ursache dafür könnte ein Mangel an MitarbeiterInnen mit Migrationskontext sein. (Dies scheint in allen Bereichen der sozialen Arbeit ähnlich gelagert zu sein.).

Mögliche Abhilfen wären daher:

- Das Führen offener Dialoge zum Thema „Interkulturalität“ auch und vor allem mit den Betroffenen (diese sind „die ExpertInnen“).
- Anreize zu schaffen, dass Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt in das Berufsfeld Sozialarbeit gehen
- Diese Menschen wären dann auch so etwas wie MultiplikatorInnen für einen Zugang zu den fraglichen Subkulturen.

Zur Diskussion kommt auch noch, ob es ein Vorteil ist, wenn immer eine muttersprachliche Betreuung angestrebt wird (zu große Vertrautheit ?) oder es auch genügt, wenn in einem Team multikulturelle Aspekte vorhanden sind.

#### Kulturspezifische Probleme in der Angehörigenarbeit

Auch in diesem Bereich scheint es relativ wenig kulturspezifische Ausprägungen zu geben. Wesentlich ist und bleibt der Blick auf den Einzelfall. Wie viel Angst hat dieser Vater? Wie geht er damit um? Unterstützt die Mutter ihren Sohn hinter dem Rücken der Familie? etc.

Von einer Teilnehmerin wird eine Studie angesprochen. Sie stammt aus Deutschland und wurde von einem türkischen Wissenschaftler namens „Toprak“ erstellt (näheres ist ohne Literatur nicht ermittelbar): Die Menschen der „2. Generation“ leben in zwei Kulturen und switchen je nach Kontext zwischen den jeweils gültigen Normen und Verhaltensweisen. Es wird festgestellt, dass dieses switchen bei Vorliegen einer Suchterkrankung nicht mehr möglich ist, was sehr häufig zu innerfamiliären Problemen führt.

In einer lebhaften Diskussion wird anschließend folgendes Spannungsfeld ausgelotet: Auf der einen Seite steht der Anspruch an kultursensibles Arbeiten, während andererseits die Gefahr von Stereotypisierung und „Schubladisierung“ droht. Ein möglicher Ausweg besteht wiederum in der Aufnahme eines offenen Dialoges – auch über kulturelle Inhalte. Der/die Betroffene weiß meist selbst sehr genau, was für ihn oder sie Gültigkeit hat. Dennoch kann eine grundsätzliche Einschulung in Fragen der do's and don't's als Orientierungshilfe sehr nützlich sein.

Eine Grenze findet dieser Dialog allerdings dort, wo es sich um klare gesetzliche, soziale oder ökonomische Diskriminierungen handelt, da diese allein durch die Methoden der sozialen Arbeit nicht behoben werden können -> politische Mitwirkung in Richtung Antirassismus und Antidiskriminierung ist ebenfalls erforderlich.

#### Literatur

- Büttner, Christian et al(Hg.)(1998): Brücken und Zäune: Interkulturelle Pädagogik zwischen Fremdem und Eigenem. Gießen
- Ethnopschoanalyse Band 5(1998) : Jugend und Kulturwandel. Frankfurt 1998
- Barkowski, Hans/ Hirtenlehner, Maria(Hg.): Kulturen in Bewegung. Edition Volkshochschule, Alpha und Beta Verlag.
- Domenig, Dagmar(2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern
- Lessing, Alfred et al(Hg.) (1999), Handbuch interkultureller Suchthilfe. Giesen
- Hurrelmann, Klaus et al(Hg.)(2000): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen

## Workshop: Jugend und Cannabis

Mag. Alexander Eggerth, Mag.<sup>a</sup> Susanne Weissenböck (beide VWS ChEckiT!)

### Auszüge aus dem Input der beiden ReferentInnen

#### Lebenszeitprävalenz

- 39 % der 15-29 jährigen (FSW/IFES 2003)
- 59 % der 12-25 Jährigen (X-Sample/Graz 2002)
- 82 % der Befragten (Median = 18 Jahre) von Großtechnoveranstaltungen (ChEck iT! 2003)
- 44 % der SchülerInnen („Bekifft in der Schule“, Hamburg 2001/02)
- JedeR fünfte EuropäerIn zwischen 15 und 64 Jahren (50 Millionen Menschen) (RNFF 2002)

#### 30 Tage-Prävalenz

- 5 % der 15-29 jährigen (FSW/IFES 2003)
- 20 % der 16-19 jährigen (Kraus & Augustin, Deutschland 2001)
- 62 % der Befragten (Median 18 Jahre) von Großtechnoveranstaltungen (ChEck iT! 2003)
- JedeR Fünfte bezeichnet sich als aktuelleR KonsumentIn („Bekifft in der Schule“, Hamburg 2001/02)

#### Funktion des Cannabiskonsums

- entwicklungspsychologische Funktion
  - Verbote verletzen als Entwicklungsschritt
  - lustvolles Kämpfen gegen ein Verbot
  - Neugierde am Experimentieren
- Zugehörigkeit/Lifestyle
  - unterstützendes Element bei Positionsfindung in Gruppe
  - Verstärkung eines Zusammengehörigkeitsgefühl („Saufen gegen Links – Kiffen gegen Rechts“, FunSportlerInnen, HipHop)
- Bewusstseinerweiterung/Hedonismus
  - Bedürfnis nach Grenzerfahrung und Ekstase
- kompensatorische Funktion
  - Mut „anrauchen“
  - Entspannung
  - Belohnung
  - Kompensation von Unlust
  - Steigerung der Arbeitsleistung
  - Alltag erträglicher machen
- Selbstmedikation

#### Inhaltsstoffe

- psychoaktiver Wirkstoffe: THC (Tetrahydrocannabinol)
- 60-80 andere Cannabinoide
- ca. 400 andere nachgewiesene Stoffe
- diverse Verunreinigungen
- kein Aufwärtstrend der THC-Konzentration in Europa (Ausnahme: Niederlande 16%)
- über viele Jahre hinweg stabil: 6-8%
- hin und wieder Proben mit höheren THC-Konzentrationen (Indoor-Züchtungen) (letzte drei Zahlen aus: EMCDDA(2004: An Overview of Cannabis Potency in Europe)
- neuste Studien zeigen Anstieg bei Marihuana, nicht aber bei Haschisch

#### Wirkmechanismen ([www.jellinek.nl/brain](http://www.jellinek.nl/brain))

- THC im Gehirn
  - „imitiert“ Neurotransmitter Anandamid
  - erhöht indirekt Freisetzung von Dopamin (über GABA Neurotransmitter)
- Abhängigkeitspotential
  - körperlich: gering
  - psychische Abhängigkeit bei problematischem Konsum
  - KonsumentInnen weisen in der Regel psychische und soziale Hintergrundproblematiken auf
- körperliche Abhängigkeit
  - Entzugssymptome (umstritten), z.B.: innere Unruhe, Zittern, Reizbarkeit, Angst, Schlafstörungen, Schwitzen & übermäßiger Speichelfluss, verminderter Appetit & Gewichtsverlust, Übelkeit (Wiesbeck et al. 1996; Smith 2002)

- Toleranzbildung: Trifft nicht zu, da nicht die Dosis/Menge gesteigert wird, sondern die Konsumfrequenz. (Coffey et al. 2002)
- psychische Abhängigkeit
  - Zwang, bestimmte Substanzen zu konsumieren
  - verminderte Kontrolle über Menge, Beginn und Ende des Konsums
  - starke Vernachlässigung anderer Interessen
  - Reduktionswunsch bzw. Kontrollversuch
  - anhaltender Konsum trotz negativer Folgen

#### Studien zur Abhängigkeit

- 6 % aller CannabiskonsumentInnen (DSM-IV; Tossmann 2004)
- 2 % aller CannabiskonsumentInnen bzw. 6 % der aktuellen KonsumentInnen (DBDD 2003)
- 2 % aller aktuellen KonsumentInnen -> ausschließlich Cannabis
  - Anteil der Abhängigen steigt, wenn weitere Substanzen konsumiert werden -> bis zu 20%
  - 23 % aller aktuellen KonsumentInnen bezeichnen sich selbst als abhängig (DSM IV; Kleiber & Soellner 1998)

#### Mögliche Wirkungen

- akute Wirkung – klingt wieder ab
- chronischer Konsum führt zu bis zu 3 Wochen eingeschränkten kognitiven Funktionen
- 12-15 Lebensjahre wichtiger Entwicklungsprozess visuelles System: visuelle Informationsverarbeitung kann lebenslang verändert bleiben (Thomasius)
- Auslöser: „THC kann bei Personen, die vorbelastet sind, Schizophrenie frühzeitig auslösen.“ Besser: Multifaktorielles Erklärungsmodell: Psychiatrische Erkrankungen haben unterschiedlichste Ursachen.

#### Die meisten Studien kommen zu dem Schluss, dass

- Cannabis bei vulnerablen Personen den Beginn einer Schizophrenie beschleunigt (Sensitivitätshypothese)
  - Cannabis-Konsum sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt
  - psychotische Störungen zu verstärktem Cannabiskonsum führen (Selbstmedikation)
- vgl. z.B.: Degenhardt L./Hall W.(2002): Cannabis and Psychosis, in: Curr Psychiatry Rep 4(3):191-196.

#### „Substanz induzierte psychotische Störung“ (f12.5, DSM-IV-Manual)

- Beginn während oder innerhalb 2 Wochen nach Substanzgebrauch
- Angstzustände, wahnhaftige Elemente, Halluzinationen, illusionäre Verkennungen (Dauer länger als 48 Stunden)
- Dauer der Störung nicht länger als 6 Monate

#### Konsumtypen: CannabiskonsumentInnen sind eine heterogene Gruppe!

- Probier- und ExperimentierkonsumentInnen
  - Cannabiskonsum als jugendtypisches Verhalten
  - Funktion: Bewältigung von Entwicklungsaufgaben
  - Einflussfaktoren: spezifische soziale Netzwerke/Peergroup, Vorbilder, Image des Cannabis
  - Konsumbeendigung durch Wechsel des sozialen und räumlichen Umfeldes
  - Konsummuster: bis zu fünfmaliger Konsum
- GelegenheitskonsumentInnen
  - ist an spezifische Gelegenheiten geknüpft
  - findet ausschließlich mit FreundInnen und auf Parties statt
  - Motive: Steigerung des Wohlbefindens – Verstärken positiver Gefühle
  - Konsummuster
    - Konsumhäufigkeit von mehr als 20 mal Lebenszeitprävalenz (Bayerische Staatskanzlei)
    - im Durchschnitt weniger als 1x pro Woche
    - geringe Konsumfrequenz: 1,7x pro Tag
    - Konsummenge: 4,4 Gramm pro Monat
    - vergleichsweise geringe Erfahrungen mit illegalen Substanzen
- GewohnheitskonsumentInnen (gewohnheitsmäßige IndividualkonsumentInnen, gewohnheitsmäßiger Freizeitkonsum, gewohnheitsmäßiger Dauerkonsum)
  - wenig abstinente FreundInnen
  - stark funktionsorientierter Konsum
    - Vermeidung negativer Gefühle
    - Selbstmedikation
  - Konsummuster
    - mehrmals täglich (bis zu 3,4x)

- fast täglicher Konsum (an mindestens 26 Tagen im letzten Monat) (Tossmann 2004)

#### Definition problematisches Konsumverhalten

- regelmäßiger und/oder
- hochfrequenter Konsum und/oder
- Konsum hoher Dosen und/oder
- Mischkonsum und/oder
- funktioneller Konsum (Selbstmedikation)

#### Literatur

- Rippchen, Ronald/Hai, Hainer (2002): Hanf Handbuch. Grüner Zweig
- Morgan, John P. et al(2004): Cannabis Mythen – Cannabis Fakten. Nachtschatten Verlag
- Kleiber, Dieter et al(1998): Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa Verlag
- Gassmann, Raphael(Hg.)(2004): Cannabis – neue Beiträge zu einer alten Diskussion. Lambertus Verlag
- Möller, Christoph(Hg.)(2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Vandenhoeck & Ruprecht
- Rätsch, Christian(1998): Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen. AT Verlag
- Barth, Amon(2005): Breit. Mein Leben als Kiffer. rororo Verlag

#### Internet

- [www.CheckYourDrugs.at](http://www.CheckYourDrugs.at)
- [www.acmed.org](http://www.acmed.org) (FAQ zu Gesundheitsschäden)
- [www.maps.org/mmj/](http://www.maps.org/mmj/) (Studien)
- [www.cannabismedizin.at](http://www.cannabismedizin.at) (arzneiliche Verwendung in Österreich)
- [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) (Kiffertest)
- [www.erowid.org](http://www.erowid.org) (Infos zu diversen Substanzen)

## **Workshop: Deine, meine, unsere KlientInnen: Möglichkeiten der Kooperation im Interesse aller Beteiligten**

DSA Herta Staffa (MAG ELF), DSA Eveline Holzmüller (MAG ELF)

### **Workshopbericht**

Die Kooperation zwischen allen beteiligten HelferInnen ist nicht zuletzt in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen von großer Bedeutung, verläuft aber keinesfalls immer nach Wunsch. Diese Feststellung entsprach auch den Erfahrungen der Workshop-TeilnehmerInnen aus den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern.

Wenn alle Beteiligten mit den wichtigsten Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit wie Verschwiegenheitspflicht, Meldepflicht und Datenschutz vertraut sind, ist meist schon viel gewonnen. In Kleingruppen wurden vorerst Erfahrungen ausgetauscht, sowie persönliche Haltungen und Zugänge diskutiert. Schließlich wurde auch den eigenen Erwartungen und „Schmerzgrenzen“ auf den Grund gegangen. Klare Regelungen, Grenzen und Rollenverteilungen, Verständnis für unterschiedliche Sichtweisen und Arbeitsaufträge, verständliche Kommunikation, übersichtliche Dokumentation, Wertschätzung und Durchhaltevermögen, eine gute Fehler- und Konfliktkultur, ... Gemeinsam haben wir überlegt, wie diese und andere Eigenschaften, Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zum Gelingen einer guten Kooperation beitragen können. Einig waren sich die Workshop-TeilnehmerInnen darin, dass bereits erlebte gute Vorerfahrungen in der Zusammenarbeit auch künftige Kooperationen erleichtern. Jegliche Form des Informationsaustausches vor dem eigentlichen Krisenfall trägt dazu bei, die Aufgaben der einzelnen Einrichtungen zu verdeutlichen, künftige KooperationspartnerInnen besser kennen zu lernen und besser einschätzen zu können.

### **Zwischen Verschwiegenheit, Datenschutz und Meldepflicht – Auszüge aus relevanten Gesetzen**

Verschwiegenheitspflicht nach § 9 Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG)

§ 9 Soweit gesetzlich nicht anderes bestimmt ist, sind die in der freien Jugendwohlfahrt tätigen Personen zur Verschwiegenheit über alle ihnen ausschließlich aus dieser Tätigkeit bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet. Unter die Verschwiegenheitspflicht fallen alle personenbezogenen Umstände, welche die betreuten Personen, deren Familien oder Dritte betreffen

§ 37 JWG – Mitteilungspflicht

(1) Die Behörden, besonders soweit sie für die Einrichtungen zur Betreuung und zum Unterricht von Minderjährigen zuständig sind und die Organe der öffentlichen Aufsicht haben den Jugendwohlfahrtsträgern alle bekannt gewordenen Tatsachen mitzuteilen, die zur Vollziehung der Jugendwohlfahrt erforderlich sind.

(2) Ergibt sich für in der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufes sowie für in der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, die auf Grund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind der Verdacht, dass Minderjährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind, haben sie, sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Kindeswohles erforderlich ist, dem Jugendwohlfahrtsträger Meldung zu erstatten.

Ärztegesetz, 2. Ärztegesetz-Novelle

§ 54 – Anzeigepflicht

(4) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten ...

(5) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

(6) In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs. 5 (in denen sich für den Arzt der Verdacht ergibt, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist), hat er überdies unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten.

Eine schwere Körperverletzung nach dem Strafgesetzbuch liegt dann vor, wenn die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge hat oder die Verletzung oder Gesundheitsschädigung an sich schwer ist. An sich schwer ist eine Körperverletzung etwa dann, wenn ein

wichtiges Organ oder Körperteil betroffen oder der Heilungsverlauf ungewiss ist, weiters die Gefährlichkeit des Zustandes an sich.

#### Strafprozessordnung

§ 84. (1) Wird einer Behörde oder öffentlichen Dienststelle der Verdacht einer von Amts wegen zu verfolgenden strafbaren Handlung bekannt, die ihren gesetzmäßigen Wirkungsbereich betrifft, so ist sie zur Anzeige an eine Staatsanwaltschaft oder Sicherheitsbehörde verpflichtet.

(2) Keine Pflicht zur Anzeige nach Abs. 1 besteht,

\* wenn die Anzeige eine amtliche Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf, oder

\* wenn und so lange hinreichende Gründe für die Annahme vorliegen, die Strafbarkeit der Tat werde binnen kurzem durch schadensbereinigende Maßnahmen entfallen.

(2a) Die Behörde oder öffentliche Dienststelle hat jedenfalls alles zu unternehmen, was zum Schutz des Verletzten oder anderer Personen vor Gefährdung notwendig ist; erforderlichenfalls ist auch in den Fällen des Abs. 2 Anzeige zu erstatten.

(3) Die Anzeigepflicht der Sicherheitsbehörde bleibt unberührt.

§ 152 (1) Von der Verbindlichkeit zur Ablegung eines Zeugnisses sind befreit:

Z 3 StPO: Personen, die zur Zeit ihrer Vernehmung das vierzehnte Lebensjahr noch nicht zurückgelegt haben und durch die dem Beschuldigten zur Last gelegte strafbare Handlung verletzt worden sein könnten, sofern die Parteien Gelegenheit hatten, sich an einer vorausgegangenen gerichtlichen Vernehmung zu beteiligen. (§§ 162a, 247)

Z 5: Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen, Bewährungshelfer, eingetragene Mediatoren nach dem Zivilrechts-Mediations-Gesetz, BGBl I Nr. 29/2003, sowie Mitarbeiter anerkannter Einrichtungen zur psychosozialen Beratung und Betreuung über das, was ihnen in dieser Eigenschaft bekannt geworden ist.

#### Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz – Zeugeneinvernahme

§ 48 : Als Zeugen dürfen nicht vernommen werden:

\* Personen, die zur Mitteilung ihrer Wahrnehmungen unfähig sind oder die zur Zeit, auf die sich ihre Aussage beziehen soll, zur Wahrnehmung der zu beweisenden Tatsache unfähig waren;

\* Geistliche darüber, was ihnen in der Beichte oder sonst unter dem Siegel geistlicher Amtsverschwiegenheit anvertraut wurde;

\* Organe des Bundes, der Länder, Bezirke und Gemeinden, wenn sie durch ihre Aussage die ihnen obliegende Amtsverschwiegenheit verletzen würden, insofern sie von der Pflicht zur Geheimhaltung nicht entbunden sind.

#### Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSGVO 2000)

##### Schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen bei Verwendung nicht-sensibler Daten

§ 8. (1) Gemäß § 1 Abs. 1 bestehende schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen sind bei Verwendung nicht-sensibler Daten dann nicht verletzt, wenn

1. eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung oder Verpflichtung zur Verwendung der Daten besteht oder

2. der Betroffene der Verwendung seiner Daten zugestimmt hat, wobei ein Widerruf jederzeit möglich ist und die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten bewirkt, oder

3. lebenswichtige Interessen des Betroffenen die Verwendung erfordern oder

4. überwiegende berechnete Interessen des Auftraggebers oder eines Dritten die Verwendung erfordern.

(2) Bei der Verwendung von zulässigerweise veröffentlichten Daten oder von nur indirekt personenbezogenen Daten gelten schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen als nicht verletzt. Das Recht, gegen die Verwendung solcher Daten gemäß § 28 Widerspruch zu erheben, bleibt unberührt.

(3) Schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen sind aus dem Grunde des Abs. 1 Z 4 insbesondere dann nicht verletzt, wenn die Verwendung der Daten

1. für einen Auftraggeber des öffentlichen Bereichs eine wesentliche Voraussetzung für die Wahrnehmung einer ihm gesetzlich übertragenen Aufgabe ist oder

2. durch Auftraggeber des öffentlichen Bereichs in Erfüllung der Verpflichtung zur Amtshilfe geschieht oder

3. zur Wahrung lebenswichtiger Interessen eines Dritten erforderlich ist oder

4. zur Erfüllung einer vertraglichen Verpflichtung zwischen Auftraggeber und Betroffenen erforderlich ist oder

5. zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen des Auftraggebers vor einer Behörde notwendig ist und die Daten rechtmäßig ermittelt wurden oder

6. ausschließlich die Ausübung einer öffentlichen Funktion durch den Betroffenen zum Gegenstand hat.

(4) Die Verwendung von Daten über gerichtlich oder verwaltungsbehördlich strafbare Handlungen oder Unterlassungen, insbesondere auch über den Verdacht der Begehung von Straftaten, sowie über strafrechtliche Verurteilungen oder vorbeugende Maßnahmen verstößt – unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2 – nur dann nicht gegen schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen des Betroffenen, wenn

1. eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung oder Verpflichtung zur Verwendung solcher Daten besteht oder
2. die Verwendung derartiger Daten für Auftraggeber des öffentlichen Bereichs eine wesentliche Voraussetzung zur Wahrnehmung einer ihnen gesetzlich übertragenen Aufgabe ist oder
3. sich sonst die Zulässigkeit der Verwendung dieser Daten aus gesetzlichen Sorgfaltspflichten oder sonstigen, die schutzwürdigen Geheimhaltungsinteressen des Betroffenen überwiegenden berechtigten Interessen des Auftraggebers ergibt und die Art und Weise, in der die Datenanwendung vorgenommen wird, die Wahrung der Interessen der Betroffenen nach diesem Bundesgesetz gewährleistet.

Schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen bei Verwendung sensibler Daten

§ 9. Schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen werden bei der Verwendung sensibler Daten ausschließlich dann nicht verletzt, wenn

1. der Betroffene die Daten offenkundig selbst öffentlich gemacht hat oder
2. die Daten in nur indirekt personenbezogener Form verwendet werden oder
3. sich die Ermächtigung oder Verpflichtung zur Verwendung aus gesetzlichen Vorschriften ergibt, soweit diese der Wahrung eines wichtigen öffentlichen Interesses dienen, oder
4. die Verwendung durch Auftraggeber des öffentlichen Bereichs in Erfüllung ihrer Verpflichtung zur Amtshilfe geschieht oder
5. Daten verwendet werden, die ausschließlich die Ausübung einer öffentlichen Funktion durch den Betroffenen zum Gegenstand haben, oder
6. der Betroffene seine Zustimmung zur Verwendung der Daten ausdrücklich erteilt hat, wobei ein Widerruf jederzeit möglich ist und die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten bewirkt, oder
7. die Verarbeitung oder Übermittlung zur Wahrung lebenswichtiger Interessen des Betroffenen notwendig ist und seine Zustimmung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
8. die Verwendung der Daten zur Wahrung lebenswichtiger Interessen eines anderen notwendig ist oder
9. die Verwendung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen des Auftraggebers vor einer Behörde notwendig ist und die Daten rechtmäßig ermittelt wurden oder
10. Daten für private Zwecke gemäß § 45 oder für wissenschaftliche Forschung oder Statistik gemäß § 46 oder zur Benachrichtigung oder Befragung des Betroffenen gemäß § 47 verwendet werden oder
11. die Verwendung erforderlich ist, um den Rechten und Pflichten des Auftraggebers auf dem Gebiet des Arbeits- oder Dienstrechts Rechnung zu tragen, und sie nach besonderen Rechtsvorschriften zulässig ist, wobei die dem Betriebsrat nach dem Arbeitsverfassungsgesetz zustehenden Befugnisse im Hinblick auf die Datenverwendung unberührt bleiben, oder
12. die Daten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist, und die Verwendung dieser Daten durch ärztliches Personal oder sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, oder
13. nicht auf Gewinn gerichtete Vereinigungen mit politischem, philosophischem, religiösem oder gewerkschaftlichem Tätigkeitszweck Daten, die Rückschlüsse auf die politische Meinung oder weltanschauliche Überzeugung natürlicher Personen zulassen, im Rahmen ihrer erlaubten Tätigkeit verarbeiten und es sich hierbei um Daten von Mitgliedern, Förderern oder sonstigen Personen handelt, die regelmäßig ihr Interesse für den Tätigkeitszweck der Vereinigung bekundet haben; diese Daten dürfen, sofern sich aus gesetzlichen Vorschriften nichts anderes ergibt, nur mit Zustimmung der Betroffenen an Dritte weitergegeben werden.

## Workshop: Neue Ansätze der Sekundärprävention

Mag.<sup>a</sup> Gabriele Wild (Sucht- und Drogenkoordination Wien Institut für Suchtprävention),  
DSA Christian Teichmann (Dialog)

### Input der ReferentInnen

Was ist überhaupt Sekundärprävention?

Das „klassische“ Präventionsmodell Caplan (1964)

- Primärprävention, d.h. gerichtet an Personengruppen, die keine besonderen Risikogruppen darstellen und/oder bei denen das Problem noch nicht aufgetreten ist
- Sekundärprävention, d.h. gerichtet an Risikogruppen und/oder Personen, bei denen das Problem existiert, aber noch nicht voll ausgeprägt ist, und an deren Umfeld
- Tertiärprävention, d.h. gerichtet an Personen, bei denen das Problem bereits voll aufgetreten ist, sowie an deren Umfeld, um die Störung zu beseitigen, zu bessern oder eine weitere Verschlechterung zu verhindern.

Sekundärprävention

... zielt auf die Identifikation und Beendigung oder Verbesserung bei Störungen, Prozessen oder Probleme zum frühest möglichen Zeitpunkt. Sie wendet sich an Personen in Lebenssituationen bzw.

Lebensverhältnissen mit deutlicher Suchtgefährdung, um die volle Problemmanifestation zu verhindern und die Betroffenen bei der Gestaltung gesunder Lebensentwürfe zu unterstützen. (Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention 2002)

Problemorientierung – Abstinenzorientierung

- Problemorientierung: präventive Arbeit mit ProbiererInnen (keine besondere „Risikogruppe“) ist Primärprävention
- Abstinenzorientierung: präventive Arbeit mit ProbiererInnen ist Sekundärprävention

Offen bleibt ...

- Was sind „Risikogruppen“?
- Was ist/wer definiert das „Problem“?
- Was ist „der frühest mögliche Zeitpunkt“?
- Was ist/woran erkennt mensch „eine deutliche Suchtgefährdung“?
- Was sind „gesunde Lebensentwürfe“?
- Welche Methoden kommen zur Anwendung?

Ebenen der Suchtprävention: Versuche der Neustrukturierung, Umbenennungsbestrebungen – Kritik des Präventionsparadigmas als defizitorientiert

- universale Suchtprävention/Lebenskompetenzförderung
- selektive Suchtprävention/ Risikokompetenz“, „Drogenmündigkeit“/„safer-use“
- indizierte Suchtprävention/„harm-reduction“

Risiko- und Schutzfaktoren

Die Wahrscheinlichkeit von Substanzkonsum und Abhängigkeit wird durch Umstände und Faktoren erhöht, die bei KonsumentInnen oder abhängigen Personen überdurchschnittlich oft angetroffen werden (z.B. Kinder aus Suchtfamilien). Gegenstück dieser Risikofaktoren sind Schutzfaktoren, welche die Risikolage vermindern.

Kritik

- quantitative Interpretation: aufgrund methodologischer Probleme umstritten
- qualitative Interpretation: nicht direkt benennbar (z.B. gutes Schulklima – Persönlichkeitsstärkung – Umgang mit Belastungen besser ...)

So what?

- Geht es in der Sekundärprävention um Drogen(aufklärung)?
- ... um Risikofaktoren?
- ... um eine bestimmte Haltung?
- ... um bestimmte Zielgruppen? (Fußballfans, PartydrogenkonsumentInnen)

Präventionsspektrum in Bezug auf Sekundärprävention

- substanzunspezifisch

- Risikokompetenz erlernen
- Selbsteinschätzung fördern
- Rituale entwickeln
- für Risikobewusstsein sensibilisieren
- für Hilfsbedarf sensibilisieren
- Konsummuster und -motive
- substanzunspezifisch
  - Information zu Substanzen & Konsumregeln
  - Safer use
  - Drug checking
  - Entkriminalisierung – spezifische Gesetzgebung

Mit wem oder was beschäftigt sich Sekundärprävention?

- auch mit Menschen, die kein ausgesprochenes Anliegen haben, etwas zu verändern
- definierten Zielgruppen
- subjektiv erlebten Problemerkahrungen
- jugendkulturellen Phänomenen
- Konsumtrends und -mustern
- Konsummotive, -funktionen, Erwartungen stehen im Zentrum

Welche Haltung/welches Selbstverständnis braucht Sekundärprävention?

- Respekt vor Ambivalenz bzgl. Konsumententscheidungen
- Ausformulierung und Reflexion beider „Waagschalen“ (Überbetonung einer Seite verlagert Aufmerksamkeit auf die andere – differenziertere Sichtweise des Konsums, differenziertere Zielfindung, damit stabilere Basis einer Veränderungsmotivation)
- Abschied von paradigmatischen Haltungen
- Konsum und Abstinenz gelten gleichermaßen
- Veränderungsmöglichkeiten realistisch abschätzen
- Risikoakzeptanz mit Ansatz zur Minderung von Schaden
- akzeptierende Grundhaltung
- schließt auch Kritik, die Auseinandersetzung mit Grenzen und die Infragestellung von Risiken nicht aus. Wichtig ist die gemeinsame Ausverhandlung von verbindlichen Regeln und Grenzsetzungen!
- kritische Konsumbegleitung
- Neugierde und Grenzerfahrungen sind wichtiger Aspekt der Identitätsfindung im Jugendalter – Drogenkonsum als „Entwicklungsaufgabe“, zunächst sinnvolle coping-Strategie/subjektiv als funktional erlebtes Verhalten

Was will Sekundärprävention?

- fundierte sachliche Informationen vermitteln
- Unterscheidungskriterien entwickeln zwischen Genuss, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit
- für riskante und weniger riskante Konsummuster sensibilisieren, mit Risiken umgehen lernen
- Selbsteinschätzung und Selbstreflexion bezüglich eigener Konsumgewohnheiten/Risikoverhalten verbessern
- selbstverantwortlichen, genussfähigen, risikobewussten und regelorientierten Umgang entwickeln und fördern
- kritischen Blick auf Funktion und Bedeutung des Konsums richten
- für Hilfsbedarf sensibilisieren und Hilfe bereitstellen

Welche Angebote macht Sekundärprävention?

- zielgruppenspezifische Angebote
- entwirft Konsumregeln
- schafft Selbsteinschätzungsmöglichkeiten
- bietet Austausch über Erfahrungen, orientiert sich an erlebten Problemen
- bietet erlebnisorientierte Alternativen (gemeinsam mit Jugendlichen entwickeln)
- macht niederschwellige, szenenahe Angebote
- stellt fundierte Suchtinformation zur Verfügung/safer-use

Was passiert konkret?

- ChEckiT in Wien
- HaLT (Deutschland): Beratung und Erlebnispädagogik für Jugendliche mit Alkoholvergiftung
- KICK: freiwillige Tests und Quiz für Fußballfans, kostengünstige Getränke-Alternativen
- Modelle: Risflecting, MOVE

### Selektive Prävention

Personen, bei denen das Problem existiert, aber noch nicht voll ausgeprägt ist. Ziel ist, eine Störung, einen Prozess oder ein Problem zum ehest möglichen Zeitpunkt zu erkennen (Problembewusstsein) und zu bearbeiten/zu ändern (Motivation).

- zielt auf Früherkennung von Krisensituationen und Frühintervention
- setzt ein, wenn erste „Symptome“ sichtbar werden
- zielt auf Risikominimierung (safer-use)

### Funktionen von Suchtmittelgebrauch

Diese helfen scheinbar/subjektiv Schwierigkeiten zu bewältigen, indem sie

- teilweise Affektkontrolle gewährleisten
- ein Ausdrucksmittel für das Selbst und sozialen Protest sind
- die Herstellung von Beziehungen begünstigen
- die Bewältigung unangenehmer Gefühle und Überwindung von Kontaktscheu ermöglichen
- Kreativität und Abenteuer schaffen
- Konzentration und Zugehörigkeit zulassen

### Funktionalität von Drogenkonsum – Bewältigungsverhalten

- bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen, Unabhängigkeit von Eltern demonstrieren
- gewollte Normverletzung
- demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens
- Zugangsmöglichkeit zu Freundesgruppen
- Teilhabe an subkulturellen Lebensstilen
- Mittel der Lösung von frustrierendem Leistungsversagen
- Notfallreaktion auf psychische Entwicklungsstörungen
- Bewältigung von psychischen Problemen in eigener Regie
- Ausdruck persönlichen Stils
- Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
- exzessiv-ritualisiertes Verhalten, Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht
- Veränderung der sexuellen Genussfähigkeit
- Spaß haben und genießen

### Erwartungen

Die Wirkung einer Substanz ist in hohem Maß von Erwartungen bzgl. ihrer Wirkung beeinflusst. Brown (1993): allein der Glaube, ein alkoholisches Getränk zu konsumieren, führt zu vermehrtem Trinken, zur Abnahme von sozialer Angst, zur Zunahme von sexuellem Interesse, zur Zunahme von Aggression und zur Beeinträchtigung psychomotorischer Leistungen → positive Wirkungserwartungen sagen in prognostischen Untersuchungen den Drogenkonsum zu einem späteren Zeitpunkt voraus.

### Mythen und fehlerhafte Annahmen

Jugendliche neigen dazu, den Konsum von Suchtmitteln unter Gleichaltrigen zu überschätzen. Diese falschen Annahmen beeinflussen das eigene Konsumverhalten im Sinne einer Konsumsteigerung

### Grundprinzipien für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen

- Der Kontakt mit Suchtmitteln bzw. Risikoverhalten kann viele Ursachen haben (Neugier, Gruppendruck, Probleme etc.) und führt nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit.
- Beratung mit KollegInnen und gegebenenfalls mit Fachleuten aus Beratungsstellen
- Das Gespräch mit dem/der Betroffenen suchen und offen über Beobachtungen reden
- Vorwürfe, Drohungen sowie vorschnelles, unüberlegtes Handeln vermeiden und Ängste und Phantasien als solche deklarieren
- frühe Hilfe ermöglicht Handlungsspielräume und kann gesundheitserhaltend sein

### Suchtprävention mit Jugendlichen

- Risiken und positive Seiten/Funktionen von Konsum wahrnehmen
- klare Vereinbarungen mit TrägerInnen
- rechtliches Grundlagenwissen (z.B. Jugendschutzgesetz, strafbare Handlungen nach dem SMG, wann müssen Eltern informiert werden, Anzeigepflicht, Aufsichtspflicht usw.)
- klare, begründete Regeln schaffen Orientierung und Sicherheit im Umgang miteinander. Diese sollten den Kindern/Jugendlichen bekannt sein. Welche Regeln gelten für die MitarbeiterInnen?
- kritisches Hinterfragen eigener Konsumgewohnheiten
- Ressourcen und Grenzen kennen – Unterstützung holen oder weiterleiten

### Umgang mit KonsumentInnen im öffentlichen Raum

- BetreuerInnen sind im Park/öffentlichen Raum GästInnen in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen
- frühzeitige Hinweise auf (problematischen ) Konsum (Signale) ernst nehmen und nicht tabuisieren
- Es gibt keine „Risikogruppen“, sondern sensible Lebensübergänge und Lebensverhältnisse (die allerdings kritisch zu betrachten sind!)
- Stigmatisierung und Ausgrenzung vermeiden (Ausfall von bestehenden sozialen Bezügen ist suchtfördernd)
- Bereitschaft der Jugendlichen zur kritischen Hinterfragung ihrer eigenen Konsumgewohnheiten fördern, z.B. durch Reflexion der eigenen Konsumgewohnheiten, sich als GesprächspartnerIn anbieten und aktive Präsenz zeigen (z.B. bei Prahlerei über Konsum einmischen). BetreuerInnen können ihre eigene Person als Reflexionsfläche anbieten. Wichtig ist dabei, authentisch zu bleiben.

### **Ergebnisse aus den Kleingruppen**

Was kann die Suchthilfe in der Sekundärprävention leisten?

- Informationsvermittlung (z.B. zu safer-use, Substanzen, Einrichtungen, ...)
- Bewusstsein wecken für die Bereitschaft zur Selbstreflexion und das Erkennen des Transportierens von Haltungen
- Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit den Zugang zu Einrichtungen erleichtern und die Hemmschwelle zu Suchteinrichtungen senken.
- Vernetzung
- freizeit- und erlebnispädagogische Angebote speziell für MissbraucherInnen

Was kann die Jugendwohlfahrt(-arbeit) in der Sekundärprävention leisten?

- Keine Ergebnisse, da ein reger Erfahrungsaustausch über den Arbeitalltag stattfand.

Welche Anforderungen an die Kooperation von Jugendwohlfahrt (-arbeit) und Suchthilfe gibt es?

- Fokus auf die KlientInnen setzen!
- Kennen lernen von Institutionen! – Was gibt es?
- Austausch über persönliche Kontakte! – Wer sind die handelnden Personen und AuftraggeberInnen?
- Klärung der Erwartungen und Akzeptieren der Kompetenzen der KooperationspartnerInnen!
- Klarheit über Zuständigkeit, Zieldefinitionen, Arbeitsauftrag, Haltungen, ...!
- Beachtung/Diskussion der Datenschutzproblematik!
- Öffentlichkeitsarbeit!

### **Anhang: Institut für Suchtprävention (ISP)**

Ziele

- Förderung der Auseinandersetzung mit den Ursachen von Sucht, Bewusstseinsbildung
- Vernetzung, Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität der bestehenden suchtpreventiven Angebote
- Sensibilisierung für Suchtvorbeugung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- Nutzung vorhandener Hilfsangebote fördern

Grundprinzipien

- Zielgruppenorientierung, Einbezug von Risikogruppen
- affektive Verhaltensprävention, Förderung von Lebens- und Risikokompetenz
- Kombination suchtmittelspezifischer und -unspezifischer Ansätze
- wissenschaftlicher Fundierung und Nachhaltigkeit
- Qualitätssicherung und Evaluation

Angebote

- Information und Weiterbildung für MultiplikatorInnen und Präventionsfachkräfte, Fachbibliothek
- Wissenstransfer und Vernetzung
- Projektentwicklung und -implementierung (Pilot- und Modellprojekte, keine operative Durchführung)
- Entwicklung/Adaptierung von Informations- und Arbeitsmaterialien

Finanzförderung suchtpreventiver Projekte (anteilige Kostenübernahme)

- für ganz Wien und alle Settings, hauptsächlich genutzt von: Schulen, dann Betrieben und Kindergärten
- Kriterien sind innovativer Charakter, wirksame Methoden, nachhaltige Umsetzung
- fachliche Begutachtung wird immer erstellt

## **Workshop: Wie kann die Jugendwohlfahrt präventiv arbeiten?**

Mag.<sup>a</sup> Tina Deutenhauser (Dialog), Wolfgang Bäcker (MAG ELF)

### **Workshopbericht**

Beginn des Workshops mit prinzipiellen Klärungen der Begriffe und Inhalte von Jugendwohlfahrt und Prävention bzw. Suchtprävention.

In Bezug auf die Jugendwohlfahrt wurde v.a. der Aspekt des „gesetzlichen Auftrags“ in Erinnerung gerufen. In Bezug auf die Suchtprävention wurde anhand des Klaviermodells in Verknüpfung mit den Kategorien Primär-/Sekundär-/Tertiärprävention bzw. individuelle/strukturelle Prävention verdeutlicht, was alles in dieser Begrifflichkeit steckt; die TeilnehmerInnen konnten sich danach zuordnen, in welchem Bereich sie derzeit arbeiten, aber auch in welche Richtung sie gerne verstärkt arbeiten würden.

Zur Polarisierung der Fragestellung des Workshops wurden zwei Plakate gestaltet:

**JA**, die Jugendwohlfahrt kann suchtpreventiv arbeiten, weil

- Wahlmöglichkeit der Maßnahme auch präventiv wirkt
- der Grundsatz gilt „so früh als möglich mit den geringsten Mitteln“
- der Dialog mit KlientInnen präventiv wirkt
- weil Serviceleistungen präventive Ansatzpunkte bieten
- Maßnahmen auch Prävention sind
- die Mobile Arbeit mit Familien (MAF) als Maßnahme verwendet werden kann
- der Zwangskontext hilfreich sein kann
- weil es das Angebot des Eltern-Kind-Zentrums gibt

**NEIN**, die Jugendwohlfahrt kann NICHT suchtpreventiv arbeiten, weil

- keine zeitlichen Rahmenbedingungen dafür vorgesehen sind
- wenig oder keine finanziellen Möglichkeiten vorhanden sind
- niemand der Betroffenen dahinter steht
- „wir uns Prävention nicht leisten können“
- nicht das gesamte Feld vom Amt für Jugend und Familie abgedeckt werden kann
- es keine Möglichkeiten für Beziehungsarbeit gibt
- es zu wenig Personal gibt
- Prävention keine Kernkompetenz der Jugendwohlfahrt ist
- Zwangsmaßnahmen oft nicht angenommen werden
- es an Ressourcen fehlt
- „wir viel zu wenig tun“
- viel Energie verpufft
- Prävention Klientel schafft

## Versuch einer Bilanz

Mit der zweiten gemeinsamen Arbeitstagung von Suchtkrankenhilfe, Suchtprävention und Jugendarbeit ist es gelungen, so viele KollegInnen zu erreichen, wie wir es uns niemals hätten träumen lassen. Mehr als 200 TeilnehmerInnen zeigen deutlich, wie brennend die behandelten Themen in den Augen der KollegInnen aus beiden Arbeitsbereichen sind.

Aber es sind nicht die Zahlen alleine, welche für die Qualität einer Veranstaltung sprechen. Das Engagement der ReferentInnen, die aktive Teilnahme der TeilnehmerInnen an Diskussionen und Workshops sowie die Diskussionen in den Pausen und während der Abendveranstaltung waren für den Output zumindest ebenso wichtig.

In allen genannten Bereichen hat es nicht nur heiße Diskussionen, sondern auch zahlreiche Anregungen gegeben, von denen an dieser Stelle einige wenige beispielhaft genannt werden sollen, da sie offensichtlich jene Bereiche betreffen, in welchen zahlreiche KollegInnen für die nächsten Jahre Bedarf erkennen. Dabei handelt es sich erstens um den Themenbereich Alkohol, welcher in der Vergangenheit auf Grund der Fokussierung auf illegale Substanzen stiefmütterlich behandelt wurde, aber gleichzeitig bei Jugendlichen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Weiters ist es eine der anderen Alltagsdrogen der heutigen Jugend, welcher in Folge zunehmender aus ihrem Konsum resultierender Probleme künftig noch mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden muss: Cannabis. Und schließlich wurde in einer Reihe von Diskussionen immer wieder betont, dass zahlreichen Jugendlichen, welchen eine Perspektive für die Zukunft fehlt, eine Tagesstruktur geboten werden müsse. Eine solche könne die Basis dafür legen, funktionierende individuelle Betreuungsbeziehungen aufzubauen, welche wiederum die Grundlage dafür sein können, den Teufelskreislauf von Hoffnungslosigkeit, Konsum und Sucht zu durchbrechen.

Es gibt also vieles zu tun. Wir hoffen, dass die Arbeitstagung „Aktuelle Entwicklungen in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen: Multiprofessionalität und Kooperationen“ Lust gemacht hat, sich all den genannten Problemen zu stellen und aus der sicherlich oft harten alltäglichen Arbeitsroutine heraus zu neuen Herausforderungen aufzubrechen!

An dieser Stelle wollen wir auch noch unseren Dank an die Büros von Frau Vizebürgermeisterin sowie Stadträtin für Bildung, Jugend, Information und Sport, Grete Laska, sowie Frau Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag.<sup>a</sup> Renate Brauner, und jenes des Bürgermeisters für die hervorragende Kooperation bei der Organisation des Empfangs des Herrn Bürgermeisters im Rathaus zum Ausdruck bringen. Unser ganz besonderer Dank gilt auch den KollegInnen, welche die viele unbemerkte Arbeit im Hintergrund gemacht haben, ohne die eine solche Veranstaltung niemals stattfinden könnte. Beispielhaft dafür möchten wir an dieser Stelle nennen: Andrea Blei von der Servicestelle der MAG ELF, welche mit ihrem Einsatz einen wesentlichen Beitrag zum organisatorisch reibungslosen Ablauf der Tagung leistete, die GdG, welche uns durch die Finanzierung der Veranstaltungsräumlichkeiten unterstützte, den FH Campus Wien Freytaggasse für die Mitorganisation der Workshops und nicht zuletzt „Hausi“ für seine technische Unterstützung. Herzlichen Dank!

Wien, den 29. Jänner 2007

Wolfgang Bäcker

Mag. Alexander Magnus