

# Suchthilfe in Österreich : Geschichte, aktuelle Gestaltung und Perspektiven

Autor(en): **Eisenbach-Stangl, Irmgard / Schroers, Artur**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **43 (2017)**

Heft 2-3

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800148>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Suchthilfe in Österreich: Geschichte, aktuelle Gestaltung und Perspektiven

**Die professionelle Suchthilfe hat sich als Hilfe für Alkoholranke ab Beginn des 20. Jahrhunderts im Rahmen der Psychiatrie etabliert. Ende der 1960er-Jahre wurde sie durch Einrichtungen der Drogenhilfe ergänzt, die im Rahmen der prohibitiven strafrechtlichen Drogengesetze entstanden. Die Suchthilfe ist Teil der föderal strukturierten Gesundheitsversorgung. Insbesondere im «Nahtstellenmanagement», in der Erreichung von Zielgruppen wie z. B. von älteren suchtkranken Menschen, der Verbreitung schadensmindernder Angebote und in der Wiedereingliederung sind noch Weiterentwicklungen erforderlich.**

## Irmgard Eisenbach-Stangl

Univ. Prof. Dr. Phil., Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

## Artur Schroers

Dr. Phil., Seefeldergasse 18/6, A-1220 Wien, artur.schroers@web.de

Schlagwörter: Österreich | Suchthilfe | Suchthilfesystem | Suchtpolitik |

## «Hintanhaltung» von Trunkenheit und Trinkerasye: Erste Konzepte der Suchthilfe

### Vorspiel

Die erste und einzige alkoholpräventive Massnahme in der österreichisch-ungarischen Monarchie, das Gesetz zur «Hintanhaltung der Trunkenheit» von 1877, war auf das Königreich Galizien und angrenzende Kronländer beschränkt.<sup>1</sup> Auf ein Präventionsgesetz für das gesamte österreichische Staatsgebiet konnte sich das Parlament trotz zahlreicher Entwürfe und Debatten nicht einigen. Auch ein Entwurf über «die Errichtung von öffentlichen Trinkerasyen (Trinker-Entziehungsanstalten)» von 1895, der die Massnahmen gegen die Trunkenheit ergänzen sollte, ging in den nationalistischen Konflikten unter. In diesem Entwurf wurde die Behandlungssituation in Europa und den USA einer kritischen Würdigung unterzogen, die Errichtung offener Anstalten für behandlungswillige Trunksüchtige nach Schweizer und deutschem Vorbild wurde jedoch verworfen. Die österreichische Gesellschaft war gegenüber Berausung und Berauschten tolerant, es fehlte an einer starken, Behandlungswilligkeit stützenden Anti-Alkoholbewegung. Die Errichtung von Trinkerheilanstalten als Abteilungen von Zwangsarbeitsanstalten, in die TrinkerInnen gerichtlich zwangseingewiesen und in denen sie «deterniert» werden konnten, erschien deshalb angemessener.

### Professionelle Behandlung im «Roten Wien»

Die Alkoholdebatte veränderte sich grundlegend als 1906 das allgemeine Wahlrecht eingeführt wurde und die Sozialdemokratische Arbeiterpartei (SDAP) zur stärksten Partei aufstieg. Teil der SDAP war der «Arbeiter-Abstinentenbund», die stärkste alkoholgegnerische Organisation des Landes, die Trunksucht

als Krankheit betrachtete und die «Säufer» (wie auch andere Deviante) als ihr Klientel.<sup>2</sup> Partei wie Suborganisation konnten ihre führende Position in der Ersten Republik (1918-1934) halten, ihr Programm jedoch nur im «Roten Wien» umsetzen, wo die SDAP bis zum Bürgerkrieg von 1934 die Regierung stellte. Hier wurde das erste professionelle Behandlungssystem für Alkoholranke aufgebaut: Es bestand aus einer ärztlich geleiteten Trinkerheilstätte mit 84 Betten, die als Abteilung der Irrenanstalt geführt wurde und aufgrund ihres guten Rufes rasch eine steigende Zahl freiwilliger PatientInnen aus dem In- und Ausland anzog. Im Selbsthilfeverein «Zukunft» gestalteten erfolgreich Behandelte und ihre Angehörigen alkoholfreie Freizeit. Die «Trinkerfürsorge» des Gesundheitsamtes der Stadt sorgte für ambulante Beratung und Betreuung, eine Aufgabe, für die sich auch die Polizei zuständig fühlte: In 20 Bezirkskommissariaten wurden Fürsorgestellen errichtet, in denen die Polizei TrinkerInnen, die gegen Polizeigesetze verstossen hatten, «Betreuung statt Strafe» angedeihen liess. In den übrigen Bundesländern wurden TrinkerInnen von den lokalen Abstinenzvereinen betreut, deren unterschiedliche politisch-kirchliche Affiliationen die «Trinkerrettung» prägten.<sup>3</sup>

### Wiederaufbau und Expansion nach 1945

Der Bürgerkrieg von 1934 beendete das Wiener Projekt: Die SDAP und ihre Organisationen wurden verboten, die Behandlungseinrichtungen für Trinker geschlossen. Beim (Wieder)Auf- und Ausbau nach Ende des Zweiten Weltkrieges trat das Team der psychiatrischen Klinik der Universität Wien hervor: Ermutigt durch zwei Innovationen in der Suchtbehandlung - Antabus und Gruppentherapie - und unterstützt durch die Krankenkassen, die Alkoholismus als Krankheit anerkannten und die Behandlungskosten übernahmen. 1961 wurde die erste «Offene Anstalt» für Behandlungswillige in Wien-Kalksburg eröffnet. Sie wurde in den folgenden Jahrzehnten ausgebaut und stand für die ab 1970 in anderen Bundesländern errichteten Anstalten Modell. Die ambulante Betreuung wurde von der regionalen Gesundheitsverwaltung und/oder von einer stationären Einrichtung teils in Form von professionell geleiteten «Selbsthilfegruppen» durchgeführt. Seit den 1960er-Jahren wird das professionelle

Behandlungsangebot in bescheidenem Masse durch die Anonymen Alkoholiker (AA) bereichert.

### Die Drogenhilfe als Teil der Drogenpolitik

Die Suchthilfe im Drogenbereich war Teil eines speziellen Politikstranges, dessen Kern die Auskunft- und Meldepflicht regionaler und staatlicher Behörden über den medizinischen Einsatz kontrollierter Substanzen an die UN-Drogenkontrollbehörden war. Die behördliche Kooperation gewann mit der Novelle des Suchtgiftgesetzes von 1971 an Bedeutung, die das Sanktionsrepertoire für Konsum und Weitergabe von illegalen Substanzen mit «Therapie statt Strafe» anreicherte. Da nicht alle Länder genügend geeignete Einrichtungen zur Verfügung stellten, griff die Bundesregierung 1980 mit einer weiteren Novelle korrigierend ein: Einrichtungen, die «Beratung und Betreuung im Hinblick auf Suchtmisbrauch» auch für straffällige DrogenkonsumentInnen anboten, konnten «anerkannt» und vom Bund mitfinanziert werden. Die Drogenhilfe expandierte in den folgenden Jahrzehnten und die Behandlungsmethoden diversifizierten sich, was seinerseits die Ausdifferenzierung einer speziellen Drogenbürokratie auf Landes- wie auf Bundesebene förderte.<sup>4</sup> Die Drogenhilfe wurde dabei teils auch in den medizinischen Bereich (re)integriert: Betroffen ist vor allem die Substitutionsbehandlung, die nie verboten war, aber erst nach dem Erlass von 1987, mit dem sie als ärztliche Methode anerkannt wurde, in nennenswertem Mass eingesetzt wurde. In den 1990er-Jahren ging die «Ersatzdrogenbehandlung» weitgehend in den Aufgabenbereich der praktischen ÄrztInnen über, die primär mit bei KrebspatientInnen eingesetzten morphinhaltigen Arzneimitteln substituieren. Die Versorgung Inhaftierter mit Substitutionsmitteln ist jener von Suchtkranken in Freiheit angeglichen.

### Suchtprävention und Suchtkoordination: Zur Entwicklung einer Querschnittspolitik

#### *Der lange Weg zur professionellen Suchtprävention*

Wie die präventiv orientierten Gesetzesentwürfe in der Monarchie so fanden ihre Nachfolger in der Ersten Republik (1918-1934) keine parlamentarischen Mehrheiten. Die Gesetzesanträge der oppositionellen SDAP enthielten die Forderung, Fachbeiräte zur Bekämpfung des Alkoholismus auf Bundes- und Länderebene einzurichten – nicht zuletzt, um die Professionalisierung der Prävention voranzutreiben und den kirchlich geprägten Aktivitäten der alkoholgegnerischen Vereine entgegenzuwirken.<sup>5</sup> Erst 1955 wurde der «Beirat für Alkoholfragen» am Bundesministerium für Soziale Verwaltung eingerichtet, das zu dieser Zeit auch für den Gesundheitsbereich zuständig war. Da es dem Beirat sowohl an (gesetzlich verankerten) Kompetenzen wie auch an finanziellen Mitteln mangelte, um ein entsprechendes Programm auszuarbeiten und durchzuführen, blieben die präventiven Aktivitäten unabgestimmtes Stückwerk von Initiativen verschiedenster Organisationen und Behörden. Dies änderte sich nicht zum Besseren, als das Arbeitsfeld des Beirates 1971 auf illegale Drogen ausgeweitet wurde und damit auf einen Bereich, in dem die Polizei präventive Oberhoheit beanspruchte. Die Zuständigkeits- und Kompetenzkonflikte wurden durch die Suchtgiftgesetznovelle von 1980 besänftigt, durch die dem Gesundheitsminister «auf besonderen Wunsch der Drogenkoordinatoren» die Verantwortung für die «Ausarbeitung und Durchführung eines Gesundheitserziehungskonzeptes mit dem Ziel der Aufklärung über Gefahren des Suchtgiftmissbrauches» auferlegt wurde.<sup>6</sup>

Ende der 1990er Jahre war die Prävention in speziellen Einrichtungen etabliert, sie war professionalisiert und auf ein erweitertes Arbeitsfeld verpflichtet: In allen Bundesländern waren «Fachstellen für Suchtprävention» errichtet worden, die zwar

in Struktur und Ressourcen erheblich differieren, im Rahmen der Dachorganisation «Österreichische Arge Suchtvorbeugung e.V.» aber inhaltlich kooperieren und fachliche Kriterien und Standards anzugleichen suchen. Die Arbeitsschwerpunkte der Fachstellen korrespondieren mit dem gesetzlichen Auftrag: Im Mittelpunkt steht die Reduktion des Missbrauchs bzw. risikoreichen Gebrauchs illegaler Substanzen durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auf der Basis verhaltenspräventiv orientierter Interventionen. Das Konzept der «Suchtprävention» erlaubt den Fachstellen aber auch, Risikoverhalten bei legalen Suchtmitteln wie teils auch Verhaltensauffälligkeiten und Gewalt im öffentlichen Raum in die Arbeit einzubeziehen.<sup>7</sup> Das professionelle Selbstverständnis der Präventionsfachleute wie die von ihnen eingesetzten Methoden sind der Gesundheitsförderung verpflichtet («gesundheitsfördernde Prävention»)<sup>8</sup>. Obwohl die Fachstellen die Expertise in Präventionsangelegenheiten an sich ziehen konnten, haben sie keine Monopolstellung: «Grossprojekte» wie etwa Bevölkerungskampagnen sind nach wie vor Sache der Länder und/oder des Bundes.

#### *Auch die Drogenverwaltung ist Aufgabe der Länder*

Suchtprävention wie Drogenhilfe insgesamt werden auf Länderebene gestaltet, auf der Grundlage von Sucht- und Drogenkonzepten, die durch die Drogenkoordinationen umgesetzt werden. Die mit unterschiedlichen Strukturen, Kompetenzen und Ressourcen ausgestatteten Drogenkoordinationen haben den rechtlichen Status einer Behörde, im Einzelfall jedoch auch den einer privaten Gesellschaft mit öffentlichem Auftrag.<sup>9</sup> Neben der Koordination der Drogenhilfe obliegt ihnen die Öffentlichkeitsarbeit und die Mitarbeit bei Sucht- und Drogengremien, so v.a. am «Bundesdrogenforum», das vor wenigen Jahren für die Abstimmung der Sucht- und Drogenpolitik der Länder gegründet wurde und zweimal pro Jahr zusammentritt. Das Forum wird durch die Bundesdrogenkoordination einberufen, der jeweils ein Bundeskoordinator aus dem Gesundheits-, Justiz- und Innenressort angehört. Da das Bundesministerium für Gesundheit für die Umsetzung des Suchtmittelgesetzes zuständig ist, obliegt dem Koordinator dieses Ressorts die Leitung.

#### *Vor- und Nachteile einer föderalen Drogenpolitik*

Die österreichische Drogenpolitik beruht auf einer einheitlichen gesetzlichen Basis – dem Suchtmittelgesetz (vor 1998: Suchtgiftgesetz) mit dem Status eines Nebengesetzes des Strafrechts – und auf den Sucht- und Drogenstrategien der neun Länder, die präventive wie kurative Massnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich ordnen. Die föderale Drogenpolitik verleiht Österreich in Europa einen Sonderstatus,<sup>10</sup> den die kürzlich vom Gesundheitsministerium veröffentlichte erste «Österreichische Suchtpräventionsstrategie»<sup>11</sup> nicht bereinigen konnte: Sie beruht auf einer Befragung von ExpertInnen aus dem Suchtbereich (Delphi-Studie),<sup>12</sup> bei der die Sucht- und DrogenkoordinatorInnen der Länder gehört wurden, bei deren Ausarbeitung aber weder die gewählten VertreterInnen der Landesregierungen noch VertreterInnen des Innen- und des Justizressorts einbezogen waren. Das Innenressort hatte überdies kurz davor eine eigene neue «Anti-Drogenstrategie» vorgestellt, in der es (verstärkte) Mitarbeit bei der «primären» und «sekundären» Suchtprävention ankündigte und sich auch kritisch zur Substitutionsbehandlung äusserte.<sup>13</sup> Die bestenfalls ansatzweise ausgearbeitete nationale Drogenstrategie<sup>14</sup> ist an sich nicht als Mangel zu werten:<sup>15</sup> Massnahmen können auf regionaler Ebene präziser, innovativer, flexibler und rascher konzipiert und durchgesetzt wie auch effektiver koordiniert werden. Mangel ist jedoch dann zu konstatieren, wenn – wie in Österreich – trotz gegebener «Nahtstellen» für Austausch, Abstimmung und Integration kontroverse,



mit parteipolitischen Grundsätzen amalgamierte Sucht- und Drogenkonzepte auf regionaler Ebene wirksam werden und die Versorgung Suchtkranker – ungleich – gestalten. So etwa bei der Ersatzdrogenbehandlung, der sich die ÄrztInnenschaft in der Mehrzahl der Bundesländer weitgehend verweigert, die in Wien jedoch so grosszügig angeboten wird, dass Suchtkranke dorthin migrieren. Bruchlinien sind aber nicht nur in den Suchtstrategien der Länder und zwischen Ländern und Bund auszumachen, sondern auch zwischen zuständigen Ressorts auf nationaler Ebene. Auf die mangelnde Kooperation zwischen Drogenhilfe und Polizei, die ihre präventive Arbeit in den letzten Jahren reformiert hat, wird noch einzugehen sein.

### **Kooperationen auf intra- und interprofessioneller Ebene**

#### *Einrichtungen für Alkoholranke*

Wie der Status von Alkoholkranken in der medizinischen Versorgung so ist auch der Status der psychiatrischen Sondereinrichtungen, in denen sie ambulant wie stationär betreut werden, am unteren Ende einer intramedizinischen Prestigeskala anzusiedeln. Dennoch sind die Sondereinrichtungen mit allen Bereichen der medizinischen Versorgung vernetzt und ist intramedizinische Kooperation Teil des Arbeitsalltags. Als lange etablierter Teil der medizinischen-psychiatrischen Versorgung arbeiten die Sondereinrichtungen auch mit anderen (staatlichen) Versorgungsbereichen – etwa mit Einrichtungen der Sozialhilfe und mit der Polizei – ohne nennenswerte Konflikte zusammen. Bei den – seltenen – Gesetzesvorhaben, die die Versorgung Alkoholkranker betreffen, werden mit der Behandlung vertraute PsychiaterInnen als ExpertInnen gehört.

#### *Einrichtungen der Drogenhilfe*

Die Drogenhilfe ist im Rahmen der regionalen Drogenkoordinationen mit Einrichtungen der Sozialhilfe vernetzt, doch variiert die Intensität und Qualität der Zusammenarbeit u. a. mit dem Ausbau beider.<sup>16</sup> Die Kooperation von Sicherheitsexekutive und Drogenhilfe wie Suchtprävention, die in den 1990er-Jahren einsetzte, hat durch die Einführung von polizeilichen Präventionsbeamten an Intensität und Qualität zugenommen: Die auf Sucht- und Gewaltprävention spezialisierten BeamtInnen stimmen ihre Arbeit mit jener der Fachstellen ab und kooperieren bei einzelnen Projekten, doch ist auch diese Zusammenarbeit informeller Natur geblieben: Sie folgt problembezogenen Absprachen auf strategischer Ebene und ist weder durch (drogen) politische Konzepte fundiert, noch ist sie von organisatorischen Anpassungen begleitet.<sup>17</sup> Die Abstimmung der polizeilichen Arbeit mit jener der – mit gesundheitsfördernden Methoden arbeitenden – Fachstellen hat Ansätze der Gesundheitsförderung gestärkt. Trotzdem ist die Kooperation zwischen Suchtprävention und Gesundheitsförderung insgesamt rudimentär geblieben: Auf Länderebene besteht sie zumeist in geglückter Abgrenzung und Arbeitsteilung zwischen beiden Arten von Einrichtungen. Kooperationen sind nur auf Bundesebene bei konzeptuellen Anliegen zu beobachten.

#### *Spaltungen in der Drogenhilfe belasten und vielfältigen Kooperation*

Die Anliegen Sucht- und Drogenkranker werden wie jene Alkoholkranker durch Professionelle aus dem Behandlungsbereich – vor allem durch ÄrztInnen – vertreten. Die Advokaten der Drogenkranken sind jedoch in suchtmmedizinisch wie par-



teipolitisch kontrovers ausgerichteten Vereinen organisiert. Während der letzten 15 Jahre wurde der drogenpolitische Dissens in Form eines teils erbitterten Streites um Substitutionsmittel (Buprenorphin und/oder Methadon versus retardiertes Morphin) und Abgabebedingungen (etwa Mitgabe an Wochenenden) ausgetragen. Das Gesundheitsministerium entschärfte den Konflikt, indem es die Entscheidungsbefugnisse von der regionalen auf die nationale Ebene verlagerte und den Einfluss der Ärzteschaft verringerte. Für das Thema Substitution ist seit 2007 nicht mehr das Drogenforum zuständig, sondern eine neu gegründete ministerielle Arbeitsgruppe, der VertreterInnen der Drogenverwaltungen der Länder angehören.<sup>18</sup> Anzumerken bleibt, dass – im Gegensatz zu europäischen Ländern wie etwa Dänemark, UK, Polen und Italien – Suchtkranke weder organisiert sind, noch bei sie betreffenden (drogen)politischen Debatten gehört werden.<sup>19</sup>

### Angebot und Struktur der Suchthilfe

#### Zielgruppen, Handlungsfelder, Angebotsschwerpunkte

Im Fokus der Suchtpolitik des Bundes und der Länder stehen häufig die Optimierung der Suchtbehandlung, der Substitutionsbehandlung und ergänzender psychosozialer Unterstützung.<sup>20</sup> Bei regionalen Unterschieden werden einige grundlegende Prinzipien verfolgt, so bspw. ein «balancierter Ansatz» zwischen Gesundheitspolitik und Massnahmen der Strafverfolgung, der mit dem Grundsatz «Therapie statt Strafe» des Suchtmittelgesetzes (SMG)<sup>21</sup> auf eine Nachfragereduzierung zielt.

Die österreichische Suchthilfe umfasst 200 spezialisierte ambulante und stationäre Einrichtungen,<sup>22</sup> die laut Suchthilfe-kompass der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)<sup>23</sup> überwiegend

ambulante und zu einem geringeren Teil stationäre Einrichtungen sind. Im erstgenannten Bereich sind deutlich mehr Einrichtungen als im letztgenanntem gleichzeitig mit Drogenproblemen, Medikamenten, Alkohol und Glücksspiel befasst. Nur wenige Einrichtungen beraten, begleiten oder behandeln zu Tabak/Nikotin.<sup>24</sup> Modellhaft ergeben sich laut der dem Strategiepapier des Bundes vorausgehenden Delphi-Studie<sup>25</sup> vier Zielgruppen der österreichischen Suchtkrankenhilfe. Dies sind:

- Abstinente mit einem geringen bis keinem Konsum psychoaktiver Substanzen und keinen Verhaltensweisen mit hohem Suchtpotential.
- Risikoarm Konsumierende, bei denen Frühinterventionen indiziert sind.
- Problemhaft Konsumierende, bei denen Massnahmen der Schadensverringering indiziert sind.
- Suchtkranke, bei denen Beratungs-, Betreuungs-, Behandlungs- und schadensmindernde Massnahmen indiziert sind.

Neben dem SMG, in dem wesentlich der Umgang mit (illegalen) psychoaktiven Substanzen und auch Interventionen der Suchthilfe geregelt sind, bestehen Länder-Jugendschutzgesetze. Diese regeln jeweils unterschiedlich den Schutz von Kindern und Jugendlichen in der Öffentlichkeit. Es zeigt sich dabei ein West-Ost-Gefälle der Bundesländer, mit strengeren Gesetzen im Westen als im Osten. Bei letzteren ist der Konsum von gebranntem Alkohol bereits mit Erreichen des 16. Lebensjahres erlaubt. In allen Ländern ist der Konsum nicht gebrannten Alkohols bereits ab dem 16. Lebensjahr erlaubt.<sup>26</sup> Zur Finanzierung der Suchthilfe in Österreich werden der Bund,

die Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherung, die in Selbstverwaltung und unter dem Dach des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger organisiert ist, herangezogen.<sup>27</sup> Der Sozialversicherung zugehörig sind auch die Länder- und Betriebskrankenkassen. Zur Höhe der öffentlichen Budgets gibt es keine aussagekräftigen Daten, da grösstenteils nicht drogenspezifisch gefördert wird. Wenn es um die Effizienz des Finanzeinsatzes im Bereich der Intervention geht, sind die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2012 zu den Kosten von «Therapie statt Strafe» interessant, nach denen die Kosten im Strafvollzug die Kosten einer Behandlung um ein vielfaches übersteigen.<sup>28</sup>

### Angebotsspektrum

Versorgungseinrichtungen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung (psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassene ÄrztInnen, Substitutionsbehandlung) sind quantitativ bedeutsam. Angebote beziehen sich sowohl auf spezielle (illegale) psychoaktive Substanzen, als zunehmend auch auf legale Substanzen und verhaltensbezogene Suchtproblematiken. Eine Trennung nach legalen und illegalen Substanzen gibt es eher im stationären Bereich.<sup>29</sup> Ergänzungen durch spezielle Angebote für Kokain- oder Cannabiskonsumierende finden sich ebenso in der Suchtberatung wie für die Gruppe der sog. Freizeitdrogenkonsumierenden (Konsum von Stimulanzien), für die es ein mobiles Drug Checking von Checkit in Wien und das stationäre Testangebot MDMA-Base-Camp in Tirol in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck gibt.<sup>30</sup>

### Zugang zum Behandlungssystem

Wem unter welchen Umständen in Österreich eine Suchtbehandlung zuteilwird, reguliert sich nicht allein durch freiwilligen Zugang, sondern auch durch gesetzliche Massnahmen des SMG wie «Therapie statt Strafe» oder durch das Mass an Schwellen zum Eintritt in das Behandlungssystem. Niedrigschwellige Massnahmen und das Angebot an Substitutionsbehandlungen erleichtern den Zuweisung zum Suchthilfesystem. Substitutionsberechtigte ÄrztInnen und Angebote qualifizierter Substitution finden sich vorwiegend im Osten und Nordosten Österreichs.

### Strafverfolgung

Der Erwerb, der Besitz, das Inverkehrbringen, die Ein- und Ausfuhr, das Überlassen oder Verschaffen von «Suchtgiften» ist in Österreich strafbar. Als Suchtgifte gelten einerseits die Substanzen Cannabis, Kokain und Opiate, die im UN-Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel aufgeführt sind, sowie LSD, Psilocybin, Amphetamin (und Derivate wie MDMA) sowie Pencyclidin. Die Nichtvollstreckung einer Suchtmittel-Anzeige durch die Strafverfolger ist das meist angewandte gesetzliche Verfahren alternativ zur Bestrafung.<sup>31</sup> In 40% der Fälle kommt es zu einer sog. diversionellen Erledigung des Strafverfahrens und 80% der Diversionsverfahren<sup>32</sup> enden mit dem Rücktritt von der Strafverfolgung. Eine zuletzt stark gestiegene Anzeigenzahl<sup>33</sup> in Folge u.a. starker Kontrolldichte<sup>34</sup> bezog sich überwiegend auf Cannabis.<sup>35</sup> Die Begutachtungen gemäss § 35 SMG und darauf folgende gesundheitsbezogene Massnahmen erhöhen massgeblich den Zugang zum Suchthilfesystem - allerdings mit grossen regionalen Unterschieden bzgl. Begutachtungsanzahl und -ergebnis.<sup>36</sup>

### Stellung von Wissenschaft & Forschung

Während die allgemein-medizinische und psychiatrische Suchtforschung in Österreich in geringem Umfang an Hochschulen stattfindet, sind epidemiologische Untersuchungen bei der

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) verortet. Bei der GÖG ist die Nationale Drogenbeobachtungsstelle (seit 1995) angesiedelt, die 2015 mit dem Kompetenzzentrum Sucht fusionierte. Dort werden zumeist epidemiologische Forschungen, Daten- und Massnahmenanalysen sowie anwendungsorientierte und empirische Forschungen bei illegalen und neuerlich legalen psychoaktiven Substanzen und Spielsucht durchgeführt. Neben der öffentlichen Forschungsfinanzierung (auch von der EU) spielt die von der Glücksspiel- und Pharmaindustrie geförderte Forschung z.T. in Zusammenschluss mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger eine Rolle. Repräsentative Bevölkerungsbefragungen werden in einigen Bundesländern im Rahmen eines sog. Drogen- und Suchtmittelmonitorings regelmässig durchgeführt. Auf Bundesebene finden Bevölkerungsumfragen und die Beteiligung an internationalen Untersuchungen statt.<sup>37</sup>

## Aktuelle Herausforderungen

### Aktuelle Entwicklungen

In einigen Bundesländern (z.B. in der Steiermark) kann eine Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für Suchtkranke beobachtet werden.<sup>38</sup> Die in einem sektoral übergreifenden interdisziplinären Behandlungssystem bestehende multiprofessionelle Personalzusammensetzung und die damit einhergehende Notwendigkeit eines gemeinsamen Verständnisses bei den verschiedenen ProfessionsvertreterInnen erfordern den verstärkten Einbezug von Suchtthemen in deren Ausbildung. Die Zusammenarbeit<sup>39</sup> und Angebotsvernetzung wird somit erleichtert. Eine integrierte Versorgung kann jedoch nicht immer gewährleistet werden. Insbesondere an den Nahtstellen im Suchthilfesystem und mit angrenzenden Gesundheitsbereichen kommt es offensichtlich zu Abstimmungsschwierigkeiten, einem Mangel an Behandlungsstrukturen und verbindlichen Kooperationsvereinbarungen, daraus folgender Kostensteigerung und Störung der Koordinationstätigkeit.<sup>40</sup>

### Herausforderungen an das Suchthilfesystem

Mit rückläufigen Zahlen bei weitestgehend angemessener Versorgung des Klientels zählen opiatgebrauchende Menschen jedoch weiterhin zu den AdressatInnen der Suchthilfe. Methamphetamin, Mephedron oder neue psychoaktive Substanzen sind zahlenmässig nicht so bedeutend. Weiter sind die sehr hohen HCV-Infektionsraten bei I.V.-Drogenkonsum und Anzeigenerhöhung bei Cannabis bedenkenswert. Wenn sich die Suchthilfe kurzfristig stark damit zu befassen hat, braucht es mittelfristig alternative Regulierungsmodelle bei Cannabis. Schadensminderung durch Behandlung und sterile Spritzenvergabe in Haft, Peer-Naloxon-Programme und die Verbesserung des Haftentlassungsmanagements könnten zukünftig die Infektionsrate und die Rate drogenbezogener Todesfälle senken. Für ältere Suchtkranke sind ebenso auf ihre Lebenssituation hin adaptierte Suchthilfeangebote erforderlich. Weiter wird das Erfordernis einer Standardisierung der Suchthilfe und Prävention gesehen.<sup>41</sup> Die nicht-fakultative Anwendung etwa von EMCDDA-Qualitätsstandards<sup>42</sup> und EDDRA-Best-Practice-Portalen würde die Qualitätsentwicklung von Präventionsmassnahmen erhöhen und das Profil der österreichischen Suchtprävention stärken.

### Ältere Suchtkranke

Gerade in der letzten Dekade tritt die Zielgruppe der älteren, Opiatkonsumierenden in den Fokus der Suchthilfe.<sup>43</sup> Auch wenn die gesteigerte Lebenserwartung von Drogenkonsumierenden als Erfolg des Zusammenspiels unterschiedlicher integrierter Versorgungsmassnahmen wie Substitutionsbehandlung, Schadensminderung, Beratungs- und Betreuungsangebote gesehen

werden kann, ist die spezifische Lebenssituation dieser Gruppe in vielfacher und besonderer Weise prekär und bedarf angemessener, akzeptanzorientierter und integrativer Massnahmen der Suchthilfe sowie der psycho-sozialen und medizinischen Versorgungssysteme.

Bei der Gruppe der älteren Suchtkranken sind nicht so sehr spezialisierte Drogenhilfeeinrichtungen erforderlich, sondern Inklusion in allgemeine Einrichtungen, in denen Alltagshilfen gegeben werden.<sup>44</sup> Auch sind hier ein ressourcenorientierter, integrativer Drogenbehandlungsansatz mit diversifizierten Angeboten und anderen Konzepten für den Umgang mit Beikonsum bei Substituierten, bedürfnisgerechte Wohnungsangebote u. a. m. gefragt.<sup>45</sup> Es geht darum, Gettoisierung zu vermeiden und Normalisierung zu erreichen, etwa durch Öffnung des Pflege- und Altenbereichs für diese Menschen.

### Angebotsdefizite und Verbesserungen

Zusammenfassend lassen sich folgende Angebotsdefizite für das österreichische Suchthilfesystem konstatieren: Mangelnde Angebotspassung für die Gruppe älterer Suchtkranker, Defizite bei der Verfügbarkeit diversifizierter Wohnungsangebote und der Verminderung von HC-Erkrankungen sowie fehlende Spritzenvergabe in Justizvollzugsanstalten. Allgemein käme die erforderliche Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen auch suchtkranken Menschen zugute. So liegen Substanzstörungen in Österreich an 3. Stelle der psychischen Erkrankungen, vor Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen.<sup>46</sup>

Auch die medizinische und soziale (Re-)Integration von Suchtkranken bedarf einer umfassenden Verbesserung. Der wechselseitige Zusammenhang von (psychischer) Gesundheit und Arbeitslosigkeit ist augenfällig.<sup>47</sup> Hiervon sind suchthandelnde Menschen mit gravierenden Auswirkungen wie schlechter Gesundheitszustand, prekäre Wohnsituation, komplizierter Behandlungsverlauf etc.<sup>48</sup> in besonderem Masse betroffen. Befasste Stellen (z. B. Arbeitsmarktservice/AMS) sind durch die Anwendung von Kriterien guter Praxis besser auf die Betreuung von Suchtkranken vorzubereiten, etwa durch Massnahmen der Früherkennung und Frühintervention wie digitale Kurz-Screenings,<sup>49</sup> «Case Worker»,<sup>50</sup> Guidelines.<sup>51</sup> Weiter sind eine verbesserte Rückfallprävention,<sup>52</sup> eine engere Kooperation zwischen Suchthilfeeinrichtungen und an der beruflich-sozialen Integration beteiligten Stellen erforderlich.<sup>53</sup> Ein «Nahtlosigkeitsprinzip»<sup>54</sup> zur besseren Integration in das Erwerbsleben wäre bereits während der medizinischen Rehabilitation anzusetzen. Zu einer Verringerung des Abhängigkeits-Stigmas<sup>55</sup> kann eine bessere suchtspezifische Qualifikation z. B. von AMS-BeraterInnen beitragen. Job-Coaching-Programme<sup>56</sup> und die Ausweitung von Arbeitsprojekten (etwa sog. sozio-ökonomische Betriebe) durch das AMS und Qualifizierungsmassnahmen können zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit und Heranführung an den Arbeitsmarkt beitragen.<sup>57</sup>

### Transformation der Suchthilfe?

Die Assoziation etwa von Alkoholkonsum mit einer psychiatrischen Erkrankung ist hoch. Die Hälfte dieser PatientInnen hat auch einen schädlichen oder abhängigen Substanzgebrauch i. S. einer psychiatrischen Doppelerkrankung (Komorbidität), deren Prävalenz höher als bei der «Normalbevölkerung» ist.<sup>58</sup> So begünstigt etwa der Alkoholkonsum die Entstehung affektiver Störungen, wie Angsterkrankungen und Depression, wobei bei Alkoholabhängigkeit die Suizidalität um das 6,5-fache erhöht ist.<sup>59</sup> Darüber hinaus verursachen psychische Erkrankungen europaweit nicht nur erhebliche Kosten (laut OECD-Schätzungen: 3,5% des Bruttoinlandproduktes), sondern führen auch zu einem hohen Armutsrisiko und geringen Geldeinkünften.<sup>60</sup> In Zukunft

ist folglich ein näheres Zusammenwirken von Suchthilfe und psycho-sozialer und psychiatrischer Betreuung notwendig, d. h. eine integrative und interdisziplinär ausgerichtete Suchthilfe.

### Diskussion

Die Suchthilfe in Österreich greift zunehmend auf Bundes- und Länderebene modernisierte Konzepte mit einem erweiterten Themenspektrum auf und bezieht integrative sucht- und substanzübergreifende Strategien mit ein. Die EMCDDA bescheinigt Österreich Diversität und Modellcharakter unter den Bundesländern im Zeichen des Föderalismus und von Unterschieden bspw. hinsichtlich der Variationen und positiven Beeinflussung in der Opiatsubstitutionstherapie. Das Angebot von «Therapie statt Strafe» schafft in dieser Betrachtung eine Alternative zur Strafdurchsetzung und stellt einen starken Antrieb für die Entwicklung des österreichischen Drogen-Behandlungssystems dar, andererseits ist auch eine Medizinalisierung bei Cannabiskonsum festzustellen. Ein sachlich und fachlich fundierter Diskurs könnte Wege zu einer alternativen Cannabis-Kontrollpolitik aufzeigen. Innovative Massnahmen wie Drug Checking, partizipative Präventionsmassnahmen in unterschiedlichen Settings und Themenfeldern wie etwa die Einbeziehung des Peer-to-Peer-Ansatzes in die Prävention<sup>61</sup> und Bemühungen zur Integration von Suchtkranken in das allgemeine Hilfesystem stehen für innovative Ansätze in Österreich. Auch die Orientierung an einer akzeptanzorientierten, niedrigschwelligen Drogenarbeit mit Substitutionsangeboten für heute 17'000 PatientInnen<sup>62</sup> und schadensmindernde Massnahmen ist prägend für die Ausrichtung zeitgemässer Suchtstrategien in Österreich. In diesem Sinne wären auch die Etablierung weiterer schadensmindernder Angebote wie Drogenkonsumräume, der Ausbau szenenaher, niedrigschwelliger Anlaufstellen für Suchtkranke und Spritzenvergabe in Justizvollzugsanstalten vorurteilslos zu diskutieren. Angesichts hoher Prävalenzraten bei Alkohol – mit 5% Alkoholkranken und 14% problematisch Konsumierenden<sup>63</sup> – ist eine stärkere Integration der Themen Alkohol und Tabak in die Suchtarbeit wünschenswert. Ein Manko der österreichischen Suchtpolitik ist die mangelnde Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen<sup>64</sup> und das Fehlen starker Fachverbände. Die stärkere Berücksichtigung dieser Akteure im drogenpolitischen Diskurs könnte eine innovative Suchtpolitik in Österreich unterstützen. ●

### Literatur

- Alice Rap (2016): Science Findings. Summarising the results of 1000 months of academic endeavour over the 5-year Alice Rap project. Download unter: [www.tinyurl.com/mkot592](http://www.tinyurl.com/mkot592), Zugriff 06.04.2017.
- Brotherhood, A./Sumnall, H. (2011): European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Lissabon: EMCDDA.
- Bjerge, B. et al. (2016): Exploring user groups as stakeholders in drug policy processes in four European countries. S. 107-128 in: M. Hellman et al. (Hrsg.), Concepts of Addictive Substances and Behaviours across Time and Place. Oxford: Oxford University Press.
- BKA – Bundeskriminalamt (2015): Suchtmittel Österreich. Jahresbericht 2015. Wien: Bundeskriminalamt.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Wien: BMG.
- BMI – Bundesministerium für Inneres (2013): Neue Anti-Drogenstrategie des Innenressorts. Wien: BMI.
- Busch, M./Weigl, M. (2016): Drogensituation in Österreich – Kontinuität und Veränderung. Präsentation zur Tagung Sucht: Epidemiologie und Strategie. Wien: GÖG – Gesundheit Österreich GmbH.
- Diehl, A./Batra, A. (2011): Psychiatrische Komorbidität bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit. S. 205-215 in: M. Singer/A. Batra/K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Eisenbach-Stangl, I. (1991): Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984. Frankfurt am Main: Campus.
- Eisenbach-Stangl, I. (1993): The beginnings of Galician and Austrian alcohol policy: a common discourse on dependence. Contemporary Drug Problems, 20(4): 705-718.

- Eisenbach-Stangl, I. (1999): Von der Trunksucht zur Alkoholkrankheit. Der Beitrag der Psychiatrie zur Bewältigung alkoholbezogener Probleme. S. 190-208 in: B. Keintzel/E. Gabriel (Hrsg.), Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag.
- Eisenbach-Stangl, I. (2014): Abweichung oder Innovation? Jüngere Entwicklungen in der österreichischen Substitutionspolitik. Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 3(2): 84-97.
- Eisenbach-Stangl, I./David, A./Dressel, M. (2009): «Viennese Blend»: Drug Services, their development and their governance. Drugs. Education, Prevention and Policy 16(6): 537-549.
- Eisenbach-Stangl, I./Fellöcker, K./Gasiot, K./Haberhauer, J. (2015): Öffentliche Räume kooperativ gestalten. Beispiele aus Österreich. SuchtMagazin 41(5): 20-24.
- Eisenbach-Stangl, I./Reidl, Ch./Schmied, G. (2011): Notquartier und Spritzentausch. Die Wiener Drogenszene im Gespräch. Wien: LIT Verlag.
- Eisenbach-Stangl, I./Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014): EMCDDA Papers. Drug Policy Profile: Austria. Luxemburg: EMCDDA.
- Fellöcker, K./Franke, S. (Hrsg.) (2000): Suchtprävention in Österreich. Wien: Springer Verlag.
- Henkel, D./Zemlin, U. (2013): Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit - eine kritische Bilanz. Sucht (59): 279-285.
- Hözl, A. (1927): Der Alkoholismus als Volksseuche und seine Bekämpfung. Zeitschrift für Soziale Hygiene 1(2): 92-100.
- Institut Suchtprävention (o.J.): Sucht und Suchtvorbeugung: Begriff- und Problemdefinitionen: Gesundheitsförderung und Prävention. www.praevention.at, Zugriff 30.01.2017.
- Kipke, I./Brand, H./Geiger, B./Pfeiffer-Gerschel, T./Braun, B. (2015): Arbeitslosigkeit und Sucht - Epidemiologische und sozio-demographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2007-2011. Sucht (61)2: 81-94.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2015): Fit Mind, Fit Job, from evidence to practice in mental health and work. Paris: OECD Publishing.
- Pammer, Ch. (2011): Die neue Steirische Suchtpolitik. Graz: Amt Der Steiermärkischen Landesregierung für Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion.
- Rummel, C. (2015): Stigmatisierung Alkoholabhängiger. S. 274-287 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2015. Berlin: Pabst.
- Schroers, A. (2015): Drug-Checking – ein sichereres Verfahren für Harm-Reduction und Monitoring? S. 261-273 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2015. Berlin: Pabst.
- Schroers, A./Männersdorfer, M. (2012): PartyFit! – Zeitgemässe Alkoholsuchtprävention bei Events. S. 233-247 in: H. Schmidt-Semisch/H. Stöver (Hrsg.), Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Uhl, A. (2013): Österreich: Der Weg zum «erweiterten Suchtwürfel». SuchtMagazin 39(5): 11-14.
- Uhl, A./Schmutterer, I./Kobrna, U./Strizek, J. (2013): Delphi-Studie zu Vorbereitung einer «nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderen Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen». Wien: BMG.
- Weigl, M./Busch, M./Grabenhofer-Eggerth, A./Horvarth, I./Klein, Ch./Tüscherl, E. (2013): Bericht zur Drogensituation 2013. Wien: GÖG.
- Weigl, M./Busch, M./Grabenhofer-Eggerth, A./Horvarth, I./Klein, Ch./Tüscherl, E. (2014): Bericht zur Drogensituation 2014. Wien: GÖG.
- Weissinger, V. (2012): Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben - Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. Sucht aktuell Heft 1: 60-69.
- 12 Vgl. Uhl et al 2013.
- 13 Vgl. BMI 2013.
- 14 Vgl. BMG 2015.
- 15 Vgl. EMCDDA 2014.
- 16 Vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010; Eisenbach-Stangl/Reidl et al. 2011.
- 17 Vgl. Eisenbach-Stangl/Fellöcker et al. 2015.
- 18 Vgl. Eisenbach-Stangl 2014.
- 19 Vgl. Bjerger et al. 2016.
- 20 Vgl. Weigl/Busch et al. 2014: 27.
- 21 § 39 SMG sieht einen Aufschub des Vollzugs von Geld- oder Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren vor, wenn eine «gesundheitsbezogene Massnahme» eingeleitet und vollzogen wird: Weigl/Busch et al. 2014: 28.
- 22 Vgl. Weigl/Busch et al. 2013: 34.
- 23 www.suchthilfekompass.at Zugriff 13.12.2016. Auf der Website befinden sich vorwiegend Informationen zu Einrichtungen der Suchthilfe, Einrichtungen, die sog. gesundheitsbezogene Massnahmen durchführen, die gemäss § 15 Suchtmittelgesetz SMG vom Bund gefördert werden.
- 24 Eigene Auswertung.
- 25 Vgl. Uhl 2013: 10-14; Uhl/Schmutterer et al. 2013; siehe auch den Beitrag von Wüthrich & Uhl in dieser Ausgabe.
- 26 Näheres unter der Webseite des Bundeskanzleramtes: www.help.gv.at
- 27 Vgl. Weigl/Busch et al. 2013: 7.
- 28 Vgl. Schumann/Soyer in Weigl/Busch et al. 2013: 9.
- 29 Diese Aussage im Nationalen Drogenbericht wird dadurch bestätigt, dass im Suchthilfekompass z. B. von 83 ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen eine Vielzahl auch Angebote zu Alkohol (65 Einrichtungen), Medikamenten (70) und Glücksspiel (45) angeben, eigene Auswertung. Siehe: www.suchthilfekompass.goeg.at, Zugriff 14.12.2016.
- 30 Vgl. Schroers 2015: 269.
- 31 Vgl. BKA 2015; EMCDDA 2014: 10.
- 32 «Diversionsverfahren» bezeichnet in Österreich alternative Möglichkeiten zur Beendigung von Strafverfahren bei leichter und mittelschwerer Kriminalität. In diesem Fall tritt die Staatsanwaltschaft gegen Erfüllung bestimmter Leistungen des Tatverdächtigen vom Verfahren zurück.
- 33 Vgl. Weigl/Busch et al. 2014: 75f.
- 34 BMI zit. in Weigl/Busch et al. 2014: 75.
- 35 Das sind zumeist Vergehen gemäss § 27 SMG bezgl. Erwerb, Besitz, Erzeugung, Beförderung, Ein-/Ausfuhr sowie Anbau von Cannabis u. a. Suchtmitteln mit Strafen unter einem Jahr, gewerbmässig bis zu drei Jahren. Vgl. BKA 2015.
- 36 § 35 SMG beinhaltet den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft; Näheres siehe www.ris.bka.gv.at, Zugriff 13.12.2016.
- 37 ESPAD-Erhebung – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs; HBSC-Survey – Health Behaviour in School-aged Children.
- 38 Vgl. Weigl/Busch et al. 2013: 9.
- 39 Z. B. bzgl. der Fallbetreuung beim Übergangsmanagement von ambulanter und stationärer Betreuung.
- 40 Vgl. Pammer 2011: 27.
- 41 Vgl. Busch/Weigl 2016.
- 42 Vgl. Brotherhood/Sumnall 2011.
- 43 Vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 15.
- 44 Vgl. ebd.: 79ff.
- 45 Vgl. ebd.: 100ff.
- 46 Vgl. OECD 2015.
- 47 Vgl. Weissinger 2012: 60.
- 48 Vgl. Kipke/Brand et al. 2015: 82ff.
- 49 Vgl. OECD 2015: 149.
- 50 Vgl. ebd.
- 51 Vgl. Henkel/Zemlin 2013: 283, 204.
- 52 Vgl. Kipke/Brand et al. 2015: 90.
- 53 Jobcenter Arbeitsagentur/Grundsicherungsstellen und Suchthilfe; Weissinger 2012: 61ff.
- 54 Vgl. Henkel/Zemlin 2013; Weissinger 2012: 66.
- 55 Vgl. Weissinger 2012: 62.; Rummel 2015: 274ff.
- 56 Vgl. OECD 2015: 150.
- 57 Vgl. Weissinger 2012: 69; Henkel/Zemlin 2013: 283.
- 58 Vgl. Diehl/Batra 2011: 205.
- 59 Vgl. ebd.: 206, 208.
- 60 Vgl. OECD 2015.
- 61 Schroers/Männersdorfer 2012.
- 62 Vgl. EMCDDA 2014: 14.
- 63 Vgl. Strizek/Uhl 2016: 38f.
- 64 Vgl. Alice Rap 2016: 40.

## Endnoten

- 1 Vgl. Eisenbach-Stangl 1993.
- 2 Vgl. Hözl 1927.
- 3 Vgl. Eisenbach-Stangl 1999.
- 4 Vgl. Eisenbach-Stangl/David et al. 2009.
- 5 Vgl. Hözl 1927.
- 6 Schweighofer 1997: 96.
- 7 Vgl. Fellöcker/Franke 2000.
- 8 Vgl. Institut Suchtprävention o.J.
- 9 Vgl. Eisenbach-Stangl/David et al. 2009.
- 10 Vgl. EMCDDA 2014.
- 11 Vgl. BMG 2015.



