

# Wissen zum Thema Sucht für AMS-Beraterinnen und Berater Skriptum



## Inhalt

1.	Suchtmittelkonsum in Österreich .....	2
2.	Was ist eine Abhängigkeitserkrankung?.....	4
3.	Suchtentstehung – Suchtursachen – Wirkungsweise.....	7
4.	Alkohol und seine Wirkungsweise.....	13
5.	Behandlung einer substanzgebundenen Suchterkrankung.....	15
6.	Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „der Wiener Weg“.....	16
7.	Arbeitsmarktpolitik und soziale (Re)Integration.....	17

## 1. Suchtmittelkonsum in Österreich – Wissenswertes zum Einstieg

Wussten Sie, dass<sup>1</sup> ...

... das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig ist?

... Suchtmittelkonsum nicht automatisch zu einer Abhängigkeit führt? Das Spektrum reicht von der Abstinenz über den Genuss bis zur Abhängigkeit.

... das legale Suchtmittel Alkohol, gemessen an den Folgen – beispielsweise für die Gesundheit, an einer erhöhten Gewaltbereitschaft, den Unfallgefahren im Straßenverkehr – unverändert das „Suchtmittel Nummer eins“ in unserer Gesellschaft ist. Fast jede Person macht irgendwann einmal Erfahrungen mit Alkohol. Der Alkoholkonsum geht tendenziell zurück (Konsummenge, Problemkonsum, jugendlicher Alkoholkonsum), das Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern gleicht sich immer mehr an.

... der tägliche Konsum von mehr als 40 g reinen Alkohols bei Frauen (1 Liter Bier bzw. 0,5 Liter Wein) bzw. mehr als 60 g reinen Alkohols bei Männern (1,5 Liter Bier bzw. 0,75 Liter Wein) laut HEC<sup>2</sup> als gesundheitsgefährdend gilt? ExpertInnen empfehlen, an mindestens zwei Tagen pro Woche keinen Alkohol zu trinken, um den Körper zu entlasten.

... rund 370.000 Österreicherinnen und Österreicher als alkoholabhängig gelten? 14 Prozent der Bevölkerung trinken in einem problematischen Ausmaß. Den höchsten Anteil an Menschen mit problematischem Alkoholkonsum findet man bei Personen im mittleren Alter (ca. 50 bis 60 Jahre) und nicht – wie in der öffentlichen Berichterstattung manchmal verbreitet wird – bei den Jugendlichen.

... sich ein genereller Rückgang im Rauchverhalten feststellen lässt, jedoch immer noch 27 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre aktuell rauchen? 21 Prozent rauchen täglich, das sind ca. 1.500.000 Personen. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich in den letzten Jahrzehnten zusehends angeglichen. Frauen rauchen

---

<sup>1</sup> In diesem Kapitel angeführte Informationen entstammen folgenden Quellen: Bachmayer et al. (2020), Kalke & Wurst (2015), Anzenberger et al. (2020), IFES (2019), Klimont (2020), Strizek & Uhl (2016), Schmutterer (2020)

<sup>2</sup> HEC: Health Education Council



allerdings etwas seltener als Männer und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer.

... schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte der Erwachsenen in Österreich bereits mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat, Männer häufiger als Frauen? Der Konsum von Cannabis ist in Österreich unter den illegalen Suchtmitteln am weitesten verbreitet. Aktive Konsumentinnen und Konsumenten sind unter Jugendlichen häufiger anzutreffen als unter Erwachsenen.

... der problematische bzw. risikoreiche Konsum von Opioiden<sup>3</sup> in Österreich bei jungen Menschen unter 25 Jahren rückläufig ist? Es gibt weniger Einsteigerinnen und Einsteiger. In Österreich gibt es rund 31.000 bis 37.000 Menschen mit risikoreichem/problematischem Opioidkonsumverhalten.

... in Österreich rund 64.000 Personen ein problematisches Spielverhalten aufweisen und davon rund 37.000 Personen als pathologische Spieler und Spielerinnen gelten?

... jede fünfte Person (rund 22 Prozent) in Österreich schon mindestens einmal im Leben Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert hat, Frauen häufiger als Männer? Die Konsumerfahrungen steigen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

---

<sup>3</sup> Opioide sind halb- oder vollsynthetisch hergestellte Substanzen, die in ihrer Wirkung dem Opium ähnlich sind. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das aus Morphin gewonnen wird.

## 2. Was ist eine Abhängigkeitserkrankung?

„Sucht“ ist der umgangssprachliche Begriff für eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet diese Erkrankung im medizinischen Terminus als Abhängigkeitssyndrom – umgangssprachlich „Abhängigkeit“. Dieses Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen<sup>4</sup> Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.<sup>5</sup>

Die medizinische Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann nur von ausgebildeten Fachkräften aus dem medizinischen und psychologischen Bereich gestellt werden, zum Beispiel von ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen.

Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht von heute auf morgen, sondern sie entwickelt sich über eine längere Zeit hinweg. Die meisten Menschen, die Suchtmittel konsumieren, entwickeln keine Abhängigkeitserkrankung, sie konsumieren in bestimmten Phasen oder zu bestimmten Zeiten oder hören mit dem Konsum wieder auf.<sup>6</sup>

Eine Abhängigkeitserkrankung ist keine Willensschwäche oder moralische Verfehlung.

Da Sucht keine Willensschwäche ist, ist es meist wenig zielführend, einem suchtkranken Menschen zu sagen, dass sie/er nur „eisernen Willen“ braucht, um abstinent zu werden. Dennoch braucht es – wie bei jeder anderen Krankheit auch – die Motivation, sich behandeln zu lassen beziehungsweise das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern.

---

<sup>4</sup> Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst.

<sup>5</sup> Vgl. World Health Organisation (WHO)

<sup>6</sup> Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88), Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (2007, Jg. 30, Nr. 1), Klein et al. (2009, S. 3–52)

## Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), eines Diagnoseklassifikationssystems der WHO, gestellt.

Von einer Abhängigkeitserkrankung wird laut ICD-10<sup>7</sup> gesprochen, wenn „drei oder mehr der folgenden Kriterien (...) zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (...), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (...), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.“

Neben der ICD-10 gilt das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5 der American Psychiatric Association (APA) als ein maßgebliches Klassifikationssystem psychischer Störungen. Unter dem Begriff „Substanzgebrauchsstörung“ wird nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern zwischen „leicht, mittel und schwer“. Das DSM-5 kategorisiert die Substanzgebrauchsstörung anhand von elf Kriterien. Sind innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens zwei Kriterien erfüllt

---

<sup>7</sup> Vgl. Dilling et al. (2006, S. 79–80)



worden, so liegt eine Störung vor. Abhängig von der Anzahl der zutreffenden Kriterien wird auch der Schweregrad der Störung festgestellt. Die Kriterien sind:

1. wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
5. Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
6. längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
7. anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
8. hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;
10. fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;
11. starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).<sup>8</sup>

Wichtiger Hinweis: Das DSM-5 klassifiziert neben stoffgebundenen Störungen auch eine „Störung durch Glücksspielen“. „Pathologisches Spielen“ wird in der ICD-10 unter Störungen der Impulskontrolle angeführt.

### Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung

Ist eine Person von einer bestimmten Substanz abhängig, wird dies „substanz- oder stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung“ genannt. Substanzen, die abhängig machen können, sind zum Beispiel:

- Alkohol
- Tabak/Nikotin
- Medikamente
- Cannabis
- Opioide
- Designer- und Partydrogen wie Ecstasy oder Speed
- Kokain

---

<sup>8</sup> Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2016): <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>

- LSD

### Verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung

Eine übermäßige Nutzung von Handy, Computer oder Internet, problematisches Verhalten in Bezug auf Glücksspiele, zwanghaftes Kaufverhalten, ein übersteigertes Verlangen nach sexueller Befriedigung, zwanghafte Haltungen zu Leistung und Arbeit etc. können Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung haben. Diese Formen eines zwanghaften, nicht kontrollierbaren und problematischen Verhaltens werden als substanzungebundene beziehungsweise verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung bezeichnet. Aber derzeit sind diese Verhaltensweisen mit Ausnahme des pathologischen Spielens (ICD-10) sowie einer Störung durch Glücksspielen (DSM-5) nicht in den Klassifikationsschemata erfasst und daher gibt es hierfür keine einheitliche und allgemeingültige Definition. Es gibt aber Menschen, die hierbei ein problematisches Verhalten entwickeln und bei denen auch Merkmale ähnlich einer Abhängigkeitserkrankung auftreten. Betroffene Menschen benötigen auf jeden Fall professionelle Beratung und Begleitung.

## 3. Suchtentstehung – Suchtursachen – Wirkungsweise

### Konsumformen und Suchtentstehung

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein dynamischer Prozess und verläuft nicht linear. Experimentierverhalten oder Konsum führen nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Innerhalb des Spektrums von Abstinenz, Genuss und Abhängigkeit gibt es verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge.<sup>9</sup>

Gängige Begriffe, um die Konsumformen zu beschreiben, sind zum Beispiel:

- Abstinenz
- Probierkonsum: einmaliges oder sporadisches Probieren
- Experimentierkonsum: Neugierde und Sensationslust sind bestimmend; unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten, z. B. an Wochenenden, intensiver ist
- regelmäßiger Konsum: Gewöhnung ohne zwangsläufige Abhängigkeit
- Risikokonsum: Durch die Art des Konsums bestehen erhöhte Risiken für schädliche Konsequenzen, z. B. Unfallgefahr, Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz
- schädlicher und problematischer Konsum: ein Konsummuster, das körperliche und/oder psychische Schäden zur Folge hat. Die Betroffenen können den Konsum oder suchtfördernde Verhaltensweisen auch dann nicht einstellen, wenn

---

<sup>9</sup> Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 66)



sie sich der damit verbundenen Gefährdung und Schädigung bewusst sind.

- Abhängigkeit (süchtiger Gebrauch)

Der Prozess einer Abhängigkeitserkrankung kann mehrere Jahre dauern und unterschiedliche Phasen durchlaufen. Grundsätzlich besteht in jeder Phase die Möglichkeit, dass ein Fortschreiten in Richtung Abhängigkeit stattfindet. Aber auch eine Umkehr ist möglich. Abhängigkeit ist nur eine mögliche Folge von Konsum.<sup>10</sup>

## Suchtentstehung

### dialog: Korridormodell Dialog

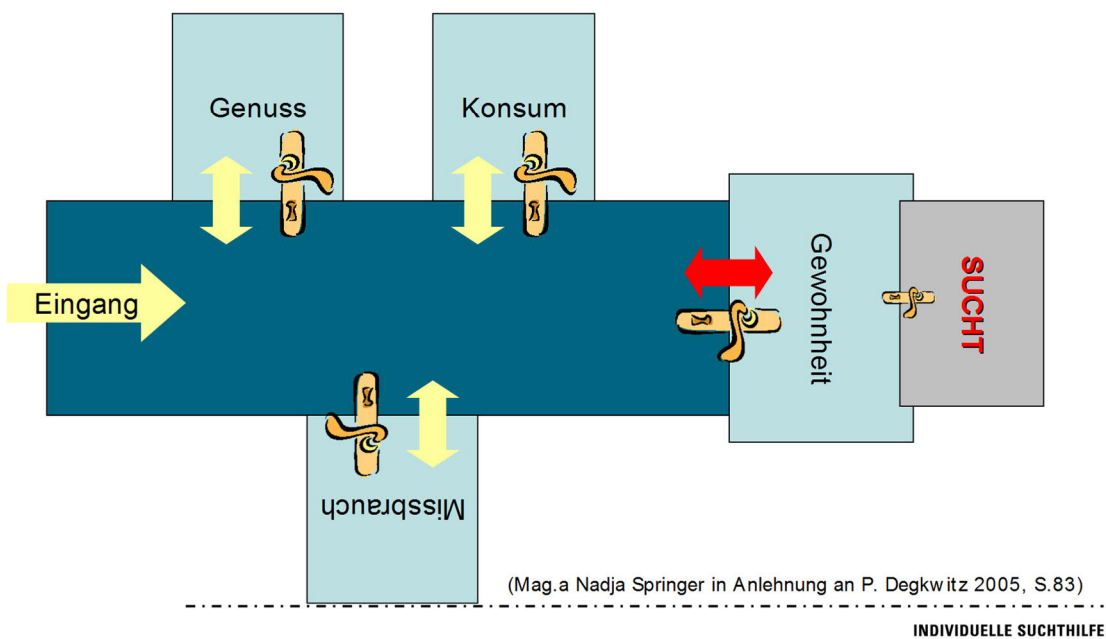


Abb. 1: Korridormodell (Verein Dialog in Anlehnung an Degkwitz, 2005, S. 83)

Degkwitz schlägt zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell“ vor. Demnach gleicht ein Sucht- bzw. Konsumprozess bildlich dem eines „langen Flurs“, der durch verschiedene Türen betreten und auch wieder verlassen werden kann. „Sucht“ bzw. „Abhängigkeit“ stellt nur eine der möglichen Folgen der Gewohnheit dar.

Zu beachten sind die Unterschiede zwischen: Genuss – Missbrauch – Gewöhnung – Sucht

<sup>10</sup> Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88)



- Unter Genuss versteht man den gelegentlichen freiwilligen Substanzkonsum oder ein ebensolches Setzen von Handlungen. Qualität und Quantität sind maßvoll, die angenehme Wirkung ist im Vordergrund (Freude, Erleichterung, Behaglichkeit, rauschhaftes Erleben o.ä.).
- Unter Missbrauch verstehen wir eine dem eigentlichen Zweck zuwiderlaufende Verwendung einer Sache oder einer Substanz. Der Missbrauch bestimmter Mittel oder Verhaltensweisen hat meist bestimmte Funktionen zu erfüllen (z.B. die Stimmung zu heben, von Sorgen zu befreien usw.). Solange die missbräuchliche Verwendung keine schädlichen Folgen hat und nicht in einen dysfunktionalen oder schädlichen regelmäßigen Gebrauch übergeht, ist sie wertfrei anzunehmen.
- Wichtigstes Merkmal der Gewöhnung ist die Wiederholung. Es besteht eine gewisse Regelmäßigkeit des Tuns und zwar stets in der gleichen Form. Eine Veränderung des Verhaltens ist nicht mehr ohne weiteres möglich.

## Suchtursachen

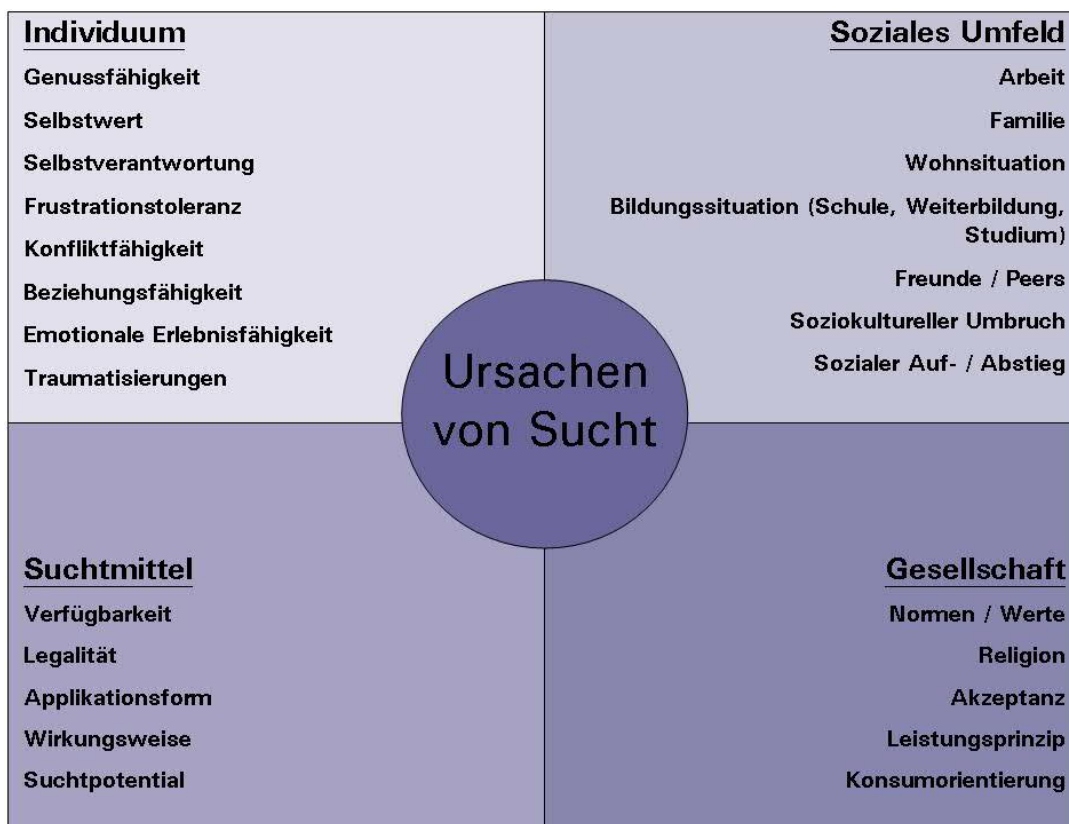


Abb. 2: Ursachen von Sucht (Verein Dialog, 2006)

Sucht hat immer mehrere Ursachen. Jeder einzelne in der Abb.1 genannte Faktor kann einen Schutz vor Sucht oder ein Risiko für die Entstehung einer Sucht darstellen z.B. kann das soziale Umfeld (Schule, Freunde, Arbeitsplatz) einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters stabilisierend wirken und trotz Verfügbarkeit von Suchtmitteln und mehrerer persönlicher krisenhafter Lebensereignisse einer Suchtentwicklung entgegensteuern.

## Konsumformen und Suchtentstehung

Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden bestimmte Wirkungsweisen angestrebt und dementsprechend unterschiedliche Substanzen eingesetzt. Substanzen haben sehr oft mehrfache Wirkungsweisen – sie können zum Beispiel beruhigend und/oder aktivierend sein. Die Wirkweisen von Suchtmittel können je nach Person, abhängig von der jeweiligen Situation beziehungsweise auch von der Verabreichungsform und Dosierung, stark variieren. Nachfolgend finden Sie typische Wirkungsweisen, wobei eine Zuordnung bestimmter Substanzen zu bestimmten Wirkungsweisen in der Regel nicht eindeutig möglich ist:

- Beruhigend: z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin
- Aktivierend: z. B. Nikotin, Alkohol, Speed, Kokain, Crystal Meth
- Euphorisierend<sup>11</sup>: z. B. Heroin, Ecstasy, Cannabis, Alkohol
- Halluzinogen<sup>12</sup>: z. B. Pilze, Lachgas, Ketamin<sup>13</sup>, Cannabis, LSD

---

<sup>11</sup> Euphorisierend = intensives gutes Gefühl, Hochgefühl, Glücksgefühl auslösend

<sup>12</sup> Halluzinogen = Wahrnehmungen (z. B. im Denken, Fühlen, Sehen) hervorrufend, die nicht der Realität entsprechen

<sup>13</sup> Ketamin ist ein Arzneistoff, der insbesondere in der Anästhesie und zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt wird.

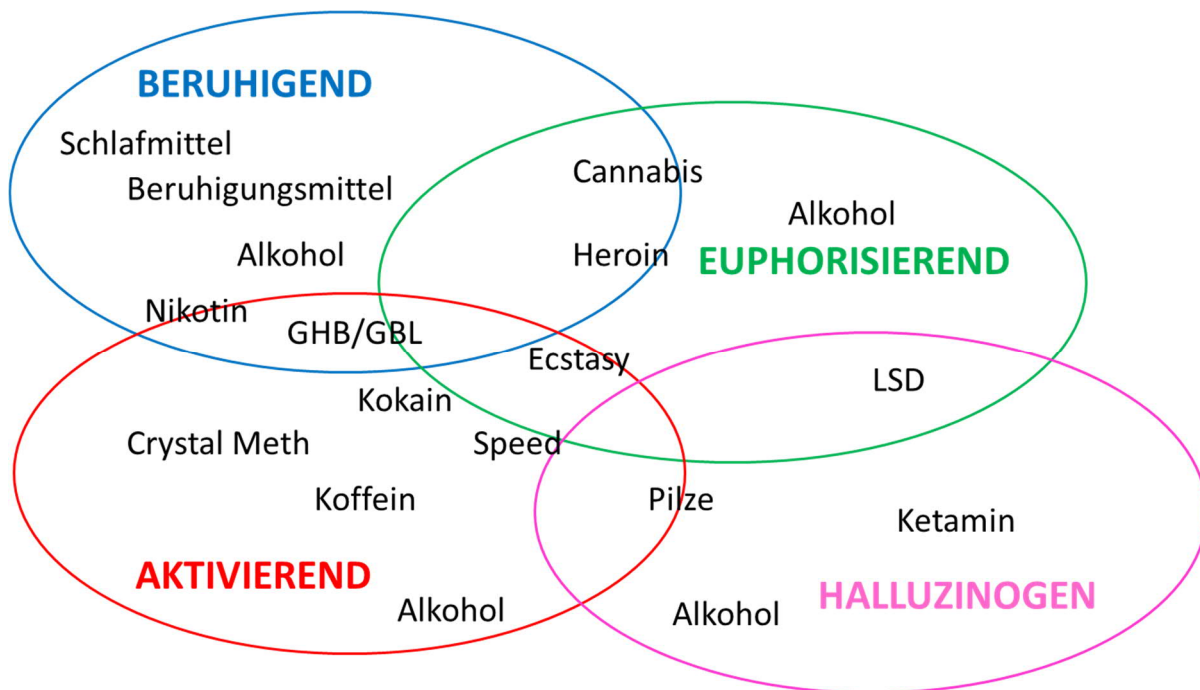


Abb. 3: Wirkung von Suchtmitteln

Einen guten Überblick über unterschiedliche Substanzen und deren Wirkungsweise erhalten Sie zum Beispiel unter [www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at).

Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie

Mischkonsum bezeichnet den gleichzeitigen oder zeitnahen Konsum mehrerer Suchtmittel. Damit überlappen sich die einzelnen Wirkungsweisen. Je nach Substanz potenzieren oder verstärken sich die jeweiligen Effekte und werden noch unkalkulierbarer als beim Konsum einer einzigen Substanz. Die gesundheitlichen Risiken erhöhen sich durch Mischkonsum und es kommt zu einer extremen Belastung für den Körper.

#### 4. SUBSTANZEN - ÜBERBLICK

Prinzipiell hat jede Substanz, die man einnimmt, einen Einfluss auf den Körper (physiologischer Effekt). Substanzen, die in geringen Mengen eine Vergiftung im Gehirn hervorrufen, bezeichnet man als Rauschmittel. Besitzen sie des Weiteren ein hohes Suchtpotenzial, so fallen sie unter den Begriff Drogen.

**Achtung:** Die Wirkung jeder psychoaktiven Substanz ist von Mensch zu Mensch verschieden und hängt von mehreren Faktoren ab!



Substanzen und ihre Wirkung		
	Substanzen	Wirkung
<b>aktivierend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koffein (Kaffee, Tee, Energy Drinks, Guarana)</li> <li>• Amphetamine (z.B. Speed, Ice)</li> <li>• Appetithemmer</li> <li>• Kokain (Koks, Cola genannt)</li> <li>• Nikotin</li> <li>• Alkohol</li> </ul>	<p><u>geringe Dosis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anregend</li> <li>• leistungssteigernd</li> </ul> <p><u>höhere Dosis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesteigerter Rededrang</li> <li>• beschleunigte Bewegungen</li> <li>• Schlafunterdrückung</li> <li>• Euphorie</li> <li>• Selbstüberschätzung</li> </ul>
<b>Entaktogen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designer/Party – Drogen z.B.: Ecstasy (XTC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eigene Gefühle werden intensiver wahrgenommen</li> </ul>
<b>Bewusstseinsverändernd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LSD</li> <li>• Pilze</li> <li>• Cannabis (eher bei hoher Dosierung)</li> </ul>	<p>sehr unterschiedliche Wirkungen: veränderte Wahrnehmung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit</li> <li>• Raum und</li> <li>• eigener Person, tw. auch Halluzinationen möglich</li> </ul>
<b>beruhigend, schlaffördernd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkohol</li> <li>• Nikotin</li> <li>• Schlaf- und Beruhigungsmittel (Valium, Rohypnol, Praxiten...)</li> <li>• Cannabis</li> <li>• Opiate (Heroin, Morphium....)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beruhigend, schlaffördernd</li> <li>• angstlösend</li> <li>• muskelentspannend</li> <li>• paradoxe Wirkung: Euphorie</li> <li>• schmerzstillend (Opiate)</li> </ul>

Abb. 4. Substanzen und ihre Wirkung (Verein Dialog)

Substanzen lassen sich auch auf andere Art und Weise einteilen, z.B.

- nach deren Gewinnung: natürliche / synthetische
- Nach deren Beurteilung durch das Strafgesetzbuch: legal / illegal.

Neben dem Wirkstoff sind auch andere Faktoren beim Konsum ausschlaggebend, z.B.

- Einnahmeart (intravenös, oral, nasal)
- Dosis
- Setting (Ort, Rituale etc.)

Die wichtigsten legalen Substanzen in Österreich sind Alkohol und Nikotin, sie sind auch am weitesten verbreitet. Während die schädlichen Wirkungen des Rauchens (Nikotin) in den letzten Jahren EU-weit sehr in den Fokus der Öffentlichkeit rücken, werden die schädlichen Wirkungen des regelmäßigen Alkoholkonsums weniger beachtet. Genauere und ständig aktualisierte Informationen zu allen Substanzen finden sich auf der Homepage des Vereins Checkit! [www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at)

## 4. Alkohol und seine Wirkungsweise

Die Alkoholwirkung ist abhängig von der konsumierten Menge, der Persönlichkeit der Konsumentinnen und Konsumenten, ihrer Befindlichkeit sowie von äußeren Umständen. Geringe Mengen Alkohol bewirken in der Regel ein Gefühl allgemeinen Wohlbefindens, der Entspannung, der Heiterkeit, gesteigerte Kontaktfreude, die Minderung von Ängsten, sowie den Verlust von Hemmungen. Als Aphrodisiakum wirkt Alkohol zwar enthemmend, aufgrund der dämpfenden Wirkung aber auch potenzschwächend.

### Wirkung von Alkohol im zentralen Nervensystem

- Anxiolytisch (angstlösend)
- Sedierend (beruhigend)
- Hypnotisch (schlaffördernd / anstoßend)
- Erhöhung der Schmerzschwelle
- Unter 0,5 Promille überwiegen zentral erregende Wirkungen
- gestörte Aufmerksamkeit und Konzentration
- Selektive Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses
- Koordinationsstörungen, eingeschränktes Gesichtsfeld, Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Atemdepression
- ab 0,5 Promille Stimmungsänderungen: depressiv, gereizt, weniger ängstlich, weniger freundlich, Abnahme der Aggressionshemmung, verstärkte Neigung zu riskanten Entscheidungen

### Promille-Wirkung

Die Blutalkoholkonzentration ist ein Maß für die Menge von Alkohol im Blut und wird üblicherweise in Gewichtsanteilen als Promille angegeben. Sie wird verwendet, um Aussagen über die Einschränkung der psychischen und physischen Beeinträchtigungen durch Alkohol abzuleiten.

Da Alkohol unterschiedliche Auswirkungen auf Menschen hat, sind die folgenden Angaben zu Alkoholwirkungen und Promillewerten für Erwachsene lediglich als Anhaltspunkte zu betrachten. Jugendliche oder Personen, die selten oder wenig Alkohol trinken, können schon bei 0,5 Promille stark beeinträchtigt sein.



ab 0,2 Promille	ab 0,5 Promille	ab 0,8 Promille
<ul style="list-style-type: none"> <li>Risikobereitschaft steigt</li> <li>Seh- und Hörvermögen lassen nach</li> <li>Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit werden schlechter</li> <li>Stimmung steigt</li> <li>Selbsteinschätzung, Urteils- und Kritikfähigkeit werden schlechter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>enthemmende Wirkung</li> <li>Selbstüberschätzung</li> <li>intensive Gefühlsabläufe (Wut, Freude, Trauer)</li> <li>Reaktionsvermögen lässt nach</li> <li>Sehfähigkeit eingeschränkt</li> <li>Gleichgewichtsstörungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blickfeld verengt sich (Tunnelblick)</li> <li>Reaktionszeit um 35 Prozent verlängert</li> <li>Gehirn verarbeitet die Informationen nur mehr mangelhaft</li> <li>psychomotorische Fähigkeiten beeinträchtigt</li> <li>zunehmende Enthemmung</li> </ul>
1 - 2 Promille Rauschstadium	2 - 3 Promille Betäubungsstadium	3 - 5 Promille Lähmungsstadium
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientierungs- und Gleichgewichtsstörungen, Gehen und Stehen fällt schwer</li> <li>erste Sprachstörungen treten auf</li> <li>Enthemmung nimmt weiter zu</li> <li>Verlust der Selbstkontrolle</li> <li>Verwirrtheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwirrtheit nimmt zu</li> <li>Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen</li> <li>erste Anzeichen von Atemschwierigkeiten</li> <li>Erbrechen</li> <li>Alkoholvergiftung</li> <li>Bewusstlosigkeit und Koma sind möglich</li> <li>Muskeler schlaffung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewusstlosigkeit</li> <li>Gedächtnisverlust</li> <li>schwache Atmung</li> <li>Unterkühlung</li> <li>unkontrollierte Ausscheidung</li> <li>tiefe Lähmung des Nervensystems</li> <li>Koma</li> <li>tödlicher Atemstillstand</li> </ul>

Abb. 5: Unmittelbare Wirkung von Alkohol (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung: <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/>)

## Richtwerte

GESUNDHEITSRISIKO	MÄNNER	FRAUEN
risikoarm	0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein bis 24 g reiner Alkohol pro Tag	0,4 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein bis 16 g reiner Alkohol pro Tag
problematisch	1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein ab 60 g reiner Alkohol pro Tag	1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein ab 40 g reiner Alkohol pro Tag

**mindestens  
2 Tage  
alkoholfrei  
pro Woche**

Abb. 6: Richtwerte für einen risikoarmen bzw. problematischen Alkoholkonsum bei gesunden Erwachsenen (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung: <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/wie-viel-ist-zu-viel/>).

## Risikoarmer, problematischer und abhängiger Alkoholkonsum

Grundsätzlich gilt: Alkohol ist ein Zellgift. Es gibt keine gesunde Menge Alkohol. Risikoarm bedeutet daher nicht gesund oder risikolos, sondern, dass die Wahrscheinlichkeit für alkoholbedingte Erkrankungen geringer ist.

Abgesehen von der Menge gilt Alkoholtrinken dann als risikoarm, wenn an die jeweilige Situation angepasst getrunken wird. Dazu gehört auch in bestimmten Situationen und Lebenslagen wie im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz oder in der Schwangerschaft auf Alkoholkonsum vollständig zu verzichten.

An mindestens zwei Tagen pro Woche sollte man keinen Alkohol trinken.

Als Grenze für problematischen Konsum, ab der ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko vorliegt, wird für Männer üblicherweise ein Wert von 60 Gramm Alkohol pro Tag angegeben, für Frauen 40 Gramm. Das entspricht 1,5 bzw. 1 Liter Bier täglich. Die Mengen für den „problematischen Konsum“ dürfen aber nicht mit einer Abhängigkeitserkrankung gleichgesetzt werden.

Alkoholgebrauch in unangebrachten Situationen wird neben episodischem Rauschtrinken zu den problematischen Konsummustern gezählt. Durch die unmittelbare Wirkung des Alkohols entstehen Risiken etwa am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, während der Schwangerschaft oder bei der gleichzeitigen Einnahme von Medikamenten. Hier stehen neben den Gefahren für die Person vor allem die Risiken für Dritte im Fokus, wie sie durch ein erhöhtes Unfallrisiko oder die Verwicklung in Gewaltsituationen bestehen.

Der Übergang von einem problematischen zu einem abhängigen Konsum ist fließend. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit. Für die Entwicklung einer Alkoholsucht zählt nicht allein die Menge, sondern weitere, von der WHO festgelegte Diagnosekriterien (siehe Kapitel 1.2).

## 5. Behandlung einer substanzgebundenen Suchterkrankung

### Entzugssymptomatik

Mit folgenden Entzugssymptomen ist zu rechnen:

- Psychomotorische Unruhe, Nervosität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit
- Tremor der Hände (Zunge, Augenlider)
- Hyperhidrosis (übermäßig starkes Schwitzen)
- Tachykardie und Hypertonie (Herzrasen/Bluthochdruck)
- Kopfschmerzen



- Reduzierte Aufmerksamkeit
- Erhöhte Körpertemperatur
- Orientierungsstörungen
- Getrübtes Bewusstsein
- Halluzinationen
- Entzugsanfälle
- „Delir, Delirium Tremens“ (potenziell lebensbedrohende Komplikation bei einer länger bestehenden Alkoholkrankheit)

## Behandlung

Mit dem Ziel, Menschen mit Suchtproblemen in das gesellschaftliche Leben zu integrieren, liegt der Schwerpunkt auf der direkten Arbeit mit den Klientinnen und Klienten. Die Angebote umfassen sozialarbeiterische, medizinische und psychologische Leistungen in unterschiedlichen Settings.

Auch im Bereich Behandlung ist individuell auf die Problematik einzugehen, da es im Rahmen einer Suchterkrankung verschiedene Phasen zu bewältigen gibt und daher unterschiedliche Möglichkeiten zu einer effektiven und nachhaltigen Behandlung notwendig sind. Die Teams bestehen meist aus SozialarbeiterInnen, Klinischen- und GesundheitspsychologInnen, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für Psychiatrie/Neurologie. FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind teilweise ebenfalls anzutreffen.

Man unterscheidet ambulante von stationären Angeboten sowie niedrigschwellige von höherschwelligen Einrichtungen.

## 6. Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „der Wiener Weg“

In der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 ist, orientiert an der Grundsatzerklärung der Weltgesundheitsorganisation, folgendes Gesamtziel formuliert:

Das Ziel ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien.<sup>14</sup>

Demzufolge ist der chronischen Erkrankung einer Abhängigkeit mit individuellen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungszielen, die physische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigen, zu begegnen.

---

<sup>14</sup> Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 78)

Eine ausschließliche Orientierung an Heilung, die meist als Abstinenz verstanden wird, entspricht nicht der Realität von Suchtkranken. Viele Menschen können sich ein Leben ohne den Konsum von Suchtmittel gar nicht vorstellen; für andere ist das Ziel der Abstinenz oft trotz vielfacher Versuche nicht erreichbar.

Die klassische Zielpyramide in der Suchtarbeit beschreibt die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung in Zufriedenheit als grundsätzliches Ziel. Die Basis dafür bildet das Überleben. Darauf aufbauend gibt es unterschiedliche Ziele, die sich an den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der suchtkranken Menschen orientieren.

Zunehmend setzt sich das Verständnis durch, dass Abstinenz oder auch der kontrollierte Konsum, also der Verzicht beziehungsweise die Reduktion, nicht für sich selbst als Ziel stehen können. Es sind Wege, um eine Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität und Lebensbewältigung zu erreichen. Abstinenz, kontrollierter Konsum wie auch Substitutionsbehandlung werden dabei als Methoden zur Zielerreichung gesehen.

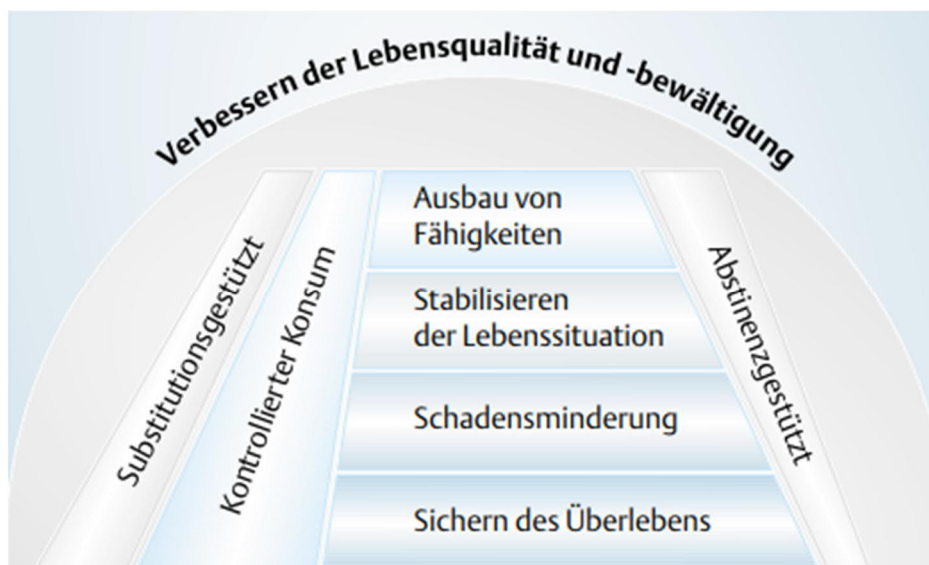


Abb. 7: Zielpyramide in Kombination mit Behandlungsmethoden nach Meili<sup>15</sup>

## 7. Arbeitsmarktpolitik und soziale (Re)Integration

Eine Suchterkrankung erhöht einerseits das Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren, andererseits ist bei arbeitslosen Personen die Wahrscheinlichkeit, an einer Abhängigkeit zu erkranken, wesentlich höher. Diesen Kreislauf zu durchbrechen ist daher eine grundlegende Aufgabe der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013.

<sup>15</sup> Vgl. Meili (2004)

Die Umsetzung erfolgt durch die Organisationen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks und orientiert sich am übergeordneten Ziel des Sozial- und Gesundheitsbereiches: Ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien (entsprechend der Grundsatzerklärung der Weltgesundheitsorganisation, WHO). Reintegrative Maßnahmen, die eine Marginalisierung verhindern und die soziale (Re-) Integration fördern, sind demnach wesentlicher Bestandteil der Wiener Sucht- und Drogenpolitik. Das Ziel dabei ist, Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels der (Re-)Integration in einen Arbeitsmarkt und der sozialen (Re-)Integration zu ermöglichen.

Da der unterschiedliche Bedarf der Menschen mit einer Suchterkrankung individuelle reintegrative Angebote notwendig macht und um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, wird auf eine zielgruppenspezifische Differenzierung der einzelnen Maßnahmen gesetzt. Der Kern dieses Konzepts ist eine suchtspezifische Diagnostik. Unter der Verwendung von sozialarbeiterischen und psychologischen Komponenten wird festgestellt, ob die jeweils diagnostizierte Person arbeitsfähig ist oder nicht. Durch die Parallelität der arbeitsmarkt- und gesundheitsbezogenen Maßnahmen werden Klientinnen und Klienten erfolgreich in den Arbeitsmarkt reintegriert und im Hinblick auf ihre Suchterkrankung nachhaltig stabilisiert.

Je nach Ergebnis der suchtspezifischen Diagnostik werden die Klientinnen und Klienten im regionalen Kompetenzzentrum in folgende arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtungen oder sozialökonomische Beschäftigungsbetriebe in Wien weitervermittelt:

Verein Dialog: Sucht und Beschäftigung, Standfest BBE

Zielgruppe:

Arbeitsmarktferne Menschen mit einer Suchtproblematik zwischen 18 und 64 Jahren, die am AMS Wien vorgemerkt sind.

Angebote:

- Psychosoziale Einzelbetreuung: Beratung und Betreuung in allen psychosozialen Bereichen mit dem Fokus auf Arbeits-(fähigkeit) und Beschäftigung. Sozialarbeiterische bzw. psychologische Unterstützung, Stabilisierung der Lebenssituation, Auseinandersetzung mit dem Konsumverhalten.
- Workshopangebote:
  - Kognitives Training
  - Soziale Kompetenztraining

- Alkoholgruppe: zur Förderung der Veränderungsmotivation
- Bewerbungs- und Orientierungsworkshop
- Freizeit und Gesundheit

Zusätzlich zur BBE ist es möglich, dass Klientinnen und Klienten eine (sucht)medizinische Behandlung im Verein Dialog in Anspruch nehmen (Alkoholbehandlung, Substitutionsbehandlung; allgemeinmedizinisch und psychiatrisch).

## BBE Wiener BerufsBörse- Beratungszentrum für Sucht & Arbeit

### Zielgruppe:

Suchtkranke Personen zwischen 18 und 62 Jahren deren Beschäftigungsfähigkeit und Motivation stabil sind.

### Angebote:

- Unterstützende Betreuung auch während des Besuchs von Kursmaßnahmen oder für Teilnehmer\*innen des geförderten Arbeitsmarktes möglich
- Intensive sozialarbeiterische und vermittlungsunterstützende Beratung, individuell abgestimmt auf Kundinnen und Kunden
- Erstellen und optimieren von Bewerbungsunterlagen, Hilfe bei der Jobsuche, Abbau von Vermittlungshindernissen aller Art, Qualifizierungsberatung, Berufsorientierung, Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche
- Vernetzung mit allen relevanten Einrichtungen (Arbeitsmarkt, Suchthilfenetzwerk)
- Abgabe konkreter Empfehlungen an AMS-Beraterinnen und Berater, welche Maßnahmen für Kundinnen und Kunden passend wären
- Hochspezialisierte, erfahrene BBE- Beraterinnen und Berater mit umfassendem Wissen zu Sucht und Arbeitsmarkt

## Fix und Fertig – der sozialökonomische Betrieb der Suchthilfe Wien gGmbH

### Zielgruppe:

Arbeit suchende Personen mit einer substanzbedingten Suchterkrankung bzw. Personen mit einer psychiatrischen Co-Morbidität, die in aufrechter fachärztlicher Behandlung sind.

### Angebote:

- Fix und fertig bietet in drei unterschiedlichen Betätigungsfeldern befristete Arbeitsplätze zwischen 30 und 38 Wochenstunden an. Die drei Betätigungsfelder sind: Versand inkl. Fullfillment, Textildruck und Renovierung.



- Die TAP sind auf Basis einer Vereinbarung mit dem AMS Wien für 9 Monate geplant und seitens AMS Wien mittels EB gefördert. Die Einstufung der Transitarbeitskräfte (TAK) erfolgt nach KV SWÖ für TAK.
- Jedem TAK Dienstvertrag (DV) geht, nach ausführlicher Anamnese, verpflichtend eine (i.d.R. 8 wöchige) Phase fallweiser geringfügiger Beschäftigung voraus (verlässlich unterhalb Zuverdienstgrenze bei NH bzw. BMS) um Eignung und Bereitschaft der Anwärtnerinnen und Anwärtner auf einen TAP zu überprüfen.
- Während der Arbeitszeit besteht Konsumverbot von Alkohol und illegalisierten Suchtmitteln. Außerdem muss bei Arbeitsantritt Arbeitsfähigkeit (vergleichbar mit Kursfähigkeit) gegeben sein.
- Vorkenntnisse sind generell nicht nötig, jedoch müssen die Deutschkenntnisse reichen, um mit den Schlüsselkräften sinnerfassend kommunizieren zu können.
- Die sozialarbeiterische Begleitung beginnt ab der Phase der fallweisen geringfügigen Beschäftigung und umfasst die Bereiche Sucht, Finanzen, Gesundheit, Wohnen, Logistik, Kinder sowie Angehörige. Die spezifische Suchtbehandlung bzw. Behandlung der Co- Morbidität findet in der Regel – und in Zusammenarbeit mit – Fachambulanzen (wie dem regionalen Kompetenzzentrum, Dialog etc.) sowie dem niedergelassenen Bereich statt.
- Das Outplacement für die TAK wird begleitend ab dem 6. Monat von der Wiener Berufsbörse durchgeführt (auf Wunsch auch früher). Parallel ermöglicht Fix und Fertig Praktikumsstellen im Rahmen des DV, aber keine Überlassungen.

Sozialintegrativer Betrieb des Vereins social-design-business:  
gabarage-upcycling

Zielgruppe:

Suchtkranke Personen mit für die eine Integration in den 1. Arbeitsmarkt noch nicht möglich ist.

Angebote:

Der sozialintegrative Betrieb gabarage-upcycling produziert mit seinen Produktionswerkstätten Interieur, Taschen und Kleidung sowie Schmuck. Ziel dieses Projektes ist die (Re-)Integration von chronisch suchtkranken Personen in ein stabiles soziales Umfeld sowie die Vorbereitung und die nachhaltige (Re-)Integration in den Regelarbeitsmarkt.

Um dieses Ziel zu erreichen wurde ein stufenförmig organisiertes berufsnahes Qualifizierungs- und Beschäftigungsprogramm mit unterschiedlichsten Workshops für folgende Bereiche entwickelt:



- Nähwerkstatt
- Schmuckwerkstatt
- Allgemeine Werkstatt (Holz, Kunststoff, Metall)
- Verkauf
- Verwaltung
- Marketing/PR
- Lager

Das Trainieren berufsrelevanter, zur nachhaltigen (Re-)Integration am Regelarbeitsmarkt notwendigen und vom Markt daher nachgefragten Kompetenzen, wird durch individuelle Einzelbetreuung sowie dem weiterhin verstärkten Einsatz von Peers ergänzt.

Das Modell des individuellen Heranführens der TeilnehmerInnen (TN) an eine Beschäftigung zeichnet sich durch folgende Kriterien aus:

- variable Steigerung des Beschäftigungsausmaßes bis zur Vollzeit
- flexible Übergänge in die nächsthöhere Beschäftigungsform
- hoher Anteil an konstanten Betreuungsinstrumenten in allen Beschäftigungsphasen

## LITERATURVERZEICHNIS

Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kerschbaum, J., Klein, C., Schmutterer, I., Strizek, J., & Tanios, A. (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2018): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen, 7. Aufl.; Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation; BMG, Wien

Degkwitz, P. (2005): „Sucht“ in einer „praxeologischen“ Sicht – Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus. In Dollinger, Bernd & Schneider, Wolfgang. Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 63–88

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäß DSM-V. <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>. (Zuletzt zugegriffen am 18.07.2017 um 15:52 Uhr)

Dilling, H. et al. (Hg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, München/Basel

IFES (2015): Suchtmittelmonitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien, Wien

Kalke, J. & Wurst, M. F. (2015): Glücksspiel und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg

Klein, M. (2009): Kinder in suchtblasteten Familien. In: Thomasius, R. et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Verlag Schattauer, Stuttgart

Klein, M. (2015): Vom (Irr-)Sinn der Sucht – ein modernes Konzept für ein archaisches Verhalten. Fachtagung (Neue) Süchte – Neue Wege in der Wohnungslosenhilfe?!; 20.04.–21.04.2015

Meili, D. et al. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie. In: Suchttherapie Ausgabe 1; März 2004; Verlag: Thieme, Stuttgart; S. 2–9

Schwichtenberg, N. (2012): Trauma und Sucht – Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten. Bachelor-Thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales – Department Soziale Arbeit, Hamburg

Strizek, J. & Uhl, A. (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1. Forschungsbericht, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, Wien

van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Hg.) (2000): Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York – London: Guilford Press

VIVID – Fachstelle Suchtprävention. Zahlen, Daten, Fakten,  
<http://www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/zahlen-daten-fakten/> (zuletzt zugegriffen am 20.05.2019 um 11:00 Uhr)

World Health Organisation (WHO): Management of substance abuse.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/) (zuletzt zugegriffen am 23.12.2013 um 13:44 Uhr)

© Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)  
Dieses Skriptum ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung der SDW/dem ISP vorbehalten.

Herausgegeben von:  
Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH  
Modedcenterstraße 14/B/2. OG  
1030 Wien  
Tel: +43 1 4000-87334  
Stand: April 2021