

STEP BY STEP – Frühintervention in der Schule Skriptum



**Sucht- und Drogen
Koordination Wien**
Institut für Suchtprävention



Für die
Stadt Wien



INHALT

1	SUCHTMITTELKONSUM IN ÖSTERREICH – WISSENSWERTES ZUM EINSTIEG	4
2	WAS IST EINE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG?	7
	DIAGNOSEKRITERIEN EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	9
	SUBSTANZGEBUNDENE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	12
	SUBSTANZUNGEBUNDENE/VERHALTENSBEZOGENE ABHÄNGIGKEITS- ERKRANKUNG	12
3	RECHTLICHE ASPEKTE	13
	SUCHTMITTELGESETZ (SMG)	13
	§ 13 SUCHTMITTELGESETZ	15
	PRINZIP „THERAPIE STATT STRAFE“	16
	NEUE-PSYCHOAKTIVE-SUBSTANZEN-GESETZ (NPSG)	17
4	KONSUMFORMEN – KONSUMMOTIVE – WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN	18
	KONSUMFORMEN	18
	KONSUMMOTIVE	20
	WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN	20
	MISCHKONSUM, MEHRFACHKONSUM ODER POLYTOXIKOMANIE	22
	SUCHTMITTELKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT	23
5	URSACHEN UND ENTSTEHUNG EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	25
	URSACHENMODELL – SUCHTDREIECK	25
	ABHÄNGIGKEIT ALS PROZESS	28
	(NEURO-)BIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	28
	PSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	29
	SOZIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	30
	TRAUMA UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	32
6	WIENER SUCHT- UND DROGENSTRATEGIE – „DER WIENER WEG“	33
7	LITERATURVERZEICHNIS	35
8	GRUNDSÄTZE VON STEP BY STEP	38
	STEP 1 – WAHRNEHMEN VON SIGNALEN	40
	STEP 2 – FESTHALTEN VON TATSACHEN	45
	STEP 3 – REFLEXION	47
	STEP 4 – INTERVENTIONSVORBEREITUNG	51

STEP 5 – INTERVENTION NACH DEM STUFENMODELL	55
VORÜBERLEGUNGEN	55
STEP 6 – EVALUATION UND AUSBLICK	59
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	64
9 VORGEHEN IM ANLASSFALL IM ÜBERBLICK	65
10 PRINZIP „THERAPIE STATT STRAFE“	67
11 AUSWAHL - NETZWERK WIENER DROGENHILFESYSTEM	69

1 SUCHTMITTELKONSUM IN ÖSTERREICH – WISSENSWERTES ZUM EINSTIEG

Wussten Sie, dass¹ ...

... 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 – Mädchen und Burschen trinken gleich viel.

... 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 HEC² als gesundheitsgefährdend gilt? ExpertInnen empfehlen, an mindestens zwei Tagen pro Woche keinen Alkohol zu trinken, um den Körper zu entlasten.

¹ In diesem Kapitel angeführte Informationen entstammen folgenden Quellen: Uhl et al. (2022), Uhl et al. (2016, S. 39ff), Kalke & Wurst (2015), GÖG/ÖBIG (2015), IFES (2015), VIVID-Fachstelle Suchtprävention: www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/zahlen-daten-fakten/, GÖG/ÖBIG: <http://www.goeg.at/de/GOEG-Veranstaltungen/Tagung-Sucht-in-Oesterreich-Epidemiologie-und-Strategie.html>, Bundesministerium für Gesundheit (2015), Strizek/Uhl (2016)

² HEC: Health Education Council

... rund 370.000 ÖsterreicherInnen 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 geschätzte 25 bis 33 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre aktuell rauchen? Rund 20 bis 25 Prozent rauchen täglich. In Österreich gelten rund 1.800.000 Personen als nikotinabhängig. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich in den letzten Jahrzehnten zusehends angeglichen. Frauen rauchen allerdings etwas seltener als Männer und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer.

... jede fünfte Person (rund 20 Prozent) in Österreich schon 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 sind unter Jugendlichen häufiger anzutreffen als unter Erwachsenen.

... der problematische bzw. risikoreiche Konsum von Opioiden³ in Österreich seit 2009 kontinuierlich rückläufig ist, insbesondere bei jungen Menschen unter 25 Jahren? Es gibt weniger EinsteigerInnen. In Österreich gibt es rund 28.000 bis 29.000 Menschen mit risikoreichem/problematischem Opioidkonsumverhalten.

... in Österreich rund 64.000 Personen ein problematisches Spielverhalten aufweisen und davon rund 37.000 Personen als pathologische SpielerInnen gelten? Mehr als 60 Prozent der WienerInnen befürworten diverse Maßnahmen zur Eindämmung der Abhängigkeit von Glücksspielen, wie zum Beispiel das Verbot des kleinen Glücksspiels oder eine gesetzliche Verpflichtung der

³ 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.

GlücksspielanbieterInnen und Wettbüros, einen Teil ihrer Gewinne in die Suchtprävention zu investieren.

... 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.

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 psychotropen⁴ Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.⁵

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.⁶

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

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

⁵ Vgl. World Health Organisation (WHO)

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

abstinent zu werden. Dennoch braucht es – wie bei jeder anderen Krankheit auch – die Motivation, sich behandeln zu lassen beziehungsweise das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern.

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-10⁷ 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.“*

⁷ Vgl. Dilling et al. (2006, S. 79–80)

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 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).⁸*

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

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
- LSD

SUBSTANZUNGEBUNDENE/VERHALTENSBEZOGENE ABHÄNGIGKEITS-ERKRANKUNG

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 RECHTLICHE ASPEKTE

Bestimmte Suchtmittel können in Österreich – unter Berücksichtigung des jeweiligen Landesjugendschutzgesetzes oder Arzneimittelrechts – legal erworben und gebraucht werden. Dazu gehören in erster Linie Alkohol, Tabak und Medikamente.

Substanzen wie Cannabis, Kokain, Heroin, Ecstasy, Speed, LSD gelten in Österreich als illegal; ihr Gebrauch wird im Suchtmittelgesetz geregelt.

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

Nähere Informationen zu den unterschiedlichen Substanzen erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

Nachfolgend wird ein Überblick gegeben, welche Gesetze diesbezüglich in Österreich von Bedeutung sind.

SUCHTMITTELGESETZ (SMG)

Das „Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe“ (Suchtmittelgesetz – SMG) ist die Hauptrechtsquelle für alle Themen im Zusammenhang mit Suchtmitteln, womit Suchtgifte und psychotrope Substanzen gemeint sind. Zu den Suchtgiften zählen zum Beispiel Cannabis, Heroin, Kokain, Morphin, retardierte Morphine wie Substitol®, Methadon, MDMA = Ecstasy, Methamphetamin („Crystal Meth“), LSD, GHB. Zu den psychotropen Stoffen gehören die meisten bekannten Diazepine (Medikamente mit beruhigenden bzw. schlaffördernden Eigenschaften) wie Flunitrazepam (z. B. Rohypnol®), Oxazepam, Diazepam (z. B. Valium®), Lorazepam, Zolpidem.

Wesentliche Inhalte des Suchtmittelgesetzes sind:

- allgemeine Vorschriften über den Umgang mit Suchtmitteln
- Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch
- Strafbestimmungen bei unrechtmäßigem Umgang
- Strafalternativen/Diversion: Prinzip „Therapie statt Strafe“
- Detailfestlegungen und Liste von Substanzen → Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung

Im Suchtmittelgesetz ist auch festgeschrieben, dass die Verwendung von Suchtmitteln nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist, wie zum Beispiel zu medizinischen Zwecken – insbesondere für die Schmerz- oder Substitutionsbehandlung – oder zu wissenschaftlichen Zwecken.

Das Gesetz enthält auch diverse Vorkehrungen zur Verhinderung des unerlaubten Gebrauchs von Suchtmitteln (Missbrauch), wie zum Beispiel strenge Mengenkontrollen, Dokumentations- und Meldepflichten.

Jeder unrechtmäßige Umgang mit Suchtmitteln ist verboten und strafbar. Dazu gehören:

- Erwerb
- Besitz
- Weitergabe, Anbieten, Verschaffen
- Ein-/Ausfuhr, Beförderung
- Anbau

Wichtiger Hinweis: Es gibt keine erlaubte „Eigenbedarfsmenge“; der Besitz jeglicher Menge ist verboten. Nicht unrechtmäßig hingegen ist es, wenn eine Patientin oder ein Patient ein vom Gesetz erfasstes Medikament besitzt, das ihr/ihm von ärztlicher Seite verschrieben worden ist.

Wenn die Polizei davon erfährt, dass jemand unerlaubt mit Suchtmitteln zu tun gehabt hat, muss sie eine Anzeige erstatten (= Einleitung eines Strafverfahrens). Andere öffentliche Dienststellen oder Behörden müssen – statt einer Anzeige bei der Polizei – in diesen Fällen eine Meldung an das Gesundheitsamt erstatten.

Eine polizeiliche Anzeige bedeutet aber nicht, dass es zu einer Bestrafung kommen muss. Näheres dazu weiter unten.

§ 13 SUCHTMITTELGESETZ

Das Suchtmittelgesetz enthält in § 13 Abs. 1 eine Bestimmung, die sich ausdrücklich auf den Suchtmittelmissbrauch durch SchülerInnen bezieht. Hierbei steht „Helfen statt Strafen“ im Vordergrund. Es kommt nicht zu einer Strafanzeige, sondern die Schulleitung leitet Maßnahmen nach dem SMG ein.

Für die Praxis bedeutet dies: Wenn sich in der Schule ein begründeter Verdacht ergibt, dass eine Schülerin oder ein Schüler illegale Suchtmittel konsumiert, wird die Schulleitung verständigt. Die Schulleitung ordnet eine schulärztliche Untersuchung unter Einbeziehung der Schulpsychologie an. Bei Schülerinnen oder Schülern unter 18 Jahren informiert die Schulleitung auch die Erziehungsberechtigten.

Wenn die schulärztliche Untersuchung den Verdacht bestätigt und festgestellt wird, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen wie eine Beratung/Behandlung notwendig sind, wird die Schülerin oder der Schüler an eine Beratungsstelle vermittelt und zur Bestätigung der Durchführung der gesundheitsbezogenen Maßnahme eine Ambulanzkarte übergeben. Die Schulleitung darf nur darüber Kenntnis erlangen, ob die gesundheitsbezogenen Maßnahmen durchgeführt worden sind. Die Beratungsstelle unterliegt einer Schweigepflicht und darf keine Details über die gesundheitsbezogenen Maßnahmen, Gespräche oder Termine an die Schulleitung weitergeben.

Nur wenn die gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder die schulärztliche Untersuchung verweigert werden, muss die Schulleitung das Gesundheitsamt verständigen.

PRINZIP „THERAPIE STATT STRAFE“

Für Personen, die illegal Suchtmittel gebrauchen und angezeigt worden sind, gibt es im österreichischen Recht verschiedene Alternativen zur Bestrafung. Das Recht verfolgt bei Suchtkranken den Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Das Gesundheitssystem spielt für KonsumentInnen dabei die Hauptrolle, zu einem Verfahren der Justiz (z. B. Gerichtsverhandlung) kommt es nur in besonderen Fällen.

- Die Staatsanwaltschaft stellt aufgrund einer Anzeige in Fällen eines „erweiterten“ Eigengebrauchs⁹ das Strafverfahren sofort vorläufig für ein Jahr ein. Es erfolgt eine Meldung ans Gesundheitsamt.
- Es kommt zu einer Begutachtung durch die Gesundheitsbehörde (bei CannabiskonsumentInnen, die in den letzten fünf Jahren nicht schon einmal auffällig waren – z. B. durch eine Anzeige oder sonstige Meldung – erfolgt keine standardmäßige Begutachtung).
- Gegebenenfalls werden aufgrund der Begutachtung „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ bei Suchtgiftmissbrauch (z. B. Z1 – ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, Z2 – ärztliche Behandlung inkl. Substitutions- oder Entzugsbehandlung, Z3 – klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Z4 – Psychotherapie, Z5 – psychosoziale Beratung und Betreuung) vorgeschlagen.
- Eine Fortsetzung eines Strafverfahrens gibt es nur, wenn das Gesundheitsamt innerhalb des darauffolgenden Jahres meldet, dass die angezeigte Person nicht zur Begutachtung erscheint oder notwendige Maßnahmen nicht nachgewiesen werden; andernfalls wird das Verfahren nach einem Jahr endgültig eingestellt.

⁹ Damit sind der Erwerb, der Besitz zum eigenen persönlichen Gebrauch und auch die eventuelle vorteilslose Weitergabe zum persönlichen Gebrauch eines anderen gemeint.

Die aktuelle Fassung des österreichischen Suchtmittelgesetzes ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040>

NEUE-PSYCHOAKTIVE-SUBSTANZEN-GESETZ (NPSG)

Seit 2012 regelt ein eigenes Gesetz neue psychoaktive Substanzen. Es zielt nicht darauf ab, KonsumentInnen zu bestrafen, sondern sie vor uneinschätzbaren Gesundheitsrisiken zu schützen. Es verbietet den Handel mit neuen psychoaktiven Substanzen¹⁰ und die Herstellung mit Gewinnabsicht. Bei einem Verstoß drohen Freiheitsstrafen von bis zu zwei Jahren und mehr.

Die aktuelle Fassung ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605>

¹⁰ Zu den neuen psychoaktiven Substanzen zählen vor allem Substanzen bzw. chemische Verbindungen, die unter dem Namen Research Chemicals bekannt sind. Sie werden beispielsweise als Badesalze, Räuchermischungen oder Pflanzendünger vermarktet; die Zusammensetzung bzw. die Wirkstoffe ändern sich dabei ständig.

4 KONSUMFORMEN – KONSUMMOTIVE – WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN

KONSUMFORMEN

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.¹¹

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 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

¹¹ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 66)

Möglichkeit, dass ein Fortschreiten in Richtung Abhängigkeit stattfindet. Aber auch eine Umkehr ist möglich. Abhängigkeit ist nur eine mögliche Folge von Konsum.¹²

¹² Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88)

KONSUMMOTIVE

Jeder Mensch hat unterschiedliche Beweggründe, wenn er zu Suchtmitteln greift. Dabei stehen „normale“ menschliche Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Zugehörigkeit, Entspannung, Leistungsfähigkeit etc. im Vordergrund. Zentrale Motive sind:

- **Verbesserungsmotive:** Genuss, Steigerung des Wohlbefindens, Glückssuche, Bewusstseinsveränderung, Wunsch nach Ekstase, Leistungssteigerung, Steigerung der Konzentration, Wunsch nach Geborgenheit, Experimentieren mit Suchtmitteln, Konsum aus Langeweile, Wunsch nach Abwechslung, Austesten von Grenzen/Verboten, Wunsch nach intensiven Gefühlen, Verstärkung der Stimmung/des Erlebens, Zugehörigkeit oder Abgrenzung, Wunsch nach Anerkennung, Erleben von Gruppendynamik, Spaß, Positionierung innerhalb der Gruppe
- **Verringerungs- und Fluchtmotive:** Verringerung von Ängsten und Missempfinden, Flucht aus der Realität, Stressbewältigung, Selbstmedikation¹³, Entspannung, Betäubung, Verdrängen von negativen Gefühlen¹⁴

Problematisch wird es dann, wenn der Konsum als einzige Möglichkeit gesehen wird, um einen bestimmten Zustand zu erreichen – wenn man zum Beispiel, um zu entspannen, Cannabis konsumiert, anstatt Musik zu hören.

WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN

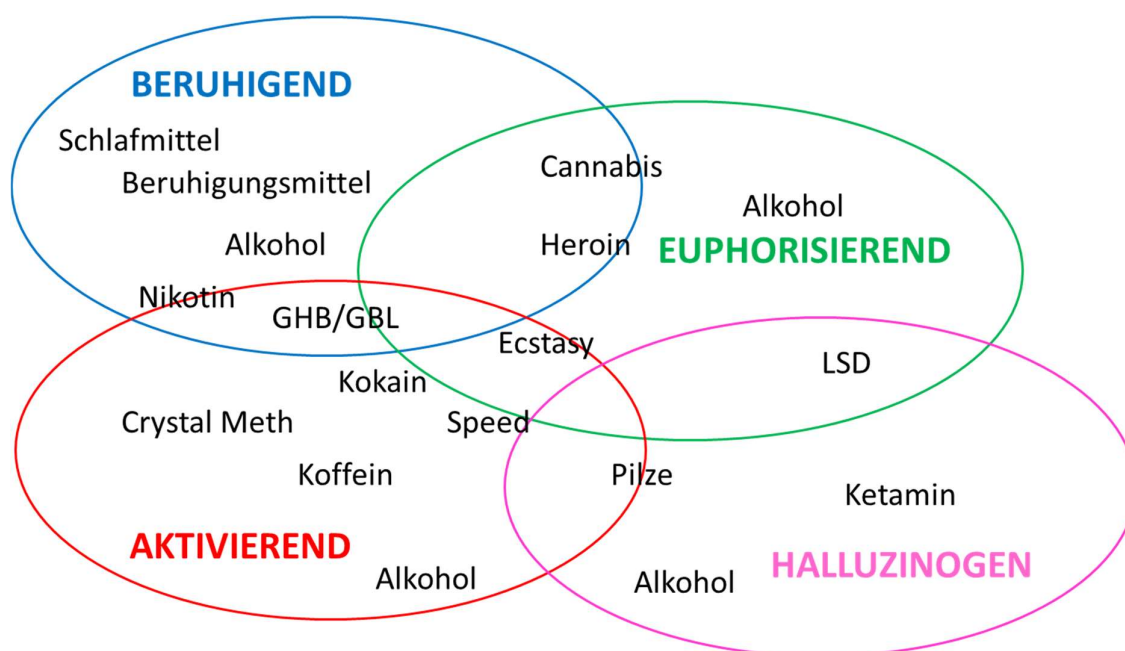
Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden bestimmte Wirkungsweisen angestrebt und dementsprechend unterschiedliche Substanzen eingesetzt. Substanzen haben sehr oft mehrfache Wirkungsweisen – sie können zum Beispiel beruhigend und/oder aktivierend sein. Die Wirkweisen von Suchtmittel können je nach Person, abhängig von der jeweiligen Situation beziehungsweise

¹³ Selbstmedikation = Eigenbehandlung ohne ärztliche Rücksprache bzw. Verordnung, um bestimmte Beschwerden zu lindern

¹⁴ vgl. Klein (2015)

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
- Euphorisierend¹⁵: z. B. Heroin, Ecstasy, Cannabis, Alkohol
- Halluzinogen¹⁶: z. B. Pilze, Lachgas, Ketamin¹⁷, Cannabis, LSD



Einen guten Überblick über unterschiedliche Substanzen und deren Wirkungsweise erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

¹⁵ Euphorisierend = intensives gutes Gefühl, Hochgefühl, Glücksgefühl auslösend

¹⁶ Halluzinogen = Wahrnehmungen (z. B. im Denken, Fühlen, Sehen) hervorrufend, die nicht der Realität entsprechen

¹⁷ Ketamin ist ein Arzneistoff, der insbesondere in der Anästhesie und zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt wird.

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.

SUCHTMITTELKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft kann vor allem die Gesundheit des Kindes gefährden. Sowohl illegale als auch legale Suchtmittel können zu Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, Fehlbildungen an den Organen, motorischen Defiziten, Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen sowie zum Teil irreparablen Folgeschäden für das Kind führen. Am risikoreichsten ist es, wenn mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

Was den Konsum von Alkohol betrifft, gibt es in der Schwangerschaft keinen Konsum ohne Risiko. Alkohol gelangt durch die Plazenta direkt in den Blutkreislauf des werdenden Kindes. Das ungeborene Kind kann den Alkohol nicht abbauen und bleibt somit länger den schädigenden Wirkungen ausgesetzt. Diese pränatale Alkoholexposition kann die geistige und körperliche Entwicklung des ungeborenen Kindes beeinträchtigen.

Schon geringe Mengen Alkohol können Auswirkungen auf das spätere Leben des Kindes haben. Unter dem Begriff FASD¹⁸ werden Symptome wie beispielsweise geringes Geburtsgewicht, kleiner Kopfumfang und Störungen der Exekutivfunktionen¹⁹ zusammengefasst.

Auch Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft sind schädlich. Mit dem Zigarettenrauch wird von der Mutter und auch vom ungeborenen Kind Kohlenmonoxyd aufgenommen. Die Sauerstoffversorgung der Organe des Kindes ist nicht vollständig gewährleistet; die Inhaltsstoffe einer Zigarette haben eine schädigende Wirkung auf das Nervensystem und den Kreislauf des Kindes.

Das Kind kann beispielsweise bei der Geburt ein niedrigeres Geburtsgewicht, eine geringere Größe oder eine Schwächung der Lungenfunktion aufweisen.

¹⁸ FASD = Fetal Alcohol Spectrum Disorder, fetale Alkoholspektrumstörung

¹⁹ Unter Exekutivfunktion versteht man eine Tätigkeit, wofür das Gehirn im Alltag herangezogen wird. Das betrifft z. B. Orientierung, Rechnen, Planen, Impulskontrolle.

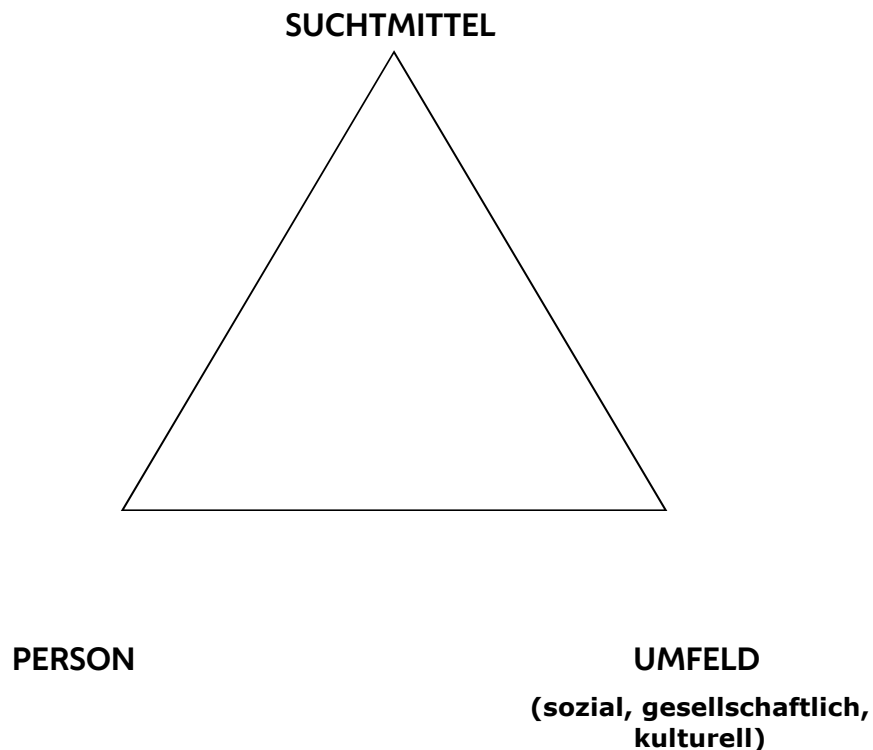
Während einer Schwangerschaft ist es das Beste für die Gesundheit des Kindes und der Mutter, ganz auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten. Der Partner/die Partnerin ist hierbei im optimalen Fall eine wesentliche Unterstützung.

5 URSACHEN UND ENTSTEHUNG EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG

URSACHENMODELL – SUCHTDREIECK

Bei Entstehung und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung wirken viele Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke und aus verschiedenen Bereichen zusammen. Es handelt sich um einen komplexen, phasenhaft verlaufenden Prozess. Die Dynamik dieses Prozesses wird durch das Verhältnis und die Gewichtung von Belastungs- und Schutzfaktoren bestimmt.

Als zentrale Bereiche, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung sind, spielen die eigene Persönlichkeit, das soziale Umfeld, die gesellschaftlichen/kulturellen Bedingungen und das jeweilige Suchtmittel selbst eine wichtige Rolle.



- **Person:**
 - Psyche:** Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung und dementsprechend die individuellen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für die Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt – bilden grundlegende Belastungs- oder Schutzfaktoren.
 - Körper:** Auch wenn Abhängigkeitserkrankungen nicht als vererbbar angesehen werden, weist dennoch einiges auf epigenetische Faktoren hin, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen. Neben neurobiologischen Faktoren sind hierbei zum Beispiel auch Toleranzbildung gegenüber Substanzen, Abbaukapazitäten, Geschlecht, Alter und Körpergewicht zu berücksichtigen.
- **Suchtmittel oder Verhaltensweise:** Unterschiedliche Suchtmittel beziehungsweise abhängigkeitsfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Abhängigkeitspotenziale. Neben der pharmakologischen Wirkung der Suchtmittel spielen hierbei auch die Verfügbarkeit, die Art der Einnahme, die Beschaffenheit der Substanz etc. eine Rolle. Bei abhängigkeitsfördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen. Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen oder illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten abhängigkeitsfördernden Verhaltens, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Spielautomaten, sowie die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.
- **Umfeld:**
 - Soziales Umfeld:** Das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, aber auch die Chancen, eine bestehende Abhängigkeitserkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt.

Die familiäre Situation, der Freundeskreis und die beruflichen Möglichkeiten haben beispielsweise eine große Bedeutung.

Gesellschaftliche/kulturelle Bedingungen: An Belastungsfaktoren sind hier soziale Perspektivenlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie insbesondere Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen können oder dabei hilfreich sein können, eine Abhängigkeitserkrankung zu überwinden.

ABHÄNGIGKEIT ALS PROZESS

Es gibt viele Formen des Konsums. Peter Degkwitz (2005) schlägt daher zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell“ vor. Demnach ist ein Sucht- bzw. ein Konsumprozess wie ein „langer Flur“, der durch verschiedene Türen betreten und verlassen werden kann und bei dem Abhängigkeit nur *ein mögliches* Ende darstellt.

Wesentlich ist: Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht eindimensional und verläuft auch nicht linear, sondern prozesshaft.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein komplexer Prozess. Es gibt keinen universell gültigen Ansatz, der diese Erkrankung vollständig erklärt. Deshalb werden die einzelnen Ansätze aus unterschiedlichen fachlichen Richtungen meist verknüpft, mehrere Faktoren in Zusammenhang gestellt und die Dynamik im Zusammenspiel der multifaktoriellen Ursachen zueinander berücksichtigt.

Die verschiedenen Erklärungsansätze, die im Folgenden kurz beschrieben werden, beziehen sich – im Sinne des Suchtdreiecks als Ursachenmodell²⁰ – immer auf Teilaspekte beziehungsweise bestimmte Schwerpunkte einer Abhängigkeitsentwicklung und sollten daher im Zusammenhang mit den unterschiedlichsten Faktoren der Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung gesehen werden.

(NEURO-)BIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Der (neuro-)biologische Theorieansatz führt stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen auf (neuro-)biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurück. Die unterschiedlichen Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken dort Veränderungen. Heute wird davon ausgegangen, dass eine psychoaktive Substanz zum Konsum verleiten kann, wenn sie hirneigene Mechanismen

²⁰ Siehe Seite 25

aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl – im Belohnungssystem des Zentralnervensystems – erzeugt.

Das Belohnungszentrum im Gehirn wird üblicherweise durch die Befriedigung von Bedürfnissen und Trieben – durch Essen, Trinken, Arbeiten, Sexualleben – aktiviert. Dabei wird der Botenstoff Dopamin freigesetzt, der dann an den Rezeptoren im Belohnungszentrum andockt und Erregungssignale an andere Gehirnstrukturen aussendet, die dann Zufriedenheit und Freude auslösen.

Die (neuro-)biologischen Theorien führen die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung vor allem auf Stoffwechsellvorgänge im Gehirn zurück.

Eine Schlüsselrolle bei den neurobiologischen Erklärungsansätzen spielt das Stresshormon Cortisol. Ist ein Mensch intensiven Stressbelastungen ausgesetzt (Trauma oder lang anhaltender Stress), hat dies einen Einfluss auf einen Bereich im Gehirn, in dem die Verarbeitung von Emotionen stattfindet. Die Folge kann sein, dass vermehrt Substanzen konsumiert oder Tätigkeiten ausgeführt werden, um das Belohnungszentrum im Gehirn anzusprechen.

Eine weitere Rolle spielt der Bereich der Epigenetik. Unter Epigenetik versteht man jenen Teil der Genetik, der sich damit befasst, wie Umwelteinflüsse (Stressbelastung, Suchterkrankung etc.) einen Einfluss auf die Gene haben: darauf, welche aktiviert und welche deaktiviert sind. Der entscheidende Unterschied zur Genetik ist, dass Veränderungen, die aufgrund von Umwelteinflüssen geschehen sind, zum Beispiel durch starke positive Erlebnisse oder förderliche Lebensumstände wieder rückgängig gemacht werden können.

PSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Psychologische Erklärungsansätze suchen die Ursache des Suchtmittelgebrauchs und einer Abhängigkeit beim einzelnen Menschen. Die wichtigsten Ansätze hierzu sind:

- psychoanalytischer Ansatz
- lerntheoretischer Ansatz
- bindungstheoretischer Ansatz

- systemischer Ansatz

Nach dem psychoanalytischen Ansatz wird die Ursache einer Abhängigkeit in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen.

Im lerntheoretischen Ansatz wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen der jeweiligen Person. Eine Abhängigkeit gilt als erlerntes Verhalten.

Im bindungstheoretischen Ansatz wird eine sichere Bindung als Basis aller Schutzfaktoren betrachtet. Sie stellt somit einen wichtigen Schutzfaktor gegen späteren problematischen oder risikoreichen Suchtmittelgebrauch dar, eine unsichere Bindung hingegen einen Belastungsfaktor. Ein Zusammenhang zwischen Bindung und einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich besonders dann sehr oft feststellen, wenn die frühen Bindungserfahrungen einer Person von einem Zustand der Entbehrung und des Mangels – z. B. fehlende (elterliche) Zuwendung – und Trauma geprägt waren.

Im systemischen Ansatz stehen die Dynamik und die Beziehung zwischen den Mitgliedern eines Systems (zum Beispiel Familienmitglieder) im Mittelpunkt. Es geht weniger um die Entstehungsgeschichte einer Abhängigkeit, sondern um die Frage, welche Mechanismen das abhängige Verhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten bzw. verändern.

SOZIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Soziologische Theorien versuchen anhand gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse die Ursachen für ein bestimmtes Konsumverhalten, den Gebrauch von Suchtmitteln und eine Abhängigkeitserkrankung zu erklären.

Aus soziologischer Sicht können beispielhaft folgende Belastungsfaktoren angeführt werden:

- allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Gesellschaft zurechtzufinden, in der soziale Risiken, wie etwa arbeitslos zu werden, zunehmend individualisiert werden;
- mangelnde Zukunftsperspektiven und Zukunftsängste vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich;
- massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch entsprechende Leitbilder und Werbung für Suchtmittel oder Schönheitsideale;
- zunehmende Erlebnis- und Konsumorientierung;
- psychosoziale Belastungen in Ausbildung, Arbeit, Freizeit;
- „Peergroup-Effekt“: Der erste Suchtmittelkonsum vollzieht sich in der Regel nicht isoliert, sondern innerhalb einer Gruppe von Gleichaltrigen;
- familiäre Einflüsse: fehlerhafte Erziehungsstile (z. B. zu viele oder zu wenige Grenzen, mangelnde Konsequenz), Vorbildverhalten, Beziehungskrisen.

TRAUMA UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG

Nach Fischer und Riedesser²¹ ist Trauma ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Durch traumatische Erfahrungen kann die gesamte Persönlichkeit erschüttert werden. Wenn die von außen einwirkenden Kräfte so enorm sind, dass die Verarbeitungsmechanismen lahmgelegt werden, dann wird aus einer Stress-Situation eine traumatische Situation mit dem Erleben von Todesangst. Die wiederum führt zu einer maximalen Erregung des Organismus.

Um eine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, reagiert der menschliche Organismus mit:²²

- **Hyperarousal:** einem Zustand gesteigerter geistiger und körperlicher Erregung;
- **Intrusion:** dem Bedürfnis, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, darüber zu sprechen; dem Phänomen, dass man davon träumt, es immer wieder (unbewusst ausgelöst) erinnert;
- **Konstriktion:** dem Bedürfnis, sich zurückzuziehen und in Ruhe gelassen zu werden.

Gelingt der Prozess einer Traumaverarbeitung aus unterschiedlichen Gründen nicht, kann dies zur Entstehung der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) führen.

Es besteht ein starker Zusammenhang von PTSD und Suchtmittelkonsum: Der Konsum von Alkohol, Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen tritt 1,5- bis zweimal häufiger bei Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) auf.

Psychoaktive Substanzen werden in diesem Zusammenhang u. a. konsumiert, da sie schmerzstillend wirken und als Hilfsmittel zur Stress- und

²¹ Vgl. Fischer & Riedesser (1998)

²² Vgl. van der Kolk et al. (2000)

Gefühlsregulation dienen. Der Suchtmittelkonsum steht somit hier vor allem in Verbindung mit einer sogenannten **Selbstmedikation**, um die als unerträglich erlebten PTSD-Symptome in den Griff zu bekommen. Der Vorteil besteht meist in einer relativ verlässlichen und raschen Wirkung, wobei als Nachteil die unterschiedlichen Nebenwirkungen bis hin zu einer Suchtentwicklung zu beachten sind.

Darüber hinaus gibt es viele Hinweise darauf, dass der Gebrauch von Suchtmitteln ein **Hochrisikoverhalten** ist, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden. Und es wird vermutet, dass KonsumentInnen von Suchtmitteln eine höhere **Empfindlichkeit** haben und nach traumatischen Erlebnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine PTSD entwickeln.²³

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.*²⁴

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

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

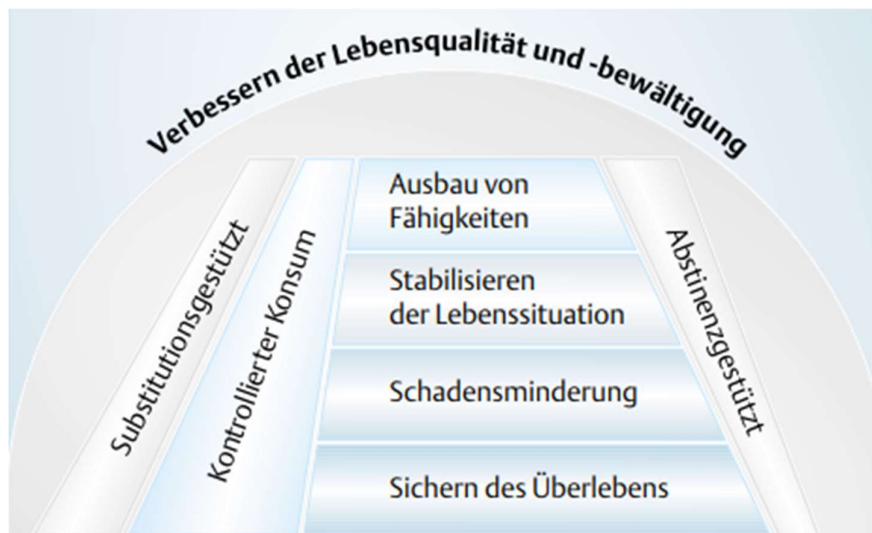
²³ Vgl. Schwichtenberg (2012)

²⁴ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 78)

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.



Zielpyramide in Kombination mit Behandlungsmethoden nach Meili²⁵

²⁵ Vgl. Meili (2004)

7 LITERATURVERZEICHNIS

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

GÖG/ÖBIG (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

GÖG/ÖBIG (2015): Tagungsunterlagen zur Tagung „Sucht in Österreich. Epidemiologie und Strategie <http://www.goeg.at/de/GOEG-Veranstaltungen/Tagung-Sucht-in-Oesterreich-Epidemiologie-und-Strategie.html> (zuletzt zugegriffen am 30.06.2016 um 14:02 Uhr)

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 suchtbelasteten 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

Uhl, A. et al. (2015): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. 6. vollständig überarbeitete Auflage, Wien: Bundesministerium für Gesundheit

Uhl, A, Bachmayer S, Strizek J. (2016): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2016. 7. vollständig überarbeitete Aufl. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

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 17.05.2016 um 14:30 Uhr)

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

8 GRUNDSÄTZE VON STEP BY STEP

- Intervention ist Kommunikation
- Personenorientierung
- Einbezug relevanter Bezugspersonen
- Strukturiertes Vorgehen
- Intervention als Stufenmodell

WEITERE KERNGEDANKEN:

Gemeinsam statt einsam

Die Idee ist, dass sich das ganze Kollegium einer Schule auf ein gemeinsames, auf die jeweilige Schulstruktur zugeschnittenes, Handlungsmuster einigt.

Konstruktiver Druck

Das Modell baut auf dem Gedanken auf, dass Verhaltensänderungen oft nur unter einem konstruktiven Druck möglich werden. Der/die SchülerIn wird jedoch nicht gezwungen mitzumachen, sondern kann frei darüber entscheiden! Das zugrundeliegende Prinzip ist: „Hilfe statt Strafe“.

Klare Schritte

Damit der/die SchülerIn frei entscheiden kann, sollten sämtliche Schritte, Wahlmöglichkeiten und Folgen transparent gemacht werden.

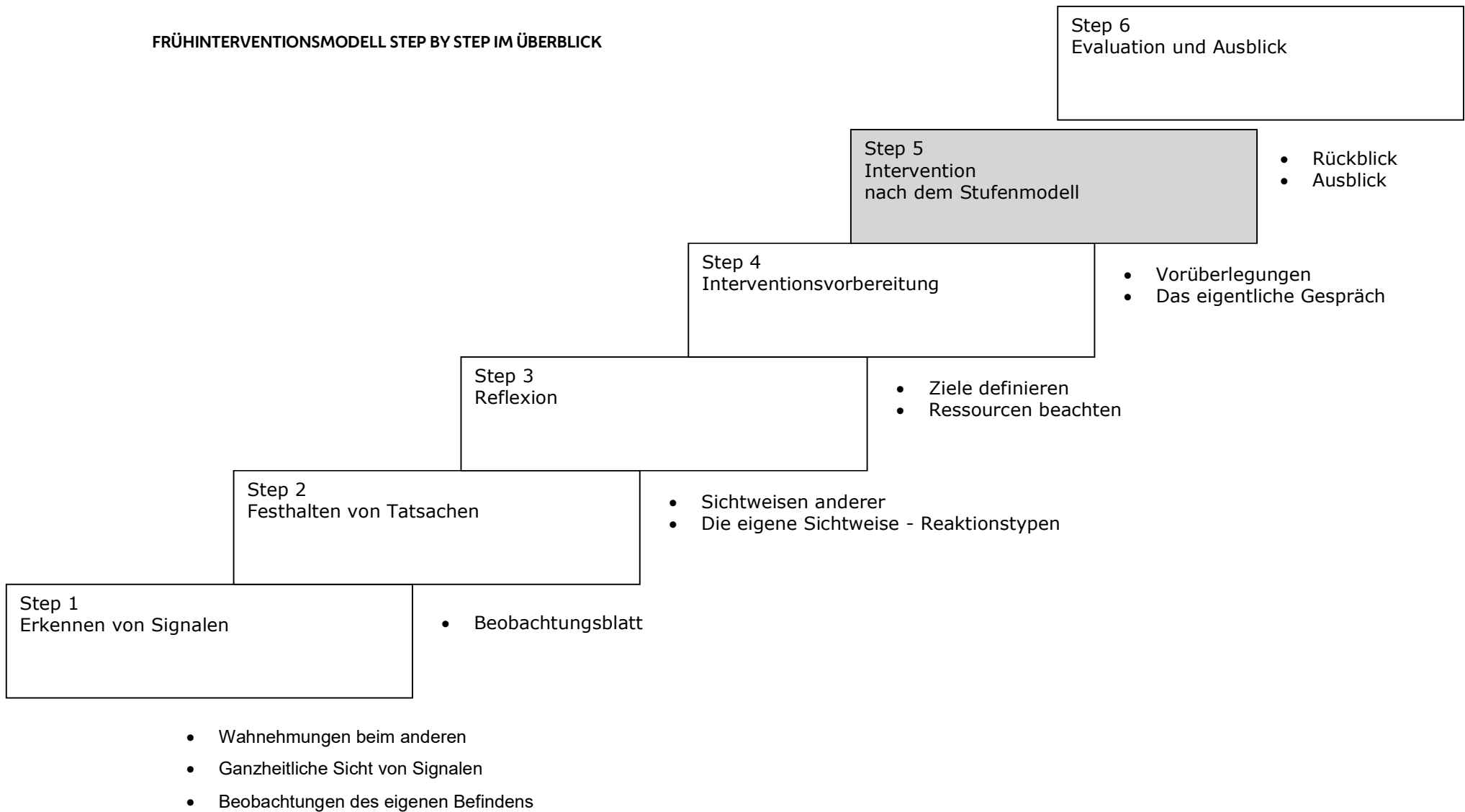
Geteilte Verantwortung

Dem/der SchülerIn soll die Eigenverantwortung nicht durch Vorgaben abgenommen werden, sondern er/sie soll für die Vereinbarungen Verantwortung übernehmen. Ebenso ist es wichtig SchülerInnen bei Nichteinhaltung von Vereinbarungen zu konfrontieren.

Hilfe für HelferInnen

Eine solch schwierige Aufgabe sollte von LehrerInnen nicht im Alleingang, sondern mit zeitgerechter Unterstützung einer Fachperson durchgeführt werden.

FRÜHINTERVENTIONSMODELL STEP BY STEP IM ÜBERBLICK



Step 1 – Wahrnehmen von Signalen

Früherkennung und Früherfassung richten die Aufmerksamkeit auf Verhaltensauffälligkeiten. Das folgende Interventionsmodell baut auf dem Gedanken auf, dass Verhaltensauffälligkeiten von Jugendlichen ein Risikofaktor oder auch ein Ausdruck für Suchtgefährdung sein können:

Lange bevor Jugendliche süchtig werden, zeigen sie Signale. Diese weisen in vielen Fällen auf psychische Probleme hin. Suchtgefährdung bei Jugendlichen kann dort entstehen, wo (innere oder äußere) Konflikte verdrängt oder mit untauglichen Mitteln bewältigt werden. Konfliktlösungsversuche bzw. deren Scheitern äußern sich oft in Signalen, die bei Lehrern/Lehrerinnen bestimmte Reaktionen auslösen.

Da Verhaltensauffälligkeiten von Jugendlichen eine Vielzahl von Ursachen haben und bei der Bewältigung der verschiedenen Entwicklungsaufgaben Krisensituationen nicht ausbleiben, ist das Erkennen von Suchtgefährdung schwierig. Verhaltensauffälligkeiten können, müssen aber nicht mit Suchtgefährdung einhergehen.

Was die Schule, sprich der/die LehrerIn, aber sehr wohl wahrnehmen kann, sind Signale, wie sie in diesem Kapitel beschrieben werden. Der folgende Abschnitt soll helfen, sich für solche Signale zu öffnen und mögliche eigene Reaktionen besser in den Blick zu bekommen.

Wahrnehmen - bei anderen

Sichere Anzeichen für Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und Suchtverhalten aufzuzählen, ist problematisch und bleibt lückenhaft.

Wir wollen dennoch hier an dieser Stelle mögliche Indikatoren von Drogenkonsum aufzeigen, um anschließend darüber zu diskutieren.

Körperliche Faktoren

Bei akuter Einwirkung:

- drogenspezifische Wirkung (aufputschend, dämpfend, bewusstseinsverändernd)
- Bewegungsarmut oder Übererregung
- Koordinationsstörungen
- Verschiedene Pupillenreaktionen
- Trockener Mund
- Kratzen
- Zittern

Bei chronischer Einwirkung:

- Müdigkeit
- Leistungs- und Konzentrationsstörungen
- Vegetative Instabilität
- Gewichtsabnahme
- Ess- und Appetitstörungen
- Schlafstörungen
- Kreislaufprobleme

Psychische Faktoren

Bei akuter Einwirkung:

- Spezifische Substanzwirkung
- Störung des Kurzzeitgedächtnisses

Bei chronischer Einwirkung:

- Emotionale Labilität
- Paranoide Tendenzen
- Leichte Reizbarkeit
- Aggression und Autoaggression, Suizidale Tendenzen
- Persönlichkeitsveränderungen

Soziale Faktoren bzw. Umgebungsfaktoren

- Schnell wechselnde Freundschaften
- Verschleierungen bis Lügen
- Schulschwänzen
- Vorhandensein von Utensilien
- Verkauf von Dingen, Überzogene Konten
- Diebstähle
- „Missbrauch“ der Bezugspersonen
- Isolation
- Perspektivlosigkeit
- Interessensabsorption

Ganzheitliche Sicht

Signale sind mehrdeutig!

Die Fixierung auf äußerliche Anzeichen verstellt oft die Sicht auf den Menschen als Ganzes. Stattdessen empfiehlt sich, von einer ganzheitlichen Sicht des Menschen auszugehen, die körperliches, geistig-seelisches und soziales Befinden gleichermaßen berücksichtigt.

Körpersignale

sind immer mehrdeutig: Beobachtungen dieser Art (spezifische Körperreaktionen, Körperpflege, Aussehen, Verhalten) gewinnen ihre Aussagekraft erst im Zusammenhang mit anderen Beobachtungen und mit Ihrem Wissen um die Person und deren Umfeld.

- gerötete Augen...
... können auf Cannabis-Konsum hinweisen, aber ebenso mit einer Erkältung zusammenhängen.
- unsichere Bewegungen...
... können die Folge von Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenkonsum hinweisen, aber ebenso auf starke Kreislaufstörungen hinweisen.
- mangelnde Pflege der Kleidung...
... kann ein Indiz für Gleichgültigkeit und Verwahrlosung sein, kann aber ebenso die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe signalisieren.

Geistig-seelisches Befinden

- Unkonzentriertheit
- mangelnde Motivation
- Sinnlosigkeitsgefühle
- Probleme mit Einhalten von Grenzen
- Probleme mit Konfliktlösung
- Übertriebenes oder fehlendes Selbstwertgefühl

Das alles sind psychische Phänomene, die grundsätzlich zur Pubertät gehören, sie können, müssen aber nicht auf Suchtgefahr hindeuten.

Neues ausprobieren, Altes auf den Kopf stellen, eigene Erfahrungen machen und auch die Provokation von Autoritäten gehört zum Heranwachsen und hat mit der Suche nach Identität zu tun.

Soziales Befinden

Beziehungen

Der/die Jugendliche

- bricht langjährige Freundschaften ab.
- geht einseitige Beziehungen ein.

- hält Abmachungen nicht ein.
- ist passiv oder sehr dominant.
- sieht sich oft als Opfer.
- hat Schwierigkeiten, im Kontakt mit anderen zu bleiben.

Umgang mit Konflikten, Krisen

Der/die Jugendliche

- sieht keine Möglichkeiten, mit anstehenden Problemen umzugehen.
- reagiert auf schwierige Situationen verzweifelt, oft mit Wutausbrüchen, mit Weglaufen.
- zieht sich in schwierigen Situationen schnell zurück.
- wird in schwierigen Situationen schnell aggressiv und droht mit Gewalt oder scheut vor Gewalt nicht zurück.
- bagatellisiert, weicht bei Konfrontationen aus.
-

Normen

Der/die Jugendliche

- macht Opposition gegen alles.
- ist sehr brav, unauffällig, überaus angepasst.
-

Viele dieser Signale (Haltungen und Verhaltenshinweise) sind bei Jugendlichen alters- und entwicklungstypisch und müssen nicht mit Drogenkonsum, -missbrauch oder Suchtverhalten im Zusammenhang stehen. Treten aber Verhaltensänderungen dieser Art gehäuft und nicht nur phasenweise auf, ist Suchtgefährdung nicht auszuschließen.

Wahrnehmen des eigenen Befindens

Die Auseinandersetzung mit dem/der SchülerIn und die Konfrontation mit der Problematik lösen beim Gegenüber selbst bestimmte Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen aus. Diese bewusst wahrzunehmen und zu benennen ist einerseits wichtig für die eigene Psychohygiene, andererseits für den weiteren Umgang mit dem/der SchülerIn, da die mit den Beobachtungen hervorgerufenen Gefühle und Empfindungen die Interpretation beeinflussen.

Durch Wahrnehmungen von Verhaltensauffälligkeiten bei SchülerInnen können z. B. folgende Gefühle in LehrerInnen wachgerufen werden:

- **Entscheidungsunsicherheit**
Ich bin nicht immer sicher, ob ich richtig entscheide.
- **Geheimnisträger**
Ich fühle mich in der Zwickmühle und befürchte, zum Geheimnisträger zu werden.

- **Sorgen**
Ich mache mir oft Gedanken über den Schüler/die Schülerin.
- **Angst**
Das Thema, mit dem ich hier konfrontiert bin, ist mir unangenehm, fremd, macht mir Angst.
- **Grenzen**
Ich spüre, dass die Sache mich an meine eigenen Grenzen bringt.
- **Belastung**
Ich verwende zunehmend mehr Zeit für die Angelegenheit und befürchte, zu sehr eingespannt zu werden.

Step 2 – Festhalten von Tatsachen

LehrerInnen sind keine PsychologInnen oder TherapeutInnen und müssen sich davor hüten, Diagnosen zu stellen. Sie können und sollen aber im Umgang mit suchtgefährdeten SchülerInnen ihre pädagogischen Kompetenzen einbringen. Wenn die Schule suchtgefährdeten SchülerInnen helfen will, müssen Verhaltensauffälligkeiten von SchülerInnen wahrgenommen und benannt werden.

Hier geht es also zunächst „lediglich“ um das Festhalten des (im Schritt 1) Beobachteten. Diese Beobachtungen genau zu beschreiben und gut zu dokumentieren ist eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der nachfolgenden Schritte.

Beim Gespräch mit dem/der SchülerIn wird es nämlich wichtig sein, von beobachtbaren, festgehaltenen Tatsachen und nicht von vagen Vermutungen oder Vorurteilen auszugehen. Wird ein erstes konfrontatives Gespräch auf der Basis von subjektiven Empfindungen und Wertungen durchgeführt, haben LehrerInnen eine schlechtere Ausgangsposition, weil der /die SchülerIn leicht alles abstreiten oder verharmlosen kann.

Es wird daher empfohlen, über einen längeren Zeitraum (2-3 Wochen) die eigenen Beobachtungen systematisch festzuhalten. Hierfür steht ein systematisiertes Beobachtungsblatt zur Verfügung. Dieses sollte jedoch nicht dazu verführen Detektiv zu spielen und nach Verhaltensauffälligkeiten zu „suchen“.....;

Da häufig zu schnell von „äußeren Symptomen“ auf innere Vorgänge geschlossen wird, ist dies ein sehr wichtiger Schritt, der einiges an Übung und Selbstreflexion erfordert. Die folgende Übung dient dem Zweck, sich damit in einer spielerischen Atmosphäre auseinanderzusetzen.

BEOBACHTUNGSBLATT Schüler/Schülerin:
Beobachtungszeitraum:

Datum	Uhr- Zeit	Was beobachte ich auf der Körperebene	Was beobachte ich auf der Verhaltensebene	Was beobachte ich auf der Beziehungsebene

Step 3 – Reflexion

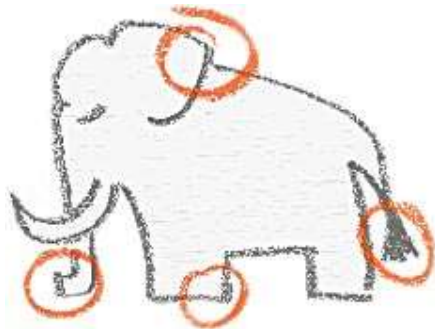
Der dritte Schritt besteht darin, die bisherigen Beobachtungen noch einmal zu reflektieren:
Wie lese ich Signale?

Das folgende Kapitel soll dabei Unterstützung geben, und zwar durch einige Hinweise bezüglich der notwendigen Einbeziehung unterschiedlicher Sichtweisen und zur bewussteren Wahrnehmung der eigenen Position.

Bei der Reflexion eigener Wahrnehmungen kann es sehr hilfreich sein, andere Sichtweise einzubeziehen, da ein einzelner Mensch oft nur einen Aspekt der Wirklichkeit erfasst. „Viele Augen sehen mehr“ – wie folgendes Beispiel in humoristischer Art und Weise verdeutlicht.

BEISPIEL:

Es werden vier Blinde beauftragt, einen Elefanten zu beschreiben:



Jeder "sieht" etwas anderes: eine Art Fass (Ohr), einen beweglichen Schlauch (Rüssel), eine Art Karton (Fuß) oder eine Art Besen (Schwanz).

Vielleicht wurden mit den eigenen Beobachtungen des/der SchülerIn auch nur einige (und nicht alle) Aspekte der Wirklichkeit erfasst.

Sichtweisen anderer

Handelt es sich bei wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeiten bei einem/einer bestimmten SchülerIn um eine vorübergehende schwierige Phase auf dem Weg zum Erwachsenwerden, oder sind diese bereits Signal für eine schwerwiegende Fehlentwicklung?

Zuerst wird das Problem wahrgenommen. Oft dadurch, dass etwas stört – ein Schüler macht Probleme. Zuerst wird auf einzelne Regelverstöße mit den üblichen Konsequenzen reagiert, um die Ordnung aufrechtzuerhalten. Ist es nur ein kleines Problem, dann kommt auch nichts nach. Andauernde Regelverstöße sind jedoch oft ein Hinweis darauf, dass das Kind oder der Jugendliche mit anstehenden Entwicklungsaufgaben überfordert ist und sich in einer Krise befindet.

Die Perspektiven unterschiedlicher Personen dafür zu nutzen, die Situation besser in den Blick zu bekommen, schafft eine Grundlage für die daran anschließenden Schritte.

1. Versuchen Sie sich in die Rolle der Jugendlichen hineinzusetzen:
2. Mögliche Sichtweisen durch Einfühlen vorstellbar machen...
3. Die Sicht von (Mit-)Betroffenen

Die (mögliche) Sicht der betroffenen Person:

- sieht das Verhalten nicht als problematisch
- ist ihm/ihr nicht besonders aufgefallen
- ist üblich in seinem Umfeld, in seiner peer group
- sieht Drogengebrauch als Hilfsmittel, Frustrationen, Hemmungen, Konflikten usw. auszuweichen

Die (mögliche) Sicht von anderen Jugendlichen

- stigmatisieren/ bewundern/verachten... den/die MitschülerIn

Die (mögliche) Sicht der Familie

- was weiß ich über den familiären Hintergrund?
- haben Eltern bei Sprechstunden bereits etwas Wesentliches erzählt?

Oft werden diese anderen Sichtweisen dem/der LehrerIn zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht bekannt sein. Auch kann es nicht darum gehen, zu diesem Zeitpunkt tatsächlich Informationen von Mitbetroffenen einzuholen. Es empfiehlt sich aber, sich als LehrerIn auch in diese anderen Perspektiven hineinzusetzen und sich zeitweilig diese anderen „Brillen“ aufzusetzen, um der eigenen Sichtweise ein mögliches Korrektiv entgegenzuhalten.

Die Sicht von KollegInnen

Um weitere Sichtweisen in meine Überlegungen einzubeziehen kann das Gespräch mit einem/einer KollegIn gesucht werden, zu dem/der ein Vertrauensverhältnis besteht und der/die ...

- dem/der Jugendlichen wohlwollend aber durchaus kritisch gegenübersteht.
- verschwiegen ist.
- autonom genug ist, eine eigene, auch abweichende Meinung zu haben.

Die Sicht von Experten/Expertinnen

Auch ist es möglich -bereits zu diesem frühen Zeitpunkt - als Lehrer/in Unterstützung von Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen.

- Sie beraten auch Lehrpersonen und indirekt Betroffene.
- Sie kennen sich aus in ihrem Fach.
- Ihr Rat ist meist kostenlos.
- Sie stehen unter Schweigepflicht, hundertprozentige Diskretion ist gewährleistet.

Wahrnehmung der eigenen Sichtweise – Reaktionsmuster

Wahrnehmungen werden maßgeblich durch eigene Vorstellungen, Ängste und Absichten beeinflusst. Oft sind solche Wahrnehmungs- und Reaktionsgewohnheiten einem selbst gar nicht so bewusst oder bekannt. Diese können aber in einem starken Ausmaß die Wahrnehmung und vor allem auch die nachfolgende Interaktion beeinflussen.

Über diese Wahrnehmungs- und Reaktionsgewohnheiten nachgedacht zu haben, darüber Bescheid zu wissen, erleichtert den weiteren Umgang mit heiklen Beobachtungen wie sie hier angestellt werden, ungemein und ermöglicht damit erst eine sachliche Vorgangsweise.

Ein Modell derartige Reaktionsweisen zu beschreiben, wird im folgenden näher dargestellt.

Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang könne sein:

- Zu welchen Reaktionsmustern neige ich in sozial anspruchsvollen Situationen?
- Welche Gefahren bergen meine Reaktionsweisen möglicherweise?
- Wie kann ich diese vermeiden?

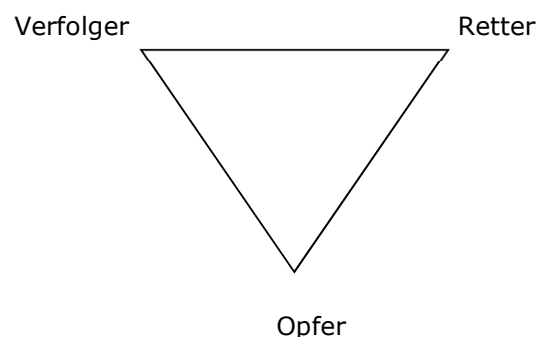
Reaktionstypen und Rollen:

In der Rolle, kommt zum Ausdruck, in welcher Art und Weise eine bestimmte Funktion ausgeübt wird. Im sozialpsychologischen Sinne sind Rollen Handlungsmuster, die oft unbewusst eingenommen, aber auch bewusst gewählt werden können. Im sozialen Kontakt begegnen wir uns immer in Rollen. Soziales Handeln ist ohne Rollen nicht möglich.

Die Rolle beeinflusst auch die Wahrnehmung!

Den Beteiligten geht es hier (unbewusst) nicht so sehr um eine Lösung des Problems, als vielmehr um eine Bestätigung der eigenen Sichtweise.

Vereinfachte Darstellung der möglichen Reaktionsmuster in Anlehnung an das „Dramadreieck“ von Karpman:



Die meisten Menschen haben eine „Lieblingsrolle“, die sie in Konflikten oder heiklen Situationen fast „reflexartig“ einzunehmen bereit sind. Unter Stress kann auch für eine kurze Zeitspanne in eine andere Kategorie gewechselt werden. Zu welchen Verhaltensweisen man neigt, hängt ganz wesentlich mit der eigenen Lebensgeschichte zusammen.

Die Kenntnis der „Lieblingsrolle“ hilft, die Wahrnehmung bewusst für das ganze Spektrum der Verhaltensweisen beim anderen zu öffnen und damit den Fallen im sozialen Geschehen auszuweichen.

Wünschenswert wäre, möglichst oft frei von einer dieser Rollen zu agieren. Nur so kann wirklich Kooperation zustande kommen.

Eigene Position reflektieren

Zusätzlich empfiehlt es sich an dieser Stelle zu reflektieren, aus welcher Position heraus man sich als *Lehrkraft* in die Intervention begeben wird und folgende Fragen zu beantworten:

Rolle & Auftrag

- Wie sehe ich meine Rolle als Lehrkraft?
- Warum will ich das Gespräch eigentlich?
- Haltung gegenüber dem/der SchülerIn
- Mag ich ihn/sie oder lehne ich ihn/sie ab?
- Was schätze ich an ihm/ihr?

Step 4 – Interventionsvorbereitung

Dieses Kapitel befasst sich mit den Schritten, die einer konkreten Intervention vorangehen sollten. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Auseinandersetzung mit den Zielen, die man sich steckt, als auch mit den Ressourcen, die zu deren Erreichung zur Verfügung stehen.

Damit sich durch eine Intervention etwas sinnvoll verändern kann, muss definiert sein, was sich in welcher Richtung verändern soll. Dazu bedarf es einer Zielformulierung. Wenn man sich darüber im Klaren ist, was man realistisch von dem/der Jugendlichen erwarten darf und kann und welche Unterstützung man aufgrund der eigenen Ressourcen bzw. der Ressourcen des eigenen Teams bieten kann, dann ist das Fundament für eine gute Intervention gelegt.

Räumliche und zeitliche Rahmenbedingungen

- Wie viel Zeit brauche ich für das Gespräch?
- Zeit: nicht während des Unterrichts
- Wo sind wir für die Zeit des Gespräches ungestört?
- angenehmer Raum, nicht besetzt (Arztzimmer), hierarchiefrei
- Wo fühle ich mich wohl? Wo aber kann sich auch der/die SchülerIn wohl fühlen?

Gesprächseinstieg

- Was kann mir helfen, das Gespräch offen und wertschätzend zu beginnen?
- Gesprächsanbahnung/Einladung: wenn möglich ganz diskret

Ziele definieren

Um zu einer klaren Zieldefinition zu gelangen, muss folgende Frage beantwortet werden:

Welche Verhaltensänderung möchte ich erreichen/fördern?

Hier sollen möglichst konkrete, überprüfbare Punkte genannt werden, an denen man erkennen könnte, dass sich die Situation zum Positiven hin verändert (z. B. Schulleistungen wieder auf dem "alten" Stand), und Teilziele gesetzt werden.

Hierfür ist es aber sinnvoll sich damit zu beschäftigen, welche und wie leicht und dauerhaft bei welchen Verhaltensweisen überhaupt Verhaltensänderungen zu erwarten sind.

Strategien zur Verhaltensänderung

(adaptiert nach Somaini, 1989)

RISIKOVERHALTEN	INTERVENTIONSZIEL	STRATEGIE
„leicht zu verändern“ 	Problembewusstsein	Information Aufklärung
	Wissen	Information Aufklärung
	Motivation	Überzeugende Kommunikation Beratung Gruppendiskussion
	Fähigkeiten/Skills	Soziale Verstärkung Selbstverstärkung Verhaltenskontrakte Verhaltenstraining Selbstbeobachtung Selbstüberwachung
	Ausführung	Selbstmanagement Umgebungsveränderung
„schwer zu verändern“	Aufrechterhaltung	Selbstmanagement Umgebungsveränderung

Wie aus der Aufstellung erkennbar, ist z. B. Problembewusstsein und Wissen relativ leicht herzustellen. Fähigkeiten und Skills zu erwerben ist schon deutlich schwieriger und nur im Rahmen eines kontinuierlichen sozialen Lernprozesses möglich. Die Ausführung von Verhaltensänderungen und deren Aufrechterhaltung ist am schwierigsten, sie erfordert ein konsequentes Selbstmanagement und manchmal auch eine Umgebungsveränderung.

Zusätzlich ist es immer sinnvoll nützliche Verhaltensweisen zu stärken, SchülerInnen in jenen Bereichen zu ermutigen, wo sie positiv auffallen, um problematischen Entwicklungen vorzubeugen.

Ressourcen beachten

Damit gezielt interveniert werden kann, sollten die folgenden Ressourcen und Gegebenheiten bekannt sein:

Eigene Ressourcen

Eigene Ressourcen sind all die Dinge, die wir derzeit zur Verfügung haben oder die wir uns im Laufe unserer Lebensgeschichte angeeignet haben.

Aus-/Fortbildung

Wie befähigt die eigene Ausbildung oder spezifische Weiterbildung zur gezielten Intervention? Hierbei ist es wichtig sich zur Therapie abzugrenzen! Hier geht es nicht um therapeutische Interventionen!

Zeit

Wie viel Zeit ist für eine Intervention vorhanden bzw. verfügbar? Wenn man mit einer Intervention beginnt und dann mittendrin aufhören muss, so ist der Schaden für den/die SchülerIn größer als der Nutzen.

Erfahrung

Hier kann man sich überlegen, inwiefern man sich frühere Erfahrungen zunutze machen könnte. Dies können Erfahrungen mit Gesprächen mit Eltern, Kontakt mit Behörden, Zusammenarbeit mit KollegInnen, Unterstützung durch den/die SchuldirektorIn oder Zusammenarbeit mit ExpertInnen sein.

Stärken/Schwächen Wie gut kennt man eigene Stärken?

Wie steht man zu eigenen Schwächen?

- Wie gut kann man Konflikte ansprechen,
- zuhören, überzeugen, konfrontieren, verhandeln,
- Entscheidungen treffen, Unangenehmes mitteilen,
- konsequent sein, Konsequenzen anordnen und durchziehen,
- im Team arbeiten, Hilfe in Anspruch nehmen....

Ressourcen im Schulteam

Hier ist abzuschätzen wie viel Ressourcen im Kollegium der Schule vorhanden sind. Relevante Ressourcen können z. B. sein: Fachkompetenz bezüglich Suchtprävention, bezüglich dem Umgang mit schwierigen SchülerInnen, bezüglich dem Führen von Konfrontationsgesprächen, Supervision, Wissen über Beratungsstellen, kollegiale Unterstützung, Kooperationsfähigkeit, Unterstützung durch den Direktor, Innovationsstärke.

Wenn LehrerInnen in ihrem Schulteam gute Ressourcen vorfinden, sollten sie nicht isoliert vorgehen in der Bewältigung des Problems mit dem/der SchülerIn, sondern sich Unterstützung durch Ihr Team holen.

Falls in dem konkreten Schulhaus noch kein gemeinsames Modell-Vorgehen in der Form eines verbindlichen Handlungsrahmens (siehe step 5 "Intervention - personenorientiert") besteht, wäre anzuraten, die Entwicklung eines im Team anzuregen.

Sollten in einem Schulteam nur wenige oder schwache Ressourcen vorhanden sein, dann ist es sinnvoller sich Unterstützung bei einem/einer vertrauensvollen, engagierten KollegIn zu suchen. Insgesamt sollten nur Ziele angestrebt werden, die mit den vorhandenen persönlichen und sozialen Ressourcen realistischerweise zu unterstützen sind!

Step 5 – Intervention nach dem Stufenmodell

Im Step 5 geht es um die eigentliche Intervention, die durch die bisherigen Schritte vorbereitet wurde. Diese beruht auf einem ursachenorientierten Handlungsmodell, das mittels eines strukturierten Vorgehens SchülerInnen bei der Entwicklung von Eigenverantwortung für ihr Handeln begleiten will.

Zur Erreichung der gesetzten Ziele kann dabei einerseits personenorientiert vorgegangen werden, also im direkten Kontakt mit dem/der SchülerIn. Andererseits empfiehlt es sich, relevante Bezugspersonen im Bedarfsfall mit einzubeziehen (Erziehungsberechtigte, SchulberaterInnen, MitarbeiterInnen der Sozial- und Gesundheitsdienste ...).

Tiefer liegende Probleme lassen sich in der Regel nicht durch ein Gespräch aus der Welt schaffen, sondern können nur in einem prozesshaften Miteinander gelöst werden. Die Weise, in der dies strukturiert geschehen kann, wird im Folgenden in einem Stufenmodell (Interventionsschema) skizziert.

Vorüberlegungen

Intervention ist Kommunikation

Ausgangspunkt jeder personenorientierten Intervention ist das Gespräch. Entscheidend für Erfolg oder Misserfolg beim Gespräch mit dem/der SchülerIn, den Eltern etc. ist der sensible Umgang mit allen Ebenen der Kommunikation.

Intervention als Stufenmodell

Im Zentrum des Handelns steht ein „Stufenmodell“, das mit einer Folge von Gesprächen arbeitet, die aufeinander aufbauen. Sie enthalten Vereinbarungen zwischen LehrerIn und SchülerIn und abgestufte Konsequenzen, wenn die Vereinbarungen nicht eingehalten werden. Jedes Gespräch baut auf dem folgenden auf.

WAS BISHER GESCHAH...

Step 1	Der/die LehrerIn stellt ein auffälliges Verhalten bei dem/der SchülerIn fest
Step 2	Systematisches Festhalten der Tatsachen
Step 3	"Reflexion" unter Beiziehen der KollegInnen oder eines/einer externen ExpertIn
Step 4	Interventionsvorbereitung

Nächster Schritt:	Erstes Gespräch zwischen LehrerIn und SchülerIn
-------------------	---

Gesprächsvorbereitung – Checkliste

Hier geht es nun darum das anstehende 1. Gespräch mit dem/der SchülerIn vorzubereiten, wobei die Vorüberlegungen (Step 1 bis 4) mit einbezogen werden sollen:

- Was ist eigentlich vorgefallen? – Beobachtungsblatt
- Wie kann ich die Situation in 2-3 Sätzen umschreiben?
- Worin gründen meine Sorgen, Befürchtungen, Ängste?
- Wie geht es mir? Wie nehme ich meine eigene Befindlichkeit wahr?
- Was möchte ich mit diesem Gespräch erreichen?
- Was möchte ich auf jeden Fall vermeiden?
- Fristen
- Mögliche Konsequenzen
- Wie geht es mir? Wie nehme ich meine eigene Befindlichkeit wahr?
-

Das Gespräch

Entscheidend für den Erfolg bzw. Misserfolg beim Gespräch mit dem/der SchülerIn, den Eltern etc. ist der sensible und bewusste Umgang mit allen Ebenen und Aspekten der verbalen und nonverbalen Kommunikation.

Tipps für ein gutes Gelingen des Gesprächs

1. Gesprächseinstieg:

- Einleitend Rahmenbedingungen und Ziele klären und einen positive Einstieg schaffen.
- In welcher Stimmung kommt er/sie?
- Wie gehe ich auf ihn/sie zu?
- Fühlt er /sie sich willkommen?

2. Das „eigentliche Gespräch“:

- Den/die SchülerIn ohne Umschweife mit den gemachten Beobachtungen konfrontieren!
- Vorwürfe, Anschuldigungen oder Drohungen vermeiden!
- Keine Diagnosen stellen!
- Von der eigenen Betroffenheit ausgehen und den eigenen Gefühlen klaren Ausdruck verleihen!
- Von „Ich“ sprechen anstatt von „man“ oder „wir“.
- Sich selbst vertreten, d.h. klar und deutlich sagen, was man von der/dem SchülerIn erwartet.

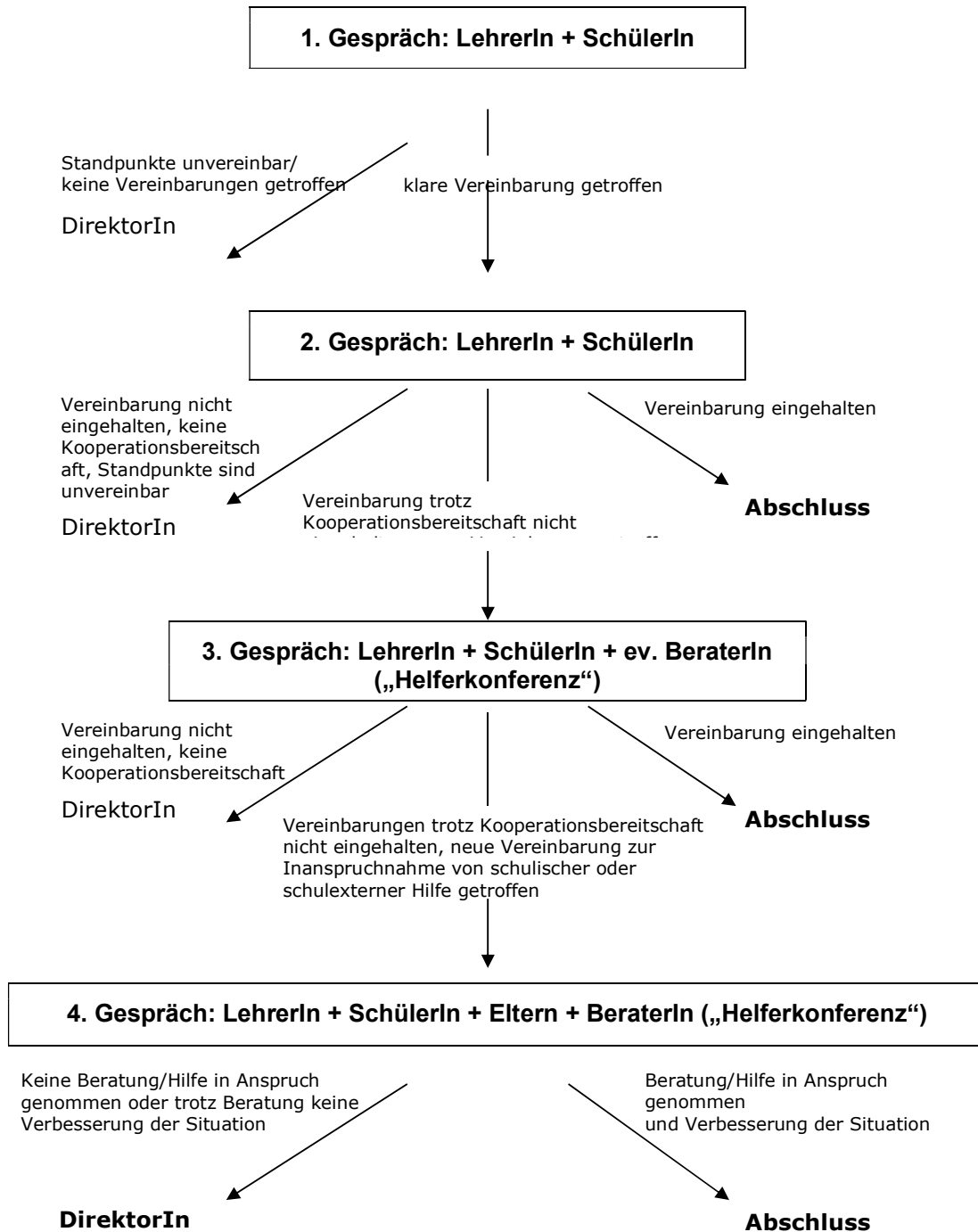
- Sich bemühen, die Situation des/der SchülerIn zu verstehen, aber auch die nötige Distanz behalten! (aktives Zuhören)
- Beachten, dass die Hälfte des Beziehungsraumes und der Zeit dem/der SchülerIn gehört.
- Wann immer die Gelegenheit besteht, positive Aspekte unterstreichen: „Das finde ich eine gute Idee!“, „ich schätze deine Ehrlichkeit!“ „Schön, dass du gekommen bist!“ „Schön, dass wir darüber reden können“
- Nonverbale Signale bei sich und dem/der SchülerIn beachten!

3. Entscheidung und Abschied:

- Rechtzeitig das Ende des Gesprächs ankündigen.
- Ein von beiden Seiten her akzeptiertes Übereinkommen suchen, wie es weitergehen soll.
- Entscheidungen und Beschlüsse schriftlich festhalten.
- Den/die SchülerIn fragen, was er/sie noch braucht.
- Einen weiteren Gesprächstermin vereinbaren.
- Das Gespräch abrunden, indem Sie für die Bereitschaft für das Gespräch danken.

Vorgehen nach dem FRÜHINTERVENTIONSMODELL

Erkennen + Festhalten von Auffälligkeiten
Reflexion
Interventionsvorbereitung



Step 6 – Evaluation und Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel sollen zum einen Anstöße geliefert werden, die erfolgten Maßnahmen selbst aus kritischer Distanz zu betrachten. Auch wenn alles bestens gelaufen ist, ist dies keine überflüssige Arbeit, zumal es sicher nützlich ist, sich die Erfolgsfaktoren nochmals bewusst vor Augen zu führen. Und wenn die Dinge nicht nach Wunsch gelaufen sind: Gerade aus dem Scheitern und aus Fehlern kann man lernen.

Zum anderen soll die Aufmerksamkeit auch auf mögliche Maßnahmen gelenkt werden, die auf die Zukunft gesehen zur Problemminderung beitragen können. Die Art, wie LehrerInnen und SchülerInnen miteinander Schule gestalten, ist ein wichtiger systemischer Einflussfaktor für das Entstehen und den Umgang mit Problemfällen.

Rückblick auf die bisher gesetzten Schritte

Evaluation ist die Erfolgskontrolle der Planung und Ausführung von Leistungen (hier: der Intervention) mit dem Ziel, Entscheidungshilfen für bessere Planung und Ausführung zu erhalten. Unter systematischer Erfolgskontrolle versteht man die Untersuchung der Effektivität und Effizienz der Leistungen.

Effektivität = die richtigen Dinge tun. Effizienz = die Dinge richtig tun.

Eine Evaluation umfasst sowohl die quantitative Auswertung als auch die qualitative Reflexionsarbeit in Bezug auf das Ergebnis und den Arbeitsprozess.

Klare Ziele

In Step 4 wurde angeregt, Ziele in Bezug auf das Gespräch LehrerIn - SchülerIn zu formulieren. Hier geht es darum, sich die ursprüngliche Zieldefinition noch einmal zu vergegenwärtigen und Bilanz zu ziehen:

Welche Ziele wurden erreicht?

Was hat sich aufgrund des Gesprächs/der Gespräche verändert?

Wie war das Gesprächsklima?

Konnten bei dem/der SchülerIn Ressourcen gestärkt werden?

Sind Veränderungen eingetreten, die nicht zu erwarten waren?

Was war förderlich/hinderlich?

Eigene Ressourcen

Im Zuge von Step 4 wurde auch dazu angeregt sich Gedanken über die Ressourcen gemacht. Nun geht es darum hier noch einmal über die vorhandenen und genutzten Ressourcen zu reflektieren:

- Wie groß war der zeitliche Aufwand?
- Wie gestaltete sich das Verhältnis zwischen zeitlichem Aufwand, der Bedeutung des Problems und der Wirkung der Intervention?
- Was man sich in der Rolle als PädagogIn sicher gefühlt?
- Wo spüren Sie Fortbildungsbedarf?

Ressourcen Schulteam

- War die Unterstützung seitens der KollegInnen und der Schulleitung ausreichend?
- Wie kooperationsfähig erschien das Team?
- Gab es unklare schulinterne Abläufe?
- Was könnte ein gemeinsames Handeln noch verstärken (Fallbesprechungen, Supervision, SCHILF...)?

Rahmenbedingungen

- Welche Rahmenbedingungen wirkten hinderlich bzw. unterstützend?
- Schulinterne Strukturen (Lehrplan, Schulprogramm, Schulordnung, SchülerInnencharta, Stundenplan, Schularchitektur ...)
- Zusammenarbeit mit Eltern
- Zusammenarbeit mit Beratungseinrichtungen (Beratungsangebote, Hilfestellung für Lehrer/Lehrerinnen, Erreichbarkeit ...) und mit der Schulbehörde.

Ausblick: Was könnte in Zukunft hilfreich sein?

Nachbesprechung mit Schulteam:

Hinsichtlich der Frage, in welcher Weise aus den Ergebnissen einer Intervention Lehren gezogen werden können, lassen sich keine allgemein gültigen Aussagen treffen. Es obliegt der Lehrperson nach Einschätzung der orts- und fallbezogenen Begebenheiten zu entscheiden, wieweit die gemachten Erfahrungen im Kreis der KollegInnen weitergegeben werden können.

Folgende Punkte sind hierbei zu beachten:

- Kann positives bzw. negatives Feedback an Beteiligte die zukünftige Zusammenarbeit verbessern oder belasten?

- Wird dem Persönlichkeitsschutz der direkt Betroffenen genügend Beachtung geschenkt?
- Können hinderliche Rahmenbedingungen für künftige Interventionen verbessert werden?

Im Folgenden möchten wir auf einige Möglichkeiten hinweisen, die sich grundsätzlich positiv auf die schulische Arbeit auswirken können.

Supervision

In Einzelsupervision oder Teamsupervision können beispielsweise Bedenken und Schwierigkeiten im Umgang mit verhaltensauffälligen SchülerInnen thematisiert und neue Lösungsansätze gesucht werden. Auch, wenn innerhalb des Kollegiums kein Konsens in Bezug auf Vorgehensweisen in schwierigen Situationen besteht, könnte dies der Anlass sein, Teamberatung oder Teamsupervision in Anspruch zu nehmen.

Fortbildung

Im Rahmen individueller, aber auch schulinterner Fortbildung ist es sinnvoll, sich mit den Bedingungen einer gesundheitsfördernden Schule auseinander zu setzen. Suchen Sie im Rahmen der Fortbildung die Auseinandersetzung mit Themen wie: Sucht, Gewalt, Konfliktverhalten, Sexualität, Unterschiede in der Sozialisation von Jungen und Mädchen .

Wenden Sie sich mit Ihren spezifischen Fortbildungswünschen an die schulischen Fortbildungsträger.

Klasse

Miteinander reden ist der erste Schritt -/ und der Schulalltag bietet Übungsräume dafür. Ein guter Rahmen für soziales Lernen sind Klassengespräche, in denen das Miteinander, die Art des Umgangs zwischen den SchülerInnen, aber auch zwischen SchülerInnen und Lehrpersonen zum Thema gehören.

Projektarbeit

Projektarbeit ermöglicht ein hohes Maß an Mitgestaltung durch die SchülerInnen. Es fördert lebendige Formen des Lernens und nicht allein die Fach-, sondern ebenso die Sozialkompetenz. Suchtpräventive Projekte bieten LehrerInnen und SchülerInnen die Möglichkeit, miteinander ins Gespräch zu kommen: Nicht allein über den Umgang mit Suchtmitteln, sondern über Fragen, die SchülerInnen betreffen. Wählen Sie mit den SchülerInnen zusammen Themen rund um die "Freuden und Leiden" des Erwachsenwerdens aus, z. B. Frust und Lust etc.

Das Programm Plus bietet kostenlose LehrerInnenschulungen (über die Pädagogische Hochschule) und Unterrichtsmaterialien begleitend von der 5. Bis zur 8. Schulstufe an.

Entspannung

Genau wie Spannung ist Entspannung (über)lebensnotwendig. In der heutigen Leistungsgesellschaft besteht die Gefahr, dass der Mensch nur an seiner Leistung gemessen wird und dabei verlernt, sich auf natürliche Art zu entspannen. Signale des daraus entstehenden Drucks sehen wir heute in tausend Schattierungen: Nervosität, Beschwerden wie Bauch-, Rücken- und Kopfweh, Missbrauch von Nikotin, Alkohol, Medikamenten, Heroin usw., aber auch Risikoverhalten auf der Straße und in der Freizeit.

Entspannung erfordert Zeit, Ruhe, aber auch Offenheit neuen und unbekanntem Methoden und Spielen gegenüber, die auf den ersten Blick etwas merkwürdig erscheinen (Bewegungsspiele, Sinnes- oder Atemübungen).

Sich täglich in irgendeiner Form „Entspannendes“ für die persönliche Psychohygiene zu gönnen, ist ein erster wichtiger Schritt für die Verbesserung und Aufrechterhaltung des persönlichen Wohlbefindens, sowohl für Lehrkräfte als auch für die SchülerInnen.

RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Vorgehen bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch durch SchülerInnen auf Grund des Suchtmittelgesetzes (§ 13)

In einer Schule ist der begründete Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch als erstes der Schulleitung zu melden und mit „bestimmten Tatsachen“ zu begründen. Hierfür steht eine Checkliste zur Verfügung, welche das Vorgehen strukturiert. Die Schulleitung entscheidet darüber, ob eine schulärztliche bzw. schulpsychologische Untersuchung angebracht ist. Schulärztin oder -arzt können auch einen Test veranlassen, was jedoch selten nötig ist.

Die Untersuchung/Diagnostik kann sich dennoch für SchulärztInnen oder SchulpsychologInnen schwierig gestalten. Daher gibt es die Möglichkeit das Institut für Suchtdiagnostik (ISD der Stadt Wien) welches darauf spezialisiert ist, mit der Untersuchung zu beauftragen.

Ergibt die Untersuchung, dass der/die Jugendliche Suchtmittel konsumiert (hat), so sind weitere „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ vorgesehen. Das kann eine ärztliche Behandlung oder die Betreuung durch eine Drogenberatungsstelle sein. (Liste der geeigneten Einrichtungen findet sich unter Punkt 12).

Dies wird in einem Gespräch zwischen der Schulleitung, SchulärztIn/SchulpsychologIn, den Eltern und dem/der Jugendlichen festgelegt und durch die Ambulanzkarte, die dem/der SchülerIn ausgehändigt wird, dokumentiert.

Nur wenn die Untersuchung oder die gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert werden, kann die Schule ihre Zuständigkeit abgeben. Dann ist die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (MA 40) zu verständigen, welche den weiteren Ablauf übernimmt.

Den Erlass des Stadtschulrates zum Suchtmittelgesetz mit allen Beitexten und Download der Checkliste für SchulleiterInnen sowie Ambulanzkarte finden Sie im Internet unter <http://erlaesse.ssr-wien.gv.at>

Weitere Informationen zum Vorgehen im Anlassfall (Frühintervention in der Schule) und zu diesbezüglichen Weiterbildungen in den Bundesländern finden sie unter:

<http://www.suchtvorbeugung.net/stepbystep>

Weiters steht im Anlassfall die Servicestelle für Prävention und Frühintervention des „dialog“ mit kompetenter Beratung (telefonisch oder Vorort) für die LehrerInnen und Therapiemöglichkeiten für SchülerInnen zur Verfügung.

Telefon: +43/1/502 552 500

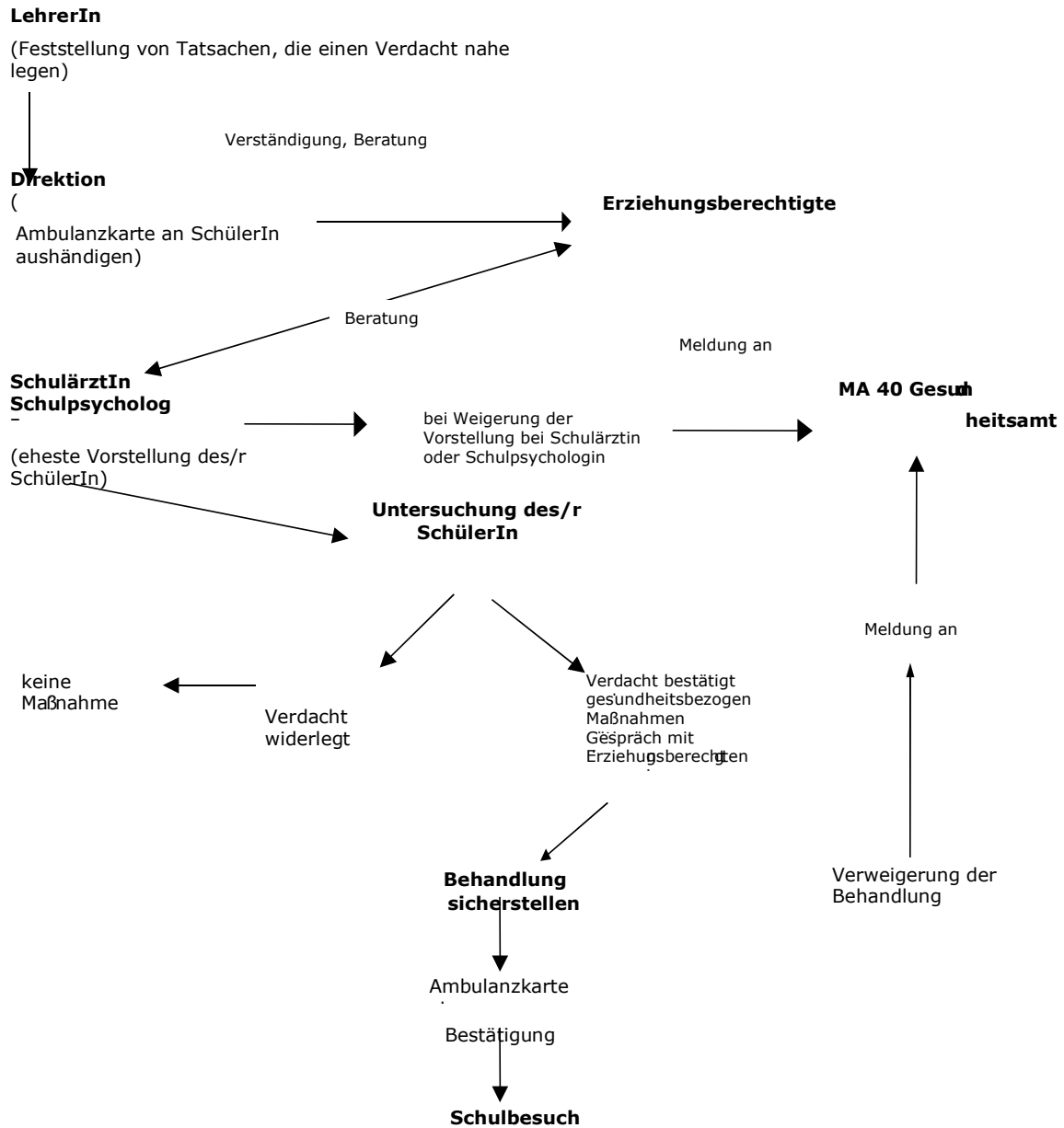
telefonisch erreichbar: Mo, Mi und Fr: 9:00 - 13:00; Di und Do: 9:00 – 16:00

Öffnungszeiten: Dienstag und Donnerstag 13:00 bis 16:00

Internet: www.dialog-on.at

9 VORGEHEN IM ANLASSFALL IM ÜBERBLICK

GRUNDSATZ: „BEHANDLUNG HAT VORRANG VOR BESTRAFUNG“



Informationen zum Wiener Jugendschutzgesetz betreffend Alkohol und Tabak

Im Wiener Jugendschutzgesetz von 2002 wird für junge Menschen bis 18 Jahre neben Aspekten wie zum Beispiel Ausgehen und Altersnachweis auch der Umgang mit Alkohol, Tabakwaren, jugendgefährdenden Medien, Datenträgern, Gegenständen, Glücksspielen sowie Wetten recht genau geregelt. Auch Eltern, Erziehungsberechtigte, LokalbesitzerInnen oder VeranstalterInnen haben die Pflicht, die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes einzuhalten. Jugendschutz fällt in die Zuständigkeit der Bundesländer und so gibt es in Österreich neun Jugendschutzgesetze. Ausgehzeiten, Betretungsverbote von Spiellokalen, Alkohol- und Nikotinreglementierung werden typischerweise darin geregelt und sind in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland weitgehend abgestimmt. Im Wiener Jugendschutzgesetz wird zwischen „hartem“ Alkohol, Mischgetränken (Alkopops), Bier oder Wein nicht unterschieden. Für den Erwerb und Konsum in der Öffentlichkeit besteht eine Altersgrenze von 16 Jahren.

Bereits die erste der bisherigen drei Änderungen des Jugendschutzgesetzes, das aus dem Jahr 2002 stammt, brachte wesentlich striktere Regeln betreffend Tabakwaren und alkoholische Getränke mit sich.

Aktueller Stand:

Bis 2007 durften Jugendliche unter 16 Jahren Alkohol und Tabakwaren erwerben, es war lediglich der Konsum von Alkohol und Tabakwaren in der Öffentlichkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres verboten.

Seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2011 dürfen Jugendliche Tabakwaren und alkoholische Getränke weder erwerben noch konsumieren. Die Abgabe dieser Produkte an Jugendliche unter 16 Jahren ist in der Öffentlichkeit – d.h. an allen allgemein zugänglichen Orten bzw. bei öffentlichen Veranstaltungen – verboten. Somit sind nunmehr Konsum, Abgabe und Erwerb von Tabakwaren oder alkoholischen Getränken erfasst.

Sonderfall Schule:

An Schulen gilt ein erweitertes Rauchverbot bis zum Alter von 18 Jahren.

Zusätzlich wurde ein „Warnsystem“ eingeführt: SchülerInnen, die Alkoholika oder Tabak konsumieren, müssen von der Schulleiterin/vom Schulleiter auf die Gesundheitsgefährdung hingewiesen werden. Sollte diese Aufklärung nicht ausreichen, ist von der Schulleiterin/vom Schulleiter ein Beratungs- und Informationsgespräch beim Jugendwohlfahrtsträger zu veranlassen. Nur bei Weigerung bzw. als letzter Schritt kann eine Geldstrafe bis zu 200 Euro verhängt werden.

Strafen:

Im Falle einer Gewinnabsicht (z.B. Gastgewerbebetriebe) ist ein Zuwiderhandeln gegen die Jugendschutzbestimmungen mit bis zu 15.000 Euro zu bestrafen. Die Ersatzfreiheitsstrafe beträgt bei Uneinbringlichkeit bis zu 6 Wochen. Wird das Jugendschutzgesetz ohne Gewinnabsicht durch Erziehungsberechtigte und Personen über 18 Jahren übertreten, droht eine Geldstrafe bis zu 700 Euro. Im Falle der Uneinbringlichkeit kann eine Ersatzfreiheitsstrafe bis zu 3 Tage verhängt werden.

Die aktuelle Fassung für Wien ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000267>

10 PRINZIP „THERAPIE STATT STRAFE“

Das österreichische Rechtssystem verfolgt bei Suchtmittelkonsumenten von illegalen Suchtmitteln den Grundsatz "Therapie statt Strafe". Das Gesundheitssystem spielt für KonsumentInnen dabei die Hauptrolle. Wenn die Polizei tätig geworden ist erfolgt zwar immer eine Meldung, zu Maßnahmen der Justiz (z. B. Setzung einer Probezeit, Erfüllung bestimmter Auflagen, Gerichtsverhandlung) kommt es nur in besonderen Fällen.

Seit 01.01.2016 gilt:

- Die Staatsanwaltschaft stellt aufgrund einer Anzeige in Fällen eines „erweiterten“ Eigengebrauchs^[1] das Strafverfahren sofort vorläufig für ein Jahr ein. Es erfolgt eine Meldung ans Gesundheitsamt.
- Begutachtung durch Gesundheitsbehörde (Bei CannabiskonsumentInnen, die in den letzten fünf Jahren nicht schon einmal auffällig waren – z. B. durch eine Anzeige oder sonstige Meldung – erfolgt keine standardmäßige Begutachtung)
- Gegebenenfalls, aufgrund der Begutachtung, „Gesundheitsbezogene Maßnahmen“ bei Suchtgiftmissbrauch (z. B. Z 1 - Ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, Z 2 - Ärztliche Behandlung inkl. Substitutions- oder Entzugsbehandlung, Z 3 - klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Z 4 – Psychotherapie, Z 5 - Psychosoziale Beratung und

^[1] Damit sind der Erwerb, Besitz, zum eigenen persönlichen Gebrauch und auch die eventuelle, vorteilslose Weitergabe zum persönlichen Gebrauch eines anderen gemeint.

Betreuung). Das Gesundheitsamt kontrolliert, ob eine Maßnahme durchgeführt wird, wenn deren Notwendigkeit festgestellt wurde.

- Eine Fortsetzung eines Strafverfahrens gibt es nur, wenn das Gesundheitsamt innerhalb dieses Jahres meldet, dass die angezeigte Person nicht zur Begutachtung kommt oder notwendige Maßnahmen nicht nachgewiesen werden, andernfalls wird das Verfahren nach einem Jahr endgültig eingestellt.

Die aktuelle Fassung des österreichischen Suchtmittelgesetzes ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040>

Seit 2012 regelt ein eigenes Gesetz neue psychoaktive Substanzen. Der Besitz solcher Substanzen ist zwar verboten, aber KonsumentInnen sind nicht strafbar, es gibt also keine Anzeige. Ziel ist es, die KonsumentInnen vor uneinschätzbaren Gesundheitsrisiken zu schützen. Das Gesetz stellt aber den Handel mit neuen psychoaktiven Substanzen und die Herstellung mit Gewinnabsicht unter Strafe; dabei drohen Freiheitsstrafen von bis zu zwei Jahren und mehr.

Die aktuelle Fassung ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605>

11 AUSWAHL - NETZWERK WIENER DROGENHILFESYSTEM

Verein Dialog: Servicestelle für Schulen - Suchtprävention und Früherkennung

Angebote

- Entwicklung maßgeschneiderter Präventionsangebote für den Schulstandort und Begleitung bei deren Umsetzung
- Schulungsmaßnahmen am Standort: Teambesprechungen, schulinterne LehrerInnenfortbildungen, Elternabende
- SchülerInnenworkshops im Rahmen umfassender Präventionsmaßnahmen am Schulstandort
- fachliche Beratung bei der Umsetzung des §13 Suchtmittelgesetz laut Durchführungserlass vom 5. Oktober 2005
- rasche Unterstützung vor Ort bei Anlassfällen (SchülerInnen, die legale oder illegale Substanzen missbrauchen oder in sonst einer Weise eine Suchtgefährdung aufweisen, wie z.B. übermäßiges Computerspiel)
- Vermittlung von Betreuungsplätzen für Jugendliche mit Behandlungsbedarf
- Beratungsbetrieb mit Öffnungszeiten und individueller Terminvereinbarung, Fachbibliothek und kostenfreie Kopiermöglichkeit vor Ort

Zielgruppe

Sämtliche Personen im „System Schule“:

- LehrerInnen
- DirektorInnen
- SchülerberaterInnen, Beratungs- und BetreuungslehrerInnen, PsychagogInnen uä.

- SchulärztInnen
- SchulpsychologInnen
- Eltern bzw. Erziehungsberechtigte
- SchülerInnen

Kontakt

Verein DIALOG
Suchtprävention und Früherkennung
A-1010 Wien, Hegelgasse 8/13
T: +43 1 205 552 500
www.dialog-on.at

Auswahl an Drogenberatungsstellen zuständig für gesundheitsbezogene Maßnahmen im Rahmen des § 13 Verfahren nach dem Suchtmittelgesetz
(§ 15 Einrichtungen); Wien, Stand 2018

Verein DIALOG
Individuelle Suchthilfe Gudrunstraße
1100 Wien, Gudrunstraße 184
Eingang zwischen Stiege 3 und 4
Tel.:+43 1 205 552 600

Verein DIALOG
Individuelle Suchthilfe Nord
1220 Wien, Puchgasse 1
Tel.:+43 1 205 552 600

CheckiT! - Homepage - Drogeninfo und -
beratung für junge Leute
1060 Wien, Gumpendorferstraße 8
Tel.: +43 1 400053650

Sucht und Drogenberatung für Jugendliche und
Angehörige - Kolping
Beratungsstelle
1040 Wien, Paulanergasse 11
Tel.: +43 1 5815303

Weitere Einrichtungen
www.bmgf.gv.at/cms/home/

Rechtsberatung

Checkit!

Jurist: Martin Feigl

Tel.: +43 1 4000 53650

Terminvereinbarungen prinzipiell möglich,
tägliche Erreichbarkeit über www.checkyourdrugs.at

Verein DIALOG

Juristische Beratung für DIALOG-KlientInnen

www-dialog-on.at



**Sucht- und Drogen
Koordination Wien**
Institut für Suchtprävention



Institut für Suchtprävention

Adresse: Modecenterstraße 14/Block B/2. OG
1030 Wien

Tel: +43 1 4000 87334

Fax: +43 1 4000 87328

E-Mail: isp@sd-wien.at

Träger: Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Web: <https://sdw.wien/>

Verkehrsverbindung: Linie U3, Station: Gasometer

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH, Sitz: Wien, Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien
Firmenbuchnummer 279399g, DVR: 3001048, ATU 62646266

Herausgegeben von:

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Modecenterstraße 14/Block B/2. OG

1030 Wien

Stand: Februar 2023