

Suchtgefährdete Jugendliche und Arbeitsmarkt

Ergebnisbericht

Im Auftrag von Arbeitsmarktservice Österreich
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Bundesministerium für Gesundheit

Suchtgefährdete Jugendliche und Arbeitsmarkt

Problemanalyse für Österreich, evidenzbasierte Maßnahmenoptionen
und Handlungsempfehlungen

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Ilonka Horvath
Martin Busch
Julian Strizek
Aida Tanios

Unter Mitarbeit von:

Alfred Uhl

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Mai 2016

Im Auftrag von **Arbeitsmarktservice Österreich**
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Bundesministerium für Gesundheit

Vorgeschlagene Zitierweise:

Horvath, Ilonka; Busch, Martin; Strizek, Julian; Tanios, Aida (2016): Suchtgefährdete Jugendliche und Arbeitsmarkt. Problemanalyse für Österreich, evidenzbasierte Maßnahmenoptionen und Handlungsempfehlungen. Im Auftrag des Sozialministeriums, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Arbeitsmarktservice. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Zl. P4/11/4772

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Die vorliegende Studie befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeitsmarktintegration bzw. Verbleib im Ausbildungssystem und problematischem Substanzkonsum von Jugendlichen / jungen Erwachsenen. Sie fokussiert auf die Zielgruppe jener 15- bis 24-Jährigen, die einerseits eine Suchtgefährdung aufweisen bzw. bei denen eine beginnende Suchtproblematik zu beobachten ist und die andererseits gefährdet sind, eine Ausbildung abzubrechen, den Arbeitsplatz bzw. den Platz in einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zu verlieren oder den Wechsel aus der Schule in einen Beruf nicht zu schaffen.

Der zugrundeliegende Suchtbegriff umfasst ein breites Spektrum an psychoaktiven Substanzen, inkludiert auch die nicht verschreibungskonforme Verwendung psychoaktiver Medikamente sowie problematische Muster in Bezug auf nicht stoffgebundenes Suchtverhalten. Nikotinhaltige Produkte werden nicht berücksichtigt.

Die Studie wurde von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag von Sozialministerium, Gesundheitsministerium und Arbeitsmarktservice erstellt.

Ziel der Studie ist es, die Schnittmenge von gesundheitsbezogener und arbeitsmarktpolitischer Herangehensweise an die herausfordernde Betreuung der Zielgruppe herauszuarbeiten und Handlungsempfehlungen für die involvierten Politikbereiche zu entwickeln. Eine quantitative Beschreibung dieser Jugendlichen / jungen Erwachsenen und eine qualitative Analyse ihrer Problemlagen bilden die Basis der Analyse. Davon ausgehend wurden Möglichkeiten der Früherkennung und -intervention bzw. der Stabilisierung und Reintegration identifiziert und mit einer multidisziplinären Expertengruppe diskutiert. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die vom Sozialministerium initiierte Strategie *AusBildung bis 18* gelegt.

Die Erhebungen zeigen, dass in Österreich schätzungsweise 80.000 bis 130.000 Jugendliche und junge Erwachsene Probleme beim Übergang ins Arbeitsleben haben. Davon kann ein Anteil von 2.500 bis 6.000 Personen mit Suchtgefährdung oder beginnender Suchtproblematik angenommen werden. Eine exakte Unterscheidung nach Geschlecht, Alter und Region ist auf Basis der vorliegenden Schätzung nicht möglich. Die zugrunde liegenden Daten weisen aber darauf hin, dass in der Zielgruppe männliche Jugendliche zwischen 19 und 24 Jahren aus dem urbanen Raum über-proportional vertreten sind.

Hinsichtlich der Problemausprägung kann zwischen zwei Altersgruppen unterschieden werden: Bei Jugendlichen (15 bis 19 Jahre) steht oftmals die Kumulation von diversen Problemen im Vordergrund, gekoppelt mit mangelnder Unterstützung durch das familiäre Bezugssystem; Suchtmittelkonsum kann dabei eine Rolle spielen. Die Herausforderung besteht darin, die Jugendlichen in den (Aus-)Bildungsstrukturen zu halten und beginnende problematische Verhaltensweisen zu reflektieren bzw. Handlungsalternativen aufzuzeigen. Junge Erwachsene (20 bis 24 Jahre) sind hingegen in einem stärkeren Ausmaß von Arbeitslosigkeit wie auch von behandlungsrelevanten Folgen des Substanzkonsums betroffen. Die Motivation zur Behandlung und deren Umsetzung nimmt

daher in dieser Gruppe einen größeren Stellenwert ein. Im Vordergrund steht dabei, die Zielgruppe zu erreichen und ihr das Nachholen sozialer wie beruflicher Qualifikation zu ermöglichen.

Unter Berücksichtigung dieser Problemstellungen wurde sowohl sektoraler wie auch sektorenübergreifender Handlungsbedarf abgeleitet. Relevante Eckpunkte sind demnach sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Konzeptionierung und Umsetzung von Maßnahmen und Projekten, suchtspezifische Weiterbildung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, das Erreichen und stufenweise Integrieren der Zielgruppe, die Stärkung des Übergangsmanagements, das Berücksichtigen des hohen erforderlichen Betreuungsaufwands und genderspezifische Ansätze in der Arbeit mit der Zielgruppe.

Die erarbeiteten Handlungsempfehlungen sind in drei zentrale Handlungsfelder unterteilt und in Tabelle 1 gelistet.

Die relevanten Empfehlungen des Handlungsfelds *Niederschwellige Zugänge in der Arbeit mit der Zielgruppe* beziehen sich auf das Erreichen der Zielgruppe durch den Einsatz digitaler sozialer Medien sowie durch Peer-Involvement-Ansätze. Unter anderem wird der Aufbau von niederschweligen Angeboten als gemeinsame Anstrengung diverser beteiligter politischer Ressorts wie auch in Zusammenarbeit zwischen Bund, Länder und Gemeinden empfohlen.

Empfehlungen zum Handlungsfeld *Kontinuität in Betreuung und Begleitung* betonen einen flexiblen und situationsbezogenen Umgang mit Altersgrenzen bei Unterstützungsangeboten für suchtgefährdete Jugendliche und raten zum Erarbeiten von schul- und maßnahmenspezifischen Handlungsanleitungen für den Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen – legale wie illegale Substanzen gleichermaßen einbeziehend.

Die Empfehlungen zum Handlungsfeld *Fachübergreifender Austausch und Qualifizierung* betonen vor allem die Relevanz von fachlicher Expertise und interdisziplinärem fachlichen Austausch.

Tabelle: Handlungsempfehlungen nach Handlungsfeldern (vgl. Kapitel 9)

Handlungsfeld: Niederschwellige Zugänge in der Arbeit mit der Zielgruppe	
Empfehlung 1	Einsatz digitaler sozialer Medien zur Erreichung systemferner Jugendlicher / junger Erwachsener mit dem Ziel, Informationen über mögliche arbeitsmarkt- bzw. sucht spezifische Unterstützungsangebote zu verbreiten. Online-Tools (z. B. zur Terminkoordination) bieten einen niederschweligen Zugang zu konkreten Maßnahmen und können auch im Sinne einer zielgruppenspezifischen Online-Beratung eingesetzt werden.
Empfehlung 2	Ausbau von genderspezifischen inhaltlichen Schwerpunkten (z. B. Unterstützungsangebote hinsichtlich Kinderbetreuung) in allen zielgruppenrelevanten Maßnahmen mit dem Ziel, systemferne Mädchen und junge Frauen zu erreichen. Hierfür können Frauen- und Mädchenberatungsstellen als Kooperationspartner fungieren. Auch kann deren genderspezifische Expertise in die Planung von Projekten miteinbezogen werden.
Empfehlung 3	Entwicklung von Peer-Involvement-Ansätzen und Einbeziehung der <i>Offenen Jugendarbeit</i> zur Erreichung systemferner Jugendlicher / junger Erwachsener in suchtspezifischen und arbeitsmarktspezifischen Maßnahmen.
Empfehlung 4	Niederschwellige Angebote sollte als systemübergreifende Projekte – über die Grenzen der Arbeitsmarktpolitik hinaus – verstanden und umgesetzt werden; das erfordert eine gemeinsame Anstrengung von Bund, Länder und involvierten Institutionen.
Empfehlung 5	Niederschwellige Qualifizierungsangebote für Jugendliche / junge Erwachsene sollten als Stufenmodelle aufgebaut werden und – im Optimalfall – von einer stundenweisen Beschäftigung über Qualifizierung im Projekt und Anstellung im Projekt letztendlich zu einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt führen. Niederschwellig bedeutet auch, dass eine Maßnahme abgebrochen, später aber wieder aufgenommen werden kann.
Empfehlung 6	Aufbau von niederschweligen suchtspezifischen Beratungsangeboten für Jugendliche / junge Erwachsene in Zusammenarbeit mit relevanten bestehenden Settings wie Jugendzentren, Produktionsschulen oder Berufsschulen.
Empfehlung 7	Suchtmittelkonsum als Ausschlusskriterium sollte in niederschweligen Qualifizierungsangeboten überdacht und Sucht als Erkrankung verstanden werden. Aufbau eines maßnahmeninternen Krisenmanagements im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen / jungen Erwachsenen bzw. Vermittlung von Risikokompetenz im Umgang mit Suchtmitteln.
Empfehlung 8	Individuelle Problemlagen und Konsumgewohnheiten bedürfen unterschiedlicher professioneller Herangehensweisen. Suchtspezifisches Wissen ermöglicht einen differenzierten Umgang mit Konsumverhalten bei den Jugendlichen / jungen Erwachsenen, enttabuisiert das Thema Sucht und hilft bei der Identifikation und Früherkennung von riskantem Konsumverhalten bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen.
Handlungsfeld: Kontinuität in der Betreuung und Begleitung	
Empfehlung 1	Stärkung des Übergangsmangements und Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung/Begleitung im Übergang zwischen unterschiedlichen Maßnahmen sollte im Fokus sämtlicher Systembeteiligter (Jugendcoaching, Kinder- und Jugendhilfe, Gericht, Bewährungshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulen etc.) stehen. Dabei ist insbesondere auch der Datenschutz vor allem bei illegalem Substanzkonsum zu beachten.
Empfehlung 2	Aktive Einbeziehung des familiären Umfeldes vor allem in die Beratung und Betreuung von Jugendlichen sowohl in der Suchthilfe wie auch in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, z. B. durch Bereitstellung von Unterstützungssystemen für das familiäre Umfeld.
Empfehlung 3	Schaffung von klaren Zuständigkeiten hinsichtlich der Fallführung und die Berücksichtigung von bereits vorhandenen Bezugspersonen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Andenken eines systemübergreifenden personenbezogenen Buddy-Systems für Jugendliche / junge Erwachsene ohne Unterstützung des familiären Umfeldes.

Empfehlung 4	Ermöglichung eines flexiblen und situationsbezogenen Umgangs mit Altersgrenzen bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen / jungen Erwachsenen in Angeboten und Maßnahmen (wie z. B. im Jugendstrafvollzug; in der Ausbildung zum Facharzt / zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde im Rahmen der Ausbildungsänderung 2015 ein Modul zur Adoleszenzpsychiatrie verankert).
Empfehlung 5	Bei der Konzeption entsprechender Maßnahmen sollte berücksichtigt werden, dass die Betreuung, Begleitung und Qualifizierung der Zielgruppe zeit- und ressourcenintensiv ist, da von einer hohen psychiatrischen Komorbidität auszugehen ist.
Empfehlung 6	Ausbau von zielgruppenadäquaten Berufsausbildungsangeboten für niedrigqualifizierte ältere Jugendliche in Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und AMS.
Empfehlung 7	Stärkung des schulinternen Krisenmanagements im Rahmen des § 13 Abs 1 SMG. Ein schulinternes Krisenmanagement sollte sowohl den problematischen Konsum legaler Substanzen als auch substanzungebundenes Suchtverhalten inkludieren. Eine Handlungsanleitung könnte in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen den Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen erleichtern.
Handlungsfeld: Fachübergreifender Austausch und Mitarbeiterqualifizierung	
Empfehlung 1	Vermittlung von Basiswissen zu Suchtentstehung, Suchtverhalten und Substanzen an Professionistinnen/Professionisten, die mit der Zielgruppe arbeiten, mit dem Ziel, die Sensibilität für (problematisches) Konsumverhalten zu erhöhen. Settingbezogene Gesprächsleitfäden für relevante Institutionen und Einrichtungen der Qualifizierung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen (wie beispielsweise AMS, ÜBA, IBA und niederschwellige Projekte zur Anbindung systemferner Jugendlicher) erleichtern ein aktives und adäquates Nachfragen in der Beratungs- und Betreuungssituation.
Empfehlung 2	Berufsgruppenübergreifende Fortbildung oder Veranstaltung mit Fokus auf Herausforderungen für Jugendliche / junge Erwachsene an der Schnittstelle von (problematischem) Substanzkonsum und Arbeitsmarktzugang mit dem Ziel, fach- und institutionenübergreifenden Austausch zwischen Suchtprävention, Suchthilfe und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zu ermöglichen.
Empfehlung 3	Aufbau von fachlicher bzw. wissenschaftlicher Expertise wie auch Umsetzung von Konzepten zum Thema <i>nicht stoffgebundenen Süchte</i> in der Suchtprävention und -hilfe.
Empfehlung 4	Erweiterung des fachlichen Austausches über die relevanten Arbeitsfelder hinweg mit dem Ziel, vorhandene Ressourcen und Strukturen gegenseitig zu nutzbar zu machen und die Zielgruppe besser erreichen zu können.
Empfehlung 5	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und strategische intersektorale Abstimmung der relevanten politischen Ressorts (BMASK, BMG, BMBF, BMWJW, BMWFW) in Übereinstimmung darin, dass die Integration Jugendlicher / junger Erwachsener mit multiplen Problemen in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt ein gemeinsames Ziel ist.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen	IX
Abbildungen.....	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Zielgruppe und Begriffsdefinitionen	4
3 Projektziele	5
4 Studiendesign und Methodik.....	6
5 Problemanalyse	8
5.1 Datengrundlage zur Schätzung der Zielgruppengröße	9
5.1.1 Arbeitsmarktdaten zu 15- bis 24-Jährigen	9
5.1.2 Die Konzepte NEET und FABAs	11
5.1.3 Befragungsdaten zu Substanzkonsum	13
5.1.4 Daten aus Behandlung und Begutachtung	14
5.1.5 Schätzung der Zielgruppengröße durch Kombination vorhandener Datenquellen	17
5.2 Soziodemographische Beschreibung der Zielgruppe	18
5.2.1 Differenzierung nach Geschlecht	18
5.2.2 Differenzierung nach Alter	19
5.2.3 Differenzierung nach Region	21
5.3 Problemlagen und Belastungen der Zielgruppe aus Sicht von Jugend- coaches	22
5.3.1 Ist Suchtgefährdung ein Thema im Jugendcoaching?.....	22
5.3.2 Problematische Verhaltensweisen und Problemfelder	22
5.3.3 Handlungsoptionen des Jugendcoachings	24
5.3.4 Zentrale Herausforderungen, Erfolgsfaktoren und Unterstützungsbedarf	26
6 Bestehende Strategien und Maßnahmen	28
6.1 Gesetzliche Grundlagen auf nationaler Ebene	32
6.1.1 Arbeitsmarktsektor	32
6.1.2 Gesundheitssektor	32
6.1.3 Weitere Sektoren	33
6.2 Internationale und intersektorale Strategien	34
6.2.1 Strategien auf europäischer Ebene.....	34
6.2.2 Regierungsprogramm der Bundesregierung	35
6.3 Sektorale Strategien auf nationaler Ebene	35
6.3.1 Arbeits(markt)sektor	35
6.3.2 Gesundheitssektor	37
6.3.3 Andere Sektoren	39
6.4 Sektorale Maßnahmen auf nationaler Ebene.....	40
6.4.1 Arbeitsmarktsektor	40
6.4.2 Maßnahmen aus dem Gesundheitssektor	43
6.4.3 Maßnahmen in sonstigen Sektoren	45
6.5 Regionale suchtspezifische und nicht suchtspezifische Maßnahmen (Best Practice)	46

7	Ziele und Möglichkeiten der Früherkennung/Frühintervention, Stabilisierung und Reintegration	51
7.1	Kritische Lebensereignisse und -phasen	53
7.2	Mögliche Unterstützungsmaßnahmen.....	55
7.3	Hinderliche/förderliche Faktoren zum Erreichen der Zielgruppe.....	57
8	Problemstellungen und Handlungsbedarf	59
8.1	Arbeitsmarktsektor (A).....	59
8.2	Gesundheitssektor (G).....	63
8.3	Sektorenübergreifend (S).....	65
9	Handlungsfelder und Empfehlungen	69
9.1	Handlungsfeld: Niederschwellige Zugänge in der Arbeit mit der Zielgruppe	69
9.2	Handlungsfeld: Kontinuität in der Betreuung und Begleitung	70
9.3	Handlungsfeld: Fachübergreifender Austausch und Mitarbeiterqualifizierung	72
9.4	Ausblick und weitere Schritte	73
	Literatur	74
	Teilnehmer/innen des Expertenpanels	80

Tabellen

Tabelle 5.1: Arbeitsmarktrelevante Daten zu 15- bis 24-Jährigen für das Jahr 2014	10
Tabelle 6.1: Schematische Darstellung relevanter rechtlicher Grundlagen, Strategien und Maßnahmen – vereinfachte Darstellung	31
Tabelle 6.2: Übersicht regionaler Best-Practice-Beispiele aus unterschiedlichen Bundesländern (exemplarisch).....	50

Abbildungen

Abbildung 1.1: Wechselwirkung zwischen Arbeitsmarktintegration und Suchtproblematik	2
Abbildung 5.1: Zielgruppendifferenzierung FABA	12
Abbildung 5.2: Anteil der unter 25-Jährigen an der geschätzten Prävalenz, in DOKLI, an Substitutionsbehandlungen, an Spitalsentlassungen und an drogenbezogenen Todesfällen in Prozent (gleitender Mittelwert), Zeitreihe 2000–2014	16
Abbildung 5.3: Stationäre Behandlungen von 15- bis 24-Jährigen nach Alter (ausgewählte Substanzgruppen)	20
Abbildung 5.4: Art der Substanz bzw. problematische Verhaltensweise mit Suchtgefährdung	23
Abbildung 5.5: Relevante Problemfelder von betreuten Jugendliche mit Suchtgefährdung	24
Abbildung 5.6: Interne und externe Maßnahmen des Jugendcoachings bei unterschiedlichen Problemfeldern	25

Abkürzungen

AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
AMSG	Arbeitsmarktservicegesetz
AIVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
ASchG	Arbeitnehmer/innenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BABE	Behinderung – Ausbildung – Beschäftigung. Bundesweites arbeitsmarktpolitisches Behindertenprogramm
BAG	Berufsausbildungsgesetz
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
B-KJHG	Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz
B-SchAufsG	Bundes-Schulaufsichtsgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMFJ	Bundesministerium für Familie und Jugend
BMFWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BundesKOST	Bundesweite Koordinationsstelle Übergang Schule – Beruf
DOKLI	Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESL	Early School Leavers
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EW	Einwohner/innen
FABA	Frühe Ausbildungsabbrecher/innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
IBA	Integrative Berufsausbildung
IHS	Institut für Höhere Studien
HiAP	Health in All Policies
NEET	Not in Education, Employment or Training
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
QIBB	Qualitätsinitiative Berufsbildung
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
SchOG	Schulorganisationsgesetz
SQA	Schulqualität Allgemeinbildung
SMG	Suchtmittelgesetz
SPF	Sonderpädagogischer Förderbedarf
ÜBA	Überbetriebliche Lehrausbildung
WZ	Wirkungsziel

1 Einleitung

Die vorliegende Studie befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeitsmarktintegration bzw. Verbleib im Ausbildungssystem einerseits und Substanzkonsum andererseits von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit multiplen Problemen.

Generell ist eine hohe Korrelation zwischen (problematischem) Substanzkonsum und Arbeitslosigkeit zu beobachten. Arbeitslosigkeit erhöht – etwa durch soziale Isolation und die Verstärkung vorhandener Konflikte – das Risiko, einen problematischen Substanzkonsum zu entwickeln. Umgekehrt steigt durch problematischen Substanzkonsum die Gefahr von Arbeitslosigkeit durch hohe Fehlzeiten, verminderte Leistung, disziplinäre Konflikte, Stigmatisierung oder Zeitkonflikte. Die Therapieforschung weist auch darauf hin, dass Arbeitslosigkeit die Gefahr eines Rückfalls nach einer Entwöhnungsbehandlung erhöht. Dies unterstreicht die Bedeutung sozialer Integration im Allgemeinen bzw. beruflicher Integration im Speziellen als Rehabilitationsziel (vgl. Henkel 2011).

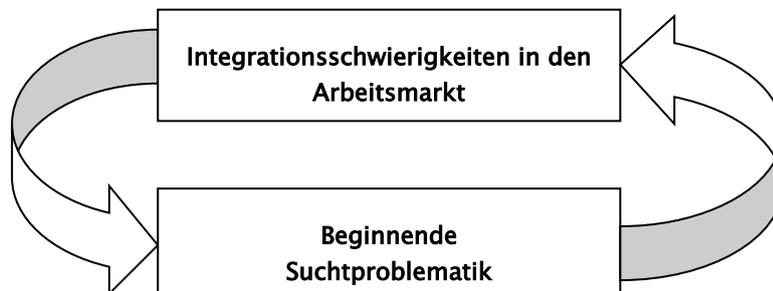
Für Jugendliche und junge Erwachsene stellt eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt zudem eine wichtige Entwicklungsaufgabe ihrer Lebensphase dar. Bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit multiplen Problemlagen besteht ein erhöhtes Risiko, dass sie diese Herausforderung nur mittels professioneller Unterstützung bewältigt können. Bei ihnen wird die Entwicklung von erfolgreichen Bewältigungsstrategien häufig durch die Kumulation von psychischen und sozialen Problemen erschwert, gesundheitsschädigende Verhaltensmuster – wie Suchtmittelkonsum als negative Bewältigungsstrategie – können sich bilden (Fachverband Sucht 2004).

Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass Jugendliche und junge Erwachsene im Vergleich zu anderen Altersgruppen insbesondere für illegalen Substanzkonsum und stoffungebundenes Verhalten mit Suchtpotenzial (v. a. Computerspiel) generell eine höhere Prävalenz aufweisen. Fachleute sprechen von jugendlichem Probierkonsum, der noch kein manifestes Suchtverhalten darstellt. Vielmehr können protektive Faktoren wie die Einbindung in Schule oder Arbeitsmarkt, aber auch familiäre Unterstützung häufig eine Suchtentwicklung verhindern (Haas et al. 2001).

Man kann daher von einer Wechselwirkung zwischen Ausbildungs- bzw. Arbeitsmarktintegration und Suchtentwicklung ausgehen. Eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt kann eine psychische Stabilisierung darstellen. Missglückte Integration wiederum kann, in Kumulation mit anderen Problemen, die Entstehung negativer Bewältigungsstrategien (z. B. problematisches Konsumverhalten) fördern, ebenso wie umgekehrt Suchtmittelkonsum die Integration erschweren kann (vgl. Abb. 1.1).

Neben der Einbettung in (Aus-)Bildungsstrukturen, Familie und Freundeskreis können spezifische Interventionen und Programme, ggf. Betreuung durch Sozialarbeit oder psychiatrische Behandlung bei der Problembewältigung im Jugendalter unterstützen. Gelingt es im Sinne einer Frühintervention, negative Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen und z. B. das Abbrechen von (Aus-)Bildungen zu verhindern oder nach einem Abbruch möglichst rasch eine Reintegration zu erreichen, können individuelle und gesellschaftliche Folgen mittel- und langfristig minimiert werden.

Abbildung 1.1:
Wechselwirkung zwischen Arbeitsmarktintegration und Suchtproblematik



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat die hohe Bedeutung der sozialen Integration von Suchtkranken erkannt und als Ziel definiert; es umfasst auch die Einbindung in den Arbeitsmarkt. Im Sinne von „Harm Reduction“ (Schadensminimierung) gewinnen bei Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Substanzen jene Maßnahmen, die über eine rein abstinenzorientierte Behandlung hinausgehen und zu einer Stabilisierung beitragen, zunehmend an Bedeutung (Sumnall/Brotherhood 2012). Umgesetzt wird dieses Ziel im Rahmen von niederschweligen Maßnahmen wie Tages- und Transitarbeitsplätzen oder sozialökonomischen Betrieben für die Integration von (ehemaligen) Suchtkranken in den Arbeitsmarkt.

Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen¹ weisen darauf hin, dass hochriskant konsumierende Jugendliche bzw. junge Erwachsene selten frühzeitig Hilfe und Unterstützung erhalten. Dies kann daran liegen, dass Probleme auf individueller Ebene vom Unterstützungssystem spät erkannt werden, dass das Problembewusstsein bei den Jugendlichen selbst gering ist, aber auch daran, dass es wenige zielgruppenadäquate Angebote gibt, in denen Suchtverhalten als Thema Platz hat. Eine universelle Suchtprävention ist für die Zielgruppe nicht erfolgreich, weil zu allgemein, die klassischen Einrichtungen der Suchthilfe hingegen sind zu hochschwellig und oft nicht altersadäquat. Früherkennung wird auch dadurch erschwert, dass das Abbrechen einer Ausbildung (Schule, Lehre) meist auch einen Abbruch von Kontakten bzw. Beziehungen bedeutet.

Sowohl in den bestehenden arbeitsmarktpolitischen wie auch in den gesundheitspolitischen Strategien wird Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit multiplen Problemlagen Beachtung zuteil. Darüber hinaus sind österreichweit diverse Maßnahmen implementiert, um diese Zielgruppe zu erreichen, dennoch scheint Optimierungsbedarf hinsichtlich der Früherkennung und -intervention gegeben.

¹
Vgl. REITOX Focal Point Österreich, multidisziplinäre Fokusgruppe zu „Riskant konsumierenden Jugendlichen“ 2013 und 2014

Das vorliegende Projekt soll die Schnittmenge von arbeitsmarktpolitischen Initiativen, Angeboten der Suchtprävention und angrenzenden relevanten Bereichen identifizieren, Synergien und Vernetzungsoptionen sichtbar machen und handlungsrelevante Maßnahmen für potenziell suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene empfehlen. Hierbei liegt der Fokus auf Bundesebene.

2 Zielgruppe und Begriffsdefinitionen

Zielgruppe der Studie sind 15- bis 24-jährige Jugendliche und junge Erwachsene mit Schwierigkeiten beim Übergang zwischen Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt und gleichzeitig einer Suchtgefährdung oder beginnenden Suchtproblematik. Der Fokus liegt dabei auf der vermuteten Wechselwirkung zwischen (drohendem) Ausstieg aus dem Ausbildungssystem bzw. Problemen bei der Integration in den Arbeitsmarkt und einem (beginnenden) problematischen Konsum von Alkohol oder illegalen Substanzen.

Der Suchtbegriff in der vorliegenden Studie inkludiert auch die nicht verschreibungskonforme Verwendung von psychoaktiven Medikamenten sowie problematische Muster von nicht stoffgebundenen Verhaltenssüchten (Computerspielsucht, Glücksspiel). Nicht gemeint sind hingegen Jugendliche, die ausschließlich Zigaretten oder andere nikotinhaltige Produkte konsumieren. Ebenso nicht gemeint sind Jugendliche, die ausschließlich Probierkonsum bzw. Verhaltensweisen zeigen, die nicht auf eine Suchtgefährdung schließen lassen.

Unter problematischem Drogenkonsum wird wiederholter Substanzkonsum verstanden, der Schäden wie Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychische oder soziale Probleme für die Person verursacht oder die Jugendlichen / jungen Erwachsenen einem hohen Risiko aussetzt, einen solchen Schaden zu erleiden². Als Folge dieses Konsumverhaltens kommt es zu Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Rein rechtliche Probleme reichen nicht aus, Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen, auch weil experimentelle bzw. zeitlich begrenzte Drogenerfahrungen im Jugendalter zwar häufig sind, meist aber ohne relevante Folgen bleiben (vgl. Haas et al. 2001).

2

Bei Alkohol werden zusätzlich die in der Literatur (Uhl et al. 2009a) referierten gesundheitlichen Gefährdungsgrenzen herangezogen: bei Männern ein täglicher Durchschnittskonsum von 60 g Reinalkohol (= 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein) und bei Frauen ein täglicher Durchschnittskonsum von 40 g Reinalkohol (= 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein). Bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen über dem Schutzalter wird die Einhaltung geringerer Mengen empfohlen, wobei keine Präzisierung der Grenzmengen vorliegt.

3 Projektziele

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Schnittmenge von arbeitsmarktpolitischen Initiativen, Angeboten der Suchtprävention und angrenzenden relevanten Bereichen für Jugendliche mit multiplen Problemlagen zu beleuchten. Des Weiteren sollen Synergien und Vernetzungsoptionen im Betreuungs- und Behandlungssystem sichtbar gemacht werden, um die negativen Wechselwirkungen zwischen Suchtverhalten und unzureichender Arbeitsmarktintegration für die Zielgruppe zu verringern. Für die Auftraggeber sollen handlungsrelevante Empfehlungen entwickelt werden, die die Integration der Zielgruppe (suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene) in den Arbeitsmarkt – auch in Hinblick auf die Strategie *AusBildung bis 18* (BMASK 2014a) – erleichtern.

Die Ziele des Projekts sind:

- » Beschreiben vorhandener arbeitsmarktpolitischer bzw. suchtpreventiver Strategien, Strukturen und Maßnahmen für die Zielgruppe; Ausarbeiten von Anknüpfungspunkten zu relevanten bundespolitischen Strategien und Initiativen (Rahmengesundheitsziele, Regierungsprogramm etc.);
- » Quantitatives und qualitatives Beschreiben der Zielgruppe und ihrer Problemlagen mit Fokus auf Ausbildung bzw. Arbeitsmarkt (regionale Unterschiede, soziale Determinanten, Geschlechtsunterschiede, Problemfelder und Erfolgsfaktoren) und Art des Suchtverhaltens;
- » Erarbeiten von Zielvorstellungen: qualitative Analyse betreffend (Maßnahmen zur) Erreichen der Zielgruppe und Maßnahmen zur Schließung von Betreuungslücken als Basis einer Soll-Darstellung;
- » Identifizieren der Möglichkeiten für Früherkennung/Frühintervention bzw. Stabilisierung und Reintegration;
- » Identifizieren/Priorisieren von Handlungsfeldern auf Systemebene mit Fokus auf dem Einflussbereich von BMASK, BMG und AMS;
- » Ermöglichen einer Vernetzung der in diesem Bereich tätigen Expertinnen/Experten – insbesondere zwischen Suchthilfe/Suchtprävention, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Arbeitsmarktpolitik;
- » Entwickeln von Handlungsempfehlungen für eine (bessere) Integration der Zielgruppe in den Arbeitsmarkt, Erarbeitung von Grundlagen für einen Handlungsleitfaden für Arbeitsmarktprojekte (z. B. *AusBildung bis 18*, Jugendcoaching) zum standardisierten Umgang mit der Zielgruppe.

4 Studiendesign und Methodik

Die in der ersten Projektphase realisierte Status-quo-Beschreibung zielt darauf ab, bestehende Daten zu Problemsituation und Problemausmaß zu analysieren, ergänzende Daten zu erheben und Informationen zu bestehenden Lösungsstrategien und Angeboten aus den relevanten Sektoren (Arbeitsmarkt, Gesundheit, Jugend, Bildung und Unterricht) zusammenfassend darzustellen. Die Zusammenschau aus Problembeschreibung und vorhandenen Lösungsansätzen soll die Basis für die weiteren Projektschritte bilden.

Arbeitsmarktdaten (AMS-Daten), Schätzungen zu Problemindikatoren (NEETs³, FABA⁴), Befragungsdaten aus repräsentativen Bevölkerungs- und Schülerbefragungen (ESPAD⁵) sowie Behandlungsdaten bzw. Daten aus dem Bereich der Suchthilfe (Spitalsentlassungsdiagnosen, eSuchtmittel, DOKLI⁶, Substitutionsregister) stellen das relevante Datenmaterial dafür dar.

Eine Online-Erhebung unter Leiterinnen und Leitern von Einrichtungen des Jugendcoachings hatte zum Ziel, die vorliegenden Daten zu Problemsituation und Problemausmaß um die Perspektive von Professionistinnen/Professionisten zu ergänzen (Fragebogen siehe Annex, Anhang 3). Diese Beratungsstruktur (Jugendcoaching) wurde ausgewählt, da sie österreichweit flächendeckend implementiert ist und die erste zentrale Anlaufstelle für Jugendliche mit unterschiedlichen Problemen beim Übergang zwischen Ausbildungssystem und Arbeitsleben darstellt.

In der zweiten Projektphase bildete eine qualitative Erhebung die Basis zur Identifizierung von Möglichkeiten der Früherkennung/Frühintervention bzw. der Kooperation zwischen arbeitsmarktpolitischen Angeboten und Suchthilfeeinrichtungen.

Dazu wurden zwei Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten aus Kärnten bzw. Niederösterreich abgehalten, die in ihrer beruflichen Praxis mit der Zielgruppe arbeiten. Eingeladen wurden Vertreter/innen folgender Bereiche: Suchthilfe und -prävention, AMS, Jugendcoaching, Streetwork, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, arbeitsmarktpolitische Angebote und Schule. Eine dritte Fokusgruppe wurde mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einem Wiener Jugendzentrum durchgeführt.

3
Not in Employment, Education or Training

4
Frühe Ausbildungsabbrecher/innen

5
European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

6
Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen

Der inhaltliche Schwerpunkt lag auf folgenden Themen:

- » Wahrgenommene Herausforderungen hinsichtlich Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzintegration,
- » Rolle und Funktion von Computerspielen, Alkohol und sonstigen Suchtmitteln im Alltag,
- » Wünsche nach Unterstützung und Hilfestellung.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse, der „inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2015), unterzogen und anhand einer Auswertungsmatrix aufgearbeitet. Als Analysekatoren wurden kritische Lebensereignisse, (potenzielle) Unterstützungsmöglichkeiten und Erfolgs- bzw. Misserfolgskategorien beim Erreichen der Zielgruppe definiert; die Analysekatoren wurden anhand der Handlungsebenen (Experten/Expertinnen – Jugendliche, Stadt – Land) in Beziehung gesetzt und verglichen.

In der dritten Projektphase wurden auf Basis der Ergebnisse aus Phase 1 und Phase 2 Handlungsfelder und Lösungsstrategien ausgearbeitet und mit einer multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppe diskutiert. Eingeladen waren dazu Entscheidungsträger/innen aus den relevanten Sektoren (BMASK, BMG, BMFJ, BMBF) wie auch Expertinnen und Experten involvierter Berufsgruppen.

Die vierte Projektphase diente schließlich der inhaltlichen Abstimmung mit der Steuerungsgruppe bzw. der Erstellung des Endberichts und des Handlungsleitfadens.

5 Problemanalyse

Fragestellungen

- » Wie groß (näherungsweise) ist die Zielgruppe der 15- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer beginnenden Suchtproblematik und manifesten Integrations- bzw. Verbleibschwierigkeiten beim Übergang zwischen Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt?
- » Wie lässt sich diese Zielgruppe anhand soziodemographischer Variablen beschreiben (Geschlecht, Region etc.)?
- » Wie lassen sich die Belastungen der betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen qualitativ beschreiben (welche Probleme bestehen, Bandbreite des Problemausmaßes)?
- » Welche Problemlagen in Bezug auf Sucht(verhalten) werden von Praktikern/Praktikerinnen (Befragungsteilnehmer/-innen: Jugendcoaches) als zentral erlebt bzw. wo sehen sie Handlungsbedarf?

Daten/Instrumente/Methoden

- » Analyse bestehender nationaler Datenquellen aus Gesundheits- und Arbeitsmarktbereich
- » Online-Erhebung unter Einrichtungen des Jugendcoachings

Zentrale Ergebnisse

- » Insgesamt wird geschätzt⁷, dass 80.000 bis 115.000 Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich Probleme beim Übergang ins Arbeitsleben haben. Davon wird unter Berücksichtigung unterschiedlicher Annahmen ein Anteil von 2.500 bis 6.000 Jugendlichen mit Suchtgefährdung / beginnender Suchtproblematik geschätzt.
- » Männliche Jugendliche sind in einem deutlich höheren Maße in der Zielgruppe (suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene) vertreten als weibliche. Die Zielgruppe ist verstärkt im urbanen Raum anzutreffen.
- » Junge Erwachsene (20 bis 24 Jahre) sind im Vergleich zu Jugendlichen (15 bis 19 Jahren) in einem stärkeren Ausmaß von Arbeitslosigkeit und auch häufiger von behandlungsrelevanten Folgen des Substanzkonsums betroffen.
- » Zwei Drittel der Einrichtungen im Jugendcoaching berichten, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen zu tun haben. Suchtgefährdung ist nach Meinung der Jugendcoaches am häufigsten in Zusammenhang problematischen Computerspielen sowie Alkohol- und Cannabiskonsum zu erkennen.

7

zur Berechnungsweise vgl. Kap. 5.1.5

- » Suchtgefährdete Jugendliche sind durch multiple Problemlagen gekennzeichnet (familiär, psychisch, somatisch, juristisch), die über die üblichen Probleme von Klienten/Klientinnen des Jugendcoachings hinausgehen.
- » Zentrale Herausforderungen sind mangelnde Zuverlässigkeit bzw. unzureichende Problemlösungsstrategien der Jugendlichen. Bedarf wird insbesondere an niederschweligen Angeboten mit regionalen Zugangsmöglichkeiten geäußert.

5.1 Datengrundlage zur Schätzung der Zielgruppengröße

Die Schätzung der Zielgruppengröße ist insofern schwierig, als sich verfügbare Datenquellen zu meist ausschließlich auf gesundheitliche (Konsummuster auf Basis von Befragungen, Behandlungszahlen) oder auf arbeitsmarktrelevante Aspekte (Erwerbskarrieren, Ausbildungskarrieren) beschränken oder den jeweils anderen Problembereich nur peripher berücksichtigen. Ausnahmen, die sowohl Erwerbs- bzw. Ausbildungsdaten als auch suchtrelevante Aspekte berücksichtigen, bilden

- » die Dokumentation von Behandlungseinrichtungen im Suchtbereich (DOKLI) und
- » die amtsärztlichen Begutachtungen nach dem Suchtmittelgesetz.

Da die Personen in diesen Behandlungsregistern nur eine Subgruppe der gegenständlichen Zielgruppe darstellen, werden auch andere Datenquellen aus dem gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Kontext herangezogen. Unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten Einschränkungen wird die Möglichkeit einer quantitativen Schätzung der Zielgruppe „Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren mit manifesten Schwierigkeiten beim Übergang zwischen Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt und einer beginnenden Suchtproblematik“ geprüft.

5.1.1 Arbeitsmarktdaten zu 15– bis 24–Jährigen

Insgesamt umfasst die Gruppe der 15– bis 24–Jährigen etwa 1.000.000 Personen der österreichischen Wohnbevölkerung. Kennzeichnend für junge Altersgruppen ist, dass sie aufgrund von laufenden Ausbildungen im Vergleich zu älteren Kohorten eine deutlich niedrigere Erwerbstätigkeit aufweisen.⁸

Die Arbeitslosenquote der 15– bis 24–Jährigen lag für das Jahr 2014 bei 8,6 Prozent und war für männliche Jugendliche etwas höher (9 %) als für weibliche Jugendliche (8,3 %).

8

Die Erwerbsquote (Anteil Erwerbstätiger an Wohnbevölkerung) bei den 15– bis 19–Jährigen beträgt 35 %, bei den 20– bis 24–Jährigen 67 % (15– bis 24–Jährige gesamt = 52 %). In beiden Altersgruppen liegt die Erwerbsquote der männliche Jugendlichen über jener der weiblichen, d. h. junge Männer steigen früher in die Erwerbstätigkeit ein als junge Frauen (Grieger/Csarmann 2015).

Aufgeteilt in Fünf-Jahres-Schritte ergibt sich für die 15- bis 19-Jährigen eine Arbeitslosenquote von fünf Prozent und für die 20- bis 24-Jährigen eine Arbeitslosenquote von 10,4 Prozent. Damit liegt die Arbeitslosenquote der 20- bis 24-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung von 8,4 Prozent (AMS 2014; vgl. Tabelle 5.1).

Der Bestand (= durchschnittlicher Wert für einen Stichtag im Jahr) an Arbeitslosen in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen beträgt 45.147 Personen. Der Bestand an Leistungsbeziehern/-bezieherinnen von Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe in dieser Altersgruppe liegt bei 37.723 Personen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Arbeitsmarktrelevante Daten zu 15- bis 24-Jährigen für das Jahr 2014

Alter	Männlich			Weiblich			gesamt		
	15-19	20-24	15-24	15-19	20-24	15-24	15-19	20-24	15-24
Wohnbevölkerung	238.277	278.303	516.580	225.991	267.614	493.605	464.268	545.917	1.010.185
Erwerbsquoten	41 %	71 %	57 %	28 %	63 %	47 %	35 %	67 %	52 %
Arbeitslosenbestand ¹	4.436	22.007	26.443	3.670	15.034	18.704	8.106	37.041	45.147
Arbeitslosenquote ²	4,5 %	11,5 %	9,0 %	5,8 %	9,1%	8,1 %	5,0 %	10,4 %	8,6 %
Leistungsbezieher/innen ³	3.925	18.845	22.770	2.847	12.096	14.943	6.782	30.941	37.723

¹ Mittelwert der 12 Monatsendbestände (stichtagsbezogen)

² Anteil der Arbeitslosen am unselbstständigen Arbeitskräftepotential (Arbeitslose und unselbstständig Beschäftigte)

³ Bestand (d. h. stichtagsbezogen)

Quelle: Grieger/Csarmann 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen der Ausbildung und dem Risiko, arbeitslos zu werden. Von allen 934.187 im Jahr 2014 von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen in Österreich (alle Altersgruppen) entfallen 42 Prozent auf Personen mit Pflichtschulabschluss und 36 Prozent auf Personen mit Lehrabschluss (Grieger/Csarmann 2015).

Die Arbeitslosenquote hat allerdings nur eine begrenzte Aussagekraft bezüglich der Arbeitsmarktsituation für Jugendliche, da diese nur dann als arbeitslos gelten, wenn sie aktive Schritte zur Arbeitssuche setzen. Personen, die z. B. aufgrund von Betreuungspflichten oder aufgrund von Aussichtslosigkeit nicht aktiv am Arbeitsmarkt nach Beschäftigung suchen, gelten nicht als arbeitslos, wodurch die Arbeitslosenquote das tatsächliche Problemausmaß tendenziell unterschätzt (Bacher et al. 2014).

5.1.2 Die Konzepte NEET und FABAs

Schwierigkeiten am Übergang zwischen Ausbildung und Arbeitsmarkt bilden ein wesentliches Merkmal der Zielgruppe. In der Literatur (vgl. Bacher et al. 2013; Steiner 2014) wird für die Beschreibung dieser spezifischen Problemsituation einerseits das im Rahmen der Strategie *Ausbildung bis 18* entwickelte Konzept der FABAs⁹ (Frühe Ausbildungsabbrecher/innen) und das Konzept der NEET¹⁰ (Not in Employment, Education, or Training) herangezogen.

Die Konzepte FABAs und NEET unterscheiden sich wesentlich in der Bezugsgröße:

- » Der Indikator FABAs basiert auf dem Ausbildungsgrad von Jugendlichen, wodurch etwa gering qualifizierte Jugendliche inkludiert sind, auch wenn sie sich in einem Beschäftigungsverhältnis befinden.
- » Der Indikator NEET hingegen basiert auf dem Erwerbsstatus von Jugendlichen, wodurch beispielsweise arbeitslose Jugendliche inkludiert sind, auch wenn sie über einen erfolgreichen Abschluss der Sekundarstufe II verfügen.

Schätzungen auf Basis des bildungsbezogenen Erwerbskarrieren-Monitorings (BibEr)¹¹ zufolge gelten 13 Prozent aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren (das entspricht etwa 115.000 Personen) als frühe Ausbildungsabbrecher/innen. Eine genauere Differenzierung der Gruppe der FABAs kann anhand ihres Arbeitsmarktstatus nach einer Verlaufszeit von vier Monaten durchgeführt werden (vgl. Abbildung 5.1). Demzufolge können zehn Prozent der FABAs als überwiegend problemlos eingestuft werden, da sie sich nach vier Monaten entweder wieder in Ausbildung befinden oder infolge von Karenz bzw. Zivil- und Präsenzdienst von Ausbildungspflichten entledigt sind. 15 Prozent der FABAs können der Gruppe von „unqualifizierten“ Beschäftigten zugeordnet werden, da sie sich trotz ihres niedrigen Bildungsstatus in Erwerbstätigkeit

9

Das Konzept der „Frühen Ausbildungsabbrecher/innen“ (FABAs) umfasst all jene Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung befinden und über keinen Abschluss der Sekundarstufe II verfügen. Dieses Konzept ist insbesondere für Maßnahmen von Interesse, die auf die Dimension „Ausbildung“ fokussieren.

10

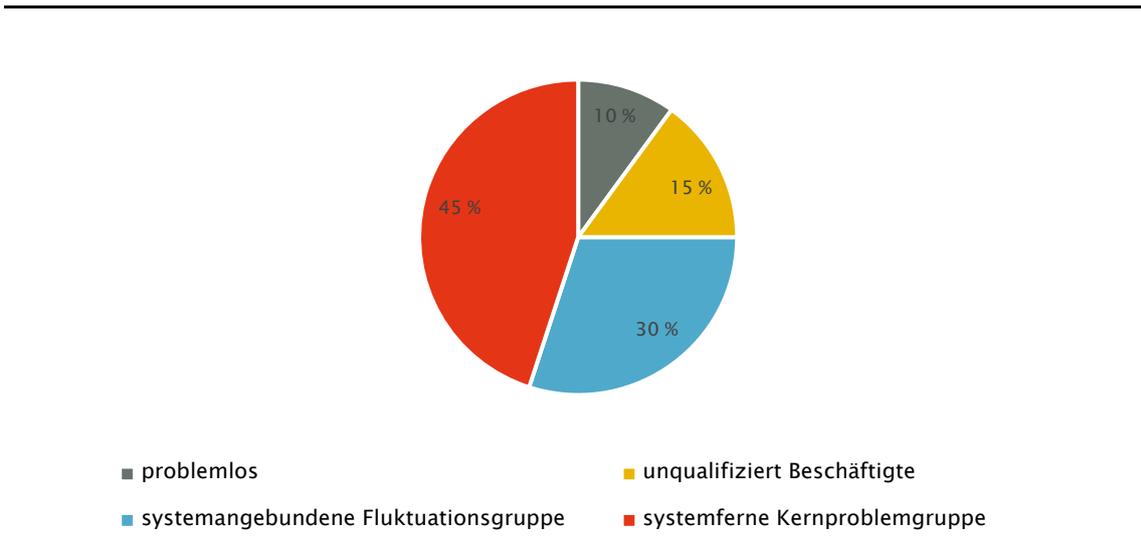
Das Konzept der NEETs (= Not in Employment, Education, or Training) basiert auf Ergebnissen der Mikrozensus-Befragung und inkludiert als Indikator für das Ausgrenzungsrisiko von Jugendlichen auch Fälle, die aus unterschiedlichen Gründen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Dies umfasst (1) Jugendliche, die im klassischen Sinn arbeitslos sind („klassische Arbeitslose“), (2) Jugendliche, die aufgrund von Betreuungspflichten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht verfügbar sind („Nicht-Verfügbare“), (3) Jugendliche, die derzeit keine Arbeit oder Ausbildung suchen und auch nicht dazu verpflichtet sind sowie demotivierte Jugendliche und Personen mit problematischen Lebensstilen („Abgekoppelte“), (4) Jugendliche, die aktiv Arbeit suchen, aber noch auf die optimale Möglichkeit warten („Möglichkeiten-Sucher“), (5) Jugendliche, die derzeit reisen, in Kunst, Musik oder anderen nicht formalen Aktivitäten engagiert sind („Freiwillige NEETs“) (vgl. Bacher et al. 2014).

11

Die Zahlen des bildungsbezogenen Erwerbskarrieren-Monitorings (BibEr) basieren auf Verwaltungsdaten (u. a. Melderegister, Schulstatistik, Hauptverbandsdaten, AMS-Statistik). Diese Zahlen liegen deutlich über jenen Daten, die zuvor etwa auf Basis des Labour Force Survey für dieselbe Altersgruppe ausgewiesen wurde (81.000). Details siehe Steiner (2014).

befinden. 30 Prozent werden als Fluktuationsgruppe bezeichnet, die prinzipiell systemangebunden ist, deren Arbeitsmarktstatus aber schwankt. 45 Prozent schließlich, die keinen einzigen Tag in den letzten vier Monaten in Ausbildung oder in Erwerbstätigkeit verbracht haben, werden als Kernproblemgruppe identifiziert (Steiner 2014).

Abbildung 5.1:
Zielgruppendifferenzierung FABA



Quelle: Steiner 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schätzungen auf Basis der Mikrozensus-Erhebung zufolge können im Zeitraum von 2006 bis 2011 im Durchschnitt jährlich 78.000 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 24 Jahren als NEET klassifiziert werden (Bacher et al. 2014). Auch dieser Indikator erfasst eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Problemlagen (arbeitslose junge frühe Bildungsabbrecher/innen, Lehrabsolventen/-absolventinnen in ländlichen Gebieten, ältere Arbeitslose¹², junge Mütter mit/ohne Migrationshintergrund, Schulabsolventen/-absolventinnen in Warteposition, Personen mit Erkrankungen).

Aufgrund dieser Heterogenität sind nicht alle NEET als tatsächlich ausgrenzungsgefährdet einzu-stufen. Schränkt man die Gesamtzahl hinsichtlich der Dauer des NEET-Status¹³ ein, reduzieren sich die absoluten Zahlen auf jährlich 37.000 Jugendliche / junge Erwachsene. Werden für die ge-genständliche Zielgruppe zudem jene Jugendlichen abgezogen, bei denen aufgrund von Betreu-ungspflichten (junge Mütter) bzw. einer Warteposition nicht von akuten Problemen am Übergang

¹² „Älter“ bedeutet in diesem Zusammenhang 20 bis 24 Jahre in Abgrenzung zu 15- bis 19-jährigen Arbeitslosen.

¹³ NEET-Jugendliche müssen zumindest über zwei Quartale hinweg die NEET-Definitionskriterien erfüllen.

Ausbildung zu Arbeitsmarkt gesprochen werden kann, reduziert sich die Gruppe der NEET auf rund 22.000 Personen (Bacher et al. 2014).

Gleichzeitig wird nicht jede/r ausgrenzungsgefährdete Jugendliche im NEET-Indikator erfasst¹⁴. Auch bei dieser Personengruppe sind keine Information zum Anteil an Personen mit problematischem Substanzkonsum bzw. problematischen Verhaltensweisen mit Suchtpotential vorhanden.

5.1.3 Befragungsdaten zu Substanzkonsum

Repräsentative Bevölkerungsbefragungen bieten eine Möglichkeit zur Prävalenzschätzung der Verbreitung des Konsums von legalen und illegalen Substanzen.¹⁵ Über Konsumfrequenz und Konsummenge kann die Verbreitung unterschiedlicher Konsummuster geschätzt werden, wobei extreme Konsummuster als Indikator für problematischen Konsum herangezogen werden können.¹⁶ Für die Schätzung der Zielgruppe im vorliegenden Projekt können diese Daten etwa dazu verwendet werden, eine Obergrenze für die Verbreitung von potenziell problematischen Konsummustern zu eruieren.

Werden die Prozentschätzungen auf Basis der *Repräsentativerhebung zu Substanzkonsum 2015* (Strizek et al. 2016)¹⁷ auf die Kohorte von 1.000.000 Personen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre umgelegt, können folgende grobe Schätzungen zur Verbreitung von potenziell problematischem Konsumverhalten gegeben werden: Gerundete drei Prozent der Befragten (ca. 30.000 Personen) in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten täglich oder fast täglich (5 von 6 Tage / Woche) Alkohol konsumiert haben. Deutlich höher (gerundete 12 % bzw. 120.000 Personen) liegt hingegen der Prozentsatz an Jugendlichen und jungen

14

Nicht erfasst werden etwa potenzielle NEET-Jugendliche in Anstalten wie Jugendheimen oder Internaten sowie obdachlose Jugendliche, da in den Daten des Mikrozensus nur Personen in Privathaushalten berücksichtigt werden. Während bei obdachlosen Jugendlichen ein NEET-Status wahrscheinlich erscheint, liegen für Jugendliche in Anstaltshaushalten (laut Statistik Austria ca. 9.000 Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren) keine Schätzungen hinsichtlich des NEET-Anteils vor. Hinsichtlich obdachloser Jugendlicher nennen die Autoren (Bacher et al. 2014) als Richtwerte geschätzte 1.400 obdachlose Jugendliche in Wien zwischen 18 und 29 Jahren, die nicht in der Mikrozensus-basierten Schätzung erfasst werden.

15

Derartige Erhebungen sind jedoch mit unterschiedlichen methodologischen Problemen konfrontiert, die insbesondere die Validität der Daten im Bereich des illegalen Substanzkonsums sowie im Bereich des problematischen Konsums von legalen Substanzen herausfordern und nur teilweise kompensiert werden können.

16

Problematischer Konsum ist in erster Linie dadurch gekennzeichnet, dass er zu gesundheitlichen, psychischen oder sozialen Problemen führt. Eine valide Beurteilung dieser Dimensionen würde eine umfassende therapeutische Exploration erfordern und ist im Rahmen einer standardisierten Befragung nicht möglich.

17

Die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen wurde in der Repräsentativerhebung 2015 „over-sampled“, d. h. überdurchschnittlich oft in der Stichprobe berücksichtigt, um für diese Altersgruppe genauere Aussagen zu ermöglichen.

Erwachsenen, die entsprechend ihrer durchschnittlichen Konsummenge in einem Ausmaß konsumieren, das längerfristig als problematisch einzuschätzen ist.¹⁸ Der Anteil an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, liegt bei acht Prozent (ca. 80.000 Personen), wobei der Anteil an täglichen Konsumentinnen bzw. Konsumenten deutlich niedriger ausfällt (0,6 % oder 6.000 Personen). Illegale Substanzen insgesamt wurden in den letzten 30 Tagen von weniger als einem Prozent (0,6 % oder 6.000 Personen) in der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert.

Aktuelle Daten aus der Schülerbefragung ESPAD (Strizek et al. 2016) weisen auf einen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen hin, wobei dieser Rückgang ausschließlich auf einen geringeren Konsum von männlichen Jugendlichen zurückzuführen ist und sich somit männliche und weibliche Jugendliche in ihrem Konsumverhalten zunehmend angleichen.

Jugendliche in ländlichen Regionen und in Polytechnischen Schulen bzw. Berufsschulen weisen deutlich höhere Alkoholkonsumwerte auf als Schüler/innen in städtischen Gebieten oder allgemeinbildenden bzw. berufsbildenden mittleren und höheren Schulen. Bei Cannabiskonsum stellt sich das Verhältnis hingegen umgekehrt dar (mehr Konsum im städtischen Umfeld und in allgemeinbildenden bzw. berufsbildenden mittleren und höheren Schulen), wobei die Unterschiede insgesamt geringer ausfallen als beim Alkoholkonsum.

Erstmalig wurden im Rahmen der ESPAD-Erhebung auch Daten zu Computer-Spielen und Glücksspiel erhoben. Dabei zeigten sich enorme Geschlechterunterschiede. Männliche Jugendliche weisen deutlich höhere Prävalenzraten auf als weibliche Jugendliche; ca. 20 Prozent oder jeder Fünfte männliche Schüler hat in den letzten sieben Tagen täglich Online-Spiele gespielt. Bei Mädchen liegt dieser Wert hingegen bei zwei Prozent.

5.1.4 Daten aus Behandlung und Begutachtung

Neben Befragungsdaten stellen im Gesundheitsbereich Dokumentationsdaten aus Behandlungseinrichtungen eine relevante Datenquelle für die quantitative Annäherung an die Zielgruppe dar.

Die Verfügbarkeit von Daten ist dabei abhängig vom Legalitätsstatus unterschiedlicher Substanzen. Während über die Behandlung von Folgen des legalen Substanzkonsums ausschließlich Daten

18

Die Grenze für einen problematischen Konsum liegt nach Uhl et al. (2009b) bei einem durchschnittlichen Tageskonsum von 60 Gramm Reinalkohol bei männlichen und 40 Gramm bei weiblichen Personen. Die enorme Diskrepanz zwischen dem Frequenz-Indikator und dem Mengen-Indikator ergibt sich dadurch, dass jugendlicher Alkoholkonsum durch weniger häufiges (z. B. ausschließlich am Wochenende), dann aber oft durch exzessives Trinken gekennzeichnet ist.

aus der stationären Betreuung vorliegen, ist zur Behandlung von Folgen des illegalen Substanzkonsums eine breitere Datenbasis vorhanden.¹⁹ Im Bereich von problematischen Verhaltensweisen mit Suchtpotential (z. B. Spielsucht) stehen überhaupt keine bundesweiten Behandlungszahlen zur Verfügung, da auch hier keine Zahlen zur ambulanten Betreuung einheitlich erhoben werden und die stationäre Behandlung derartiger Probleme nur eine untergeordnete Rolle spielt.²⁰

Amtsärztliche Begutachtungen nach dem Suchtmittelgesetz

Insgesamt erfolgten im Jahr 2014 in der Gruppe der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (15- bis 24-Jährige) 3.786 **amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG** (Busch et al. 2015). In 42 Prozent der Begutachtungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (1.590 Fälle) wurde eine gesundheitsbezogene Maßnahme als notwendig erachtet (vgl. Annex, Anhang 1).

Die mit Abstand wichtigste Leitdroge ist dabei Cannabis (78 % aller Personen mit Behandlungsbedarf). Personen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie mit Problemen am Arbeitsmarkt sind überrepräsentiert: 56 Prozent weisen lediglich einen Pflichtschulabschluss oder weniger auf. Ein Drittel aller Personen mit Behandlungsbedarf ist zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitslos (vgl. Annex, Anhang 1).

Behandlungsdokumentationssystem (DOKLI)

Der Großteil der österreichischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Drogenbereich beteiligt sich am Behandlungsdokumentationssystem DOKLI. Erfasst werden dabei alle Arten von Betreuungsverhältnissen (kurzfristige Betreuung, niederschwellige Begleitung, längerfristige ambulante Betreuung und stationäre Betreuung). Eine Schätzung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die insgesamt in Österreich in Einrichtungen der Drogenhilfe betreut werden, ist jedoch nur für längerfristige ambulante bzw. stationäre Betreuung möglich. Unter Berücksichtigung von Doppelzählungen und des Deckungsgrades von DOKLI ergibt sich die Schätzung, dass im Jahr 2014 etwa 800 15- bis 19-Jährige und 1.700 20- bis 24-Jährige in einer Einrichtung der österreichischen Suchthilfe in drogenspezifischer Behandlung waren.

Die am häufigsten genannte Leitdroge ist in allen Settings mit Ausnahme des stationären Bereiches Cannabis. Im stationären Bereich werden Opioide am häufigsten als Leitdroge genannt (vgl. Annex, Anhang 1).

19

Neben dem stationären Bereich stehen Daten aus dem Substitutionsregister, aus der amtsärztlichen Begutachtung nach SMG § 12 sowie aus dem Behandlungsdokumentationssystem DOKLI zur Verfügung.

20

Die Diagnose „Pathologisches Spielen, zwanghaftes Spielen“ (= F63.0 nach ICD-10) wurde im Jahr 2014 (österreichweit, alle Spitäler) in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen 18 Mal als Hauptdiagnose und 48 Mal als Nebendiagnose vergeben.

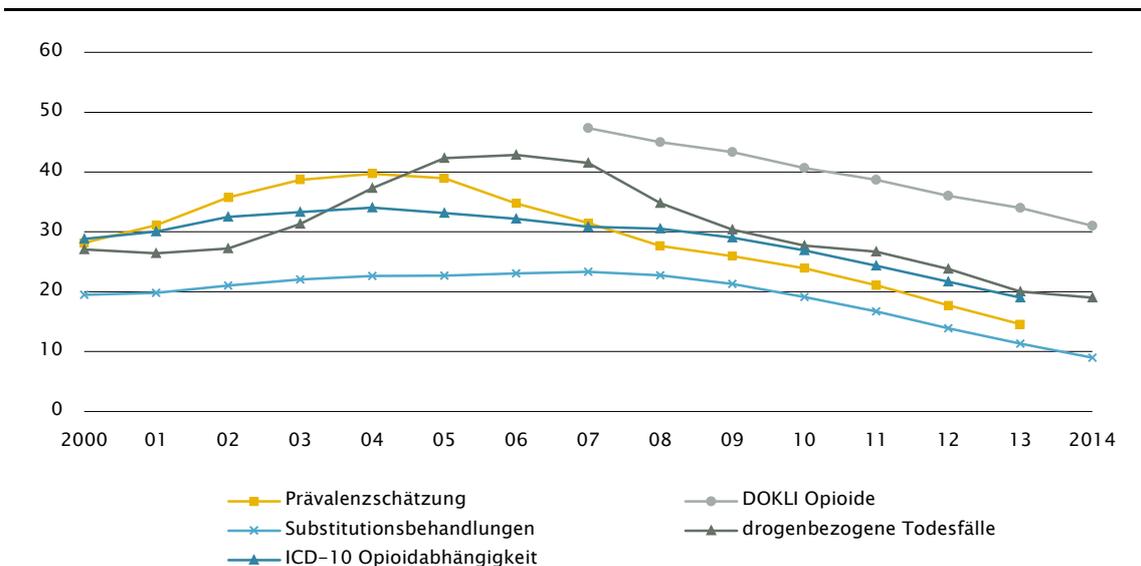
Daten zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung liegen nur für ambulante und stationäre Betreuungseinrichtungen vor; sie zeigen, dass in Einrichtungen der Suchthilfe Personen mit niedrigem Schulabschluss überrepräsentiert sind. Der Anteil an Personen mit keinem über den Pflichtschulabschluss hinausgehenden Schulabschluss liegt im ambulanten Bereich bei 62 Prozent und im stationären Bereich bei 70 Prozent (jeweils bezogen auf die 20- bis 24-Jährigen (vgl. Annex, Anhang 1). Die Daten zum Lebensunterhalt der 15- bis 24-Jährigen zeigen, dass je nach Setting ein Drittel bzw. fast die Hälfte arbeitslos sind. Der Prozentsatz der Erwerbstätigen ist im ambulanten Setting mit 42 Prozent am größten (vgl. Annex, Anhang 1).

Personen in Substitutionsbehandlung

Der Mischkonsum mit Beteiligung von Opioiden stellt in Österreich den Großteil des problematischen Drogenkonsums dar. Es wird davon ausgegangen, dass es gelungen ist, etwa 60 Prozent dieser Konsumentengruppe in Opioid-Substitutionsbehandlung aufzunehmen (Busch et al. 2014). Die Daten des pseudonymisierten österreichweiten Substitutionsregisters liefern ausschließlich Informationen zu Personen mit problematischem Konsum von Opioiden (z. B. Heroin).

Abbildung 5.2:

Anteil der unter 25-Jährigen an der geschätzten Prävalenz, in DOKLI, an Substitutionsbehandlungen, an Spitalsentlassungen und an drogenbezogenen Todesfällen in Prozent (gleitender Mittelwert), Zeitreihe 2000–2014



DOKLI Opiode = Alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode;

ICD-10 (Opiode) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung.

Bei allen Datenquellen wurde für die Jahre ab 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wurde der Rohwert herangezogen.

Quelle: Busch et al. 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt befanden sich im Jahr 2014 1.552 Jugendliche und junge Erwachsene in Substitutionsbehandlung, wobei fast ausschließlich die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen vertreten ist. Die Anzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Opioid-Substitutionsbehandlung ist in den letzten Jahren rückläufig (vgl. Annex, Anhang 1). Der Rückgang des Anteils der Personen mit Opioidproblematik unter 25 Jahren ist in allen Datenquellen des Drogenmonitorings zu beobachten (vgl. Abbildung 5.2) und deutet auf einen starken Rückgang des Einstiegs in den Opioidkonsum hin (Busch et al. 2014).

Substanzbezogene Spitalsentlassungsdiagnosen

Alle stationären Aufenthalte in Österreich werden in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten auf Basis der Entlassungsdiagnose festgehalten.

Insgesamt wurden im Jahr 2013 3.794 Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit einer substanzbezogenen Diagnose²¹ im stationären Bereich behandelt (vgl. Annex, Anhang 1), etwa zwei Drittel (2.616) davon mit einer alkoholbezogenen Diagnose. Multipler Substanzkonsum ist die zweithäufigste Diagnose (ca. 15 % aller substanzbezogener Diagnosen), gefolgt von Opioiden (ca. 7 %), Cannabinoiden (ca. 4 %) und Sedativa (3 %).

Bezüglich Alkoholdiagnosen ist insbesondere zu berücksichtigen, dass über drei Viertel auf akute Intoxikationen und nicht auf Abhängigkeitserkrankungen entfallen. Akute Intoxikationen können zwar ein Indikator für einen problematischen Substanzgebrauch sein, können aber ebenso auf Konsum-Unerfahrenheit zurückzuführen sein (vgl. Strizek et al. 2009).

5.1.5 Schätzung der Zielgruppengröße durch Kombination vorhandener Datenquellen

Durch Kombination aller oben dargestellten Datenquellen ist eine ungefähre Schätzung der Größe der Zielgruppe möglich. Ein Schätzintervall der Zielgruppengröße kann auf Basis der Anzahl an NEET bzw. FABA in Kombination mit Prävalenzschätzungen aus Bevölkerungserhebungen erstellt werden.²² In der Literatur zu den Indikatoren NEET und FABA lässt sich eine Gruppe von 22.000 (auf Basis des NEET Indikators) bis 52.000 (auf Basis des FABA-Indikators) Jugendlichen mit für

21

Substanzbezogene Diagnosen umfassen die folgenden Diagnosegruppen (3-Steller): (F10) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, (F11) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, (F12) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, (F13) Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, (F14) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, (F15) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein, (F16) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene.

22

Dies folgt der Annahme, dass Konsumverhaltensweisen in der Subgruppe der FABA bzw. NEET ähnlich ausgeprägt sind wie in der gesamten Altersgruppe.

die gegenständliche Zielgruppe relevanten Problemen ableiten. Multipliziert man diese Personenanzahl mit dem (laut Bevölkerungserhebung) höchsten Indikator für einen möglichen Problemkonsum (12 % Jugendliche mit Alkoholkonsum über 40 bzw. 60 Gramm pro Tag), erhält man ein Schätzintervall von 2.600 bis 6.200 Jugendlichen²³.

Eine zweite Schätzung kann grob anhand von unterschiedlichen Patientenzahlen in Behandlungseinrichtungen und – soweit verfügbar – dem Anteil der arbeitslosen Personen an diesen Patientinnen/Patienten erstellt werden. Werden die Patientenzahlen aus unterschiedlichen Behandlungssystemen (amtsärztliche Begutachtung, DOKLI, eSuchtmittel, stationäre Spitalsversorgung) entsprechend dem geschätzten Anteil an arbeitslosen Personen²⁴ zusammengezählt, erhält man als Schätzwert etwa 3.500 Personen.

Gerundet sowie unter Berücksichtigung beider Datenquellen lässt sich aussagen, dass die Zielgruppegröße sich zwischen 2.500 bis 6.000 Personen bewegt und Daten aus dem Behandlungsbereich näher an der unteren Schätzgrenze als an der oberen Schätzgrenze liegen. Diese Schätzungen beziehen sich auf substanzgebundene Problemverhaltensweisen. Über die Prävalenz substanzungebundener Probleme kann aufgrund mangelnder Daten keine Aussage getroffen werden.

5.2 Soziodemographische Beschreibung der Zielgruppe

Um ein genaueres Profil der Zielgruppe zu erhalten, wurden sämtliche verfügbaren Daten nach den Merkmalen Geschlecht, Alter und Region ausgewertet.

5.2.1 Differenzierung nach Geschlecht

Aus sämtlichen Datenquellen aus dem Gesundheitsbereich sowie aus dem arbeitsmarktpolitischen Bereich weisen Indizien darauf hin, dass männliche Jugendliche / junge Männer in einem höheren Ausmaß der Zielgruppe angehören als weibliche Jugendliche / junge Frauen.

Grundsätzlich weisen männliche Jugendliche / junge Männer eine höhere Erwerbsquote auf als ihre Altersgenossinnen, da von ihnen ein höherer Prozentsatz das Ausbildungssystem verlässt und

23

$22.000 * 0,12 = 2.640 \sim 2.600$ Personen; $52.000 * 0,12 = 6.240 \sim 6.200$ Personen

24

Wenn keine Information zum Anteil arbeitsloser Personen an der jeweiligen Gruppe vorhanden ist, wird der in DOKLI-Einrichtungen (50 %) festgestellte Anteil übernommen. Konkret wurde folgende Rechnung durchgeführt: DOKLI: 2.500 Personen, 50 % arbeitslos = 1.250 Personen für Zielgruppe; amtsärztliche Begutachtung: 1.590 Fälle, 33 % arbeitslos = 530 Personen für Zielgruppe; Substitutionsregister: 1.552 Fälle, 50 % arbeitslos (übernommen von DOKLI) = 776 Personen für Zielgruppe; stationäre Behandlung in Akutspitalern (außer akute Intoxikationen): 1.754 Fälle, 50 % arbeitslos (übernommen von DOKLI) = 877 Personen für Zielgruppe. $1.250 + 530 + 776 + 877 = 3.433 = \text{ca. } 3.500$ Personen für Zielgruppe.

in den Arbeitsmarkt eintritt (nämlich 57 % gegenüber 47 % der weiblichen Jugendlichen/ jungen Frauen derselben Altersstufe). Das Risiko, nach Verlassen des Ausbildungssystems arbeitslos zu sein, betrifft somit in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen männliche Personen in einem höheren Ausmaß als weibliche.

Diese Tendenz findet sich auch bei den frühen Ausbildungsabbrechern/-abbrecherinnen: 13,7 Prozent aller männlichen und 12,2 Prozent aller weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gelten als FABA, wobei diese Unterschiede mit zunehmendem Alter tendenziell größer werden (Steiner 2014). Bezüglich des NEET-Status verweisen Bacher et al. (2014) darauf, dass quantitative Unterschiede zwischen den Geschlechtern eher gering sind, allerdings unterschiedliche Wirkungsketten dazu führen, dass männliche oder weibliche Jugendliche / junge Erwachsene in einen NEET-Status kommen. So ist etwa bei 20- bis 24-Jährigen ein leicht erhöhtes Risiko für junge Frauen festzustellen, das in der traditionellen Rollenverteilung bezüglich der Kinderbetreuung begründet ist. Da NEET mit Betreuungspflichten aus der Zielgruppe für die gegenständliche Untersuchung ausgeschlossen wurden, spielt dieses erhöhte Risiko von weiblichen Jugendlichen / jungen Frauen hier keine Rolle.

Wesentlich deutlichere Geschlechtsunterschiede sind hingegen im Bereich der gesundheitsbezogenen Daten zu finden: Laut Befragungsdaten konsumieren männliche Jugendliche / junge Männer insgesamt häufiger hochfrequent Alkohol und ebenso häufiger in einem problematischen Ausmaß (selbst unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Grenzwerten). Darüber hinaus raucht diese Gruppe häufiger Cannabis in einem hochfrequenten Ausmaß und kommt häufiger in Kontakt mit anderen illegalen Substanzen als weibliche Personen derselben Altersgruppe.

Die höheren Konsumangaben bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern stehen im Einklang mit den Geschlechterunterschieden in den Behandlungszahlen: Rund zwei Drittel aller substanzbezogenen Entlassungsdiagnosen in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen entfallen – unabhängig von der Art der Substanz – auf männliche Jugendliche (2.523 von 3.794 insgesamt). 15- und 24-Jährige im Substitutionsregister sind zu 61 Prozent männlich. Der deutlichste Geschlechtsunterschied zeigt sich jedoch bei Personen, die nach § 12 SMG zwecks Feststellung, ob wegen Drogenkonsums ein Bedarf nach gesundheitsbezogenen Maßnahmen besteht, amtsärztlich begutachtet werden: 86 Prozent in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen sind männlich, nur 14 Prozent der begutachteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind weiblich.

5.2.2 Differenzierung nach Alter

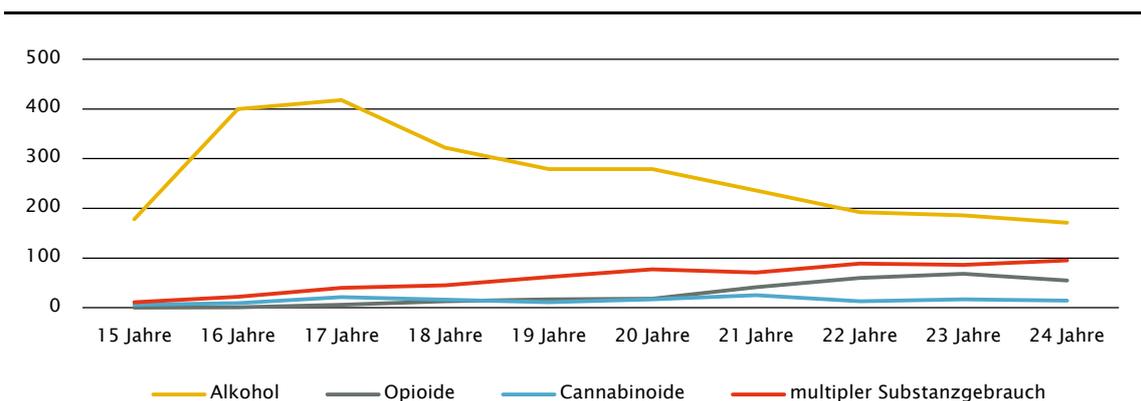
Tendenziell zeigt die Arbeitsmarktsituation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, dass der Anteil an Erwerbstätigen mit zunehmendem Alter konstant steigt (Erwerbsquote von 35 % bei 15- bis 19-Jährigen gegenüber einer Erwerbsquote von 67 % bei 20- bis 24-Jährigen). Dennoch ist die Arbeitslosenquote bei jungen Erwachsenen (20 bis 24 Jahre) etwa doppelt so hoch wie bei 15- bis 19-Jährigen (5,0 % gegenüber 10,4 %). Junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren haben also ein höheres Risiko, in einen NEET-Status zu kommen. Innerhalb der 15- bis 24-Jährigen in der NEET-Gruppe sind 68 Prozent zwischen 20 und 24 Jahren (Bacher et al. 2014).

Tendenziell eher geringe Altersunterschiede sind hingegen im Bereich der Begutachtungen nach § 12 SMG zu finden: 43 Prozent aller Begutachtungen bei 15- bis 24-Jährigen entfallen auf Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren, 57 Prozent auf junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren.

Auch in Einrichtungen der Suchthilfe (DOKLI) werden über alle Betreuungsformen hinweg tendenziell häufiger junge Erwachsene (63 % zwischen 20 und 24 Jahren) als Jugendliche (37 % zwischen 15 und 19 Jahren) betreut. Wertet man nach unterschiedlichen Betreuungsformen aus, wird ersichtlich, dass der Unterschied zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei kurzfristigen Betreuungen am geringsten (45 % zu 55 %) und bei stationären Behandlungen am stärksten ausgeprägt ist (19 % zu 81 %). Noch deutlichere Unterschiede in der Altersstruktur zeigen sich bei Personen im Substitutionsregister: von den 15- bis 24-Jährigen sind nur 91 Personen unter 20 Jahre alt (6 %), gegenüber 1.461 Personen zwischen 20 und 24 Jahren (94 %).

Stationäre Behandlungen (substanzbezogene Entlassungsdiagnosen) zeigen je nach Alter deutliche Unterschiede zwischen Behandlungen in Folge von legalem oder illegalem Substanzkonsum (vgl. Abbildung 5.3): Alkoholrelevante Diagnosen werden am häufigsten bei 16- und 17-Jährigen gestellt und nehmen mit zunehmendem Alter konstant ab. Diagnosen in Zusammenhang mit Opiatkonsum und multiplem Substanzkonsum steigen hingegen mit dem Alter bis zu den 24-Jährigen nahezu konstant an. Darin spiegelt sich wieder, dass stationäre alkoholrelevante Behandlungen, die unter anderem durch Konsum-Unerfahrenheit begünstigt werden (vgl. Strizek et al. 2008), in erster Linie auf akute Intoxikationen zurückzuführen sind. Bei stationären Behandlungen in Zusammenhang mit Opiatkonsum und multiplem Substanzkonsum überwiegen hingegen Abhängigkeitsdiagnosen, die aufgrund einer höheren Latenzzeit häufiger bei älteren Konsumentinnen/Konsumenten auftauchen.

Abbildung 5.3:
Stationäre Behandlungen von 15- bis 24-Jährigen nach Alter (ausgewählte Substanzgruppen)



Berücksichtigt wurden jeweils alle neun Unterdiagnosen (= 4-Steller) pro Substanz(gruppe); nur Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit, inklusive 0-Tages-Aufenthalte, alle Krankenanstalten

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.2.3 Differenzierung nach Region

Sowohl der NEET- als auch der FABA-Indikator weisen für Wien die österreichweit höchsten Werte aus: In Wien gelten 20 Prozent aller 15- bis 24-Jährigen als FABA (im Vergleich zu 13 % österreichweit) und zwölf Prozent der 15- bis 24-Jährigen als NEET (im Vergleich zu 9 % österreichweit). Daraus lässt sich ein erhöhtes Risiko in urbanen Regionen ableiten, wobei etwa Analysen des NEET-Indikators (Bacher et al. 2014) gezeigt haben, dass auch dann keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen, wenn diese nach soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter, Gemeindegröße) kontrolliert werden.

Dieselbe Unterscheidung zwischen Wien und „Nicht-Wien“ lässt sich auch auf die bereits zitierten Befragungsdaten (Uhl et al. 2009b) anwenden:²⁵ Dabei zeigen sich zwar keinerlei Unterschiede zwischen Wien und den übrigen Bundesländern in Bezug auf Muster des Alkoholkonsums, wohl aber in Bezug auf Cannabis-Konsum sowie andere illegale Substanzen. Jugendliche und junge Erwachsene in Wien haben häufiger Erfahrungen mit illegalen Substanzen als Jugendliche und junge Erwachsene in den anderen Bundesländern (vgl. Annex, Anhang 1), was sich durch eine höhere Verfügbarkeit von illegalen Substanzen in Ballungsräumen schlüssig erklären lässt.

Die Auswertung von Behandlungsdaten nach Regionen zeigt hingegen ein differenziertes Bild: Beispielsweise werden laut DOKLI-Daten 22 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ambulanter oder stationärer Betreuung in Kärnten behandelt – und somit mehr als Wien (20 %), obwohl nur sechs Prozent dieser Altersgruppe in Kärnten leben. In der Interpretation dieser Differenzen kann dabei logisch nicht unterschieden werden, ob dieses Phänomen durch Differenzen im Problemausmaß oder in der Reaktion auf ein Problem zustande kommt.

Dasselbe Problem stellt sich bei der Interpretation stationärer Entlassungsdiagnosen in den Bundesländern: So ist etwa die Anzahl der 15- bis 24-jährigen Patientinnen/Patienten mit alkoholbezogener Diagnose in Salzburg etwa achtmal so hoch wie in Wien (gerechnet auf 100.000 Einwohner/innen derselben Altersgruppe, vgl. Annex, Anhang 1). Auch hier liegt nahe, dass diese Differenzen eher durch eine ungleiche Reaktion auf ein problematisch erlebtes Phänomen zu erklären sind als durch tatsächliche bundeslandspezifische Unterschiede im Konsumverhalten der Zielgruppe.

25

Eine Unterscheidung zwischen allen neun Bundesländern ist aufgrund der niedrigen Prävalenz auch bei einer Fallzahl von ca. 2.000 Personen nicht möglich, da Zufallsschwankungen die Ergebnisse zu stark beeinflussen würden.

5.3 Problemlagen und Belastungen der Zielgruppe aus Sicht von Jugendcoaches

Die folgenden Aussagen beruhen auf Ergebnissen der Online-Erhebung unter Jugendcoaches.²⁶ Diese wurde zwischen Juli und August 2015 basierend auf Kontaktdaten des „Netzwerks berufliche Assistenz“ (NEBA) durchgeführt. Von 93 angeschriebenen Einrichtungen wurden 86 Rückmeldungen erzielt (vgl. Annex, Anhang 1). Der eingesetzte Fragebogen befindet sich im Anhang (vgl. Annex, Anhang 3).

5.3.1 Ist Suchtgefährdung ein Thema im Jugendcoaching?

Die Auswahl von Jugendcoaches als relevante Berufsgruppe konnte insofern bestätigt werden, als zwei Drittel (60/86) der Befragten angaben, in den letzten zwölf Monaten Kontakt mit suchtgefährdeten Jugendlichen im Rahmen ihrer Tätigkeit gehabt zu haben (vgl. Annex, Anhang 1) Nur in jedem zehnten Fragebogen²⁷ wurde diese Frage verneint, was beispielsweise damit begründet wurde, dass die Einrichtung ihren Schwerpunkt auf besonders junge Jugendliche legt oder suchtgefährdete Jugendliche das Jugendcoaching gar nicht in Anspruch nehmen würden.

5.3.2 Problematische Verhaltensweisen und Problemfelder

Nicht stoffgebundene Verhaltensweisen mit Suchtpotential (z. B. problematisches Computerspielen oder problematisches Glücksspiel) wurden am häufigsten (von 6 von 10 rückmeldenden Einrichtungen) als Problempotenzial bei suchtgefährdeten Jugendlichen genannt; solche wurden in den letzten zwölf Monaten zumindest in Einzelfällen beobachtet (vgl. Abbildung 5.4). Der überwiegende Teil dieser Nennungen bezieht sich dabei auf problematisches Computerspielen und nicht auf Glücksspiel²⁸. Suchtgefährdung durch Alkohol- oder Cannabiskonsum (zumindest in

26

Übergeordnete Zielsetzung des Jugendcoachings ist die Verbesserung von Chancen auf berufliche Integration von benachteiligten Jugendlichen durch die flächendeckende und nahtstellenübergreifende Beratung, Begleitung und Betreuung von allen ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen vom Ende der Pflichtschule bis zur nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt.

27

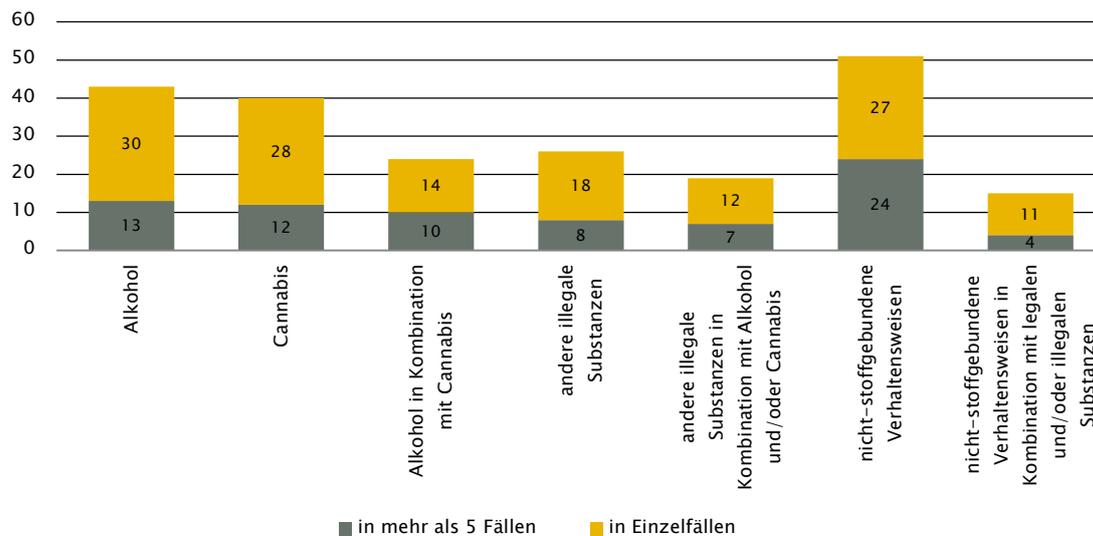
Die fehlenden Angaben entfielen auf die Kategorie „kann ich nicht sagen“, beispielsweise da eine fundierte Beurteilung im Rahmen der Betreuung im Jugendcoaching nicht möglich ist.

28

In einer offenen Kategorie zur Spezifizierung des „nicht stoffgebundenen Verhaltens mit Suchtpotential“ wurden 30 Mal Formen des Computerspielens (PC, Online, Konsole) genannt. Dreimal wurde ein problematischer Umgang mit Handy bzw. Smartphone genannt. Glücksspiel hingegen wurde ebenso wie Kaufsucht nur ein einziges Mal genannt.

Einzelfällen) gilt in jeweils etwa der Hälfte der rückmeldenden Einrichtungen als potenzielles Problem. Der Konsum anderer illegaler Substanzen – allein oder in Kombination mit Alkohol und Cannabis – (zumindest in Einzelfällen) wurden von etwa einem Drittel der rückmeldenden Einrichtungen berichtet.

Abbildung 5.4:
Art der Substanz bzw. problematische Verhaltensweise mit Suchtgefährdung

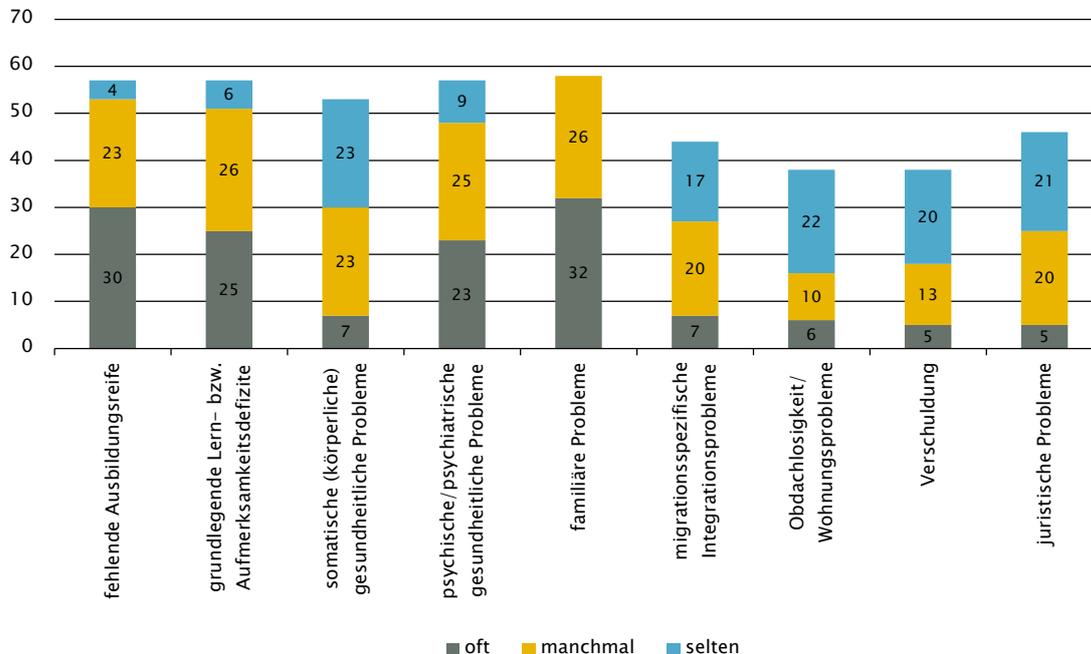


Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Erhebung unter Jugendcoaches; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Hinblick auf typische Problemfelder bei suchtgefährdeten Jugendlichen (vgl. Abbildung 5.5) wird zunächst ersichtlich, dass auch bei dieser Zielgruppe die zentralen Aufgabengebiete des Jugendcoachings eine wesentliche Rolle spielen: Nahezu alle der 60 Einrichtungen, die von Kontakten mit suchtgefährdeten Jugendlichen berichten, nennen als Problembereiche fehlende Ausbildungsreife, grundlegende Lern- bzw. Aufmerksamkeitsdefizite sowie familiäre Probleme. Zusätzlich sind auch psychische und (in einem geringeren Ausmaß) somatische Probleme in fast allen Einrichtungen vereinzelt anzutreffen. Vermeintlich zielgruppenspezifische Problemfelder (Obdachlosigkeit, Verschuldung, juristische Probleme) werden jeweils von mehr als der Hälfte der 60 Einrichtungen, die Kontakt zu suchtgefährdeten Jugendlichen haben, genannt.

Abbildung 5.5:
Relevante Problemfelder von betreuten Jugendliche mit Suchtgefährdung



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Erhebung unter Jugendcoaches; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

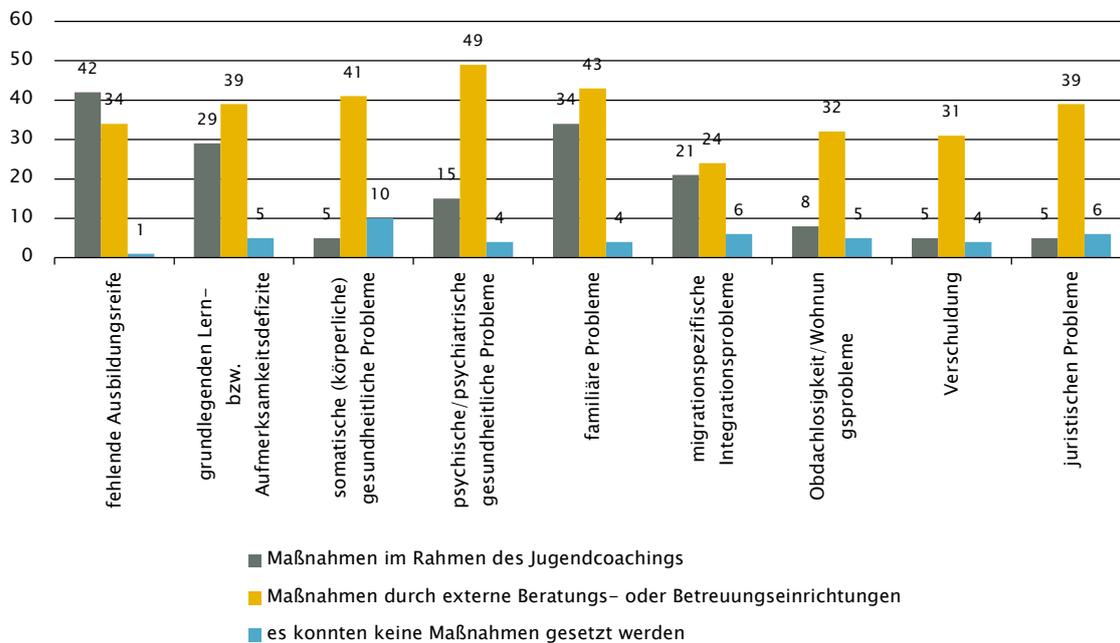
5.3.3 Handlungsoptionen des Jugendcoachings

Nur in Ausnahmefällen kam von Einrichtungen die Rückmeldung, dass auf ein identifiziertes Problem weder mit Maßnahmen im Rahmen des Jugendcoachings noch mit Maßnahmen durch externe Beratungs- und Betreuungseinrichtungen reagiert werden kann. Stattdessen zeigt sich eine relativ eindeutige Trennung zwischen Problemen (vgl. Abbildung 5.6), denen u. a. im Rahmen des Jugendcoachings begegnet werden kann (z. B. Unterstützung bei fehlender Ausbildungsreife, bei grundlegenden Lern- bzw. Aufmerksamkeitsdefiziten sowie bei familiären Problemen) und Problemen, denen in der überwiegenden Zahl der Fälle ausschließlich mit Maßnahmen durch externe Beratungs- und Betreuungsaufgaben begegnet werden kann (z. B. somatische Probleme, Obdachlosigkeit/Wohnungsprobleme, juristische Probleme, Verschuldung).

Insgesamt verdeutlicht dieses Ergebnis die „Drehscheiben-Funktion“ des Jugendcoachings und die Bedeutung der Vernetzung mit externen Einrichtungen hinsichtlich jener Problemfelder, die über die Kernaufgaben des Jugendcoachings hinausgehen.

Abbildung 5.6:

Interne und externe Maßnahmen des Jugendcoachings bei unterschiedlichen Problemfeldern



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Erhebung unter Jugendcoaches; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auf suchtspezifische und nicht suchtspezifische externe Beratungs- und Betreuungseinrichtungen wird von fast allen befragten Jugendcoaches zurückgegriffen. Nur drei von 60 Einrichtungen geben explizit an, dass Sie auf keinerlei externe Angebote zurückgreifen können, weil solche nicht vorhanden sind (vgl. Annex, Anhang 1).

Unter den suchtspezifischen Einrichtungen werden insbesondere die (niederschweligen) Suchtberatungsstellen (35 Nennungen) häufiger unterstützend hinzugezogen als die (höher-schweligen) Angebote einer ambulanten oder gar stationären Behandlung (10 bzw. 7 Nennungen). Unter den nicht suchtspezifischen Einrichtungen sind es insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie (29 Nennungen), die Kinder- und Jugendhilfe (27 Nennungen) sowie die offene Jugendarbeit (22 Nennungen), die von jeweils mindestens einem Drittel der Befragten als hinzugezogene Unterstützung genannt werden (vgl. Annex, Anhang 1).

Die Angebote der suchtspezifischen und nicht suchtspezifischen Einrichtungen werden überwiegend positiv (als sehr hilfreich oder hilfreich) beurteilt. Nur in Ausnahmefällen (1 bzw. 3 Nennungen) werden sie als wenig oder überhaupt nicht hilfreich erlebt (vgl. Annex, Anhang 1).

5.3.4 Zentrale Herausforderungen, Erfolgsfaktoren und Unterstützungsbedarf

In offenen Fragen konnten die befragten Jugendcoaches zu zentralen Herausforderungen und wahrgenommenen Erfolgsfaktoren in ihrer Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen Stellung nehmen und Unterstützungswünsche äußern.²⁹

Zentrale Herausforderung

Als zentrale Herausforderung in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen wird deren Unzuverlässigkeit bzw. mangelnde Compliance im Einhalten von Vereinbarungen oder von zeitlichen und regelmäßigen Strukturen gesehen. Zusätzlich werden von den Jugendcoaches Schwierigkeiten hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit und des Durchhaltevermögens sowie unzureichende Perspektiven und Problemlösungsstrategien hinsichtlich Schule/Ausbildung/Beruf formuliert. Die Ergebnisse der Befragung weisen darauf hin, dass suchtgefährdete Jugendliche sich oft in multiplen Problemsituationen befinden und familiäre Probleme häufig im Vordergrund stehen; das bedeutet, dass die Familie als Unterstützungsmöglichkeit fehlt bzw. nur schwer einzubeziehen ist.

Erfolgsfaktoren

Das Angebot von Hilfe und Unterstützung wird von den betroffenen Jugendlichen ambivalent wahrgenommen. Die Jugendcoaches nehmen einerseits eine fehlende Problemeinsicht bei den Jugendlichen wahr, andererseits können sie die Suchtproblematik nicht immer offen thematisieren. Daher stellt der Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung mit den Jugendlichen eine wesentliche Herausforderung für die Jugendcoaches dar. Für einen erfolgreichen Beziehungsaufbau sind sowohl Verständnis und Geduld den Jugendlichen als auch Offenheit dem Thema Sucht gegenüber erforderlich. Zudem ist – auf struktureller Ebene – ausreichend Zeit notwendig, um die Jugendlichen in ihrer jeweiligen Lebenswelt abholen zu können. Gewünscht wird hier z. B. zu Beratungsbeginn ein geringes Ausmaß an Verbindlichkeit und weniger Zielvorgaben wie auch die Möglichkeit einer längerfristigen Begleitung, um Motivationsarbeit zu leisten und Perspektiven aufbauen zu können. Erfolgserlebnisse – wie das Finden eines bedarfsgerechten Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes – sind für die Jugendlichen wesentliche und langfristige Motivationsfaktoren.

In den offenen Antworten wird deutlich, dass ein Hilfsnetzwerk – auch im Sinne eines Case Managements – bzw. eine Vernetzung mit Fachleuten aus diversen Bereichen besonders wichtig ist. Allerdings wird die Weitervermittlung an spezifische Einrichtungen in manchen Fällen als Herausforderung wahrgenommen. Teilweise fehlen spezifische regionale Angebote für die Zielgruppe

29

Von insgesamt 70 ausgefüllten Fragebögen wurde in 43 Fällen zumindest eine offene Frage befüllt. In 36 Fragebögen wurden alle drei offenen Fragen beantwortet.

bzw. sind die Wartezeiten zu lange. Dies betrifft insbesondere niederschwellige arbeitsmarktpolitische Angebote ebenso wie (suchtspezifische) Beratungs- und Betreuungsstellen und die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in ländlichen Regionen.

Auf die Notwendigkeit von regionalen Versorgungsstrukturen und die Vernetzung mit Jugendhilfe sowie aufsuchenden Angeboten (z. B. Streetwork) wird hingewiesen. Gerade suchtfährdete Jugendliche benötigen niederschwellige Zugangsmöglichkeiten. Als Beispiele wurden Abendtermine, SMS-Kontaktmöglichkeit oder Hotlines genannt.

Unterstützungsbedarf

In den offenen Fragen wird der Bedarf an niederschweligen Beschäftigungsprojekten zur Arbeitsmarktintegration deutlich formuliert. Beispielsweise bieten pädagogisch/therapeutisch begleitete Tagesarbeitsplätze mit geringerem Leistungsdruck Jugendlichen eine Möglichkeit, den Wert von Arbeit zu erleben, und können eine nachhaltige Motivationssteigerung bewirken. Mehrmals wurde angemerkt, dass Sucht kein Ausschlussgrund aus Beschäftigungsprojekten sein soll.

Insgesamt machen die Antworten deutlich, dass Sucht, Suchtfährdung und Konsumverhalten bei Bedarf im Jugendcoaching thematisiert werden sollen. Zum einen ist es wünschenswert, das Thema Suchtverhalten und mögliche Konsequenzen offen mit den einzelnen Jugendlichen zu besprechen. Zum anderen wird als sinnvoll erachtet, Suchtprävention – z. B. im Rahmen von Workshops und Gruppenangeboten – in die Arbeit des Jugendcoachings zu integrieren. Die Möglichkeit von suchtspezifischen Weiterbildungen bzw. die Verfügbarkeit von aktuellen suchtrelevanten Informationen wird von den Befragten als hilfreich erachtet. Sowohl in der eigenen Berufsgruppe als auch bei Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen von Folgemaßnahmen bzw. bei Lehrlingsausbildnern/-ausbilderinnen könne so das Verständnis für die Zielgruppe erhöht werden.

6 Bestehende Strategien und Maßnahmen

Fragestellungen

- » Welche Strategien bzw. Maßnahmen bestehen für die Zielgruppe in unterschiedlichen Sektoren?

Tätigkeiten/Methoden

- » Recherche von rechtlichen Grundlagen und bestehenden Strategien sowie von Maßnahmen und Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe auf Bundesebene
- » Erhebung von regionalen Maßnahmen bei Fachstellen für Suchtprävention auf Länderebene

Zentrale Ergebnisse

- » Gesundheitliche Einschränkungen können prinzipiell zur Ausweitung der Anwartschaft auf bestimmte arbeitsmarktpolitische Förderleistungen führen. Die Definition von Gesundheit bezieht sich auf die Definition von Invalidität laut ASVG bzw. von Behinderung laut BGStG. Sucht und Suchtmittel werden nur dort explizit berücksichtigt, wo es um den Schutz von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen vor Suchtproblemen anderer bzw. um den Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung in Folge von Suchtmittelkonsum geht.
- » Das Suchtmittelgesetz zielt primär auf „Therapie statt Strafe“ ab. Die soziale Reintegration von Suchtkranken wird in den Rahmenbedingungen für das Betreuungsangebot für Suchtkranke als Ziel festgelegt.
- » In der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie wird die soziale und berufliche Integration für suchtkranke Menschen gefordert.
- » Die Reduktion der Anzahl von NEETs stellt ein wesentliches Ziel der Strategien auf europäischer Ebene (Europäischer Sozialfonds, Europäische Jugendgarantie, Europäische Jugendstrategie) und des Regierungsprogramms der österreichischen Bundesregierung dar.
- » Die Strategie *AusBildung bis 18* ist ebenso im Regierungsprogramm der österreichischen Bundesregierung verankert, wird federführend vom BMASK unter Beteiligung zahlreicher Stakeholder (Bildungs-, Jugend- und Wirtschafts-Ressorts, AMS, SMS, Sozialpartner) umgesetzt und bildet zukünftig die zentrale, sektorenübergreifende österreichische Strategie zur Reduktion der Anzahl an NEETs und FABA.
- » Weitere Strategien zielen auf einen erfolgreichen Übergang zwischen Ausbildung und Arbeitsmarkt ab, wobei diese in einem unterschiedlichen Ausmaß auf Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen für Jugendliche im Allgemeinen oder für Jugendliche mit spezifischem Förderbedarf fokussieren.
- » Zentrale Strategien im Gesundheitsbereich orientieren sich an den zehn Rahmengesundheitszielen. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verfolgt u. a. mit dem Ziel 5 „Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken“ zielgruppenrelevante Absichten.

- » Zielgruppenrelevante Strategien bestehen auch in anderen Sektoren (z. B. Österreichische Jugendstrategie, Gesundheitsfördernde Schule) und verdeutlichen die Querschnittsmaterie des politischen Handlungsfelds.
- » Maßnahmen im Arbeitsmarktbereich umfassen Schulungsangebote des AMS, Maßnahmen im Rahmen der Ausbildungsgarantie (ÜBA) sowie Maßnahmen im Rahmen des „Netzwerks Berufliche Assistenz“ (NEBA). Aufgrund der Gate-Keeping-Funktion bzw. der Niederschwelligkeit kommen dabei dem Jugendcoaching und den Produktionsschulen relevante Rollen zu.
- » Jugendliche mit psychischen Erkrankungen oder mit Suchtproblemen sowie Jugendliche außerhalb des Schulsystems ohne Zugang zur offenen Jugendarbeit stellen für das Jugendcoaching eine besondere Herausforderung dar. In den Umsetzungsregelungen der Produktionsschulen werden akut suchtmittelabhängige Jugendliche (von legalen und illegalen Substanzen) explizit von der Maßnahme ausgeschlossen.
- » Zu den Maßnahmen im Gesundheitsbereich gehören Suchtprävention sowie Reintegration von Patienten/Patientinnen nach einer Suchtbehandlung. Darüber hinaus bestehen Maßnahmen zur beruflichen Integration von psychisch kranken Menschen, die teilweise auch Schwerpunkte auf junge Menschen legen.
- » Maßnahmen im Bildungs- bzw. im Justizsektor setzen insbesondere auf einen Ausbau des Jugendcoachings in Schulen bzw. in Anstalten des Justizvollzugs.
- » Regionale Maßnahmen zielen auf betroffene Jugendliche direkt und auf beteiligte Berufsgruppen (z. B. Trainer/innen in AMS-Maßnahmen, Vertrauenslehrer/innen) ab. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung der Lebenskompetenz bzw. der Resilienz von Jugendlichen, für Professionistinnen/Professionisten die Wissensvermittlung zu Suchterkrankungen, Interventionsmöglichkeiten und Gesprächstechniken, rechtlichen Rahmenbedingungen und Hilfsmöglichkeiten.

Gesetzliche Grundlagen bilden die Basis und Legitimierung für Strategien, die wiederum einen konzeptionellen Rahmen für konkrete Angebote auf Maßnahmen-Ebene bilden. Entsprechend dieser Hierarchie wird im Folgenden zwischen drei Ebenen unterschieden (horizontale Gliederung).

Das gegenständliche Thema fällt zudem in den Aufgabenbereich unterschiedlicher bundespolitischer Ressorts (sektorale Gliederung). Zentral sind in diesem Zusammenhang vor allem das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) für den arbeitsmarktpolitischen Kontext und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Hinblick auf suchtspezifische Aufgaben. Relevante Schnittstellen existieren zudem zum Jugendressort (BMFJ) bzw. zum Bildungsressort (BMBWF).

Die Analyse von bestehenden Strategien und Maßnahmen ist daher sowohl durch eine sektorale (nach Ressorts) als auch eine horizontale Gliederung (nach Organisationshierarchie: gesetzliche Grundlage, Strategien, Maßnahmen) gekennzeichnet. Darüber hinaus werden internationale bzw. intersektorale Strategien sowie intersektorale Angebote auf regionaler Ebene berücksichtigt.

Einschlusskriterium für berücksichtigte Dokumente war eine hinreichende Relevanz für die Zielgruppe der Studie, d. h. ein spezifischer Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsene mit beginnender Suchtproblematik und/oder manifesten Problemen am Übergang zwischen Ausbildung und Arbeitsmarkt. Eine schematische Übersicht zu allen berücksichtigten gesetzlichen Grundlagen, Strategien und Maßnahmen bietet Tabelle 6.1.

Tabelle 6.1:

Schematische Darstellung relevanter rechtlicher Grundlagen, Strategien und Maßnahmen – vereinfachte Darstellung

	Arbeitssektor	Gesundheitssektor	Andere Sektoren
Nationale gesetzliche Grundlage	<ul style="list-style-type: none"> » AMS-Gesetz (AMSG) » Arbeitslosenversicherungsgesetz (ALVG) » Berufsausbildungsgesetz (BAG) » Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) » ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) 	<ul style="list-style-type: none"> » Suchtmittelgesetz (SMG) » Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) » Organisationsund Finanzierung des Gesundheitswesens » Gesundheits-Zielsteuergesetz (G-ZG) 	<ul style="list-style-type: none"> » Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz (B-KJHG) » Schulunterrichtsgesetz (SchUG) » Schulorganisationsgesetz (SchOG) » Bundes-Schulaufsichtsgesetz (B-SchAufsG)
Internationale und intersektorale Strategien	<ul style="list-style-type: none"> » Österreichische Suchtpräventionsstrategie » Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung (2013–2018) » Europäischer Sozialfonds (ESF) » Europäische Jugendgarantie » Europäische Jugendstrategie 		
Nationale sektorale Strategien	<ul style="list-style-type: none"> » Ausbildung bis 18 » Ausbildungsgarantie (ÜBA), Aktion Zukunft Jugend » Übergangsmanagement Schule Beruf (NEBA) » Behinderung – Ausbildung – Beschäftigung (BABE) » Lehrstellenförderung des AMS 	<ul style="list-style-type: none"> » Rahmengesundheitsziele (RGZ) » Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie » Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 	<ul style="list-style-type: none"> » Jugendstrategie » Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung » Gesundheitsfördernde Schule » Runder Tisch zu Optimierungsmaßnahmen für Untersuchungshaft bei Jugendlichen
Nationale Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> » Maßnahmen des Sozialministeriumsservice: Netzwerk berufliche Assistenz (NEBA) » Überbetriebliche und integrative Ausbildung (ÜBA und IBA) 	<ul style="list-style-type: none"> » Health4You » Aktivierungsmaßnahmen von Suchtkranken 	<ul style="list-style-type: none"> » flächendeckende Umsetzung des Jugend-coachings » Sozialnetz-Konferenz
Regionale Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> » Regionale Maßnahmen zur Drop-Out-Prävention (ohne suchtspezifischen Schwerpunkt) » Best-Practice-Angebote aus unterschiedlichen Bundesländern (mit suchtspezifischem Schwerpunkt) 		

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.1 Gesetzliche Grundlagen auf nationaler Ebene

6.1.1 Arbeitsmarktsektor

Die Kriterien *Jugendalter* und *gesundheitliche Einschränkung* werden in Hinblick auf die Anwartschaft von arbeitsmarktpolitisch relevanten Förderungsmaßnahmen in arbeitsmarktpolitischen Gesetzestexten berücksichtigt. So werden für Jugendliche im Rahmen des übergeordneten Ziels der beruflichen Integration

- » spezifische Sub-Ziele definiert (z. B. Vermittlung von Lehrstellen, § 38e AMMSG),
- » spezifische Angebote zur Verfügung gestellt (Überbetriebliche Ausbildung, § 38e AMMSG) oder
- » Anwartschaften ausgeweitet (z. B. Anwartschaft auf Arbeitslosengeld bereits nach 26 Beschäftigungswochen, §14 Abs 1 AIVG).

Personen mit gesundheitlicher Einschränkung werden allgemein als eine Personengruppe definiert, die in besonderer Weise von Arbeitslosigkeit bedroht ist, aus diesem Grund besonders förderungswürdig ist und deren individuelle Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden muss (§ 29 Abs 4 AMMSG). Dies kann dazu führen, dass zur Erreichung des übergeordneten Ziels der beruflichen Integration zusätzliche spezifische Angebote zur Verfügung gestellt werden (z. B. Gewährung von Kombilohn, § 34a AMMSG, oder integrative Berufsausbildung, § 8b BAG) (AMS 2015).

Die Definition von Gesundheit in Gesetzestexten aus dem Arbeitsmarktsektor orientiert sich entweder an der Definition von Invalidität laut ASVG oder von Behinderung laut BGStG. In anderen Gesetzestexten fehlt eine Definition von Gesundheit gänzlich (z. B. im AMMSG) oder betont lediglich, dass unter Gesundheit sowohl psychische als auch physische Gesundheit verstanden wird (ASchG). Suchtprobleme bzw. Suchterkrankungen werden dort explizit angesprochen, wo es um den Schutz vor akuten Konsequenzen (Eigen- oder Fremdgefährdung durch Konsum von Alkohol, Arzneimitteln oder Suchtgiften am Arbeitsplatz, § 15 Abs 4 ASchG) bzw. um den Schutz von Dritten geht (Entzug der Lehreraubnis bei Suchterkrankung bzw. Selbst- und Fremdgefährdung durch Substanzkonsum, § 4c BAG).

6.1.2 Gesundheitssektor

Der Umgang mit illegalen Suchtmitteln wird im Suchtmittelgesetz (SMG) geregelt. Im Sinne des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§§ 13, 35, 37, 39 SMG) wird bei Drogenkonsum den „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ (§ 11 Abs 2 SMG) weitgehend Vorrang vor strafrechtlichen Maßnahmen eingeräumt. Dies verdeutlicht sich unter anderem auch darin, dass bei Verdacht auf Drogenmissbrauch anstelle einer Strafanzeige die Gesundheitsbehörde zu verständigen ist (§ 13 Abs 1 bis 2b SMG). Dies gilt auch für die Schulleitung, die anstelle einer Strafanzeige zunächst eine schulärztliche und erforderlichenfalls schulpsychologische Untersuchung zu veranlassen und im Fall, dass

die Untersuchung (auch von den Eltern) verweigert wird oder sich gesundheitsbezogene Maßnahmen als notwendig erweisen, aber schulintern nicht sichergestellt werden können, die Gesundheitsbehörde zu verständigen hat (§ 13 Abs, 1 SMG). Das SMG regelt darüber hinaus Anforderungen für Betreuungs- und Behandlungsangebote, die für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen insbesondere auch im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ bevorzugt herangezogen werden sollen (§ 15 SMG), und legt dabei die soziale Reintegration von Suchtkranken als Ziel fest.

In einem weiteren Sinne relevant für die gegenständliche Studie sind Gesetzestexte aus dem Gesundheitsbereich, die allgemeine Prinzipien und Grundsätze der Gesundheitsförderung bzw. der Organisation des Gesundheitssektors festlegen.

Auch die Betonung von Prävention und Früherkennung, die Prämisse „Health in All Policies“ (HiAP, deutsch: Gesundheit in allen Politikfeldern), die Ausrichtung an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff sowie die Forderungen nach Intersektoralität (§ 1 GfG, §§ 4 und 5 G-ZG) sind im Kontext der vorliegenden Studie von Bedeutung. Die gesetzliche Regelung der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wiederum ist durch die föderale Struktur Österreichs mit seinen neun Bundesländern geprägt (z. B. Landesgesundheitsfonds).

6.1.3 Weitere Sektoren

Aus anderen Sektoren wurden nur wenige studienrelevante Gesetzestexte identifiziert. Dazu gehören das Bundesgesetz für Kinder- und Jugendhilfe, Jugendschutzgesetzgebung auf Länderebene sowie das Schulorganisationsgesetz und das Schulunterrichtsgesetz auf Bundesebene.

Die Kinder- und Jugendhilfe regelt die Grundlagen für allgemeine soziale Leistungen für Kinder und Jugendliche bzw. Rechte und Pflichten von Erziehungsberechtigten. Die länderspezifischen Jugendschutzgesetzgebungen sind von Relevanz, da sie unter anderem den Umgang mit legalen Substanzen sowie mit Glücksspiel für Jugendliche regeln (Erwerb-, Besitz- oder Konsumverbote, Pflichten für Erziehungsberechtigte und Veranstalter, Sanktionen für Jugendliche und Erziehungsberechtigte).

Aus dem Bildungsbereich wurden vor allem die Einrichtung des schulpsychologischen Dienstes im Amt des Landesschulrats (§ 11 Abs 5 B-SchAufsG) sowie der allgemeine Anspruch des Heranbildens von jungen Menschen zu gesunden und gesundheitsbewussten Bürgerinnen/Bürgern (§ 2 SchOG) als studienrelevant identifiziert.

6.2 Internationale und intersektorale Strategien

6.2.1 Strategien auf europäischer Ebene

Der Europäische Sozialfonds (ESF) ist das wichtigste Finanzierungsinstrument der Europäischen Union zur Umsetzung der beschäftigungspolitischen Ziele im Rahmen der Wachstums- und Beschäftigungsstrategie „Europa 2020“ (Europäische Kommission 2010). Ein spezifischer Fokus liegt dabei auf der Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die weder in Ausbildung noch in Beschäftigung sind (NEET). Das vorrangige Ziel ist die Rückführung in das Ausbildungssystem. Dieses soll über passgenaue Angebote sowie flankierende Maßnahmen zur Stabilisierung und Persönlichkeitsbildung erreicht werden. Die Quote an vorzeitigen Schulabgängerinnen/-abgängern soll unter zehn Prozent gesenkt werden. In der aktuellen Förderperiode (2014–2020) werden Maßnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung von Arbeitslosigkeit in den Mitgliedstaaten finanziell unterstützt. In Österreich werden Projekte des AMS (spezifische Qualifizierungsmaßnahmen für schwer vermittelbare Jugendliche) und des Sozialministeriumsservices (für Jugendliche mit Behinderung, Berufsausbildungsassistenz, Arbeitsassistenz und Jobcoaching sowie territoriale Beschäftigungsprojekte) finanziell unterstützt (ESF 2015).

Die Europäische Jugendgarantie (Europäische Kommission 2015, BMASK 2014b) formuliert das Ziel, dass alle jungen Menschen unter 25 Jahren innerhalb von vier Monaten nach Abschluss ihrer Ausbildung oder nach maximal vier Monaten Arbeitslosigkeit ein konkretes und qualitativ hochwertiges Angebot erhalten sollen. Dabei wird die Bedeutung frühzeitigen Eingreifens, der Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Erarbeitung und Durchführung eigener nationaler Pläne zur Umsetzung der Jugendgarantie sowie des Austauschs bewährter Verfahren zwischen den EU-Ländern betont und finanzielle Unterstützung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds zugesagt.

Die Europäische Jugendstrategie (BMFJ 2015; Europäischer Rat 2009) bildet den Rahmen für die jugendpolitische Zusammenarbeit in Europa. Dabei werden acht Handlungsfelder definiert und der Querschnittcharakter der Materie betont. Daraus wird abgeleitet, dass Initiativen zur Förderung einer sektorenübergreifenden Schnittstellenarbeit sowie eine sektorenübergreifende Vorgehensweise erforderlich sind. Konkrete Zielsetzungen aus studienrelevanten Handlungsfeldern sind u. a.:

- » Suchtmittelabhängigkeit und -missbrauch vorzubeugen und zu bekämpfen (Handlungsfeld „Gesundheit und Wohlbefinden“);
- » Erleichterungen im Übergang zwischen Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt zu schaffen sowie die Zahl der Schulabbrecher/innen (Handlungsfelder „Allgemeine und berufliche Bildung“) zu reduzieren;
- » Ausgrenzung und Armut junger Menschen zu verhindern und Chancengleichheit für alle zu fördern (Handlungsfeld „Soziale Eingliederung“).

6.2.2 Regierungsprogramm der Bundesregierung

Das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung für die Periode 2013–2018 (BKA 2013) behandelt studienrelevante Inhalte in unterschiedlichen Bereichen (Beschäftigung, Familie und Jugend, Bildung, Menschen mit Behinderung, Soziales, Gesundheit, Bundesfinanzen). Es werden auch Ziele und Herausforderungen definiert sowie entsprechende Maßnahmen vorgeschlagen, die dem Themenkomplex „Übergangsschwierigkeiten zwischen Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt gepaart mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Suchtproblematik“ zugeordnet werden können.

Auch dabei wird deutlich, dass das Problemfeld eine Querschnittsmaterie darstellt und intersektoral zu verorten ist. So wird

- » im Bereich *Beschäftigung* über die Strategie *Ausbildung bis 18* ein besonderes Augenmerk auf frühe Schulabbrecher/innen (FABA) und NEET gelegt,
- » im Bereich *Bildung* die Förderung von Berufs- und Bildungswegorientierung als Ziel definiert,
- » im Bereich *Menschen mit Behinderung*³⁰ eine Intensivierung arbeitsmarktbezogener Fördermaßnahmen angestrebt.
- » Im Bereich *Familie und Jugend* werden Unterstützung und Förderung am Bildungs- und Berufsweg sowie eine Verbesserung der Chancengleichheit gefordert,
- » im Bereich *Soziales* verstärkte Anstrengungen zur sozialen Integration, Ausbildung und Arbeitsmarktintegration von Jugendlichen vereinbart,
- » im Bereich *Gesundheit* die Erarbeitung einer nationalen Suchtpräventions- und Suchtstrategie und
- » im Bereich *Finanzen* im Kontext des Glücksspiels auch die Sicherstellung des Spieler- und Jugendschutzes als Ziel definiert (vgl. Annex, Anhang 1).

6.3 Sektorale Strategien auf nationaler Ebene

6.3.1 Arbeits(markt)sektor

Die grundlegende strategische Ausrichtung im Arbeitssektor findet sich in der im Regierungsprogramm verankerten Strategie *Ausbildung bis 18* (BMASK 2014a) wieder. Zielgruppe dieser Strategie sind Jugendliche unter 18 Jahren ohne einen über die Sekundarstufe I hinausgehenden Abschluss, die sich außerhalb des (Aus-)Bildungssystems befinden. Übergeordnetes Ziel dieser Strategie ist eine substantielle und nachhaltige Verbesserung der Arbeitsmarktchancen durch einen

30

Behinderung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten (BMASK 2013a).

längeren und erfolgreichen Verbleib der Jugendlichen im (Aus-)Bildungssystem bzw. durch eine Reintegration jener Jugendlichen, die sich bereits von Bildungs- und Arbeitsmarktsystem entfernt haben.

Daraus werden folgende konkrete Umsetzungsziele abgeleitet (BMASK 2014a):

- » Reduktion von frühen Schulabbrechern/-abbrecherinnen (FABA) und Jugendlichen mit NEET-Status,
- » Schaffen einer über den Pflichtschulabschluss hinausgehenden Ausbildung für alle unter 18-Jährigen,
- » Einschränkung der jugendlichen Hilfsarbeit und Anreizmodelle zur Teilnahme an Ausbildungsmaßnahmen (Verwaltungsstrafe analog zur Verletzung der Schulpflicht),
- » verpflichtende Berufs- und Bildungswegorientierung und
- » ausreichendes Angebot an niederschweligen Ausbildungsangeboten.

Daneben und ergänzend zur Strategie *Ausbildung bis 18* existieren im Arbeitsmarktbereich zahlreiche Substrategien (vgl. Übersichtsdarstellung „Jugend und Arbeit“ in BMASK 2013a), die primär auf einen erfolgreichen Übergang zwischen Ausbildungssystem und Arbeitswelt abzielen. Unterschiede bestehen im jeweiligen Fokus, der teilweise eher auf allgemeine Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen für Jugendliche, teilweise auf Gruppen mit erhöhtem oder spezifischem Förderbedarf gerichtet ist.

Eine in diesem Sinne allgemeine Strategie bildet die Ausbildungsgarantie für Jugendliche in Form der Überbetrieblichen Ausbildung (ÜBA). Im Rahmen dieser Maßnahme werden seit 2008 für Jugendliche, die am betrieblichen Lehrstellenmarkt keine geeignete Lehrstelle gefunden haben, überbetriebliche Ausbildungsplätze angeboten. Diese können für die gesamte Lehrzeit (Modell ÜBA 1) oder einen Teil der Lehrzeit (Modell ÜBA 2) in Anspruch genommen werden, wobei in beiden Fällen eine Vermittlung des Lehrlings in ein betriebliches Lehrstellenverhältnis angestrebt wird. Lehrlinge in der ÜBA erhalten eine Ausbildungsbeihilfe. Die erweiterte Ausbildungsgarantie für ältere Jugendliche „Aktion Zukunft Jugend“ gewährleistet, dass jungen Arbeitslosen zwischen 20 und 24 Jahren innerhalb von sechs Monaten ein Arbeitsplatz, eine zielgerichtete Schulung oder eine geförderte Beschäftigung angeboten wird. Die Lehrstellenförderung des AMS (BMASK 2013a) zielt hingegen auf „besonders benachteiligte Lehrstellensuchende“ ab, sie fördert zusätzlich zur betrieblichen Lehrstellenförderung die Kosten der Lehrausbildung bzw. der integrativen Berufsausbildung in Form eines monatlichen Zuschusses.

Eine ebenso spezifische Maßnahme im obigen Sinn ist die Strategie BABE (Behinderung-Ausbildung-Beschäftigung), das zentrale Grundsatzpapier für Herausforderungen von Menschen mit Behinderung bzw. Benachteiligungen am Arbeitsmarkt (BMASK 2013b).³¹

31

In früheren Jahren stark an einem medizinischen Modell von Behinderung orientiert, wurde die Zielgruppendefinition des BABE sukzessive durch Ergänzung einer „soziale Sichtweise“ erweitert. Entsprechend ist Unterstützungsbedarf auch dann zu berücksichtigen, wenn durch bestimmte Lebenssituationen, Lebensverläufe oder soziale und emotionalen Beeinträchtigungen berufliche Integration erschwert wird. Personen mit krisenhaften Einschnitten am Übergang zwischen Schule und Ausbildung werden explizit als Zielgruppe genannt und können Anspruch auf geförderte Leistungen erheben, da ihnen aus – im weitesten Sinn – gesundheitlichen Gründen bzw. Gründen der Behinderung der Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt droht.

Ein breites Spektrum von spezifischen und allgemeinen Maßnahmen des Sozialministeriumsservices wird im Rahmen des „Netzwerks Berufliche Assistenz“ (NEBA) für junge Menschen mit Behinderungen oder sozialen und emotionalen Beeinträchtigungen angeboten. Andere Substrategien sind wiederum nicht an eine bestimmte Benachteiligung (z. B. gesundheitliche Einschränkung) gebunden, sondern definieren allgemeine Zielsetzungen im Bereich der Jugendbeschäftigung: Dies gilt etwa die Strategie „Übergangsmanagement Schule – Beruf“.

6.3.2 Gesundheitssektor

Die 2016 veröffentlichte erste österreichische Suchtpräventionsstrategie stellt eine Richtschnur an der Schnittstelle zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisstand in den einschlägigen Disziplinen, medizinischer und psychosozialer Praxis sowie allen maßgeblichen Politik- und Verwaltungsbereichen die Richtschnur für die Akteurinnen und Akteure dar. Sie beinhaltet keinen detaillierten Maßnahmenkatalog, sondern die Definition eines gemeinsamen gesellschaftlichen Grundverständnisses zum Thema Sucht, mit formulierten Zielen und einem Orientierungsrahmen für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen in den verschiedenen Verantwortungsbereichen. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie berücksichtigt sowohl illegale als auch legale Suchtmittel und Verhaltenssuchte. Einem am Menschen orientierten, zeitgemäßen Verständnis entsprechend bildet Schadensminderung das grundlegende Prinzip in den Bereichen Prävention, Suchthilfe und Sicherheit. In der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie wird die soziale und berufliche Integration für suchtkranke Menschen gefordert (BMG 2015b).

Im Jahr 2011 wurden von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat zehn Rahmengesundheitsziele (R-GZ) als strategische Grundlage für den Gesundheitsbereich beschlossen (BMG 2012). Unter Berücksichtigung des „Health in All Policies“-Ansatzes sowie der Förderung von Chancengerechtigkeit werden Bildung und Arbeitssituation als zwei wesentliche Determinanten definiert, die positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung einwirken können.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird in R-GZ 6 („Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen“) thematisiert und durch Wirkungsziele und Maßnahmen konkretisiert (BMG 2014).³² Weitere studienrelevante Strategien finden sich in R-GZ 9 („Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“). Hier sind die Minimie-

32

Wirkungsziel 3 lautet „Lebenskompetenz von Kinder und Jugendlichen stärken und dabei Bildung als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit nutzen“. Eine Maßnahme besteht im Ausbau und der besseren Vernetzung von bereits bestehenden, flächendeckenden Aktivitäten zur Integration von ausgrenzungsgefährdeten bzw. benachteiligten Jugendlichen (z. B. Jugend-coaching). Im Sinne von Prävention bzw. Früherkennung sollen darüber hinaus Akteure aus dem Schulbereich in Bezug auf das Thema Gesundheit sensibilisiert werden und eine stärkere Vernetzung zwischen Akteuren des Schulgesundheitswesens (z. B. Schulärztinnen und Schulärzte oder Vertrauenslehrer/innen), außerschulischen Akteuren (z. B. außerschulische Jugendarbeit) und externen Gesundheitsangeboten angestrebt werden.

nung von Stress und Belastungen sowie die positive Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen das Ziel. Besonderes Augenmerk liegt zudem auf Sucht- und Gewaltprävention und der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen.

Die Kinder und Jugendgesundheitsstrategie (vgl. Annex, Anhang 2) beinhaltet 20 Ziele aus fünf Themenfeldern (BMG 2013 und BMG 2015a).³³ Maßnahmen mit Bezug zu Suchtproblemen sind in allen fünf Themenfeldern zu finden und können sechs unterschiedlichen Zielsetzungen zugeordnet werden (vgl. Annex, Anhang 2). Die überwiegende Zahl der Maßnahmen ist dabei in Themenfeld 3 „Gesunde Entwicklung“ unter Zielsetzung 5 „Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken“ angesiedelt. Auf Maßnahmenebene werden die Vernetzung relevanter Akteure (z. B. von Suchtprävention, Gesundheitsförderung, außerschulischer Jugendarbeit, Kinder- und Jugendwohlfahrt), Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen (Eltern, Pädagoginnen/Pädagogen, Ausbilder/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen) sowie unterschiedliche Präventionsmaßnahmen und Angebote genannt.

Eine dritte wesentliche Strategie im Gesundheitsbereich bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BGK 2012), der eine Rahmenplanung für die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene darstellt. Ziel des ÖSG 2012 ist eine integrierte, aufeinander abgestimmte Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen (stationärer Bereich, ambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich, Pflegebereich) und ein verbessertes Nahtstellenmanagement zwischen den Versorgungseinrichtungen. Als suchtspezifische Planungsgrundlagen findet man im ÖSG allgemeine Empfehlungen für Behandlungsstrukturen für Abhängigkeitserkrankte.³⁴

Dem ÖSG zufolge soll der Behandlungsbereich zusammengesetzt sein aus

- » ersten Anlaufstellen (z. B. Beratungsstellen, psychosoziale Dienste),
- » niederschweligen, nicht primär abstinenzorientierten Einrichtungen,
- » spezialisierten ambulanten Behandlungseinrichtungen (Suchtambulanzen),
- » spezialisierten stationären Behandlungseinrichtungen (Entzug, Entwöhnung, Langzeit, Kurzzeit) und
- » Nachsorge bzw. Nachbetreuungseinrichtungen (Psychotherapie, Tagesstätten, betreutes Wohnen).

Quantitative Planungsrichtwerte werden im ÖSG 2012 ausschließlich für die stationäre Versorgung von Suchtkranken (exklusive akuter Entzugsbehandlung) formuliert (0,16 Behandlungsplätze pro 1.000 Einwohner/innen). Auch Vorgaben hinsichtlich Personalausstattung, Personalqualifikation und Leistungsangebot beziehen sich ausschließlich auf den stationären Bereich und umfassen u. a.

33

Die fünf Themenfelder lauten: „Gesellschaftlicher Rahmen“, „Gesunder Start ins Leben“, „Gesunde Entwicklung“, „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und „Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen“.

34

Der Begriff umfasst Patientinnen und Patienten sowohl mit substanzabhängigen als auch mit substanzunabhängigen Suchterkrankungen, die die ICD-10 Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen.

Sozialberatung und -betreuung sowie die Erarbeitung und Planung einer angemessenen weiterführenden Nachsorge. Die Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich und Suchtkoordination wird dabei zum Grundsatz für die Gesamtplanung erhoben.

6.3.3 Andere Sektoren

Die Österreichische Jugendstrategie des Jugendressorts (BMFJ 2015) wird als ein laufender Prozess zur Stärkung und Weiterentwicklung der Jugendpolitik definiert. Ziele sind die Bündelung und Systematisierung von Maßnahmen für junge Menschen, das Aufspüren neuer Handlungs- und Kooperationsfelder sowie die Identifikation von Handlungsbedarf und konkreten Maßnahmen. Für die Umsetzung der Maßnahmen ist jedoch ein breiter jugendpolitischer Konsens notwendig. Prioritär behandelt die *Österreichische Jugendstrategie* drei Themenfelder (Beschäftigung und Bildung, Beteiligung und Engagement, Lebensqualität und Miteinander), wobei pro Themenfeld je drei konkrete und messbare strategische Ziele sowie Vorschläge für kurz-, mittel- und langfristig umsetzbare Maßnahmen formuliert werden. Aus dem Themenfeld „Beschäftigung und Bildung“ können zwei strategische Ziele als zielgruppenrelevant betrachtet werden: Zum einen soll Österreich im Jahr 2020 weiterhin bezüglich Jugendarbeitslosigkeit (15- bis 24-Jährige) unter den drei besten Ländern in der EU liegen. Zum anderen wird für 2020 die EU-weit niedrigste Schulabbrucherquote angestrebt.

Im Bildungsbereich zielt der Grundsatz erlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung (BMBF 1997) darauf ab, Schule in einem partizipativen Prozess aller beteiligten Personen als eine gesundheitsfördernde Lebenswelt zu gestalten. Die Strategie *Gesundheitsfördernde Schule* (BMUKK 2013b) wiederum baut auf die im Jahr 2007 ins Leben gerufene Initiative „Gesunde Schule“ auf.

„Stützsysteme zur Förderung physischer und psychosozialer Gesundheit“³⁵ bilden einen von fünf Wirkungsbereichen der gesundheitsfördernden Schule.

Im Justizbereich wurde im August 2013 anlassbezogen und im Anschluss an eine öffentliche Debatte über die Anwendung von Haft bei Jugendlichen und Haftbedingungen für Jugendliche ein interdisziplinärer Runder Tisch zu Optimierungsmaßnahmen für Untersuchungshaft bei Jugendlichen eingerichtet (BMJ 2013; Neustart 2014). Im Abschlussbericht wird festgehalten, dass die Anhaltung in einer Justizanstalt ein ungeeignetes Mittel ist, Jugendliche für ein straffreies, soziales und wirtschaftliches Leben in der Gesellschaft vorzubereiten. Darauf aufbauend beinhaltet der Bericht ein klares Bekenntnis zur Haftvermeidung.

35

Der Wirkungsbereich „Stützsysteme zur Förderung physischer und psychosozialer Gesundheit“ umfasst wiederum sieben Unterpunkte: (1) Schularztwesen, (2) schulpsychologische Bildungsberatung, (3) Schulsozialarbeit, (4) Schüler- und Bildungsberater/innen, (5) andere Lehrerinnen und Lehrer mit Beratungsaufgaben, (6) Initiativen des BMUKK (z. B. Suchtprävention), (7) Elternarbeit und Elterngesundheit.

6.4 Sektorale Maßnahmen auf nationaler Ebene

6.4.1 Arbeitsmarktsektor

Im Jahr 2015 haben im Jahresdurchschnitt (stichtagsbezogen) 27.378 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren an Schulungen des AMS teilgenommen. Unter den Teilnehmenden ist eine leichte Tendenz zu Gunsten von männlichen Personen festzustellen (vgl. Annex, Anhang 1).

Stichtagsbezogen (31. 12. 2013) werden ca. 7.800 Jugendliche im Rahmen der Ausbildungsgarantie³⁶ betreut. Der Großteil davon sind Jugendliche in der ÜBA (ca. 6.200). Das Angebot der Ausbildungsgarantie richtet sich überwiegend an junge Jugendliche unter 19 Jahren (nur jeder sechste Jugendliche in der ÜBA ist älter als 19 Jahre) und wird häufiger von männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (60 % aller Teilnehmer/innen) als von ihren weiblichen Altersgenossinnen in Anspruch genommen (Litschel/Löffler 2015) (vgl. auch Annex, Anhang 1).

Eine Auswertung der Anzahl der betreuten Jugendlichen nach Bundesland (Litschel/Löffler 2015) offenbart eine enorme regionale Heterogenität der Angebote der Ausbildungsgarantie (vgl. Annex, Anhang 1), sowohl in Hinblick auf die Gesamtzahl betreuter Personen als auch auf die Art des Angebots (Verhältnis zwischen ÜBA und IBA bzw. Verhältnis zwischen ÜBA 1 zu ÜBA 2).

Ein breites Spektrum an Maßnahmen wird im Rahmen des *Netzwerks Berufliche Assistenz* (NEBA) angeboten. Die Angebotspalette umfasst Jugendcoaching, Produktionsschulen, Berufsausbildungsassistenz, Arbeitsassistenz und Jobcoaching (Netzwerk Berufliche Assistenz 2015). Die jeweiligen Zielgruppen reichen von Jugendlichen mit besonderem Förderbedarf im letzten Pflichtschuljahr über Jugendliche mit fehlendem Zugang zum Arbeitsmarkt bis zu Lehrlingen bzw. erwerbstätigen Jugendlichen mit Unterstützungsbedarf. Die Auslastung der einzelnen Angebote wird laufend von der „Bundeskordinationsstelle Übergang Schule – Beruf“³⁷ dokumentiert. Im Jahr 2015 haben insgesamt 63.083 Jugendliche eines der Maßnahmenangebote aus dem NEBA-Bereich in Anspruch genommen. Jugendcoaching ist mit 39.361 Teilnehmern/Teilnehmerinnen (ca. 62 %

36

Die überbetriebliche (ÜBA) und die integrative (IBA) Lehrausbildung bilden zwei Bestandteile der Ausbildungsgarantie und sind österreichweit implementiert. Zielgruppe der ÜBA sind dabei Jugendliche, die trotz intensiver Vermittlungstätigkeit keine Lehrstelle finden konnten. Zielgruppe der IBA sind Jugendliche mit abgeschlossener Pflichtschule und sonderpädagogischem Förderbedarf oder Behinderte im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes und Personen, von denen anzunehmen ist, dass sie in absehbarer Zeit keine Lehrstelle finden werden. Beide Maßnahmen zielen darauf ab, die Jugendlichen in ein betriebliches Lehrverhältnis zu vermitteln.

37

= BundesKOST, <http://www.bundeskost.at/>

aller NEBA–Teilnehmer/innen) die am häufigsten in Anspruch genommene Maßnahme³⁸ (vgl. Annex, Anhang 1).

Innerhalb der Maßnahmenpalette des *Netzwerks Berufliche Assistenz* (NEBA) kommt dem Jugendcoaching somit in quantitativer (Teilnehmeranzahl) und konzeptioneller Hinsicht (Gate–Keeper–Funktion) besondere Relevanz zu.³⁹ Übergeordnetes Ziel des Jugendcoachings ist die Verbesserung der Chancen benachteiligter Jugendlicher auf berufliche Integration. Diese soll durch flächendeckende und nahtstellenübergreifende Beratung, Begleitung und Betreuung von allen ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen vom Ende der Pflichtschule bis zur nachhaltigen Teilnahme am Arbeitsmarkt erreicht werden. Zudem sollen Jugendliche unter 19 Jahren möglichst lange im (Aus–)Bildungssystem gehalten werden. Erscheint dies nicht realistisch, werden Alternativen angestrebt, z. B. eine „persönliche Stabilisierung“ durch Unterstützung bei familiären Belastungen, Wohnungslosigkeit, gesundheitlichen Problemen sowie auch bei Suchtproblemen (Steiner et al. 2013). Jugendcoaching wird als dreistufiges Betreuungsmodell (Erstgespräch, Beratung, Begleitung⁴⁰) angeboten, das konkrete Angebot an eine/n Jugendliche/n gestaltet sich je nach deren/dessen Bedarf nach dem Case–Management Ansatz⁴¹. Durch die Gatekeeper–Funktion und die häufig multiplen Probleme ergibt sich ein sehr umfassendes Aufgabenspektrum für Jugendcoaches. Besondere Bedeutung kommt der Vernetzung und Zusammenarbeit mit zielgruppenspezifischen und fallrelevanten externen Einrichtungen zu.

Die Zielgruppe des Jugendcoachings ist gekennzeichnet durch eine Kombination aus speziellen Strukturmerkmalen (Ende der Schulpflicht, Systemferne) und persönlichen Belastungs– oder Risikosituationen (Steiner et al. 2013). Die Zielgruppe umfasst insbesondere Jugendliche ab dem 9. Schulbesuchsjahr und außerschulische Jugendliche unter 19 Jahren. Jugendliche unter 19 Jahren in Betreuungsmaßnahmen des AMS bzw. des SMS fallen ebenfalls in die Zielgruppe, sofern ihnen ein Abbruch der Beschäftigungs– oder Betreuungsmaßnahme droht. Jugendliche mit Behinderung

38

Im Jahr 2014 haben insgesamt 35.509 Jugendliche Jugendcoaching in Anspruch genommen. Stichtagsbezogen befanden sich etwa 10.000 Jugendliche im Jugendcoaching.

39

Das Jugendcoaching basiert auf einer Richtlinie des BMASK aus dem Jahr 2012 (BMASK 2012b) sowie einem Konzept samt Umsetzungsregelungen aus dem Jahr 2013 (Bundessozialamt 2013). Das Jugendcoaching wurde nach einer Pilotphase in Wien und der Steiermark durch das IHS evaluiert (Steiner et al. 2013) und ersetzt nach der österreichweiten Implementierung bisherige Angebote wie „Clearing“ und „C'mon 14“.

40

Das Verhältnis der unterschiedlichen Betreuungsstufen entsprach im Jahr 2014:
Stufe 1 = 100 % aller Teilnehmer/innen, Stufe 2 = 32 % aller Teilnehmer/innen; Stufe 3 = 21 % aller Teilnehmer/innen.

41

Das Case–Management folgt u. a. den Prinzipien (1) Kontinuität in der Betreuung (ein Coach im gesamten Betreuungsverlauf), (2) across services (quer zu den Grenzen der Versorgungseinrichtungen), (3) ressourcenorientierter Ansatz (Stärkung von vorhandenen Kenntnissen, Fähigkeiten und Netzwerken), (4) ganzheitlich (umfassende Berücksichtigung der Bedürfnisse der Klientel und Einbezug des sozialen Umfelds der Jugendlichen) (5) mit dem Ziel der effizienten Vernetzung von vorhandenen Angeboten.

bzw. sonderpädagogischem Förderbedarf werden bis zum vollendeten 24. Lebensjahr der Zielgruppe zugerechnet (Bundessozialamt 2013).

Der Zugang zum Jugendcoaching wird bei Identifikation eines Betreuungsbedarfs hergestellt. Identifiziert wird ein Betreuungsbedarf im schulischen Bereich in Kooperation mit Lehrenden, im außerschulischen Bereich durch Kooperation mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (z. B. offene Jugendarbeit, Jugendzentren, mobile Jugendarbeit, Jugendwohlfahrt, Beratungsstellen). Der Zugang von Jugendlichen, die sich außerhalb des schulischen Systems bzw. des Arbeitsmarktes (bzw. entsprechender Maßnahmen) befinden und keinen Zugang zur offenen Jugendarbeit haben, stellt die größte Herausforderung dar (BundesKost 2014b).

Eine Auswertung der Teilnehmer/innen des Jugendcoachings (BundesKOST 2015a) nach Geschlecht, Alter und Beeinträchtigung für das Jahr 2014 zeigt, dass männliche Teilnehmer überwiegen (57 % männliche vs. 43 % weibliche Jugendliche) und 90 % der Teilnehmer/innen zu Maßnahmenbeginn zwischen 14 und 18 Jahren alt sind. Jugendcoaching ist somit eine Maßnahme, die nur marginal von der hier relevanten Gruppe der 20- bis 24-Jährigen in Anspruch genommen wird (vgl. Annex, Anhang 1).

Daten zu Substanzkonsum oder Indikatoren für eine mögliche Suchtgefährdung werden im Jugendcoaching nicht standardmäßig dokumentiert. Rückschlüsse auf Substanzkonsum können ausschließlich aus den Variablen „Psychische Beeinträchtigung“ (bei 4 % aller Teilnehmenden) oder „Soziale Beeinträchtigung“ (bei 8 % aller Teilnehmenden) gezogen werden (vgl. Annex, Anhang 1). Die Evaluation des Jugendcoachings wiederum identifiziert explizit Suchtprobleme und/oder psychische Erkrankungen (Steiner et al. 2013) als Probleme der Jugendlichen, die zu einem erhöhten Betreuungsbedarf führen, da eine Stabilisierung vor der Bearbeitung von Ausbildungs- und Berufsperspektiven erreicht werden muss. Ebenso wurden in einer Erhebung unter Einrichtungsleitenden im Jugendcoaching (BundesKOST 2014a) Jugendliche bzw. junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen als Zielgruppe identifiziert, für die Bedarf an niederschweligen Maßnahmen besteht (tageweise Mitarbeit, Arbeitserprobung, flexible Teilnahmemöglichkeiten in ÜBA, Beschäftigungsprojekten oder sozialökonomischen Betrieben). Diese Angebote stehen jedoch nicht flächendeckend zur Verfügung.

Produktionsschulen⁴² sind ein niederschwelliges Angebot aus dem NEBA-Bereich an Jugendliche. Produktionsschulen können den Jugendlichen als Folgemaßnahme eines Jugendcoachings empfohlen werden. Der Nachholbedarf hinsichtlich schulischer, sozialer und persönlicher Kompetenzen steht in dieser Maßnahme im Vordergrund (BundesKOST 2015b, BMASK 2013b). Im Erfolgsfall helfen Produktionsschulen bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt oder das Schulsystem ((Wieder-)Aufnahme einer Lehrausbildung oder Schulausbildung), tragen zu einer Stabilisierung des Jugendlichen bei oder wecken das Interesse für bestimmte Berufe. Produktionsschulen richten

42

Die Angebote unter dem früheren Namen AusbildungsFit (BMASK 2014c, Sozialministerium 2014) wurden mit 1. 1. 2015 in „Produktionsschulen“ umbenannt.

sich hauptsächlich an Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren, stehen aber auch jungen Erwachsenen bis 25 Jahre offen (Litschel/Löffler 2015). Eine Auswertung nach Bundesländern (vgl. Annex, Anhang 1) zeigt auch bei diesem Angebot ähnlich wie bei Maßnahmen zur Ausbildungsgarantie (ÜBA und IBA) große regionale Unterschiede (in zwei Bundesländern existieren keine Produktionsschulen).

Die Zielgruppe von Produktionsschulen umfasst laut Konzept inklusive Umsetzungsregelungen (BMASK 2014d) Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf, Lernbehinderung, sozialen oder emotionalen Beeinträchtigungen bis zum vollendeten 24. Lebensjahr. Ausgeschlossen sind Jugendliche, die zum Zeitpunkt des möglichen Eintritts schwerwiegende gesundheitliche Probleme aufweisen, die eine Berufsausbildung unmöglich erscheinen lassen, sowie akut psychisch kranke Jugendliche, bei denen (noch) keine Krankheitseinsicht besteht oder deren Medikamenteneinstellung nicht erfolgreich abgeschlossen ist. Ebenso ausgeschlossen sind akut suchtmittelabhängige Jugendliche, bei denen die Sucht bzw. der Konsum von Suchtmitteln (sowohl illegale Substanzen als auch Alkohol) im Vordergrund stehen, da diese keinerlei Verbindlichkeiten eingehen können und dadurch keine Aussichten auf Ausbildungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit haben. Stattdessen sollen bei diesen Jugendlichen gesundheitsbezogene Maßnahmen und das Erreichen von Problemeinsicht im Vordergrund stehen. Besteht bei Teilnehmenden von Produktionsschulen ein Verdacht auf Abhängigkeit, kann ein Drogentest veranlasst werden oder eine ambulante Suchttherapie als Auflage zur weiteren Teilnahme vereinbart werden. Zudem sollen Produktionsschulen gegensteuern, wenn Jugendliche aufgrund von Langeweile und Perspektivenlosigkeit konsumieren. In solchen Fällen wird empfohlen, über die Wissenswerkstatt eine/n Professionistin/Professionisten einzuladen und einen (präventiven) Themenschwerpunkt zu setzen (BMASK 2014d).

6.4.2 Maßnahmen aus dem Gesundheitssektor

Aus den Maßnahmen der ARGE Suchtvorbeugung (Dachorganisation aller Fachstellen für Suchtprävention) werden insbesondere zwei österreichweite Maßnahmen genannt, die für die gegenständliche Zielgruppe relevant sind: Das Projekt *plus* unterstützt Schüler/innen bei der Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, anstehende Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen. Im Rahmen von *plus* werden zudem Fortbildungen für Lehrpersonen angeboten und Unterrichtspakete zur Verfügung gestellt. *plus* zielt auf Schüler/innen der 5. bis 8. Schulstufe und steht somit nur einem kleinen Teil der Zielgruppe offen (ARGE Suchtvorbeugung, undatiert a).

Unter dem Titel *step by step* soll im Falle einer Begutachtung nach § 13 Abs 1 SMG allen Beteiligten Rechtssicherheit vermittelt werden. Unter der Prämisse „helfen statt strafen“ und der Mithilfe von Experten/Expertinnen der Drogenberatungsstellen soll jungen Menschen, die Drogen missbrauchen, gezielt Hilfe angeboten werden (ARGE Suchtvorbeugung, undatiert, a und b).

Unter dem Titel *Health4You* bietet der Fonds Gesundes Österreich einen Leitfaden für Gesundheitsförderung für Lehrlinge in arbeitsmarktbezogenen Jugendmaßnahmen an (FGÖ 2014). Dabei

sollen die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt einer Lehrlingsausbildungseinrichtung für ähnliche Settings (Träger arbeitsmarktbezogener Maßnahmen, ÜBA) zur Verfügung gestellt werden. Der Fokus liegt dabei sowohl auf verhaltensbezogenen Aspekten als auch auf Möglichkeiten zur Schaffung von gesundheitsfördernden Strukturen (Verhältnissen).

Maßnahmen im Rahmen einer Aktivierungstherapie⁴³ werden von unterschiedlichen Einrichtungen der Suchthilfe angeboten, zumeist, um die Stabilisierung von suchtkranken Personen nach einer Entwöhnung durch Integrationsmaßnahmen zu fördern. Beispielhaft können hier etwa Angebote des „Vereins Dialog“ genannt werden, der in Wien und Niederösterreich ein „Soziales Kompetenz- und Grundlagentraining für Suchterkrankte“ anbietet – mit dem übergeordneten Ziel der nachhaltigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Erhöhung der Chancen zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt durch psychische, physische und soziale Stabilisierung und Aktivierung (Verein Dialog 2015).⁴⁴

Darüber hinaus gibt es für suchtkranke Personen eine Reihe von Angeboten zur Förderung der beruflichen Integration psychisch kranker Menschen im Allgemeinen. Eine exemplarische Darstellung derartiger Einrichtungen für Wien liegt etwa von der Koordinationsstelle für Jugend-Bildung-Beschäftigung (2013) vor. Diese Übersichtsdarstellung enthält 23 Projekte unterschiedlicher Fördergeber (Bundessozialamt (mittlerweile: Sozialministeriumsservice), Fonds Soziales Wien, AMS) und unterschiedlicher Trägereinrichtungen. Unterschiede zwischen den Projekten bestehen insbesondere bei den Zielgruppen: Diese reichen von Menschen mit psychischen Erkrankungen allgemein über Frauen mit psychischen Erkrankungen bzw. Jugendliche mit psychischen Erkrankungen bis zu Menschen mit ganz bestimmten psychischen Erkrankungen (Koordinationsstelle für Jugend-Bildung-Beschäftigung 2013).

Generell kann auf das vom Gesundheitssektor initiierte Netzwerk *Frühe Hilfen*⁴⁵ hingewiesen werden, welches ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) darstellt. Die Unterstützung baut auf den spezifischen Lebenslagen und Ressourcen der einzelnen Familien auf und basiert auf regionalen Netzwerken von vielfältigen Angeboten, Strukturen und Akteurinnen und Akteuren. Frühe Hilfen sind als erstes Glied von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten

43

Über die Auseinandersetzung mit Material, Form, Farbe, Musik und Bewegung, aber auch durch den zwischenmenschlichen Kontakt können geistige und körperliche Fähigkeiten positiv beeinflusst und das persönliche Wohlbefinden gesteigert werden.

44

Ähnliche Maßnahmen werden auch im Rahmen des Projektes „Brisant“ vom Anton-Proksch-Institut in Wien angeboten. Diese sind für das gegenständliche Projekt aber nicht relevant, da für „Brisant“ Patientinnen/Patienten nach stationärer Behandlung im Alter von über 40 Jahren als Zielgruppe definiert werden (Anton Proksch Institut 2012) und Jugendliche bzw. junge Erwachsene somit explizit ausgeschlossen sind. Beide Projekte werden in Kooperation mit dem AMS Wien durchgeführt und von diesem finanziert.

45

<http://www.fruehehilfen.at>

zu verstehen. Mit diesem umfassenden Konzept soll je nach Alter und Lebenssituation der Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsförderung und Unterstützung – vor allem auch während der Übergänge von einer Lebensphase in die nächste – sichergestellt werden. Dieser lebensweltorientierte, altersbezogene und biografiebegleitende Ansatz bietet sich auch als Unterstützung für Jugendliche mit multiplen Problemen an (Haas et al. 2014).

6.4.3 Maßnahmen in sonstigen Sektoren

Das BMASK hat – inhaltlich abgestimmt mit dem Bildungsressort – den österreichweit flächendeckenden Vollausbau der Maßnahme *Jugendcoaching* beschlossen und umgesetzt. Diesem folgte im Herbst 2013 ein entsprechender Erlass des BMUKK an die Schulen (BMUKK 2013a). Zu Schulbeginn soll den Jugendcoaches die Möglichkeit eingeräumt werden, sich am Schulstandort sowohl bei Lehrerinnen/Lehrern als auch bei Schülerinnen/Schülern vorzustellen und ihr Beratungsangebot bekannt zu machen. Die Vernetzung und Zusammenarbeit von Jugendcoaches und unterschiedlichen bestehenden Hilfssystemen (Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Beratungs- und Betreuungslehrer/innen) soll von der Schulleitung – z. B. durch Einrichten bzw. Bereitstellen von Infrastruktur für Helferteams – ermöglicht und gefördert werden. Auf Landes- und Bezirksebene sind geeignete Koordinations- und Kooperationsformen für schulische und schulnahe psychosoziale und pädagogische Unterstützungssysteme zu entwickeln und umzusetzen.

Im Rahmen des Runden Tisches zur Vermeidung, Verkürzung und Vollziehung der Untersuchungshaft für Jugendliche (BMJ 2013) wurde ein prinzipielles Bekenntnis zur Haftvermeidung formuliert. Auf Maßnahmenebene bedeutet dies alternative Unterbringungsmöglichkeiten zur Haftvermeidung sowie die Empfehlung des österreichweiten Ausbaus der Jugendgerichtshilfe (Einzelfallbesprechung) sowie die Etablierung des Projekts Sozialnetz-Konferenz. Diese Maßnahmen haben eine Haftverkürzung zum Ziel, indem dem Gericht eine breitere Entscheidungsgrundlage für alternative Maßnahmenvorschläge zur Verfügung gestellt wird.

In Abgrenzung zur klassischen Helferkonferenz bzw. zur Einzelfallbesprechung wird dabei das soziale Netzwerk der Jugendlichen systematisch aktiviert und in eine zukunftsorientierte Problemlösung einbezogen (Schulprobleme, Arbeitsintegration, Unterbringung, Suchtproblematik und ähnliches). Eine Sozialnetz-Konferenz soll die Betroffenen stärken, zur Konfliktschlichtung innerhalb von Familien beizutragen, Ressourcen aktivieren, Verantwortung fördern und Lasten „auf mehrere Schultern“ verteilen (Neustart 2014). Im Projektzeitraum 2012 bis 2013 wurden vom Verein Neustart an vier Projektstandorten (Wien, Steiermark, Oberösterreich und Kärnten) 56 Konferenzen erfolgreich durchgeführt.

6.5 Regionale suchtspezifische und nicht suchtspezifische Maßnahmen (Best Practice)

Zusätzlich zu den bundesweiten Maßnahmen des NEBA-Netzwerkes existiert eine Vielzahl an regionalen Maßnahmen der Drop-out-Prävention („Time-out/step-in“-Maßnahmen). Eine Übersicht (Härtel 2011) listet 22 dieser Kategorie zuordenbare Projekte aus Kärnten, Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und der Steiermark auf. Der überwiegende Teil dieser Maßnahmen wird auf Gemeindeebene umgesetzt.⁴⁶ Hinsichtlich der Projektinhalte liegt der Schwerpunkt zumeist auf Berufsorientierung, Vermittlung von Basisbildung und „Early work experience“, dem Angebot von Supervision, Coaching oder Mentoring sowie auf der Gestaltung von Übergängen. Deutlich weniger Projekte zielen auf die Reduktion von Schulabwesenheiten, Integration, Lehrerunterstützung bzw. -schulung oder die Unterstützung von Migrantinnen/Migranten ab. Ein expliziter Fokus auf Suchtprobleme ist laut dieser Übersichtsdarstellung in keinem der berücksichtigten Projekte vorhanden. Die Finanzierung dieser Angebote reicht von europäischen Fördergeldern (Europäischer Sozialfonds), über regionale Fördermittel (Bundesland, Gemeinde) bis hin zu Fördermitteln der regionalen AMS-Stellen. In Kärnten existieren darüber hinaus Maßnahmen für Schüler/innen, die zumindest vorübergehend nicht im Klassenverband gehalten werden können und in sogenannten „Time-Out“-Gruppen betreut werden. Hierzu wurde von der Landesstelle für Suchtprävention in Kooperation mit dem Landesschulrat ab Juni 2015 ein Lehrgang für Pädagoginnen und Pädagogen eingerichtet.

Von Seiten des BMASK wurde das Konzept BEBIQ genannt (Betreute Beschäftigung mit integrierter Qualifikation), das einem Stufenplan folgt: zuerst Qualifizierungsmaßnahmen, dann stundenweise Beschäftigung im Projekt, anschließend Anstellung im Projekt und zuletzt Anstellung am Arbeitsmarkt.

Zwei weitere Beschäftigungsprojekte werden von der Caritas unter dem Namen *reStart*⁴⁷ in Wien und unter dem Namen *easy*⁴⁸ in Salzburg angeboten. Beide Einrichtungen setzen auf niederschwellige, tagesstrukturierende Maßnahmen: Jungen Menschen können bei täglicher Auszahlung einer geringen Leistungsentschädigung einer sinnstiftenden und kreativen Beschäftigung nachgehen. Voraussetzung für eine Mitarbeit ist, dass die Jugendlichen nicht mehr schulpflichtig sind und sich weder in Ausbildung oder in Arbeitsprojekten befinden noch berufstätig sind. Das An-

46

Folgende Projekte wurden inkludiert: WUK-Monopoli-Beratung, Learn, Job College PTS Leibnitz, m.o.v.e on, Eigensinn!, Meine Chance, gate 25, heidenspass, LEB - Lehreinsteigsbegleitung, Lehrlingscoach, Horizont, Produktionsschule, 4U - for you, Jobstart, LAK - Lehrabschlusskurs, MEET, it's my life, Donauwerkstätte - Berufsausbildung, Donauwerkstätte - Transitbeschäftigung, x-point, Neustart, BerufsFindungsBegleiter/in MIG-Lehrstellenbewerbungsmanagement.

47

<https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/arbeit-beschaeftigung/beschaefigungsprojekte/restart/>

48

<https://www.caritas-salzburg.at/hilfe-angebote/starthilfe-und-bildung/beschaefigungsprojekt-easy/>

gebot richtet sich besonders an Jugendliche, welche aus unterschiedlichen Gründen Schwierigkeiten haben, sich in Strukturen zu Recht zu finden bzw. in anderen Jugendbeschäftigungsprojekten oder arbeitsmarktintegrativen Kursmaßnahmen (noch) nicht Fuß fassen konnten.

Zusätzliche wurden zur Identifikation von suchtspezifischen regionalen Maßnahmen für die Zielgruppe suchtsgefährdeter Jugendlicher die neun Suchtprävention-Fachstellen auf Länderebene aufgefordert, Best-Practice-Beispiele aus ihrem Bundesland zu nominieren. Vier von neun Fachstellen folgten diesem Aufruf, die folgende Aufzählung nennt also nur exemplarische Beispiele aus den Bundesländern und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit (vgl. Tabelle 6.2).

Aus dem Burgenland wurden zwei Initiativen genannt: Die Initiative „Suchtkrankheit und Erwerbsfähigkeit“ hat Berater/innen des AMS Burgenland zur Zielgruppe. Die Inhalte dieser zweitägige Schulungen beziehen sich auf Wissensvermittlung zu Sucht und Arbeit, Rollenerwartung und Rollenstärkung sowie Begegnung mit Suchtkranken (Psychosozialer Dienst Burgenland 2011).

Eine zweite Initiative „Suchtvorbeugung in AMS-Kursen“ richtet sich sowohl an Trainer/innen von Bildungseinrichtungen in AMS-Maßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene als auch an deren Teilnehmer/innen (arbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene bis 24 Jahre). In Workshops für die Trainer/innen wird Grundlagenwissen über Sucht vermittelt und Handlungsmodelle im professionellen Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen werden vorgestellt. Ebenso können von Einrichtungen, die im Auftrag des AMS Berufsorientierungskurse anbieten, Referentinnen/Referenten der Fachstelle für Suchtprävention eingeladen werden, um Workshops direkt mit betroffenen Jugendlichen durchzuführen (Psychosozialer Dienst Burgenland 2014 bzw. Psychosozialer Dienst Burgenland 2015).

Aus Wien wurden drei zielgruppenrelevante Projekte gemeldet. In dem Projekt *MOVE – motivierende Kurzintervention am Arbeitsplatz* werden Ausbilder/innen, Führungskräfte und Vertrauenspersonen in Betrieben in einem dreitägigen Seminar in Methoden der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick geschult. Der Seminarinhalt besteht aus Fallbeispielen, Partnerübungen, Rollenspielen und theoretischen Inputs (Informationen über Suchtmittel, betriebliche Suchtprävention, rechtliche Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, Überblick über Beratungsstellen in Wien) (Sucht- und Drogenkoordination Wien, undatiert a).

Das Projekt *SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext* zielt auf die Früherkennung von Suchterkrankungen bei Schulungsteilnehmerinnen/ -teilnehmern von Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Wien ab. Im Rahmen des Projektes wird ein eintägiger Workshop für Trainer/innen aus Einrichtungen angeboten, die Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik im Auftrag des Arbeitsmarktservice Wien durchführen. Zielsetzung des Projektes ist es, dass diese Trainer/innen (1) suchtpreventive Maßnahmen durchführen und Suchterkrankungen erkennen können, (2) Betroffene bei der Einbindung in das bestehende Maßnahmenangebot des Wiener Sucht- und Drogenhilfe-Netzwerkes unterstützen können, (3) für den Umgang mit Betroffenen sensibilisiert werden und substanzspezifisches Wissen aufbauen (Sucht- und Drogenkoordination Wien, undatiert, b).

Das Projekt *SUPstart – Alkoholsuchtprävention für Lehrlinge* fokussiert ausschließlich auf Alkoholsuchtprävention und richtet sich an Lehrlinge, Lehrlingsausbildner/innen und betriebsinterne Supportkräfte aller Branchen. Für diese drei Zielgruppen werden Module angeboten mit dem Ziel, (1) Problembewusstsein und Risikokompetenz zu Alkoholkonsum bei Lehrlingen zu bilden, (2) einen adäquaten Umgang mit dem Thema Konsum/Sucht/Abhängigkeit im betrieblichen Kontext bei Lehrlingsausbildnern/-ausbilderinnen zu fördern und (3) betriebliche Supportkräfte in ihrer Kommunikation mit konsumierenden Jugendlichen zu unterstützen, um (Früh-)Interventionen setzen zu können (Sucht- und Drogenkoordination Wien undatiert, c).

Aus der Steiermark werden zwei zielgruppenrelevante Projekte genannt. Das Projekt *Choice* – ursprünglich in Vorarlberg entwickelt – richtet sich an 15- und 24-Jährige und bietet ein Trainingsangebot, das auf gesundheitspsychologischen Grundsätzen basiert und der Entstehung von manifestem Risikoverhalten und Sucht vorbeugen soll. Im Rahmen dieses Projektes sollen Kompetenzen in der Selbstwahrnehmung und Regulationsfähigkeit von Gefühlen aufgebaut, Entspannungstechniken vermittelt und Selbstvertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit erhöht werden. „Choice“ wird in der Steiermark seit 2012 in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen durchgeführt und seit 2014 als Pilotprojekt im Schulbereich erprobt (Köck 2013).

Der Lehrgang „Suchtvorbeugung in Jugendausbildung und -beschäftigung“ (Nestelberger 2015) richtet sich an Mitarbeiter/innen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen für Jugendliche (z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Beschäftigungsprojekte, überbetriebliche Lehrausbildung) und wird seit 2011 von VIVID angeboten. Der Lehrgang besteht aus 76 Unterrichtseinheiten in sieben Modulen (u. a. Motivational Interviewing⁴⁹, psychotrope Substanzen, rechtliche Grundlagen, Handlungsmodelle für den Umgang mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen).

Aus Salzburg werden insbesondere drei zielgruppenrelevante Maßnahmen aus dem Setting „Jugend(sozial)arbeit & Lehre“ aus dem Angebotskatalog von „Akzente – Fachstelle für Suchtprävention“ genannt. Diese richten sich teilweise an Jugendliche direkt, größtenteils aber an Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus Schulen, Jugendzentren und anderen mit Jugendlichen beschäftigten Einrichtungen (Akzente 2015).

Unter dem Titel *AngeRAUSCHt* werden Jugendworkshops zu Rausch, Risiko und Jugendschutz speziell für Teilnehmer/innen von AMS-Schulungen angeboten. Ziele sind dabei, das Problembewusstsein gegenüber Substanzkonsum zu stärken, Alternativen zu erkennen und Normen/Gesetzespflicht zu verdeutlichen. Der Workshop *Sucht & Rausch* bietet eine Schnittstelle zum Schulbereich (Zielgruppe Jugendleiter/innen, Lehrlingsausbildner/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen) und hat zum Ziel, Wissen zu Sucht(mitteln) zu vermitteln, Konsum in jugendspezifischen Einrichtungen zu reflektieren und Handlungskompetenzen zu erhöhen. Auch Seminare zur Methode *Motivational Interviewing* werden unter dem Titel *Movin‘* angeboten

49

Motivierende Gesprächsführung (engl. *Motivational Interviewing*) ist ein klientenzentrierter Beratungsansatz mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch das Explorieren und Auflösen von Ambivalenz zu erreichen, wobei explizit auf ein konfrontatives Vorgehen verzichtet wird.

und richten sich unter anderem an Jugendcoaches und andere in der Jugendarbeit tätige Berufsgruppen.

Zusätzlich angeführt werden soll an dieser Stelle das Beschäftigungsprojekt *Talon* aus Oberösterreich. Ziel dieses Projektes ist die Begleitung von akut drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, um sie möglichst schnell in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Zielgruppe des Projektes sind Personen zwischen 16 und 25 Jahren, die illegale Drogen konsumieren oder sich in einem Substitutionsprogramm befinden, haftentlassene Jugendliche mit Suchterkrankung bzw. Jugendliche, die aufgrund eines Gerichtsurteils eine Therapie machen müssen (Therapie statt Strafe), sowie Personen mit Suchterkrankung, die Sozialstunden leisten müssen. Das Angebot umfasst zehn bezahlte Tagesarbeitsplätze und zwei Beratungsplätze für maximal 3 Stunden/Tag. Sämtliche Mitarbeiter/innen stehen ab dem ersten Arbeitstag in einem geringfügigen Dienstverhältnis und werden kollektivvertraglich entlohnt, wobei die Auszahlung des Lohnes täglich erfolgt. Die Aufgabenbereiche sind den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst und reichen von einfachen und leicht zu bewältigende Arbeitsaufträge bis hin zu handwerklichen Arbeitsaufgaben mit hohem Konzentrationserfordernis. Basis des gesamten Projektes ist die intensive Begleitung in der Sozialarbeit (Plattform Drogentherapie 2015).

Tabelle 6.2:

Übersicht regionaler Best-Practice-Beispiele aus unterschiedlichen Bundesländern (exemplarisch)

Bundesland	Name des Projekts	Zielgruppe	Durchführung/ Kooperationspartner
Burgenland	Suchtkrankheit und Erwerbsfähigkeit	Mitarbeiter/innen der Landesgeschäftsstelle und der regionalen Geschäftsstellen des AMS Burgenland	AMS Burgenland, BGKK, PVA Landesstelle Burgenland, PSD Burgenland GmbH (Fachstelle Suchtprävention)
	Suchtvorbeugung in AMS-Kursen	Trainer/innen und Teilnehmer/innen von BO-Kurse (arbeitslose Jugendliche bis 24 Jahre)	PSD Burgenland (Fachstelle Suchtprävention) in Kooperation mit dem AMS Burgenland
Oberösterreich	Talon	Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren, die illegale Drogen konsumieren oder sich in einem Substitutionsprogramm befinden, haftentlassene Jugendliche mit Suchterkrankung bzw. Jugendliche, die aufgrund eines Gerichtsurteils eine Therapie machen müssen	Verein zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung (FAB)
Salzburg	AngeRAUSCHT – Jugendworkshop zu Rausch, Risiko und Jugendschutz	Mädchen/Burschen ab 14 Jahren in Jugendzentren, Jugend-Wohngemeinschaften und in Maßnahmen des AMS; Lehrlinge	Akzente – Fachstelle Suchtprävention
	Sucht & Rausch – Workshop	Jugendleiter/innen, Lehrlingsausbildner/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/-pädagoginnen	Akzente – Fachstelle Suchtprävention
	movin' – Seminare zur Motivierenden Gesprächsführung mit riskant konsumierenden Jugendlichen	Multiplikatoren/Multiplikatorinnen aus der Jugendarbeit, Fachkräfte aus Jugendberatung, MA der Jugendsozialbereiche; Lehrlingsausbildner/innen, (Schul-)Ärzte/Ärztinnen, (Schul-)Psychologen/Psychologinnen, Pflegefachkräfte	ARGE Suchtvorbeugung, Akzente – Fachstelle Suchtprävention, Drogenberatung Salzburg
	esay	Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren, nicht mehr schulpflichtig sind und sich weder in Ausbildung oder in Arbeitsprojekten befinden, noch berufstätig sind.	Caritas, Land Salzburg
Steiermark	„Choice“	Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren	VIVID (Fachstelle Suchtprävention Steiermark)
	Suchtvorbeugung in Jugendausbildung und -beschäftigung	Mitarbeiter/innen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen für Jugendliche (z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Beschäftigungsprojekte, überbetriebliche Lehrausbildung)	VIVID (Fachstelle Suchtprävention Steiermark)
Wien	reStart	15 bis 19 Jahren, die nicht mehr schulpflichtig sind und sich in keinerlei Ausbildung, Arbeitsprojekt oder Kurs befinden	Caritas Wien
	MOVE – motivierende Kurzintervention am Arbeitsplatz	Führungskräfte, Lehrlingsausbildner/innen und Vertrauenspersonen in Betrieben	Sucht- und Drogenkoordination Wien
	SupArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext	Trainer/innen von Bildungseinrichtungen	Sucht- und Drogenkoordination Wien, Verein Dialog, AMS Wien
	SUPStart –Alkoholsuchtprävention für Lehrlinge	Lehrlinge, Lehrlingsausbildner/innen, Führungskräfte in der Lehrausbildung, innerbetriebliche Supportkräfte Suchtberater/innen, betriebliche Sozialarbeiter/innen sozialpädagogische Einzelberater/innen	Sucht- und Drogenkoordination Wien, Verein Dialog, Suchthilfe Wien, Verein Art in Progress, Theatergruppe Mundwerk

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG

7 Ziele und Möglichkeiten der Früherkennung/Frühintervention, Stabilisierung und Reintegration

Fragestellungen

- » Wie können (potenzielle) Probleme möglichst frühzeitig erkannt werden?
- » Welche Unterstützungsmaßnahmen eignen sich dafür?
- » Was sind hinderliche/förderliche Faktoren, um die Zielgruppe zu erreichen?

Tätigkeiten/Methoden

- » Qualitative Erhebung mittels Fokusgruppen mit betroffenen Jugendlichen (Wien) und mit Experten/Expertinnen aus dem städtischen bzw. ländlichen Setting (Klagenfurt und Niederösterreich)

Zentrale Ergebnisse

Früherkennung/ Frühintervention

- » Im Alter von 13–14 Jahren fallen (zukunfts)relevante Entscheidungen, bei denen Jugendliche maximale Unterstützung bekommen sollten. In dieser Lebensphase können sich vorhandene Problemlagen potenzieren bzw. besteht die Gefahr, dass Jugendliche sich langsam aus dem (Aus-)Bildungssystem verabschieden.
- » In der Zielgruppe der Jugendlichen steht nicht unbedingt die Suchtgefährdung im Vordergrund, sondern meist besteht eine Kumulation diverser Probleme.
- » Über das Setting Schule ist die Erreichbarkeit der Zielgruppe noch gegeben. Hier kann universelle wie auch indizierte Suchtprävention ansetzen. Im Kontext von illegalem Suchtmittelkonsum ermöglicht der § 13 Abs 1 SMG, einen Schulausschluss zu vermeiden.
- » Besondere Relevanz in der Arbeit mit den einzelnen Jugendlichen hat die Einbeziehung des familiären Bezugssystems.
- » Das Jugendcoaching bietet dieser Altersgruppe ein österreichweites Beratungsangebot mit Fokus auf (Aus-)Bildungsperspektiven.

Stabilisierung und Reintegration

- » Stabilisierung und Reintegration sind Themen bei der Betreuung und Begleitung älterer Jugendlicher bzw. junger Erwachsener, die entweder schon aus dem (Aus-)Bildungssystem ausgestiegen sind oder bereits Nachholbedarf hinsichtlich Schul- bzw. Lehrabschlüssen haben.
- » Die Relevanz des familiären Systems ist weiterhin gegeben, wobei hinsichtlich der Erreichbarkeit in dieser Altersgruppe die Peergroup wichtiger ist.

- » Ältere Jugendliche / junge Erwachsene sind vorwiegend über niederschwellige Zugänge möglich: Hier bieten sich das Setting der *Offenen Jugendarbeit* oder zielgruppenspezifische Online-Tools an.
- » In der Arbeit mit (suchtgefährdeten) jungen Erwachsenen geht es um Motivationsarbeit und die Entwicklung von realistischen (beruflichen) Perspektiven.
- » Aufgrund manifester Probleme der jungen Erwachsenen müssen Angebote der beruflichen Integration / Ausbildung stufenweise ansetzen. Dies ermöglicht ihnen eine schrittweise Integration in Tagesstrukturen, auch Abbrüche müssen möglich sein. Ist die Niederschwelligkeit nicht gegeben, sind manche Jugendliche nicht in der Lage, Angebote/Maßnahmen erfolgreich zu absolvieren.
- » Angebote für diese Zielgruppe sind zeit- und ressourcenintensiv und werden durch eine multiprofessionelle Herangehensweise bzw. durch die Zusammenarbeit der involvierten Stellen erleichtert.
- » Jugendliche sollten nach der Ausbildung und ohne Berufserfahrung Chancen am Arbeitsmarkt haben.

Die bisherigen Analyse-Ergebnisse der Status-quo-Beschreibung sowie eine qualitative Untersuchung bildet die Basis für die Ausarbeitung von Zielvorstellungen. Mittels Fokusgruppen wurde die Expertise und Praxiserfahrung von Fachleuten aus dem städtischen wie auch ländlichen Kontext eingebracht und die spezifischen Herausforderungen in der Arbeitsmarktintegration von suchtgefährdeten Jugendlichen diskutiert. Um die Betroffenenperspektive zu integrieren, wurde die fachspezifische Sichtweise durch eine Fokusgruppe mit jungen Erwachsenen ergänzt. Die Teilnehmer/innen der Fokusgruppen wurden in Abstimmung mit den Auftraggebern ausgewählt. Es wird darauf hingewiesen, dass mittels der vorliegenden qualitativen Untersuchung relevante Aspekte erkannt werden können, die Ergebnisse aber keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können.

Die Fokusgruppe mit insgesamt elf Fachleuten vorwiegend aus dem städtischen Kontext fand am 25. November 2015 in Klagenfurt statt. Die Fokusgruppe zur Situation im ländlichen Raum (NÖ) fand am 26. November 2015 mit drei Fachleuten in den Räumlichkeiten der *Gesundheit Österreich GmbH* statt. Alle Teilnehmenden haben in ihrer beruflichen Tätigkeit (u. a.) Kontakt mit der Zielgruppe, ihr beruflicher Zugang zur Zielgruppe ist unterschiedlich. Die Liste der Teilnehmenden findet sich im Anhang.

Die Fokusgruppe mit jungen Erwachsenen, die von sucht- und arbeitsmarktspezifischen Problemen betroffen sind, wurde am 20. November 2015 in einem Wiener Jugendzentrum abgehalten. Es nahmen sechs junge Männer im Alter zwischen 18 und 24 Jahren teil, die einander über das Jugendzentrum kannten. Eine Streetworkerin des Jugendzentrums stellte den Kontakt her und verwies darauf, dass in diesem Alter und Setting Frauen nicht nur seltener als Männer vertreten seien, sondern auch eine größere Scheu hätten, teilzunehmen. Die Bandbreite der Teilnehmenden reichte vom 24-Jährigen ohne Pflichtschulabschluss über einen Lehrling, einen jungen Mann mit Lehrabschluss auf Arbeitssuche bis zu einem jungen Mann, der in einer Produktionsschule arbeitet. Zwei Teilnehmende leiden unter starken gesundheitlichen Einschränkungen und sind von ärztlicher

Seite aktuell als nicht arbeitsfähig eingeschätzt. Alle Teilnehmenden hatten Migrationshintergrund.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) unterzogen, die einem dreistufigen Verfahren (Paraphrase, Abstraktion, Reduktion des Materials) folgt. Die qualitative Herangehensweise im Rahmen der Studie ermöglichte eine vertiefte Auseinandersetzung mit Fragen der Früherkennung bzw. Frühintervention, der generellen Erreichbarkeit der Zielgruppe bzw. mit geeigneten Unterstützungsmaßnahmen. Also wurde das analysierte Material entlang der folgenden Kategorien interpretiert:

- » Wie können (potenzielle) Probleme möglichst frühzeitig erkannt werden? Was waren kritische Lebensereignisse und -phasen?
Analysekategorie „Kritische Lebensereignisse/-phasen“
- » Welche Unterstützungsmaßnahmen eignen sich bei derartigen kritischen Lebensereignissen?
Analysekategorie „(Potenzielle) Unterstützungsmöglichkeiten“
- » Was sind hinderliche/förderliche Faktoren, um die Zielgruppe zu erreichen?
Analysekategorie „Erfolgs-/Misserfolgskriterien beim Erreichen der Zielgruppe“

Für diese drei Analysekategorien wurden zudem die Perspektive der betroffenen Jugendlichen der der Perspektive von Expertinnen bzw. Experten gegenübergestellt.

7.1 Kritische Lebensereignisse und -phasen

Junge Erwachsene

Die Befragten beschreiben „die Straße“ als ihre zentrale Lebenswelt: Hier werden Freundschaften geschlossen und die Freizeit verbracht. Unter Freizeit wird auch jene Zeit verstanden, die sie als Jugendliche eigentlich in der Schule verbringen hätten sollen. Relevante Aspekte dieser Lebenswelt sind die Zugehörigkeit zur Peergroup wie auch das Streben nach Anerkennung durch die Peergroup. Cannabiskonsum wird als Normalität, Computerspielen hingegen noch nicht als Teil ihrer Generation beschrieben.

„Meine Mutter hat immer geschaut, dass ich brav zur Schule gehe. Ich bin zur Schule gegangen, aber ich war viel öfter um die Schule herum als in der Schule. (...) Du kannst dein Kind noch so gut erziehen, aber wenn es in den falschen Einfluss kommt.“

„Wenn wir sagen, die Straße, meinen wir nicht den Asphalt. Es sind die Leute, mit denen du unterwegs bist. Am Anfang begegnest du einer dieser Personen, dann lernst du über den andere Leute kennen, das ist wie eine Kette.“

Generell wird in den Erzählungen nach zwei Altersgruppen unterschieden. Das jugendliche Alter betont die (Neu-)Orientierung in Richtung Peergroup. Diese ersetzt das familiäre Umfeld und repräsentiert das eigenständige Leben: Über die Straße, den Konsum und/oder das Dealen werden

neue Freundes- und Bekanntenkreise erschlossen. Schule bzw. (Aus-)Bildung rücken in den Hintergrund.

Als junge Erwachsene hingegen schauen die Befragten selbstkritisch auf diese Zeit bzw. kritisieren bereits an den Jüngeren ähnliche Verhaltensweisen. Spürbar werden mitunter negative Konsequenzen aus der Vergangenheit, wie fehlende Schulabschlüsse, aber auch übermäßiger Cannabis-Konsum. Es scheint, dass erst in dieser Lebensphase Gedanken über mögliche Zukunftsperspektiven aufkommen.

„Wir haben alle ein paar Jahre versemzelt.“

„Ich fange erst jetzt mir 23 an, mich für's Leben zu interessieren. Schau mir Dokus an und habe Bock drauf. Ich glaube, die Schule machst Du in einer extrem schwierigen Zeit. (...) Es klingt blöd, aber die Schule findet zu einem ziemlich falschen Zeitpunkt statt. (...) Intelligent war damals eindeutig nicht cool. Bad boy war cool und ist bei den Mädchen gut angekommen.“

Auffällig sind in diesem Zusammenhang die Widersprüche/ Gegensätze, die in den Erzählungen sichtbar werden: Zum einen sind bereits gewisse Überforderung mit (Tages-)Strukturen auch durch Substanzkonsum sichtbar, zum anderen werden überzogene Vorstellungen zu Beruf und Gehalt geäußert, die nicht der Qualifikation bzw. dem realen Arbeitsmarkt entsprechen. „Klein und von vorne“ zu beginnen scheint eine unüberwindliche Hürde und inkludiert dennoch den Wunsch nach einer zweiten Chance. Ein generelles Interesse an (Aus-)Bildung wird zwar formuliert, aber mit der Ergänzung, dass man damit in der Peergroup nicht punkten kann. Kaum jemand scheint sich im Gespräch gegen die immer noch bestehenden Werte der Peergroup zu positionieren. Positive Vorbilder, die einen Weg aus der gelebten Passivität vorzeigen, werden nicht erwähnt.

„Wissen ist wertvoll. Aber uns interessiert das nicht, uns hört ja keiner zu. Auf der Straße wollen sie nur hören: „Geld, Gras,...“. Wenn ich denen sag „der Planet hat das das das“, die würden nie wieder was von mir hören wollen.“

Expertinnen und Experten

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe beschreiben den Suchtmittelkonsum als zumeist eines von vielen Problemen der Jugendlichen. Das Fehlen funktionierender (sozialer) Strukturen wird von den Expertinnen und Experten dabei als zusätzlich belastend beschrieben. Zu diesen Strukturen zählen die tagesstrukturierende Schulanbindung bzw. die dadurch entstehenden Ausbildungs- und Berufsperspektiven. Diese helfen, einen geregelten Tagesablauf zu erhalten bzw. wieder zu erlernen. Auch das familiäre Bezugssystem wird als relevant erachtet. Vor allem bei Jugendlichen mit multiplen Problemen kann eine erfolgreiche Einbeziehung der familiären Bezugspersonen der Negativdynamik entgegenwirken.

„Die Arbeit mit dem sozialen Umfeld muss integraler Bestandteil der rehabilitativen Maßnahme sein. Achtsamkeit, auf das System zu achten beginnt schon im Kindergarten. Oft fehlen (Anm.:

im Elternhaus) Struktur und kognitive Fähigkeiten im Alltag – dies wurde nie gelernt. Die Morbidität im Erziehungshaus ist ein häufiges Thema, das muss nicht ein Elternteil sein, das kann auch eine Bezugsperson sein, beispielsweise psychische Erkrankungen bei Eltern, Großeltern.“

Die Expertinnen/Experten schreiben der Peergroup eine wichtige Rolle zu. Vor allem wenn es darum geht, Konsummuster zu verändern, stellt sich auch die Frage nach der Zugehörigkeit zur Peergroup.

Das Alter von 13 bis 14 Jahren bzw. das Mittelschulalter wird als heikle Lebensphase diskutiert, in der fehlende Bezugspersonen und familiäre Belastungen in entsprechendem abweichenden Verhalten der Jugendlichen sichtbar werden können. Auch soziale Isolation in der Pubertät ist mitzudenken. Der Konsum von Suchtmitteln oder die Ablehnung von Konsum können soziale Auswirkungen haben und die Zugehörigkeit zur Peergroup davon beeinflusst werden. Die Entscheidung für Erstkonsum oder weiteren Konsum bzw. für die Reduktion/Beendigung des Suchtmittelkonsums wird laut Expertinnen/Experten auch durch die Peergroup implizit mitbestimmt.

Als wesentlich werden in diesen Lebensphasen die strukturellen Schnittstellen Schule–Beruf–Gesundheitswesen genannt. Die Zuständigkeiten dieser Bereiche müssen geklärt und adäquate Angebote für Jugendliche in Hinblick auf Ausbildung, soziale und Gesundheitsversorgung sowie Beruf verfügbar sein.

Die potenzielle Vereinsamung Jugendlicher war ein wiederkehrendes Thema in der Expertenrunde: So wurde etwa auf die wechselseitigen Einflussmöglichkeiten von Einsamkeit und Computerspiel, aber auch auf die möglichen Differenzen in der subjektiven und objektiven Wahrnehmung von Einsamkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hingewiesen.

7.2 Mögliche Unterstützungsmaßnahmen

Junge Erwachsene

Auffällig war in den Erzählungen der jungen Erwachsenen die vorwiegend extrinsisch argumentierte Motivation, etwas an der eigenen Situation zu ändern: eine Frau, viel Geld und „attraktive“, weil übermäßig bezahlte Jobs. Implizit wurde auch deutlich, dass durch Androhung klarer Konsequenzen (z. B. die Androhung einer Haftstrafe durch das Jugendgericht) das eigene Verhalten überdacht wird. Die Überwindung der eigenen Passivität und Antriebslosigkeit – aus eigenen Stücken heraus – wird als unüberwindbare Hürde gesehen.

„Oft brauchen Jugendliche einen Arschtritt. Wenn ich damals nicht verhaftet worden wäre und die Verhandlung gehabt hätte... Ich war SO kurz vor dem Gefängnis. Die Richterin hat nicht ein, sie hat beiden Augen zugeedrückt. Im Nachhinein bin ich froh – das hat mir den Arsch gerettet.“

Die eigene kritische Betrachtung der vergangenen Jahre – und eventuell auch der vertanen Chancen – schafft bei den Betroffenen sehr wohl den Wunsch nach Veränderung und Offenheit für Neues, die Umsetzung (das WIE) bleibt die große Unbekannte. Deutlich wird auch, dass sich sie Jugendlichen auch reale Chancen am Arbeitsmarkt wünschen.

„Ich habe eine Ausbildung gemacht und ich bräuchte einen Job, wo ich mich wohlfühle, wo ich eine gute Behandlung hab. Ich habe wenig Praxis, deshalb stellt mich keiner ein.“

Expertinnen und Experten

Wiederholt wurde von den Fachleuten in Hinblick auf die Zielgruppe des Projekts der stabilisierende bzw. präventiv wirkende Faktor der Erwerbstätigkeit genannt. Dazu bedarf es nicht nur zielgruppenadäquater Ausbildungs- und Förderangebote für Jugendliche und junge Erwachsene zur beruflichen Integration, sondern auch verfügbarer Arbeitsplätze am ersten Arbeitsmarkt.

„Ich merke das einfach, wenn die dann wieder arbeiten oder eine Lehre machen, das macht irgendwie wieder Sinn der Alltag. Sie merken auch den Unterschied von früher und jetzt, sie haben einfach andere Kollegen (...). Sie müssen nicht umadum schnorren (...) Aber sie sagen mir auch, der Tag ist einfach viel schneller vergangen. Es ist sehr mühsam den Tag zu bewältigen ohne eine Aufgabe (...) Die Zufriedenheit ist eine andere.“

Generell wird darauf hingewiesen, dass einer Suchtgefährdung eine längere Entwicklung vorausgeht und die Personen bzw. ihre Familien zum Teil schon früher im System auffällig werden. Expertinnen und Experten betonen aus diesem Grund auch die Relevanz von suchtpreventiven Ansätzen bei jüngeren Jugendlichen bzw. bei Kindern. Das Setting *Schule* hat in diesem Kontext eine wichtige Funktion. Thematisiert wurde der Mehrwert von Problembewältigungskompetenz der Schulen. Damit könnte es gelingen, Probleme offen anzusprechen und sich als Schule selbstbewusst zu positionieren, indem etwa Suchtprobleme als Herausforderungen kommuniziert werden, mit denen die Schule umzugehen kompetent und willens ist.

„...,dass der Bereich Schule und Frühintervention, eigentlich Prävention ganz wichtig ist. Weil wenn es mal so weit kommt, dass man in diese Schnittstelle rein kommt, wo man sagt, da fehlen Angebote, da fehlen Strukturen – das heißt für mich, dass es total wichtig ist, früh genug zu intervenieren. Und das zu erkennen, Lehrer zu sensibilisieren, da gehört das Jugendamt eingebunden, und Elternarbeit, Familien zu unterstützen. Das kann ich für mich von heute ableiten. Das ist noch einmal mehr Bedeutung hat, da wirklich für die Suchtproblematik zu sensibilisieren.“

Um systemferne Jugendliche / junge Erwachsene erreichen zu können, braucht es eine multiprofessionelle Herangehensweise sowie aufsuchende Arbeit und niederschwellige Maßnahmen. Betont wurde in diesem Zusammenhang, dass die jungen Menschen Perspektiven brauchen, um die Herausforderung eines Neubeginns zu wagen. Auch an gesellschaftlicher Entstigmatisierung der Betroffenen sowie der Enttabuisierung von Themen wie Suchtmittelkonsum wäre anzusetzen. In der Arbeit mit den Jugendlichen / jungen Erwachsenen muss der Mehrwert von Schule/Ausbildung/Erwerbstätigkeit klar kommuniziert werden, damit die Mindestsicherung nicht als attraktive

Alternative gesehen wird. Betont wurde zudem, dass adäquate Angebote für diese Zielgruppe personalintensiv sind.

Sinnvoll erscheint den Experten/Expertinnen, dass relevante Berufsgruppen im Umfeld der Jugendlichen / jungen Erwachsenen für Suchtthemen, aber auch andere Problemfelder von Jugendlichen sensibilisiert werden. Zudem braucht es Tools für Professionen, um die Herausforderungen im Umgang mit der Zielgruppe bewältigen zu können. Funktionierende Netzwerke unterstützen eine multiprofessionelle Herangehensweise.

Betont wurde zudem die wichtige Rolle der Eltern bzw. des familiären Bezugssystems für die Jugendlichen. Die Erfahrungen zeigten, dass sich gerade bei jüngeren Personen die erfolgreiche Einbeziehung dieses Systems positiv auf die Entwicklung auswirkt.

„Es wird auf den Kontakt mir den Eltern gesetzt, diese sollen einbezogen werden. Es wird ihnen gesagt: entweder Sie kümmern sich noch ein paar Jahre um Ihr Kind und investieren oder Sie müssen damit rechnen, dass Sie in ein paar Jahren ein drogenabhängiges Kind haben.“

Von einigen Expertinnen/Experten wurde die Beobachtung geteilt, dass Jugendliche / junge Erwachsene durch exzessives Computer-Spielen vereinsamen und kaum mehr realen Sozialkontakt haben. In dieser Dynamik sind auch potenzielle Online-Unterstützungsangebote anzusetzen.

„Ich seh halt, dass die Jugendlichen sehr einsam sind zum Teil (...), dass sie sich sehr viel mit dem Computerspiel beschäftigen, also nicht nur beschäftigen, sondern wirklich schon in keiner Struktur mehr sind. (...) Nur die Einschränkung, die realen Kontakte werden halt immer kleiner – sie vereinsamen in ihren Zimmern zu hause.“

7.3 Hinderliche/förderliche Faktoren zum Erreichen der Zielgruppe

Junge Erwachsene

Auf mögliche Barrieren oder Chancen für das Erreichen der Zielgruppe angesprochen, wurde die unterschiedliche Sprache von Jugendlichen und Erwachsenen genannt: Jugendliche wollen sich nichts von Erwachsenen sagen lassen und jüngere „Kids“ auf der Straße wollen sich von Jugendlichen nicht sagen lassen. Ein funktionierender Kontakt findet in den Räumen des Jugendzentrums statt, was die Bedeutung von niederschweligen, offenen und parteiischen Angeboten der Jugendarbeit beim Erreichen der Zielgruppe unterstreicht.

„Viele Erwachsene machen den Fehler, dass sie mit Jugendlichen wie mit Erwachsenen reden. Als Jugendlicher bist du so sturköpfig, man kann den Jugendlichen erzählen, was man will.“

Expertinnen und Experten

Die Fachleute sehen die Peergroup als relevante Brücke vor allem zu systemfernen Jugendlichen. Jene Berufsgruppen, die mit der Zielgruppe arbeiten und/oder in Kontakt kommen, sollten für Aspekte des jugendlichen Suchtmittelkonsums sensibilisiert sein, um adäquat und unterstützend agieren zu können. Die Wichtigkeit von niederschweligen Angeboten und Maßnahmen in Bereich der beruflichen Integration von Jugendlichen wie auch im Bereich Suchtberatung wird betont.

„Wir würden brauchen einen sehr sehr niedrigschweligen Beginn mit ganz wenigen Stunden, bis hin – also aufbauend – bis hin zu einer Beschäftigung, die auch sinnstiftend ist.“

8 Problemstellungen und Handlungsbedarf

Aus den Ergebnissen der in Kapitel 5 und 6 dargestellten Status-quo-Analyse, die auf Sekundärdaten, einer Erhebung bestehender Maßnahmen und Strategien und einer Befragung des Jugendcoachings basiert, und den in Kapitel 7 ausgearbeiteten Zielvorstellungen werden nun abschließend Analyse-Ergebnisse zusammengefasst und Problemstellungen bzw. Handlungsbedarf abgeleitet.

Diese Problemstellungen werden in diesem Kapitel entlang der sektoralen Zuständigkeitsbereiche der unterschiedlichen Auftraggeber (Arbeitsmarktsektor, Gesundheitssektor, sektorenübergreifend) diskutiert. Empfehlungen aus diesen Problemstellungen werden – zusammengefasst zu drei zentralen Handlungsfeldern – in Kapitel 9 abgeleitet.

8.1 Arbeitsmarktsektor (A)

Analyse-Ergebnis A1:

Mit der Volljährigkeit beenden unterschiedliche Unterstützungssysteme ihre Zuständigkeit (z. B. sozialpädagogische Wohngemeinschaften, Beihilfen, Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe wie auch in der Praxis oftmals die Kinder- und Jugendpsychiatrie⁵⁰). Für Jugendliche stellt dieser abrupte Wegfall diverser Unterstützungen eine Herausforderung zur Neuorientierung dar. In den Fokusgruppen wurde betont, dass die in den jeweiligen Richtlinien vorgegebene Altersgrenze von 19 Jahren (Jugendcoaching) bzw. 21 Jahren (Produktionsschulen) bei bereits in Maßnahmen befindlichen Jugendlichen zu einem Abbruch der beruflichen Integrationsmaßnahme führen und zusätzlich den altersbedingten Verlust anderer Unterstützungssysteme verschärfen kann. Gerade bei Komorbidität und Chronizität ist aber die Kontinuität der Begleitung wichtig (FG)⁵¹. Das Konzept *AusBildung bis 18* orientiert sich an dieser Altersgrenze, wengleich im arbeitspolitischen Gesamtkontext die Kontinuität in der Betreuung und die Weitervermittlung in altersadäquate Angebote einen hohen Stellenwert haben. Altersgrenzen bestehen beim Zugang zu unterschiedlichen Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen.

Handlungsbedarf: Stärkung des Übergangsmangements und Sicherstellung der Kontinuität der Unterstützung und Begleitung in der Strategie *AusBildung bis 18* bzw. in den NEBA-Angeboten.

50

Anzumerken ist, dass die 2015 geänderte Ausbildung in den Sonderfächern *Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin* bzw. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin* auch ein Modul zur Adoleszenzpsychiatrie beinhaltet. Das Berufsbild des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist lebensnah zu verstehen, ein abrupter Abbruch mit Erreichung der Volljährigkeit würde diesem nicht entsprechen.

51

Quellen: FG = Fokusgruppen; JU = Erhebung im Jugendcoaching; S = Statistische Auswertung von Sekundärdaten; L = Literatur

Sucht als eine Indikation zur Ausweitung der Altersgrenze andeuten bzw. entsprechende Übergangsangebote schaffen.

Analyse-Ergebnis A2:

Probleme von suchtfährdeten Jugendlichen bestehen laut Rückmeldungen von Jugendcoaching und Fokusgruppen insbesondere in der Einhaltung von (Tages-)Strukturen sowie in mangelnder Problemeinsicht und Compliance bei der Betreuung. Die Arbeit mit dieser Zielgruppe ist betreuungsintensiv, da der Beziehungs- und Vertrauensaufbau ein zentrales Element ist bzw. von einer hohen psychiatrischen Komorbidität in der Zielgruppe auszugehen ist. Es braucht zudem niederschwellige Zugänge und die Möglichkeiten einer stufenweisen Integration in (Tages-)Strukturen (FG, JU). Zu bedenken ist jedenfalls, dass eine bestehende Vertrauensbeziehung die Voraussetzung für die Thematisierung von Suchtverhalten darstellt, ohne Ressourcen für Beziehungsarbeit kann dies nicht geleistet werden.

Handlungsbedarf: Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Bedürfnisse und des notwendigen Betreuungsaufwandes im Rahmen der Strategie *Ausbildung bis 18* bzw. in anderen arbeitsmarktpolitischen Projekten.

Analyse-Ergebnis A3:

Die Einrichtung einer Koordinierungsstelle *Ausbildung bis 18* pro Bundesland zur Koordinierung der Unterstützung von Jugendlichen hat sich laut Entwurf zum Ausbildungspflichtgesetz vorhandener fachlich geeigneter Unterstützungsstrukturen von bestehenden Beratungs- und Betreuungseinrichtungen zu bedienen (182/ME XXV.GP 2016). Die Koordinierungsstelle ist für die Fallführung zuständig, wobei die regionalen Unterstützungsnetzwerke für die Umsetzung verantwortlich sind.

Handlungsbedarf: Eine systematische Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen erscheint anlassbezogen sinnvoll und Suchtberatungsstellen könnten bei der Koordinierungsstelle in Maßnahme 1 Abs 3 des Ausbildungspflichtgesetzes ergänzt werden. Die anlassbezogene Einbeziehung von Suchtberatungsstellen könnte als Empfehlung der Koordinierungsstelle an das umsetzungsverantwortliche Unterstützungsnetzwerk formuliert werden.

Analyse-Ergebnis A4:

Der Probierkonsum von legalen wie auch illegalen Substanzen kann bei jüngeren Jugendlichen als ein alterstypisches Verhalten gesehen werden (L). Diese Altersgruppe findet sich vorwiegend in NEBA- bzw. ÜBA-Angeboten (S). Eine Unterscheidung zwischen unproblematischem Konsum und problematischen Konsummustern ist im Umgang mit den betroffenen Jugendlichen notwendig (L, FG). Arbeitsmarktpolitische Unterstützungsangebote wären ein geeignetes Setting, um Jugendlichen Risikokompetenz im Umgang mit Suchtmitteln zu vermitteln.

Handlungsbedarf: Suchtprävention allgemein und die Förderung der Risikokompetenz im Speziellen erscheint eine sinnvolle inhaltliche Ergänzung in der Arbeit mit den Teilnehmenden von ÜBA-

und NEBA-Angeboten. Die Expertise der Fachstellen für Suchtprävention, wie auch der Suchtberatungsstellen könnte bei der Entwicklung von adäquaten Ansätzen helfen.

Analyse-Ergebnis A5:

Die Mehrzahl der Einrichtungen im Jugendcoaching hat laut Befragung Kontakt mit suchtgefährdeten Jugendlichen. Diese haben multiple Probleme, wenn sie ins Jugendcoaching kommen, wobei diese Bedürfnisse teilweise nicht im Rahmen des Jugendcoachings bearbeitet werden können und daher Vernetzung mit externen Einrichtungen erfordern. Der Konsum von Suchtmitteln wird im Jugendcoaching nicht immer offen thematisiert (JU).

Handlungsbedarf: Einrichtungen sollten darauf vorbereitet sein, dass bei Jugendlichen mit multiplen Problemen auch Suchtmittelkonsum ein Thema sein kann. Im Sinne von Klärung und adäquater Unterstützung sollte Suchtverhalten in den Maßnahmen offen thematisiert werden können. Verfügbare Vernetzungsoptionen mit spezifischen Einrichtungen (Suchthilfe, Psychiatrie) helfen im Umgang mit diesen Klientinnen und Klienten.

Analyse-Ergebnis A6:

Die derzeit geltenden Richtlinien inklusive Umsetzungsregelungen für Produktionsschulen schließen „akut suchtmittelabhängige Jugendliche“ aufgrund mangelnder Ausbildungsreife aus der Zielgruppe aus. Auch eine Analyse der Angebotslandschaft von arbeitsmarktspezifischen Maßnahmen in Oberösterreich hat ergeben, dass problematischer Alkohol- bzw. Suchtmittelkonsum in manchen Maßnahmen ein Ausschlusskriterium darstellen. Aus der Jugendcoaching-Befragung wie auch aus den Fokusgruppen ist bekannt, dass die ÜBA Teilnahme-Anforderungen stellen, die Zuverlässigkeit und Problemeinsicht betreffen und für die Zielgruppe teilweise zu hoch sind (JU, FG). Die primäre Zielerreichung (Vermittlung in ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis) steht in den Förderangeboten im Vordergrund. Die wesentliche arbeitsmarktpolitische Strategie des BMASK liegt in der Qualifizierung von Jugendlichen. Gleichzeitig wird von nahezu allen Expertinnen und Experten die präventive und stabilisierende Wirkung von Erwerbstätigkeit auf Jugendliche mit multiplen Problemlagen betont. Bei der Konzeptionierung von niederschweligen Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich NEBA bzw. ÜBA könnte auf bereits bestehende regionale Projekte aufgebaut werden (FG, L).

Handlungsbedarf: Im Rahmen der NEBA- und ÜBA-Angebote sollten die Ausschlusskriterien überdacht und eine ausbildungsinterne Handlungsanleitung für den Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen angedacht werden. Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach § 11 Abs 2 SMG könnten hier u. a. als Vorbild dienen. Zu berücksichtigen sind jedenfalls psychotherapeutische Angebote in ÜBA und Produktionsschulen und der erhöhte Ressourcenbedarfs in der Betreuung dieser Zielgruppe. Die Haltequote in den Angeboten könnte dadurch erhöht werden. Sollte an den Ausschlusskriterien festgehalten werden, so sind Überlegungen über alternative niederschwellige Qualifizierungsmaßnahmen anzustellen, die eventuell eine tageweise Mitarbeit und/oder einen stufenweisen Einstieg möglich machen.

Analyse-Ergebnis A7:

Problematischer Substanzkonsum findet sich laut Behandlungsdaten hauptsächlich bei älteren Jugendlichen (20 bis 24 Jahre), während NEBA-Angebote größtenteils auf jüngere Jugendliche (15 bis 19 Jahre) fokussieren. Die Altersbeschränkung von 19 Jahren bei den Zugangsbedingungen verwehrt somit speziell jenen jungen Erwachsenen den Zugang zu Berufsintegrationsmaßnahmen, die diese aufgrund ihrer Suchtprobleme benötigen würden und die in den Qualifizierungsmaßnahmen des AMS überrepräsentiert sind (FG). Für die Betroffenen werden in diesem Alter Versäumnisse bei der Ausbildung spürbar, was auch Motivation für eine Qualifizierungsmaßnahme wecken kann und somit eine Chance für Veränderung bietet (FG).

Handlungsbedarf: Der niedrigqualifizierten Zielgruppe junger Erwachsener sollten spezifische Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden, wobei von einem erhöhten Förderbedarf auszugehen ist. Pilotprojekte zur schrittweisen und praxisorientierten (beruflichen) Qualifizierung für 20- bis 25-Jährige ohne abgeschlossene Ausbildung könnten ausgebaut werden.

Analyse-Ergebnis A8:

Laut Fokusgruppen gibt es eine schwer erreichbare Zielgruppe, die sich vorwiegend außerhalb der Schule befindet. Vor allem jene Jugendlichen, die nicht an eine Ausbildungs- oder Betreuungsstruktur angebunden sind (NEETs), finden oftmals keinen Zugang zu den Angeboten des AMS (L). Es ist von einer hohen Überschneidung zwischen den NEET-Jugendlichen und den in dieser Studie beleuchteten suchtgefährdeten Jugendlichen auszugehen. Ziel sollte es sein, mit adäquaten Tools diese schwer erreichbare Zielgruppe anzusprechen (FG, S).

Handlungsbedarf: Die Nutzung sozialer Medien zur Erreichung dieser Jugendlichen (z. B. APP nach Vorbild Zürich – Berufswahlfahrplan) bzw. Förderung des Zugangs zum Jugendcoaching über andere Institutionen als die Schule (z. B. Offene Jugendarbeit, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendgerichtshilfe etc.) ist zu forcieren.

Analyse-Ergebnis A9:

Laut Analyse der Sekundärdaten unterscheiden sich Problemausmaß und -verhalten bezüglich Suchtgefährdung nach Geschlecht. Laut Fokusgruppen sind zudem geschlechterspezifische Unterschiede in der Erreichbarkeit von Jugendlichen mit Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt zu beobachten (S, JU). Gender-Mainstreaming-Ansätze sind in den Richtlinien zu den NEBA-Angeboten bzw. im Rahmen der ÜBA umzusetzen.

Handlungsbedarf: Anstrengungen zur Erhöhung des Frauenanteils sollten in den Förderungen (NEBA und ÜBA) unternommen werden, da im Jugendalter Weichen für eine künftige Erwerbsbeteiligung und die künftigen Berufswege gestellt werden. Insbesondere bei Frauen hat die Qualifikation einen erkennbaren Einfluss auf die zukünftige Erwerbstätigkeit.

Analyse-Ergebnis A10:

Laut Fokusgruppen stellen Aspekte der sozialen Zugehörigkeit und Anerkennung in der Peergroup eine wesentliche psychosoziale Herausforderung dar. Die Bandbreite der Schilderungen reicht von einer primären Bezogenheit auf die Peergroup bis zu einer sozialen Isolation von realen Begegnungen und dem vollkommenen Rückzug in virtuelle Sozialkontakte. Diese soziale Komponente beeinflusst nicht unwesentlich die Art des Suchtmittels und das Ausmaß des substanzgebundenen oder -ungebundenen Suchtproblems (FG). Das familiäre Bezugssystem spielt gerade bei Jugendlichen mit multiplen Problemen eine wichtige Rolle im Hilfesystem. Zu bedenken ist auch, dass das familiäre Umfeld Problemverursacher und Unterstützungssystem gleichermaßen sein kann (JU).

Handlungsbedarf: Systematische Einbeziehung des sozialen Bezugssystems (familiäres Umfeld, Peergroup) in die Beratung und Betreuung der Jugendlichen im Rahmen der NEBA- bzw. ÜBA-Angebote und Nutzung sozialer Medien zur niederschweligen Zielgruppenerreichung (z. B. Chat).

8.2 Gesundheitssektor (G)

Analyse-Ergebnis G1:

Im Berufsschulsetting ist – bedingt durch das geblockte Unterrichtsangebot und die damit verbundene hohe Fluktuation von Schülern und Schülerinnen – das schulinterne Krisenmanagement nach § 13 Abs 1 SMG oft schwer umsetzbar. Um die Erreichbarkeit der Zielgruppe in den Berufsschulen zu optimieren, bedarf es für das schulinterne Krisenmanagement bei Konsum illegaler Substanzen eigener Unterstützungsmechanismen und -tools (FG). Des Weiteren ist hier die Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium relevant, da der § 13 Abs 1 SMG in der Vollzugskompetenz des Bildungsressorts liegt.

Handlungsbedarf: Analyse der spezifischen Herausforderungen im Umgang mit dem Konsum illegaler Substanzen an Berufsschulen, ggf. Erarbeitung praktikabler Handlungsoptionen und entsprechende Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium. Das schulinterne Krisenmanagement in allen Schultypen bzw. die dazugehörigen Unterstützungstools sollten darüber hinaus den Konsum legaler Substanzen wie auch substanzungebundenen Suchtverhalten inkludieren.

Analyse-Ergebnis G2:

Erwerbstätigkeit stellt aus Betroffenenperspektive wie auch aus Sicht der Experten/Expertinnen für suchtgefährdete junge Menschen einen protektiven und somit auch präventiven Faktor dar (FG). Angebote der beruflichen Reintegration sind derzeit vorwiegend Folgemaßnahmen einer stationären Behandlung. Da in erster Linie ältere Personen eine stationäre Suchtbehandlung in Anspruch nehmen (L) werden auch Folgemaßnahmen eher von Erwachsenen mit manifesten Suchtproblemen in Anspruch genommen.

Handlungsbedarf: Die Begutachtung nach § 12 SMG sollte die Thematik Beruf/Ausbildung bzw. Arbeitslosigkeit beinhalten. Bestehen große Probleme in diesem Bereich, sollte (auch) auf die gesundheitsbezogene Maßnahme *psychosoziale Beratung und Betreuung* hingewirkt werden (z. B. entsprechender Hinweis im Handbuch § 12 SMG). Des Weiteren erscheint es sinnvoll, berufliche Integration verstärkt in die Behandlungsangebote zu integrieren. Im Rahmen der Suchthilfe sollten niederschwellige Arbeitsprojekte speziell für die Zielgruppe Jugendliche / junge Erwachsene angeboten werden. Durch eine systematische Zusammenarbeit mit NEBA- bzw. ÜBA-Angeboten (z. B. Jugendcoaching, Produktionsschulen) könnte die arbeitsmarktbezogene Expertise der Qualifizierung abgedeckt werden.

Analyse-Ergebnis G3:

Auch im Gesundheitssektor stellt sich die Frage nach der Erreichbarkeit von suchtgefährdeten Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Besonders schwierig erweist sich der Zugang zu systemfernen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Neben den bestehenden Strukturen der Suchthilfe bzw. arbeitsmarktpolitischen Angeboten bietet vor allem die *Offene Jugendarbeit* einen Zugang zur Zielgruppe, der durch Kooperationen genutzt werden kann (FG, JU, S).

Handlungsbedarf: Eine aktive Zusammenarbeit der Suchthilfe (insbesondere § 15-Einrichtung) mit Fokus auf Jugendliche / junge Erwachsene mit aufsuchenden Angeboten der Offenen Jugendarbeit im Sinne der selektiven Prävention könnte den Zugang zu dieser systemfernen Zielgruppe erleichtern. Für die Umsetzung sind auf Einrichtungsebene beispielsweise Peer-Involvement-Projekte anzudenken. Zielgruppen für suchtpreventive Arbeit finden sich zudem in den NEBA- und ÜBA-Angeboten.

Analyse-Ergebnis G4:

Im Problemausmaß und -verhalten von suchtgefährdeten Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen sind genderspezifische Unterschiede erkennbar (S). Angebote der Suchthilfe werden häufiger von älteren Erwachsenen als von jüngeren Erwachsenen genutzt und häufiger von männlichen Personen als von weiblichen Personen. Frauenspezifische Schwerpunktsetzungen in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen / jungen Erwachsenen sowie frauenspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote (FG), die auch altersgruppenspezifische Aspekte berücksichtigen, erhöhen die Erreichbarkeit von Mädchen und jungen Frauen. Die Österreichische Suchtpräventionsstrategie weist darauf hin, dass die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Sozialisation in allen Interventionsfeldern Berücksichtigung finden muss (L).

Handlungsbedarf: Eine frauen- wie auch altersgruppenspezifische Schwerpunktsetzung im Rahmen der Suchthilfe (insbesondere § 15-Einrichtung) erscheint sinnvoll. Um diese Zielgruppe in ihrer Lebenswelt abzuholen, ist die Zusammenarbeit mit der *Offenen Jugendarbeit* bzw. mit Mädchen- und Frauenberatungsstellen zu forcieren. Zudem ist eine Kinderbetreuung im Rahmen der Unterstützungsangebote anzudenken.

Analyse-Ergebnis G5:

Aus Sicht der Jugendcoaches ist ein problematisches Online-Verhalten bzw. Computerspielsucht bei den Jugendlichen zu beobachten (JU). Dieses Verhalten führt zu einem Rückzug aus realen Sozialkontakten und kann sich negativ auf die Tagesstruktur auswirken (FG).

Handlungsbedarf: Altersspezifische Ausweitung der Angebote der Suchthilfe auf nicht stoffgebundene Süchte bzw. die Erarbeitung entsprechender Qualitätskriterien für Suchthilfeinrichtungen.

Analyse-Ergebnis G6:

Vor allem im ländlichen Raum bestehen regionale Versorgungslücken in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (FG). Generell kann bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen / jungen Erwachsenen von einer hohen psychiatrischen Komorbidität ausgegangen werden (JU). Eine wechselseitige Zusammenarbeit zwischen (zumindest) stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Jugendcoaching könnte eine umfassende Betreuung der Betroffenen unterstützen.

Handlungsbedarf: Eine strukturelle Vernetzung zwischen dem Jugendcoaching und der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstützt die Schnittstelle Gesundheit und berufliche Integration. Zudem besteht Bedarf an einem flächendeckenden Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich.

8.3 Sektorenübergreifend (S)

Analyse-Ergebnis S1:

Im Zusammenhang mit der Beratung, Betreuung und Begleitung von Jugendlichen / jungen Menschen mit multiplen Problemlagen sind unterschiedliche politische Ressorts mit jeweils sektoralen Zuständigkeiten involviert. Sichtbar werden Schnittstellen zwischen den Bereichen Ausbildung, Beruf und Gesundheit, deren Aufgaben und Zuständigkeiten im Sinne der Synergiegewinnung zu schärfen sind (L). Neben BMASK und BMG konnten folgende relevante Ressorts identifiziert werden: bmbf (Schule, Schüler/innen-Bildungsberatung, Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Maßnahmen der Drop-Out-Prävention), bmfi (Entwicklung der Jugendstrategie), BMJ (Jugendgerichtshilfe).

Handlungsbedarf: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und strategische intersektorale Abstimmung, die Jugendliche / junge Erwachsene mit multiplen Problemen im Fokus hat. Ziel ist ein gemeinsames Bewusstsein für die spezifischen gesellschaftspolitischen Herausforderungen im Umgang mit der Zielgruppe wie auch die Entwicklung aufeinander abgestimmter Strategien. Gerade die Umsetzung zielgruppenadäquater, niederschwelliger Angebote sollte als gemeinsame und koordinierte Anstrengung diverser beteiligter Ressorts und Länder verstanden werden.

Analyse-Ergebnis S2:

In der Betreuung und Begleitung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen mit multiplen Problemen gibt es viele Systembeteiligte, die nicht immer aufeinander abgestimmt agieren (können). Das Etablieren von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten sichert eine bedarfsorientierte und umfassende Unterstützung von Jugendlichen und deren Familien. Diese regionalen Netzwerke von unterstützenden Systempartnern zielen darauf ab, je nach Alter und Lebenssituation den Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsförderung und Unterstützung – vor allem auch während der Übergänge zwischen Lebensphasen – sicherzustellen (L).

Handlungsbedarf: Etablierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten zur umfassenden und vernetzten Unterstützung der Zielgruppe, aufbauend auf das bereits bestehende *Frühe-Hilfen-Netzwerk* zur Förderung der Kindergesundheit.

Analyse-Ergebnis S3:

Im unterstützenden (professionellen) Umgang mit Jugendlichen / jungen Erwachsenen ist eine Enttabuisierung von Suchtthemen, eine Sensibilisierung für Konsumverhalten wie auch ein grundlegendes Wissen über Substanzen und genderspezifische Aspekte der Suchtentwicklung notwendig. Für Personen mit direktem Kontakt zu Klienten und Klientinnen (z. B. Beratungsstellen) mit Suchtgefährdung haben sich Ansätze wie *Motivational Interviewing* als hilfreich erwiesen (FG, JU, L). Dieses grundlegende Wissen ist nicht unbedingt berufsgruppenspezifisch bzw. auf die Arbeit einzelner Institutionen auszurichten. Eine berufsgruppen-/settingübergreifende Mitarbeiterqualifizierung fördert die in der täglichen Arbeit relevante Vernetzungsstruktur zwischen den Angebots- und Maßnahmenstrukturen. Bei der Konzeptionierung könnte auf bereits bestehende Angebote aufgebaut werden (L).

Handlungsbedarf: Ausarbeitung einer berufsgruppenübergreifenden, modularen Fortbildung mit Fokus auf Suchtentstehung und -verhalten, Substanzinformation, Sensibilisierung für und Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Klientinnen/Klienten und psychiatrische Komorbidität. Zielgruppe sind Personen, die mit Jugendlichen / jungen Erwachsenen mit multiplen Problemlagen in den unterschiedlichen Settings arbeiten. Ausbau von bereits bestehenden Fortbildungsangeboten.

Analyse-Ergebnis S4:

Expertise im Umgang mit Suchtverhalten von Jugendlichen kann nicht in allen zielgruppenrelevanten Institutionen vorausgesetzt werden. Eine Vernetzung mit Einrichtungen der Suchthilfe wie auch mit den Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern wird von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen fachlich und inhaltlich als unterstützend wahrgenommen (FG). Auch Handlungs- bzw. Gesprächsleitfäden können im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Klientinnen/Klienten bzw. bei der Thematisierung von Suchtgefährdung bzw. -verhalten im Rahmen der Beratung und Betreuung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen hilfreich sein. Derzeit gibt es kaum geeignete Tools dafür (FG, JU). In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die spezifischen Beratungs- bzw. Betreuungssettings auch jeweils spezifischer Handlungsleitfäden

bedürfen. Vom BMASK werden derzeit im Rahmen der Strategie *Ausbildung bis 18* Standards zur Perspektiven- und Betreuungsplanung für Jugendliche entwickelt.

Handlungsbedarf: Eine bedarfsorientierte Vernetzung zwischen den Beratungs- und Betreuungseinrichtungen und den Fachstellen für Suchtprävention bzw. spezifischen Angeboten der Suchthilfe wird angeregt. Wird Bedarf an spezifischen Handlungs- bzw. Gesprächsleitfäden bei Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, Ausbildungs- und Lehrbetriebe, (Berufs-)Schulen, AMS-Beratungsstellen für Jugendliche und anderen Systembeteiligten gesehen, so kann die Expertise der Fachstellen für Suchtprävention in die Entwicklung einfließen.

Analyse-Ergebnis S5:

Suchtgefährdete Jugendliche / junge Erwachsene sind häufig mit multiplen Problemen konfrontiert, oftmals fehlt es an adäquater Unterstützung durch das familiäre Bezugssystem oder anderen Bezugspersonen (JU, FG). Früherkennung unterstützt familiäre Strukturen bei der Bewältigung von Problemen und kann so der Entwicklung eines problematischen Suchtmittelkonsums vorbeugen. Ziel sollte die Sensibilisierung des sozialen und familiären Umfelds für die diversen Problemlagen – auch Suchtverhalten – der Jugendlichen sein.

Handlungsbedarf: Familiäre Bezugssysteme sollen von diversen beteiligten Institutionen frühzeitig involviert und in ihrer Aufgabe auch unterstützt werden.

Analyse-Ergebnis S6:

Jugendliche / junge Erwachsene müssen – vor allem wenn sie systemfern sind – in ihrer eigenen Lebenswelt abgeholt werden. Dies kann zum einen durch Peer-Involvement-Ansätze erleichtert werden, zum anderen fördern Tools und Apps der neuen sozialen Medien das Erreichen der Zielgruppe. Das Internet bzw. neue soziale Medien können gleichermaßen als Risiko und Ressource gesehen werden (JU, FG).

Handlungsbedarf: Ausarbeitung von internationalen Best-Practice-Beispielen zu Peer-Involvement-Ansätzen und spezifischen Social-Media-Tools für systemferne Jugendliche / junge Erwachsene. Einsatz dieser Werkzeuge von sämtlichen Systembeteiligten mit dem Ziel, die Zielgruppe zu erreichen, aber auch das Umfeld von suchtgefährdeten Jugendlichen zu sensibilisieren. Einrichtungen, die mit Jugendlichen arbeiten, sollten sich entsprechende Medienkompetenz aneignen.

Analyse-Ergebnis S7:

Das Online-Verhalten bzw. das Computer-Spielen der Jugendlichen wird von den befragten Jugendcoaches oftmals als problematisch wahrgenommen. Die Folgen intensiven Medienkonsums (von Jugendlichen wie auch von Eltern) werden in den Fokusgruppen thematisiert (JU, FG).

Handlungsbedarf: Vor allem der Bereich der nicht stoffgebundenen Süchte bedarf einer medienpädagogischen Aufbereitung. Der Umgang mit digitalen Medien sollte als Bildungsauftrag verstanden und Medienkompetenz frühzeitig – u. a. in der Schule – vermittelt werden.

Analyse-Ergebnis S8:

Vertiefende wissenschaftliche Einblicke in die Charakteristik wie auch in das tatsächliche Ausmaß des Medienkonsums der Jugendlichen (JU) fehlen.

Handlungsbedarf: Forschungsprojekt zu Online-Verhalten und Spielmotivation von Jugendlichen mit multiplen Problemen.

Analyse-Ergebnis S9:

Die auf Bundesebene vorhandenen Daten sind für eine adäquate Zielgruppenbeschreibung unzureichend, u. a. weil Daten aus dem Behandlungsbereich und arbeitsmarktbezogene Daten nicht verknüpfbar sind (S).

Handlungsbedarf: Vertiefende Forschung zur Zielgruppenbeschreibung, Bereitstellung und Verknüpfung von Primärdaten aus diversen Sektoren bzw. Erarbeitung von Parametern zur Zielgruppendefinition.

9 Handlungsfelder und Empfehlungen

Aus den im vorherigen Kapitel skizzierten Problemstellungen inklusive dem entsprechenden Handlungsbedarf wurden zuletzt drei zentrale Handlungsfelder⁵² abgeleitet und im Rahmen eines multiprofessionellen Expertenpanels diskutiert. Für alle drei Handlungsfelder werden im Folgenden Empfehlungen formuliert, die sich an ein breiteres Spektrum von Entscheidungsträgern/-trägerinnen auf Bundes- wie auch Länderebene richten. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen bieten eine Basis für politische Strategien wie auch für konkrete Umsetzungskonzepte und sind Stellschrauben, um die Arbeitsmarktintegration von Jugendlichen / jungen Erwachsenen mit multiplen Problemen zu verbessern. Umgesetzt werden sollten die Empfehlungen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene bzw. durch involvierte Einrichtungen.

9.1 Handlungsfeld: Niederschwellige Zugänge in der Arbeit mit der Zielgruppe

Empfehlung 1

Einsatz digitaler sozialer Medien zur Erreichung systemferner Jugendlicher / junger Erwachsener mit dem Ziel, Informationen über mögliche arbeitsmarkt- bzw. suchtspezifische Unterstützungsangebote zu verbreiten. Online-Tools (z. B. zur Terminkoordination) bieten einen niederschweligen Zugang zu konkreten Maßnahmen und können auch im Sinne einer zielgruppenspezifischen Online-Beratung eingesetzt werden.

Empfehlung 2

Ausbau von genderspezifischen inhaltlichen Schwerpunkten (z. B. Unterstützungsangebote hinsichtlich Kinderbetreuung) in allen zielgruppenrelevanten Maßnahmen mit dem Ziel, systemferne Mädchen und junge Frauen zu erreichen. Hierfür können Frauen- und Mädchenberatungsstellen als Kooperationspartner fungieren. Auch kann deren genderspezifische Expertise in die Planung von Projekten miteinbezogen werden.

Empfehlung 3

Entwicklung von Peer-Involvement-Ansätzen und Einbeziehung der *Offenen Jugendarbeit* zur Erreichung systemferner Jugendlicher / junger Erwachsener in suchtspezifischen und arbeitsmarktspezifischen Maßnahmen.

52

Der Begriff Handlungsfelder beschreibt zusammengehörige berufliche, gesellschaftliche und individuelle Problemstellungen.

Empfehlung 4

Niederschwellige Angebote sollte als systemübergreifende Projekte – über die Grenzen der Arbeitsmarktpolitik hinaus – verstanden und umgesetzt werden; das erfordert eine gemeinsame Anstrengung von Bund, Länder und involvierten Institutionen.

Empfehlung 5

Niederschwellige Qualifizierungsangebote für Jugendliche / junge Erwachsene sollten als Stufenmodelle aufgebaut werden und – im Optimalfall – von einer stundenweisen Beschäftigung über Qualifizierung im Projekt und Anstellung im Projekt letztendlich zu einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt führen. Niederschwellig bedeutet auch, dass eine Maßnahme abgebrochen, später aber wieder aufgenommen werden kann.

Empfehlung 6

Aufbau von niederschweligen suchtspezifischen Beratungsangeboten für Jugendliche / junge Erwachsene in Zusammenarbeit mit relevanten bestehenden Settings wie Jugendzentren, Produktionsschulen oder Berufsschulen.

Empfehlung 7

Suchtmittelkonsum als Ausschlusskriterium sollte in niederschweligen Qualifizierungsangeboten überdacht und Sucht als Erkrankung verstanden werden. Aufbau eines maßnahmeninternen Krisenmanagements im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen / jungen Erwachsenen bzw. Vermittlung von Risikokompetenz im Umgang mit Suchtmitteln.

Empfehlung 8

Individuelle Problemlagen und Konsumgewohnheiten bedürfen unterschiedlicher professioneller Herangehensweisen. Suchtspezifisches Wissen ermöglicht einen differenzierten Umgang mit Konsumverhalten bei den Jugendlichen / jungen Erwachsenen, enttabuisiert das Thema Sucht und hilft bei der Identifikation und Früherkennung von riskantem Konsumverhalten bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen.

9.2 Handlungsfeld: Kontinuität in der Betreuung und Begleitung

Empfehlung 1

Stärkung des Übergangsmanagements und Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung/Begleitung im Übergang zwischen unterschiedlichen Maßnahmen sollte im Fokus sämtlicher System-

beteiligter (Jugendcoaching, Kinder- und Jugendhilfe, Gericht, Bewährungshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulen etc.) stehen. Dabei ist insbesondere auch der Datenschutz vor allem bei illegalem Substanzkonsum zu beachten.

Empfehlung 2

Aktive Einbeziehung des familiären Umfeldes vor allem in die Beratung und Betreuung von Jugendlichen sowohl in der Suchthilfe wie auch in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, z. B. durch Bereitstellung von Unterstützungssystemen für das familiäre Umfeld.

Empfehlung 3

Schaffung von klaren Zuständigkeiten hinsichtlich der Fallführung und die Berücksichtigung von bereits vorhandenen Bezugspersonen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Andenken eines systemübergreifenden personenbezogenen Buddy-Systems für Jugendliche / junge Erwachsene ohne Unterstützung des familiären Umfelds.

Empfehlung 4

Ermöglichung eines flexiblen und situationsbezogenen Umgangs mit Altersgrenzen bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen / jungen Erwachsenen in Angeboten und Maßnahmen (wie z. B. im Jugendstrafvollzug; in der Ausbildung zum Facharzt / zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde im Rahmen der Ausbildungsänderung 2015 ein Modul zur Adoleszenzpsychiatrie verankert).

Empfehlung 5

Bei der Konzeption entsprechender Maßnahmen sollte berücksichtigt werden, dass die Betreuung, Begleitung und Qualifizierung der Zielgruppe zeit- und ressourcenintensiv ist, da von einer hohen psychiatrischen Komorbidität⁵³ auszugehen ist.

Empfehlung 6

Ausbau von zielgruppenadäquaten Berufsausbildungsangeboten für niedrigqualifizierte ältere Jugendliche in Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und AMS.

Empfehlung 7

Stärkung des schulinternen Krisenmanagements im Rahmen des § 13 Abs 1 SMG. Ein schulinternes Krisenmanagement sollte sowohl den problematischen Konsum legaler Substanzen als auch

53

Definition Komorbidität: Eine zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorhandene diagnostisch abgrenzbare Begleiterkrankung.

substanzungebundenen Suchtverhalten inkludieren. Eine Handlungsanleitung könnte in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen den Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen erleichtern.

9.3 Handlungsfeld: Fachübergreifender Austausch und Mitarbeiterqualifizierung

Empfehlung 1

Vermittlung von Basiswissen zu Suchtentstehung, Suchtverhalten und Substanzen an Professionsistinnen/Professionisten, die mit der Zielgruppe arbeiten, mit dem Ziel, die Sensibilität für (problematisches) Konsumverhalten zu erhöhen. Settingbezogene Gesprächsleitfäden für relevante Institutionen und Einrichtungen der Qualifizierung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen (wie beispielsweise AMS, ÜBA, IBA und niederschwellige Projekte zur Anbindung systemferner Jugendlicher) erleichtern ein aktives und adäquates Nachfragen in der Beratungs- und Betreuungssituation.

Empfehlung 2

Berufsgruppenübergreifende Fortbildung oder Veranstaltung mit Fokus auf Herausforderungen für Jugendliche / junge Erwachsene an der Schnittstelle von (problematischem) Substanzkonsum und Arbeitsmarktzugang mit dem Ziel, fach- und institutionenübergreifenden Austausch zwischen Suchtprävention, Suchthilfe und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zu ermöglichen.

Empfehlung 3

Aufbau von fachlicher bzw. wissenschaftlicher Expertise wie auch Umsetzung von Konzepten zum Thema *nicht stoffgebundenen Süchte* in der Suchtprävention und -hilfe.

Empfehlung 4

Erweiterung des fachlichen Austausches über die relevanten Arbeitsfelder hinweg mit dem Ziel, vorhandene Ressourcen und Strukturen gegenseitig zu nutzbar zu machen und die Zielgruppe besser erreichen zu können.

Empfehlung 5

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und strategische intersektorale Abstimmung der relevanten politischen Ressorts (BMASK, BMG, BMBF, BMWJW, BMWFW) in Übereinstimmung darin, dass die Integration Jugendlicher / junger Erwachsener mit multiplen Problemen in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt ein gemeinsames Ziel ist.

9.4 Ausblick und weitere Schritte

In Kapitel 8 wurde der Handlungsbedarf in den unterschiedlichen Sektoren bzw. sektorenübergreifend dargestellt und in den Kapiteln 9.1 bis 9.3 zu allgemein gehaltenen Empfehlungen verdichtet. Die Umsetzung von Empfehlungen kann im Rahmen von bereits laufenden Projekten (z. B. *Ausbildung bis 18*, Handbuch § 12 SMG) angedacht werden. Es empfiehlt sich daher, den vorliegenden Bericht (insbesondere die Kapitel 8 und 9) den relevanten Projekten zur Verfügung zu stellen.

Die Entwicklung von Handlungsleitfäden für den Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen / jungen Erwachsenen wird empfohlen, weil Handlungsleitfäden das proaktive und adäquate Ansprechen des Themas *Sucht(-mittelkonsum)* unterstützen und damit helfen können, einen adäquaten Umgang mit der Thematik zu finden und die Haltequote der Jugendlichen / jungen Erwachsenen in den Unterstützungsangeboten zu erhöhen. Zudem können Handlungsleitfäden hilfreich dafür sein, die Kontinuität in der Betreuung zu fördern.

Die Handlungsempfehlungen in Kapitel 9.1 bis 9.3 können als Grundlage für die Erstellung von Handlungsleitfäden dienen. Die Erstellung von Handlungsleitfäden ist aufgrund der hohen Diversität der Angebote aufwendig. Auf bestehenden Initiativen/Projekten – vor allem aus dem Bereich der Suchtprävention – zum Umgang mit Suchtmittel im betrieblichen Kontext kann konzeptuell aufgebaut werden. Bestehende Handlungsleitfäden für Betriebe für den Umgang mit Suchtmittelkonsum (Bsp. SDW/konnex; Verein Dialog) können für bestimmte arbeitsmarktspezifische Maßnahmen adaptiert werden. Fachlicher Input von den Fachstellen für Suchtprävention sollte bei diesen Adaptierungen berücksichtigt werden.

Ein weiterer Aspekt, der weiter verfolgt werden sollte, ist der Umgang mit neuen Medien und Internet. Aus Sicht der Jugendcoaches ist bei einigen Jugendlichen ein problematisches Online-Verhalten bzw. Computerspielsucht zu beobachten. Die Prävalenz liegt aus Sicht der Jugendcoaches über der von Alkoholproblemen. Dieses Verhalten führt zu einem Rückzug aus realen Sozialkontakten und kann sich negativ auf die Tagesstruktur auswirken. Es bedarf vertiefender wissenschaftliche Einblicke in die Charakteristik des Medienkonsums und insbesondere des Online-Verhaltens und der Spielmotivation von Jugendlichen mit multiplen Problemen. Digitale Kanäle können aber auch zur Kontaktaufnahme und zum Teil auch zur Betreuung von sonst schwer erreichbaren Jugendlichen verwendet werden.

Literatur

- Akzente (2015): Angebotskatalog Suchtprävention 2014/15. akzente Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg. Verfügbar unter: <http://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/> (Zugriff am 23. 11. 2015)
- AMS, Arbeitsmarktservice Österreich (2015): Infoblatt zum Kombilohnbeihilfe. Verfügbar unter: http://www.ams.at/_docs/300_KOM_Infoblatt.pdf (Zugriff am 24. 4. 2015)
- Anton Proksch Institut (2012): brisant (Berufliche ReIntegration Stationärer Alkoholabhängiger Patient/innen nach Therapie). Verfügbar unter: http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user_upload/folder/api.brisant2_15.3.pdf (Zugriff am 3. 11. 2015)
- ARGE Suchtvorbeugung (undatiert a): plus. Das österreichische Präventionsprogramm für die 5. bis 8. Schulstufe. Infofolder. Verfügbar unter: http://www.suchtvorbeugung.net/plus/plus_folder.pdf (Zugriff am 3. 11. 2015)
- ARGE Suchtvorbeugung (undatiert b): step by step – Frühintervention in der Schule. http://www.suchtvorbeugung.net/stepbystep/media/publikationen/Stepbystep_Handout.pdf (Zugriff am 3. 11. 2015)
- Bacher, Johann; Tamesberger, Dennis; Leitgöb, Heinz; Lankmayer, Thomas (2013): NEET-Jugendliche: Eine neue arbeitsmarktpolitische Zielgruppe in Österreich. Auszug aus WISO 4/2013. Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Linz
- Bacher, Johann; Braun, Julius; Burtscher-Mathis, Simon; Dlabaja, Cornelia; Lankmayer, Thomas; Leitgöb, Heinz; Stadlmann, Martina; Tamesberger, Dennis (2014): Unterstützung der arbeitsmarktpolitischen Zielgruppe „NEET“. Sozialpolitische Studienreihe Bd 17. Hg. V. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BGK (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BKA (2013): Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018. Bundeskanzleramt, Wien
- BMASK (2012a): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020: Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

- BMASK (2012b): Richtlinien Jugendcoaching des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zur Durchführung der Maßnahme Jugendcoaching. Sektion IV, Gruppe A, Abteilung 6, Wien
- BMASK (2013a): Jugend und Arbeit in Österreich. Berichtsjahr 2013–2014. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2013b): BABE – Österreich 2014–2017: Behinderung – Ausbildung – Beschäftigung. Bundesweites arbeitsmarktpolitisches Behindertenprogramm. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2014): Gründe für die Implementierung einer Ausbildung bis 18 und Umsetzung
- BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014a): Ausbildung bis 18, Stand November 2014. Sozialministerium, Wien
- BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014b): Implementierungsplan zur Jugendgarantie Österreich. Sozialministerium. Wien. [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/6/CH2124/CMS1402033052188/ygip_austria_\(kopie\).pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/6/CH2124/CMS1402033052188/ygip_austria_(kopie).pdf) (Zugriff am 14. 7. 2015)
- BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014c): Ausbildungs-Fit. Version 5.0. Stand 29.09.2014. Konzept inklusive Umsetzungsregelungen. Sozialministerium. Wien
- BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014d): Produktionsschulen. Version 5.1. Stand 12. 12. 2014 Konzept inklusive Umsetzungsregelungen
- BMBF, Bundesministerium für Bildung und Frauen (1997): Grundsatzерlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung. Verfügbar unter: https://www.bmbf.gv.at/schulen/unterricht/prinz/GZ_27.909115-V396_Grunds1786.html (Zugriff am 14. 7. 2015)
- BMFJ (2015): Jugendstrategie. Jugendgarantie. Verfügbar unter: <http://www.bmfj.gv.at/ministerium/jugendstrategie.html> (Zugriff am 25. 7. 2015)
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2013): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015a): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014. Schwerpunkt Chancengerechtigkeit. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- BMG (2015b): Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMJ (2013): Untersuchungshaft für Jugendliche. Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung. Abschlussbericht des Runden Tisches. Bundesministerium für Justiz, Wien
- BMUKK (2013a): Vollausbau der Maßnahme "Jugendcoaching" im Herbst 2013. Geschäftszahl: BMUKK-27.903/0042-I/5d/2013
- BMUKK (2013b): Die gesundheitsfördernde Schule – Grundlagen der Gesundheitsförderungsstrategie des BMUKK. Maßnahmenkatalog 2013 Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung in der Schule. Wien
- Bundesgesetz über das Arbeitsmarktservice (Arbeitsmarktservicegesetz – AMSG)
- BundesKOST (2014a): Außerschulische Jugendliche im Jugendcoaching aus Sicht der Projektleitungen im Jugendcoaching. Bundesweite Koordinationsstelle Übergang Schule– Beruf. Wien
- BundesKOST (2014b): Lücken in der Angebotslandschaft am Übergang Schule – Beruf für Jugendliche aus Sicht der Projektleitungen im Jugendcoaching. Bundesweite Koordinationsstelle Übergang Schule – Beruf. Wien. Verfügbar unter: http://www.bundeskost.at/wp-content/uploads/2014/07/bundesKOST_bericht_luecken-in-der-angebotslandschaft_JU-befragung-2014_20140708-2.pdf (Zugriff am 11. 9. 2015)
- BundesKOST (2015a): Jugendcoaching Monitoring Daten – 2014. Bundesweite Koordinationsstelle Übergang Schule – Beruf. Wien. Verfügbar unter: <http://www.bundeskost.at/mbi-auswertung/jugendcoaching.html> (Zugriff am 11. 8. 2015)
- BundesKOST (2015b): Produktionsschule 2014 Jahresbericht. Wien, Juni 2015. Verfügbar unter: <http://www.bundeskost.at/wp-content/uploads/2015/05/jahresbericht-produktions-schule-2014.pdf> (Zugriff am 30. 10. 2015)
- Bundessozialamt (2013): Jugendcoaching: Konzept inklusive Umsetzungsregelungen, Wien
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Endbericht. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- ESF (2015): Europäischer Sozialfonds in Österreich. Sozialministerium, Wien

- Europäische Kommission (2010): Europa 2020. Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum. 3.3.2010. Mitteilung der Kommission, Brüssel
- Europäische Kommission (2015): Beschäftigung, Soziales und Integration. Jugendgarantie [Online]. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1079&langId=de> [Zugriff am 25. 11. 2015]
- Europäischer Rat (2009): Entschließung des Rates vom 27 November 2009 über einen erneuerten Rahmen für die jugendpolitische Zusammenarbeit in Europa (2010–2018). C 311/1, Amtsblatt der Europäischen Union
- Fachverband Sucht (2004): Arbeitsbezogene Leistungen in der Sucht-Rehabilitation. Konzept des Fachverbandes Sucht. In: Sucht Aktuell 2/72–75
- FGÖ (2014): Gesundheitsförderung für Lehrlinge in arbeitsmarktbezogenen Jugendmaßnahmen. Leitfaden für die Praxis. Gesundheit Österreich GmbH / Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Grieger, Nadine; Csarmann, Judith (2015): Arbeitsmarktlage 2014. AMS Österreich, Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Wien
- Haas, Sabine; Vorderwinkler, Christa; Weigl, Marion (2001): Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Wien
- Haas, Sabine; Weigl, Marion (2014): Frühe Hilfen. Eckpunkte eines "Idealmodells" für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Härtel, Peter; Höllbacher, Marion; Marterer, Michaela; Reichmann, Harald (2011): Time out! Step in! „Early School Leaver“ Strategie – Umsetzung in Österreich Projektbericht, Teil 2. Bericht über die Erhebung laufender Maßnahmen zur Reduktion von Drop-out Quoten bzw. zur besseren Integration und Reintegration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt. Verfügbar unter: https://www.bmbf.gv.at/schulen/unterricht/ba/esl_bericht_time_out_2_21307.pdf?4dzgm2 (Zugriff am 3. 11. 2015)
- Henkel, Dieter (2011): Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). In: Current Drug Abuse Reviews 4/1:4–27
- Köck, Verena (2013): Evaluationsbericht zur Pilotphase der Maßnahme „CHOICE“. VIVID. Steiermark
- Koordinationsstelle Jugend-Bildung-Beschäftigung (2013): Neue Maßnahmen der beruflichen Integration von Menschen mit psychischer Erkrankung in Wien April 2013. Verfügbar unter: http://www.koordinationsstelle.at/wp-content/uploads/2013/06/neue_mn_psy_bericht_april_2013.pdf (Zugriff am 3.11.2015)

- Litschel, Veronika; Löffler, Roland (2015): Meta-Analyse zu rezenten Studien im Bereich »AMP-Maßnahmen für Jugendliche« – Betrachtungen mit dem Schwerpunkt »Berufsausbildung«. AMS report 109 Arbeitsmarktservice Österreich, Wien
- Mayring, Philipp (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Pädagogik, Weinheim
- Nestelberger, Kerstin (2015): Evaluationsbericht für den Zertifikatslehrgang „Suchtvorbeugung in Jugendausbildung und -beschäftigung“. VIVID. Stand: Februar 2015
- Netzwerk Berufliche Assistenz (2015): Liste der AnbieterInnen im Jugendcoaching.
<http://www.neba.at/jugendcoaching/anbieterinnen.html> (Zugriff am 19. 8. 2015)
- Neustart (Hg.) (2014): Prävention statt Repression. Report 2014
- Plattform Drogentherapie (2015): Beratung und Hilfe – Therapieeinrichtungen stellen sich vor: Talon – Beschäftigungsprojekt für drogenkonsumierende Jugendliche und junge Erwachsene. Verfügbar unter: <http://www.drogensubstitution.at/beratung-hilfe/therapie/talon-beschaeftigungsprojekt-fuer-drogenkonsumierende-jugendliche-und-junge-erwachsene.htm> (Zugriff am 23. 11. 2015)
- Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH (2011): Suchtkrankheit und Erwerbsfähigkeit. Menschen mit Suchtproblematik – eine Herausforderung für AMS – BeraterInnen in der Vermittlung. Kurzkonzzept. Juni 2011. Eisenstadt
- Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH (2014): Suchtprävention in BO-Kursen des AMS Burgenland. Kooperationsprojekt AMS Burgenland und der Fachstelle für Suchtprävention Burgenland. 2014. Eisenstadt.
- Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH (2015): Seminar Suchtprävention für TRAINERINNEN von AMS-Kursen. 2015. Eisenstadt
- Sozialministeriumsservice (2014): Ausbildungsfit – Konzept inklusive Umsetzungsregelungen. Version 5.1. Stand 12.12.2014. Verfügbar unter: https://www.sozialministeriumservice.at/cms/site/attachments/9/5/8/CH0011/CMS1250867647663/produktionsschule_konzept_plus_ur_5_1_version20141212.pdf (Zugriff am 19. 8. 2015)
- Steiner, Mario; Pessl, Gabriele; Wagner, Elfriede ; Karaszek, Johannes (2013): Evaluierung "Jugendcoaching" – Endbericht. Studie im Auftrag des BMASK. Institut für Höhere Studien, Wien
- Steiner, Mario (2014): AusBildung bis 18. Grundlagenanalyse zur Größe und Struktur der Zielgruppe sowie ihres Ursprungs im Bildungssystem. Institut für Höhere Studien IHS, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu

Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Strizek, J. , Puhm, A. , Uhl, A. , Auracher, U. , Kampusch, A. , Starzer, A. , Kurz, H. (2009): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Wien. Forschungsbericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung, Wien.

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (undatiert, a): MOVE – Motivierende Kurzintervention am Arbeitsplatz. Factsheet. Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (undatiert, b): SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext. Factsheet. Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (undatiert, c): SUPstart – Alkoholsuchtprävention für Lehrlinge. Factsheet. Wien

Sumnall, Harry; Brotherhood, Angelina (2012): Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment. Office for Official Publications of the European Communities Luxembourg

Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009a): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. Überarbeitete und ergänzte Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Verein Dialog (2015): Sucht und Beschäftigung. Verfügbar unter: http://www.dialog-on.at/sites/default/files/downloads/vereindialog_folder-sub_20111201_0.pdf (Zugriff 3. 11. 2015)

Teilnehmer/innen des Expertenpanels

Margit Bachschwöll	Sucht- und Drogenkoordination Wien
Raphael Bayer	Bundesministerium für Gesundheit
Hannes Edlinger	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Beatrix Haller	Bundesministerium für Bildung und Frauen
Magdalena Iwanowytsch	Verein Dialog
Gabriele Krainz	Sozialministeriumsservice
Thomas Lankmayer	Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung; Uni Linz
Klaus Priechenfried	Neustart Wien
Johanna Schopper	Bundesministerium für Gesundheit
Tanja Sommer	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Christa Wagner-Hütter	Wiener Jugendgerichtshilfe
Gerlinde Wieser-Böhm	Arbeitsmarktservice
Katharina Zembacher	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

