

# Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich

Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung

---

Im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

# Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich

Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung

Redaktionelle Bearbeitung (GÖG):

Julian Strizek

Angelina Brotherhood

Martin Busch

Birgit Priebe

Alexandra Puhm

Alfred Uhl

Der Text basiert auf überarbeiteten Textinputs und Kommentaren von Teilnehmerinnen und Teilnehmern eines Delphi-Prozesses. Die Inhalte entsprechen Mehrheitsmeinungen innerhalb dieser Gruppe und spiegeln nicht zwingend die Meinung jeder bzw. jedes einzelnen Teilnehmenden wider. Teilnehmende des Delphi-Prozesses (in alphabetischer Reihenfolge):

Myriam Antinori (Drogenberatung Z6), Wolfgang Beiglböck (Anton Proksch-Institut), Lisa Brunner (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung), Hans Buchner (EX-IN, Expertinnen und Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie), Anja Christanell (neunerhaus), Juliane Cichy (Sucht- und Drogenkoordination Steiermark), Barbara Drobesch-Binter (Sucht- und Drogenkoordination Kärnten), Eliane Eder-Manser (Sozialpsychisches Kompetenzzentrum der Stadt Wels), Sonja Faltin (Sozialpsychisches Kompetenzzentrum der Stadt Wels), Valentin Fellner (Sozialpsychisches Kompetenzzentrum der Stadt Wels), Barbara Fritz (Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe), Susanne Fritz-Balint (Suchtfachstellen der Caritas Vorarlberg), Ulrike Gerstl (Caritas NÖ), Sebastian Gottwald (garage upcycling design), Julian Haring (Suchthilfe Tirol), Uschi Hörhan (Sucht- und Drogenkoordination Niederösterreich), Izabela Horodecki (Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe), Birgit Jäger (Drogenberatung VIVA), Gerhard Jäger (Drogenberatung Z6), Gottfried Jakober (Suchthilfe Salzburg), Katrin Kainz (Caritas Graz-Seckau: Projekt Offline), Thomas Kapitany (Kriseninterventionszentrum Wien), Daniela Kern-Stoiber (boJA – bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit), Theresa Klabacher (Verein Substanz), Philipp Kloimstein (Stiftung Maria Ebene), Thomas Labacher (pro mente Sucht), Sascha Lang (b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen), Ewald Lochner (Sucht- und Drogenkoordination Wien), Siegfried Luttenberger (Suchtberatung

Obersteiermark), Ekkehard Madlung-Kratzer (Landeskrankenhaus Hall, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B, Station für Drogentherapie B3), Heidi Mark (Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe), Gerhard Miksch (PSD Burgenland), Walter North (Verein Dialog), Konstantinos Papageorgiou (Kriseninterventionszentrum Wien), Monika Parhammer (Sucht- und Drogenkoordination Salzburg), Franz Pietsch (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, BMSGPK, Abteilung VI/A/5), Michael Pinks (Dachverband Idee), Claudia Raf-ling (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, BMSGPK, Abteilung VI/A/5), Paula Reid (neunerhaus), Elisabeth Reimerth-Kalch (Caritas Graz-Seckau: Aloisianum), Roland Reithofer (Suchthilfe Wien), Martin Riesenhuber (Drogenberatung des Landes Steiermark), Nadja Rosnak-Husar (Auftrieb: Jugend- und Suchtberatung, Schulsozialarbeit), Sonja Sams (Sozialpsychisches Kompetenzzentrum der Stadt Wels), Shird-Dieter Schindler (Klinik Penzing), Alice Schogger (Bundesministerium für Finanzen, BMF), Barbara Schreder-Gegenhuber (Schweizer Haus Hadersdorf), Thomas Schwarzenbrunner (Sucht- und Drogenkoordination Oberösterreich), Maria Seiwald (Ambulante Suchtpräventionsstelle der Innsbrucker Soziale Dienste GmbH), Natalie Stöger-Reiter (JUSY Jugendberatungsstelle), Bernhard Sundl (Caritas Graz-Seckau: Projekt Offline), Petra Taferner-Kraigher (Sucht- und Drogenkoordination Burgenland), Thomas Truppe (Wiener Berufsbörse), Michael Truschnig (Dachverband der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen Steiermark), Wolfgang Werner (PSZ NÖ), Peter Wieser (Suchtfachstellen der Caritas Vorarlberg), Ursula Zeisel (Verein Dialog)

Projektassistenz (GÖG):

Monika Löbau  
Yvonne Schatz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin bzw. des Auftraggebers wieder.

Wien, im Juni 2023

Im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Zitiervorschlag: Strizek, Julian; Brotherhood, Angelina; Busch, Martin; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2023): Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P4/11/5245

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlbefinden“, sowie zu den Unterzielen SDG 3.5 (Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken) sowie SDG 3.a (Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern in geeigneter Weise stärken).

Der Umwelt zuliebe:

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

# Kurzfassung

## Hintergrund

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Sucht(-behandlung) in der Krise“ wurden österreichische Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Suchthilfe zur Erarbeitung eines Positionspapiers eingeladen, um Problemstellungen zu identifizieren und Empfehlungen zur Verbesserung der österreichischen Suchthilfe zu formulieren. Insgesamt 46 Einrichtungen und Organisationen folgten dieser Einladung, wobei stationäre, ambulante und niederschwellige Suchthilfeeinrichtungen (Träger von Einrichtungen) ebenso vertreten waren wie Sucht-/Drogenkoordinationen der Bundesländer, Bundesministerien mit Zuständigkeiten für legale und illegale Substanzen bzw. Glücksspiel, Vereine und Einrichtungen aus dem Bereich der Betroffenenvertretung sowie aus angrenzenden Versorgungsbereichen (z. B. Obdachlosenhilfe).

## Methode

Die Beschreibung der Problemstellungen sowie die Formulierung von Empfehlungen erfolgten im Rahmen eines mehrstufigen Delphi-Prozesses (einer anonymisierten und aus mehreren Feedbackrunden bestehenden Form der Expertenbefragung). Themenvorschläge der Delphi-Teilnehmer:innen wurden vom Projektteam inhaltsanalytisch zusammengefasst und mehrmals zur Kommentierung an die Delphi-Teilnehmer:innen ausgeschickt. Über einander widersprechende Positionen wurde abgestimmt.

## Ergebnisse

Die behandelten Problemstellungen und Empfehlungen können zehn Themenfeldern der Suchthilfe in Österreich zugeordnet werden: (1) gesetzliche Grundlagen, politische Schwerpunktsetzungen und administrative Rahmenbedingungen, (2) Finanzierung, (3) Einstieg in die Suchthilfe, (4) integrierte Versorgung, (5) aus der COVID-19-Pandemie lernen, (6) Telehealth und Digitalisierung, (7) Ausdifferenzierung der Suchthilfeangebote nach Zielgruppen, (8) Ausbau von speziellen Angeboten, (9) schadensminimierende Maßnahmen und (10) soziale Reintegration. Dabei wurden Aspekte aus allen Suchtbereichen (Alkohol, illegale Substanzen, stoffungebundene Süchte, Nikotin) angesprochen.

## Schlussfolgerungen

In zahlreichen Bereichen der Versorgung suchtkranker Menschen bestehen Verbesserungspotenziale. Mit dem vorliegenden Positionspapier wurde ein Konsens hinsichtlich zielführender Maßnahmen erarbeitet. Es obliegt nun der politischen Ebene, entsprechende Umsetzungsschritte einzuleiten.

## Schlüsselwörter

Suchtbehandlung, Alkohol, illegal Substanzen, Glücksspiel, Nikotin, Delphi-Prozess

# Summary

## Background

Experts from the field of addiction treatment in Austria were invited to formulate a position paper to identify problems and formulate recommendations for improvement. A total of 46 institutions and organisations contributed to this project. Contributions were collected from representatives of inpatient, outpatient, and low-threshold addiction support facilities; addiction coordinators of several provinces; federal ministries in charge of legal substances, illicit substances or gambling; associations; as well as from related areas of social support (e. g. help for the homeless people).

## Methods

Problem outlines and the formulation of recommendations were generated through a multi-stage Delphi process, i. e. an anonymous form of expert consultation consisting of several feedback rounds. Topics proposed by the Delphi participants were summarized, sent out several times for comments and feedback and contradictory positions were voted on.

## Results

Problems and recommendations cover the following ten topics of addiction treatment in Austria: (1) legal basis, political priorities and administrative framework, (2) financing, (3) entry into addiction support, (4) integrated care, (5) learning from the COVID-19 pandemic, (6) telehealth and digitalisation, (7) tailored addiction support services for specific target groups, (8) expansion of special services, (9) harm reduction measures and (10) social reintegration.

## Conclusion

There is potential for improvement in numerous areas of care for people with addiction and the recommendations formulated from the experts' point of view should be taken into account when planning future services.

## Keywords

addiction treatment, alcohol, illegal substances, gambling, nicotine, Delphi process

# Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	IV
Abkürzungen.....	VII
Beschreibung des Delphi-Prozesses.....	VIII
1 Gesetzliche Grundlagen, politische Schwerpunktsetzungen und administrative Rahmenbedingungen.....	1
1.1 Glücksspiel und Sportwetten.....	1
1.2 Opioid-Substitutionsbehandlung.....	3
1.3 Cannabis.....	6
1.4 Harmonisierung der administrativen Rahmenbedingungen.....	7
1.5 Berücksichtigung von Erfahrungsexpertise bei der Planung und Gestaltung von Interventionen.....	8
2 Finanzierung.....	10
2.1 Finanzierung von Behandlungs- und Beratungsangeboten sowie Forschung im Bereich Glücksspiel.....	10
2.2 Allgemeine Finanzierungsstruktur für Suchthilfeangebote.....	10
2.3 Kassenfinanzierte psychotherapeutische und klinisch- psychologische Angebote.....	11
2.4 Behandlung bei fehlender Krankenversicherung.....	12
3 Einstieg in die Suchthilfe.....	14
3.1 Kontaktaufnahme.....	14
3.2 Kontingente, Wartezeiten und Ausschlussgründe.....	15
3.3 Hausärztinnen und -ärzte.....	16
4 Integrierte Versorgung.....	18
4.1 Merkmale eines integrierten Betreuungssystems für Personen mit Suchterkrankungen.....	18
4.2 Vernetzung und Schnittstellenmanagement.....	18
4.3 Umgang mit Multimorbidität und vulnerablen Gruppen mit multiplen Problemen.....	19
4.4 Dezentrale Versorgungsangebote.....	20
4.5 Schnittstelle Jugend- und Suchthilfe.....	21
5 Aus der COVID-19-Pandemie lernen.....	23
5.1 Potenzielle Verschiebungen im Konsum- und Nutzungsverhalten.....	23
5.2 Pandemiebedingter Mehrbedarf.....	24
5.3 Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung.....	25
5.4 Niederschwellige Krisenkommunikation und -maßnahmen.....	26

6	Telehealth und Digitalisierung .....	27
6.1	Angemessenheit von Telehealth-Angeboten im Rahmen der Suchttherapie.....	27
6.2	Technische und regulative Rahmenbedingungen für einen weiteren Einsatz von Telehealth .....	28
6.3	Zugangsschwellen bei digitalen Kontakten und Telehealth-Angeboten .....	28
7	Ausdifferenzierung der Suchthilfeangebote nach Zielgruppen.....	30
7.1	Versorgungslücken bei bestimmten Suchtformen .....	30
7.2	Geschlechtersensible Suchtarbeit .....	31
7.3	Menschen mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren .....	32
7.4	Angehörige von Menschen mit Suchterkrankungen.....	33
7.5	Berufstätige und in Ausbildung befindliche Menschen mit Suchterkrankungen.....	34
7.6	Jugendliche und junge Erwachsene.....	34
7.7	Alternde und pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankungen.....	35
7.8	Menschen mit Behinderung .....	36
7.9	Menschen in Haft.....	37
8	Ausbau von speziellen Angeboten.....	38
8.1	Selbsthilfe und Peer-Arbeit .....	38
8.2	Streetwork und Gemeinwesenarbeit.....	39
8.3	Unterstützung beim Ausstieg aus dem Nikotinkonsum .....	39
9	Schadensminimierende Maßnahmen.....	41
9.1	Drug Checking.....	41
9.2	Spritzentausch.....	41
9.3	Notfallmedikament Naloxon.....	42
9.4	Drogenkonsumräume/Gesundheitsräume .....	42
9.5	Schadensminimierung bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit .....	43
10	Soziale Reintegration .....	44
10.1	Bedarfsspezifische Wohnangebote.....	44
10.2	Tagesstruktur und arbeitsintegrative Maßnahmen .....	45
	Quellen .....	47

# Abkürzungen

ARGE	Arbeitsgemeinschaft
b.a.s.	betrifft abhängigkeit und sucht
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (Akronym eines Fragebogens)
CBD	Cannabidiol
COVID	Corona-Virus-Disease
DOKLI	Dokumentations- und Berichtssystem zu den Klientinnen und Klienten der Suchthilfe
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ETAPPE	EntlastungsTraining für Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler – PsychoEdukativ
EU	Europäische Union
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen
GSpG	Glücksspielgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SMG	Suchtmittelgesetz
SV	Suchtgiftverordnung
THC	Tetrahydrocannabinol
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

# Beschreibung des Delphi-Prozesses

## Hintergrund

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Sucht(-behandlung) in der Krise“ werden kurz-, mittel- und langfristige Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sowie auf das Suchthilfesystem in Österreich analysiert. Dieses von der Stiftung **Anton Proksch-Institut Wien** beauftragte und vom **Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)** kofinanzierte Projekt wird vom Kompetenzzentrum Sucht an der Gesundheit Österreich (GÖG) durchgeführt (Laufzeit 2020 bis Anfang 2023).

Unter der Annahme, dass viele, bereits vor der Krise vorhandene, Problemlagen und Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie wie unter einer Lupe sichtbar werden, lautete ein Ziel des Projektes, gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des österreichischen Suchthilfesystems Probleme zu identifizieren und Empfehlungen für die Sicherstellung einer optimalen Versorgung für alle Menschen mit Suchterkrankungen – auch jenseits von Krisenereignissen wie einer Pandemie – zu formulieren. Um in diesem Sinne die Corona-Krise als Chance zu begreifen, wurden österreichische Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Suchthilfe zur Teilnahme an einem **Delphi-Prozess** (einer anonymisierten und mehrstufigen, d. h. aus mehreren Feedbackrunden bestehenden, Form der Expertenbefragung) eingeladen, der zur Formulierung eines **Positionspapiers** führen soll.

Der Fokus lag dabei ausschließlich auf **Angeboten der Suchthilfe und deren Rahmenbedingungen**, wohingegen Suchtprävention im engeren Sinne nicht behandelt wurde. Durch den Tätigkeitsschwerpunkt der teilnehmenden Institutionen ergab sich ein thematischer Fokus auf Alkohol, illegale Substanzen sowie Glücksspiel. Probleme und Unterstützungsangebote in Zusammenhang mit Nikotinabhängigkeit sollen dadurch nicht als weniger bedeutend erscheinen, wenngleich Fragen zur Versorgung bei Nikotinabhängigkeit etwas weniger im Fokus stehen.

Dieses Positionspapier soll **Erfahrungen aus der Behandlungspraxis** zusammenfassen, in **einschlägigen Gremien** vorgestellt werden (z. B. im Bundesdrogenforum) und in weiterer Folge Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern als **Hilfe bei der Gestaltung von politischen Rahmenbedingungen** dienen, die die Versorgungssituation Betroffener und ihrer Angehörigen verbessern. Der Delphi-Prozess lief von Juni 2021 bis Anfang 2023. Das Ergebnis dieses Delphi-Prozesses wird publiziert und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur eigenen Verwendung zur Verfügung stehen.

## Wie lief der Delphi-Prozess ab?

In der ersten Welle wurden alle Teilnehmer:innen gebeten, **Themenvorschläge** in Form von Problembeschreibungen oder Verbesserungsvorschlägen zu formulieren und dadurch festzulegen, welche Inhalte im Delphi-Prozess zur Diskussion gestellt werden. Diese Rückmeldungen wurden seitens des Projektteams der GÖG im gegenständlichen Ausgangsdokument **anonymisiert zusammengefasst**. Somit war für Teilnehmer:innen oder externe Personen keine direkte Rückführung bestimmter Inhalte auf konkrete Einrichtungen oder Personen möglich.

In der zweiten Welle wurde dieses Ausgangsdokument an die Teilnehmer:innen zur **Kommentierung** ausgeschickt. Hierbei konnten fehlende Positionen ergänzt und bereits geäußerte Positionen kommentiert werden. Diese Ergänzungen wurden seitens des GÖG-Projektteams in das Ausgangsdokument eingearbeitet und in einer dritten Welle an die Teilnehmer:innen zur Abstimmung bzw. erneuten Kommentierung zurückgespielt. Auf Basis dieser dritten Delphi-Welle wurden Textpassagen entsprechend der **Mehrheit aller Rückmeldungen** angepasst. Inhaltliche Vorschläge aus Minderheitspositionen wurden ebenfalls vereinzelt berücksichtigt, sofern sie die gewählte Mehrheitsposition sinnvoll präzisieren und ergänzen. Über letzte offene Punkte wurde zuletzt in einer **vierten Welle** abgestimmt, in der keine inhaltlichen Ergänzungen mehr möglich waren.

### **Wer nahm am Delphi-Prozess teil?**

Die Einladung zur Teilnahme erging an:

- » Suchthilfeeinrichtungen (bzw. Träger von Einrichtungen), basierend auf Kontaktdaten aus dem Suchthilfekompass bzw. dem einheitliche Dokumentations- und Berichtssystem zu den Klientinnen und Klienten der Suchthilfe (DOKLI),
- » Einrichtungen, in denen ausschließlich Personen mit Glücksspielproblemen betreut werden,
- » Suchtkoordinationsstellen der Bundesländer,
- » Vertreter:innen von Bundesministerien mit Zuständigkeit für legale und illegale Substanzen bzw. Glücksspiel: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Bundesministerium für Finanzen (BMF) und
- » Vereine und Einrichtungen aus dem Bereich der Betroffenenvertretung sowie aus angrenzenden Versorgungsbereichen (z. B. Obdachlosenhilfe).

Sämtliche Einrichtungen wurden zweimal eingeladen, sich am Delphi-Prozess zu beteiligen. Die Auswahl einer oder mehrerer für den Delphi-Prozess geeigneter Personen oblag den eingeladenen Einrichtungen bzw. Trägerorganisationen.

### **Hinweise zum vorliegenden Positionspapier**

- » Der Begriff „Konsum“ (z. B. „konsumierende Jugendliche“, „Konsumentinnen bzw. Konsumenten“) bezieht sich auf den Gebrauch von Substanzen (wie Alkohol, Nikotin, psychotrope Medikamente, illegale Drogen) bzw. Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Glücksspiel- und Gamingangebote).
- » Begriffe wie „Expertinnen bzw. Experten“ und „Fachleute“ in diesem Positionspapier beziehen sich vornehmlich auf die Teilnehmer:innen am Delphi-Prozess.

### **Projektteam an der GÖG**

Julian Strizek  
Angelina Brotherhood  
Martin Busch  
Birgit Priebe  
Alexandra Puhm  
Alfred Uhl



# 1 Gesetzliche Grundlagen, politische Schwerpunktsetzungen und administrative Rahmenbedingungen

## 1.1 Glücksspiel und Sportwetten

Von Glücksspielexpertinnen und -experten wird wiederholt kritisiert, dass die **Glücksspielsuchtproblematik zu wenig thematisiert** wird (öffentlich, medial, aber auch bei Fachtagungen, in Gremien und auf Vernetzungsplattformen). Das Thema „Glücksspiel“ wird zwar in strategischen Planungsdokumenten (z. B. SDW 2013; BMG 2015) angesprochen, infolge der schnellen Entwicklung am Glücksspielmarkt (z. B. simuliertes Glücksspiel) verlieren die Ausführungen in Teilbereichen aber rasch an Aktualität. Zudem gibt es aktuell keine validen, österreichweit einheitlichen Daten, die ein Monitoring des Glücksspiels bzw. der Glücksspielsucht erlauben. Das Ausmaß der Glücksspielproblematik bzw. des Behandlungsbedarfs wird laut Fachleuten durch die fehlende Datenlage oft unterschätzt, auch weil Betroffene häufig niedergelassene Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten aufsuchen.

Einschlägige Kenntnisse, Fähigkeiten oder Fertigkeiten spielen bei Sportwetten keine bedeutsame Rolle, weswegen etwa Kalke et al. (2021) dafür plädieren, Sportwetten im rechtlichen wie politischen Sinne zur Kategorie der Glücksspiele zu zählen. Sportwetten sind in Österreich derzeit nicht als Glücksspiel definiert. Dies verhindert Maßnahmen des Spielerschutzes sowie etwaige Werbebeschränkungen.

Das **Ausmaß an Werbung für Glücksspiel und Wetten** wird von Fachleuten oft kritisiert. Werbung für Glücksspiel und Wetten erfolgt über TV, Radio, soziale Medien und postalisch (z. B. für Sportwetten im Kontext von Fußball-Meisterschaften). Auch zahlreiche Sponsoringaktivitäten werden laut Fachleuten dazu genutzt, um den Gebrauch diverser Produkte aus den Bereichen Glücksspiel und Sportwetten zu normalisieren. Während der COVID-19-Pandemie wurde seitens der Glücksspielindustrie der Slogan „stay safe – play safe“ propagiert, was von einigen Fachleuten als Spielaufforderung in Pandemiezeiten und daher kritisch eingestuft wird. Auch Angebote, die besonders Menschen mit Glücksspielproblemen ansprechen, wie z. B. Werbung für rasche Kredite via Smartphone, werden von Fachleuten oft kritisch bewertet. Es gibt zwar Gesetze und Verordnungen, die Werbung allgemein und Glücksspielwerbung im Speziellen beschränken, aber die vorliegenden Regelungen werden häufig als unzureichend beurteilt.

Die österreichische Suchtpräventionsstrategie (BMG 2015) bekennt sich zum Prinzip **„Therapie statt Strafe“** für suchtkranke Personen im Allgemeinen. In diesem Sinne ist im Suchtmittelgesetz (SMG) für Abhängige von Suchtmitteln (Suchtgiften und psychotropen Substanzen) unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehen, dass bei Inanspruchnahme einer Behandlung auch Strafen für Beschaffungskriminalität bedingt nachgesehen und Behandlungskosten von der Justiz übernommen werden können. Eine analoge Möglichkeit für Alkohol- und Glücksspielabhängige besteht nicht.

**Spielersperrn** im Sinne von freiwilligen Totalsperren sowie Zeit- und Einsatzlimits stellen eine effektive Form des Spielerschutzes dar. In Österreich besteht jedoch ein vergleichsweise hochschwelliger Zugang zur Selbstsperre. Derzeit müssen Spieler:innen bei dem Wunsch nach einer landesweiten Selbstsperre bei jedem Anbieter gesondert eine Sperre beantragen, da keine betreiberübergreifenden Sperren möglich sind. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Selbstsperrn für unterschiedliche Zeiträume für Spieler:innen nur mit hohem Aufwand durchführbar sind, was nicht im Sinn des Spielerschutzes ist. Der größte Effekt wird von Fachleuten in einer gesetzlich verbindlichen Selbstlimitierung gesehen, die bereits bei der Registrierung und nicht erst bei Auffälligkeiten erfolgt. Eine Fremdsperre durch Angehörige ist – im Gegensatz zu Deutschland – nicht möglich (für Deutschland vgl. Motka et al. 2019).

In einigen Gesetzestexten, wie z. B. im Glücksspielgesetz (GSpG), werden Einrichtungen, die Glücksspielabhängige erfassen, beraten und gegebenenfalls Maßnahmen setzen, als „**Spielerschutzeinrichtungen**“ bezeichnet. Manche Expertinnen und Experten sind der Auffassung, dass der Begriff „Spielerschutz“ für (präventive) politische Maßnahmen und Gesetze passend ist, nicht jedoch für Einrichtungen, die Glücksspielabhängige behandeln. So schreibt z. B. die Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten: „Es ist festzuhalten, dass keine Spielerschutzeinrichtungen existieren, sondern Beratungs- und Therapieeinrichtungen, die Kompetenz im Umgang mit glücksspielbezogenen Problemlagen aufweisen“ (Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten 2008). Es fehlt außerdem an einer bundesweiten niederschweligen Anlaufstelle analog zum Rauchfreitelefon (vgl. dazu auch Empfehlung e. in Kap. 3.1) sowie an Angeboten der Selbsthilfe (vgl. dazu Kapitel 8.1).

Viele Kritikpunkte an der aktuellen Situation hinsichtlich des Glücksspiels wurden von unterschiedlichen Gremien bereits in früheren Konsens- oder Strategiepapieren geäußert (z. B. ARGE Suchtvorbeugung 2020<sup>1</sup>; BMG 2015; Haller/Scholz 2018).

## Empfehlungen

- a. Bewusstseinsbildung in der breiten Öffentlichkeit und Sensibilisierung von Politik und Fachwelt für die Glücksspielproblematik durch stärkere Berücksichtigung in öffentlichen und medialen Beiträgen, in der Gestaltung von Fortbildungen und bei der Auswertung suchtbbezogener Daten
- b. rechtliche Definition von Sportwetten als Glücksspiel
- c. Einbeziehung von Einrichtungen, die die Behandlung von Glücksspielsucht anbieten, in Gremien und Beiräte zur Vernetzung und Koordination von Suchtbehandlung und Aktualisierung von Glücksspielthemen in suchtpolitischen Planungsdokumenten<sup>2</sup>

---

1

Das Positionspapier der ARGE Suchtvorbeugung enthält konkrete Maßnahmenvorschläge zu folgenden Bereichen: gesetzliche Grundlage, Finanzierung von Begleitmaßnahmen, Schaffung einer weisungsfreien Glücksspielbehörde, Spielerschutz, Sportwetten, Onlineregulation, Koordination, Prävention, Beratung und Therapie sowie Forschung.

2

z. B. Aktualisierung der Wiener Sucht- und Drogenstrategie (SDW 2013) in allen Punkten, die das pathologische Glücksspiel bzw. nicht stoffgebundene Suchtformen betreffen

- d. Werbeverbote und -einschränkungen für Glücksspiel und Sportwetten, insbesondere mit Augenmerk auf Jugendschutz bzw. Umsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen Jugendschutzes bei Onlineglücksspiel (vgl. dazu auch Hayer et al. 2020)
- e. konsequent eingeschränkter Zugang zu Glücksspielen und Sportwetten für Kinder und Jugendliche sowie für problematische und pathologische Spieler:innen durch entsprechende Kontrollen bei Spielstätten bzw. durch eine verpflichtende Verifizierung und Identifikation bei Onlineportalen
- f. gesetzliche Verankerung (ähnlich dem SMG §§ 13, 14, 35–40, insb. § 39) des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ für Glücksspielabhängige (bzw. suchtkranke Personen allgemein) und gesetzliche Verankerung der Finanzierung
- g. Aufbau eines EU-weiten Sperrregisters für Glücksspiel- und Wettanbieter sowie einer Gesetzgebung für (Online-)Anbieter außerhalb der EU
- h. Aufbau eines anbieterübergreifenden Spielerschutzsystems mit fixen Verlust- und Zeitlimits
- i. Bezeichnung von Einrichtungen, die Glücksspielabhängige behandeln, als „Behandlungseinrichtungen“ statt „Spielerschutzeinrichtungen“ (z. B. in Gesetzestexten)
- j. regelmäßige Evaluation und Novellierung des österreichischen Glücksspielgesetzes, um mit dem Wachstum und den Innovationen des Marktes Schritt halten zu können
- k. Aufbau eines systematischen Monitorings im Glücksspielbereich analog zum Monitoringsystem im Bereich illegaler Drogen
- l. Sicherstellung von niederschweligen Versorgungsangeboten für Personen mit Glücksspielproblemen in ganz Österreich

## 1.2 Opioid-Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung ist in Österreich durch ein **hohes Ausmaß an Bürokratie** gekennzeichnet. Nach Ansicht mancher Expertinnen und Experten ist dies sachlich nicht erforderlich, wirkt stigmatisierend und erhöht die Qualität der Behandlung nicht. Andere wiederum sehen die bürokratischen Erfordernisse als Notwendigkeit an, um das Abzweigen von Substitutionsdrogen für den Schwarzmarkt und andere negative Entwicklungen zu verhindern.

Zur Aufrechterhaltung der Opioid-Substitutionsbehandlung unter gleichzeitiger Einhaltung der COVID-19-bezogenen Ausgangs- und Kontakteinschränkungen wurde im März 2020 im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes u. a. das SMG – und in weiterer Folge die Suchtgiftverordnung (SV) – zeitlich befristet geändert. Die Änderungen bewirkten **bürokratische Erleichterungen**, nämlich den Entfall der amtsärztlichen Vidierungspflicht in bestimmten Fällen und eine erleichterte Handhabung von Substitutionsdauerverschreibungen. Des Weiteren wurde durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verschreibungen suchtmittelhaltiger Arzneimittel per E-Mail oder Fax an Apotheken zu übermitteln.

Auch in Bezug auf Behandlungsmodalitäten erweisen sich relativ starre Regeln und Auflagen im Rahmen der Substitutionsbehandlung für manche Klientinnen und Klienten als problematisch, weil

sie diese aufgrund ihrer Lebenssituation nicht einhalten können und **individuell abgestimmte, flexiblere Behandlungslösungen** benötigen. Starre Regeln und Auflagen erschweren den Zugang und Verbleib in der Behandlung und beeinflussen den Behandlungserfolg negativ.

Für manche Substitutionsmedikamente (z. B. Buprenorphin) werden aktuell die Kosten von den Krankenkassen nicht erstattet, obwohl ihr Einsatz aus therapeutischer Sicht vielfach als sinnvoll erachtet wird.

Da **intravenöser (i. v.) Konsum** im Zuge der Substitutionsbehandlung aktuell nicht vorgesehen ist, ist es für Betroffene schwer, den nach wie vor bestehenden i. v. Konsum mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten offen zu besprechen. Die i. v. Verwendung von Schwarzmarktdrogen oder von Substitutionsmedikamenten, die nicht für den i. v. Konsum geeignet sind, begünstigt körperliche Folgeschäden (Oviedo-Joekes et al. 2008). Aus diesem Grund sprechen sich einige Behandler:innen für die Behandlung mit Diamorphin oder anderen i. v. applizierbaren Opioiden in einer sicheren Umgebung für i. v. Konsum aus (vgl. Kapitel 9.4). Diese erwarten sich davon eine gesundheitliche sowie soziale Stabilisierung der Betroffenen, eine Verminderung mittelbarer und unmittelbarer Konsumfolgen und eine verbesserte Möglichkeit, innerhalb der Substitutionstherapie offen über das Konsumverhalten reden zu können.

Gemäß der Behandlungsleitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ (ÖGABS/ÖGAM/ÖGKJP/ÖGPP 2017) soll die **Auswahl des Substitutionsmittels** (z. B. Buprenorphin, Methadon, Morphin in Retardform) medizinisch begründet erfolgen. Dennoch zeigt sich, dass die Verschreibung der zur Verfügung stehenden Medikamente regional sehr unterschiedlich ausfällt (Busch et al. 2022). Dies ist ein Indikator dafür, dass es mehr von der Region als von den individuellen Bedürfnissen der Person abhängt, welches Medikament verschrieben wird. Zudem kam es 2021 zeitweise zu Versorgungsengpässen bei Substitol.

Im Zuge der Substitutionstherapie im niedergelassenen Bereich liegt aus Sicht einiger Expertinnen und Experten der Fokus häufig primär auf der Substitutionsbehandlung und **andere medizinische oder nicht medizinische Bedürfnisse** finden zu wenig Beachtung. Bestimmte Patientengruppen (z. B. Jugendliche, Schwangere, Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Grunderkrankungen oder psychosozialen Multiproblemlagen) sollten laut Ansicht mancher Expertinnen und Experten auf jeden Fall in Einrichtungen der Suchthilfe betreut werden, da das dortige multiprofessionelle Angebot eine bessere Versorgung ermöglicht als im niedergelassenen Bereich.

Bestimmte Fragen, etwa wie lange eine Opioid-Substitutionsbehandlung dauern soll, wann ein Versuch einer abstinenzorientierten Therapie Sinn ergibt und welche nicht medikamentösen Maßnahmen (z. B. Körperarbeit, Yoga) sinnvoll sind, wurden seit Beginn der professionellen Suchtbehandlung immer wieder **kontroversiell diskutiert**. Noch immer gibt es dazu in vielen Bereichen unterschiedliche Positionen. Derzeit wird in Österreich ein Großteil der substituierten Personen sehr lange, zum Teil über mehrere Jahrzehnte, behandelt. Über die Lebenssituation und Bedürfnisse dieser Klientinnen und Klienten gibt es nur wenig systematische Information. Dies wird auch im Hinblick auf einen etwaigen Pflegebedarf dieser **alternden Kohorte** von immer größerer Relevanz.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Verfügbarkeit von substituierenden Ärztinnen und Ärzten. Obwohl deren Zahl im letzten Jahrzehnt insgesamt leicht angestiegen ist (Anzenberger et al. 2021), droht laut Fachleuten in den nächsten Jahren ein erheblicher Engpass, da immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, Substitutionsbehandlungen anzubieten. Gleichzeitig treten viele bestehende Substitutionsärztinnen und -ärzte die Pension an. Das betrifft Allgemeinmediziner:innen und Psychiater:innen sowohl in freier Praxis als auch in den psychosozialen Diensten und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Daraus resultiert ein **zunehmender Mangel an Substitutionsärztinnen und -ärzten** in Österreich. In der Folge ergibt sich in manchen Regionen eine Verschlechterung der Versorgungslage für Personen, die einer Opioid-Substitutionsbehandlung bedürfen.

**Speziell zu Jugendlichen** (10–24 Jahre) wurden aktuell im Rahmen eines internationalen Delphi-Prozesses 60 Stellungnahmen erarbeitet (Krausz et al. 2022), die einen Expertenkonsens für die Prävention von Überdosierung sowie die Behandlung und den Umgang mit hochriskantem Substanzkonsum bei dieser Zielgruppe darstellen.

### Empfehlungen

- a. Erhöhung der Klientenfreundlichkeit durch Beibehaltung der im Zuge der COVID-19-Pandemie durchgeführten bürokratischen Erleichterungen bzw. Einführung der Opioid-Substitutionsbehandlung auf e-Rezept (nach dem Prinzip „Das Rezept und nicht der:die Patient:in wandert“)
- b. Möglichkeit zur Ausstellung eines Dauerrezeptes mit längerer Laufzeit (z. B. drei Monate) für Klientinnen und Klienten, bei denen eine missbräuchliche Verwendung unwahrscheinlich erscheint
- c. Aufstockung von Zeit- und Personalressourcen durch eine höhere Bezahlung der Leistungen in der Substitutionsbehandlung, um eine individuelle Behandlung zu ermöglichen (Apotheken, Ärztinnen und Ärzte, Substitutionsstellen)
- d. Erarbeitung eines Prozederes, welches eine bedarfsgerechte Behandlung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie eine entsprechende Wahl des Substitutionsmittels ermöglicht
- e. Erweiterung des Angebots im Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung um die intravenöse Applikationsform (z. B. für Diamorphin, Morphin, Hydromorphon)
- f. Kostenübernahme der Behandlung mit Buvidal durch Krankenkassen bei der Weiterverschreibung (z. B. nach Haftentlassung) oder Erstverordnung
- g. Verstärkte Berücksichtigung auch anderer medizinischer oder nicht medizinischer Unterstützungsbedarfe im Zuge der Versorgung von Menschen in Substitutionsbehandlung
- h. Erarbeitung klarer Indikationsstellungen, wann ein Versuch einer abstinenzorientierten Therapie (bei Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung) Erfolg versprechend ist und wann nicht. Die Umstellung auf andere Medikamente oder der Umstieg auf eine abstinenzorientierte Behandlung muss in enger Absprache mit den Patientinnen und Patienten erfolgen, um eine Abdrängung in den Schwarzmarkt zu vermeiden.
- i. Förderung wissenschaftlicher Studien zur Fragestellung, ob das bestehende Betreuungssystem den Bedürfnissen der in Opioid-Substitution alternden Klientinnen und Klienten gerecht wird und wo es Anpassungen bzw. neuer Angebote bedarf

- j. Schaffung von Anreizen (z. B. über Ärztefortbildungen und bessere Vergütung) für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Suchtambulanzen und Primärversorgungseinheiten, um das langfristige Angebot der Substitutionsbehandlung sicherzustellen
- k. Vereinfachung der Substitutionsausbildung für Psychiater:innen, da derzeit Suchtbehandlung Teil der Facharztausbildung ist und im Substitutionscurriculum erneut belegt werden muss
- l. Einbindung von Suchthilfeeinrichtungen in das Ausbildungscurriculum für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- m. Definition von Kriterien für Patientinnen und Patienten, die – unter Wahrung der freien Wahl der Behandlerin bzw. des Behandlers und unter Berücksichtigung vorhandener Versorgungsangebote – aufgrund ihres Betreuungsbedarfs besser in multiprofessionellen Suchthilfeeinrichtungen als im niedergelassenen Bereich versorgt werden sollen
- n. Adaption der Richtlinien zur Substitutionsbehandlung von Minderjährigen entsprechend aktuellen internationalen Standards (z. B. Krausz et al. 2022), die im Einklang mit Grundprinzipien der Suchtbehandlung in Österreich stehen (z. B. niederschwellig und bedarfsorientiert; vgl. BMG 2015)
- o. verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, speziell an politische Entscheidungsträger:innen gerichtet, um die negativen Auswirkungen eines (Fach-)Ärztlemangels in der Substitutionsbehandlung bewusst zu machen und entsprechende Initiativen gegen diese Situation anzuregen
- p. Erstellen von Plänen/Konzepten für den Umgang mit Engpässen bei einzelnen Substitutionsmitteln in der Versorgung (z. B. Zulassung mehrerer Medikamente mit demselben Wirkstoff von verschiedenen Firmen als Alternativmöglichkeit)

## 1.3 Cannabis

Der Konsum von Cannabis ist in Österreich weit verbreitet. Laut aktuellen Befragungsdaten wird geschätzt, dass ein Drittel bis die Hälfte der Österreicher:innen bereits einmal Cannabis konsumiert hat, und drei Prozent der Österreicher:innen geben an, im Monat vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben (Strizek et al. 2021a). Gleichzeitig gehen Expertinnen und Experten davon aus, dass fundiertes Wissen über die gesundheitlichen Aspekte des Cannabiskonsums in großen Teilen der Bevölkerung fehlt, wobei bei manchen Bevölkerungsgruppen eine starke Überschätzung und bei anderen eine starke Unterschätzung des Problempotenzials anzunehmen ist. Aktuell ist auch zu beobachten, dass hochpotentes bzw. mit anderen Substanzen (z. B. synthetischen Cannabinoiden) versetztes Cannabis vertrieben wird (Busch et al. 2022), dessen Konsum hohe Gesundheitsrisiken mit sich bringt. Aus Sicht von Behandlungs- und Beratungseinrichtungen hat die Bedeutung von Cannabis im Behandlungskontext zugenommen.

Das gesetzliche Cannabisverbot verhindert einen wirksamen Konsumentenschutz, beschränkt die Möglichkeiten der präventiven bzw. schadensminimierenden Arbeit (z. B. bereits konsumierende Jugendliche offen über Safer-Use-Strategien aufzuklären) und kann vor allem bei jugendlichen Konsumentinnen und Konsumenten zu zusätzlichen Problemen führen (z. B. in der Schule oder in der Lehrstelle). Häufig wird daher argumentiert, dass das gesetzliche Cannabiskonsumverbot unverhältnismäßig sei, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es kein vergleichbares Verbot für

den Konsum von Alkohol und Tabak oder Glücksspiel gibt. Internationale und nationale Expertinnen und Experten sprechen sich oft für eine **spezifische Regulierung von Cannabis – sowohl für den medizinisch indizierten Gebrauch als auch für den Gebrauch in der Freizeit** („recreational use“) – aus (Bonomo et al. 2019; EMCDDA 2016; van Amsterdam et al. 2015).

Als Argumente für ein reguliertes Modell werden (1) mangelnde generalpräventive Wirksamkeit des gesetzlichen Cannabisverbots, (2) Förderung der Entstigmatisierung und Entkriminalisierung, (3) Verringerung des Ressourceneinsatzes von Exekutive und Justiz, (4) Produktsicherheit (Inhaltsstoffe und Mengen) und (5) Trennung des Cannabismarkts von den Märkten für andere Drogen angeführt. Expertinnen und Experten betonen, dass im Fall einer Regulierung vor allem ein staatlich kontrolliertes Modell bzw. eine Mischform unter Ergänzung von Selbstversorgungsvarianten zu erwägen ist, da stark kommerziell bzw. ausschließlich marktwirtschaftlich ausgerichtete Modelle aus suchtpreventiver Sicht nicht empfohlen werden können.

Die medizinische Behandlung mit cannabinoidhaltigen Medikamenten (Tetrahydrocannabinol [THC], Cannabidiol [CBD]) ist aus Sicht mancher Behandler:innen dadurch erschwert, dass Behandlungsleitlinien fehlen.

### Empfehlungen

- a. verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema „Cannabis“ unter Einbeziehung unterschiedlicher Professionistinnen und Professionisten sowie Entwicklung eines Konzepts für ein mögliches reguliertes Abgabesystem sowohl für den medizinischen Gebrauch als auch für den Freizeitkonsum ab einem festgelegten Alter, basierend auf der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz, inklusive Maßnahmen zur Sicherstellung des Jugendschutzes (z. B. Testkäufe, Werbeverbote), Wirkstoffkontrollen im Sinne eines umfassenden Konsumentenschutzes, Festlegung und Umsetzung von Strafsanktionen für Verletzungen der Regelungen, Entkriminalisierung und Entpönalisierung von Konsumentinnen und Konsumenten sowie ausreichender Präventions- und Frühinterventionsangebote (z. B. Ausbau von Maßnahmen zur Förderung der Risikokompetenz bei Jugendlichen, Stärkung von Maßnahmen zur Früherkennung von Konsumproblemen bzw. Beratungs- und Unterstützungsbedarf für alle Altersgruppen sowie für problematisch Konsumierende und deren Angehörige; vgl. Weichhart/Weißensteiner 2022)
- b. Entwicklung von Behandlungsleitlinien für cannabinoidhaltige Medikamente (THC, CBD)

## 1.4 Harmonisierung der administrativen Rahmenbedingungen

Qualitätssichernde **Richtlinien** auf gesetzlicher Ebene existieren für Suchthilfeinrichtungen im Bereich illegaler Drogen in Form von § 15 SMG. Ebenso gibt es **Qualitätsstandards** z. B. für die Opioid-Substitutionsbehandlung (ÖGABS/ÖGAM/ÖGKJP/ÖGPP 2017). Für andere Suchtformen fehlen ähnliche Instrumente zum Teil noch.

Ein weiterer Punkt betrifft die **Verfügbarkeit von Daten**, v. a. in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Alkohol-, Nikotin-, Glücksspielabhängigkeit oder Gamingproblemen. In Österreich

gibt es seit vielen Jahren eine vollständige bundesweite Dokumentation der stationären (Sucht-)Behandlungen über die Diagnosen und Leistungen der Krankenanstalten, wenngleich diese nur wenige Details zu Patientinnen und Patienten erfasst. Zusätzlich gibt es die bundesweite und relativ detaillierte Behandlungsdokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI), die aktuell auf den Bereich illegaler Drogen beschränkt ist. Zurzeit gibt es Bestrebungen, auch die Behandlung von Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Glücksspielabhängigkeit bzw. Gamingproblemen in das DOKLI-Dokumentationssystem aufzunehmen, um die Möglichkeiten zur Therapieplanung und -evaluation und des Suchtmonitorings zu verbessern. Offen sind hierbei Fragen der Kompatibilität von bestehenden Dokumentationssystemen in Einrichtungen und wie Schnittstellenlösungen aussehen bzw. finanziert werden sollen. Die derzeitige Dokumentation wird außerdem teilweise als zu aufwendig und unzureichend refundiert erlebt, dennoch erlauben die Daten keine bzw. eine nur unzureichende Abbildung von Behandlungsverläufen. Dabei ist insbesondere im niederschweligen Bereich die Gewährleistung von Anonymität zu berücksichtigen und es sind allgemein Datenschutzfragen zu klären.

### **Empfehlungen**

- a. Schaffung einheitlicher Richtlinien bzw. Qualitätsstandards für die Behandlung aller Suchtformen (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, Medikamente, Glücksspiel, Gaming usw.)
- b. Aufbau und rasche Umsetzung eines verlässlichen bundesweiten Dokumentationssystems, das auch Behandlungen aufgrund von Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Glücksspielabhängigkeit bzw. Gamingproblemen einbezieht
- c. verpflichtende Teilnahme aller Behandlungseinrichtungen am Dokumentationssystem einschließlich der Finanzierung der sich aus dem zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen ergebenden Mehrkosten durch die Sozialversicherungsträger bzw. Länder
- d. Entwicklung von Schnittstellenlösungen zur DOKLI-Einbindung von bestehenden Dokumentationssystemen in Behandlungseinrichtungen einschließlich der Klärung der Finanzierung
- e. Evaluation von Möglichkeiten zur Reduktion des Dokumentationsaufwands bei DOKLI bzw. die Möglichkeit, Behandlungsverläufe abbilden zu können

## **1.5 Berücksichtigung von Erfahrungsexpertise bei der Planung und Gestaltung von Interventionen**

Menschen, die eine psychische Erkrankung erlebt und bewältigt haben und ihre Erfahrungen an andere weitergeben, werden im psychosozialen Bereich als „Erfahrungsexpertinnen bzw. -experten“ oder „Peers“ bezeichnet. Erfahrungsexpertise kann die Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wesentlich verbessern und ist daher einer Forderung internationaler und nationaler Strategiepapiere (z. B. BMASGK 2018). In Österreich ist eine Ausweitung der Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten anzustreben, um internationalen Standards in diesem Kontext zu entsprechen (Vernetzungsplattform 2021).

Ein zentrales Anliegen von Erfahrungsexpertinnen und -experten ist der Abbau von Stereotypen und Vorurteilen sowie die Förderung von gesellschaftlicher Inklusion von Menschen mit Suchterkrankungen im Speziellen, aber auch von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Allgemeinen.

Im Rahmen der diesem Positionspapier zugrunde liegenden Delphi-Studie wurden auch von Erfahrungsexpertinnen und -experten Problemlagen beschrieben und Verbesserungsvorschläge gemacht. Von Erfahrungsexpertinnen und -experten wird z. B. kritisch bewertet, dass in der Suchtbehandlung medikamentösen Therapien ein sehr hoher Stellenwert zukommt, während im Vergleich dazu z. B. körperbezogene Ansätze (wie etwa Yoga) oder Gesprächstherapien vernachlässigt werden. Weitere Kritikpunkte sind z. B. die nicht ausreichende Kennzeichnung von Alkohol in Lebensmitteln oder Produkten wie Mundwasser. Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen von Erfahrungsexpertinnen und -experten sowie Professionistinnen und Professionisten verdeutlichen, dass Letztere bei der Planung und Gestaltung von Interventionen von der Expertise der Erfahrungsexpertinnen und -experten profitieren können.

### **Empfehlungen**

- a. Erarbeitung eines Konzepts zur Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten in die (Planung der) Suchtarbeit und Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und -experten sowie Angehörigen in die Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung sowie in alle Gremien und Beiräte zur Vernetzung und Koordination einer bedarfsgerechten Suchtarbeit
- b. verstärkte Implementierung von Trialogen (vgl. auch Kapitel 8.1) ins Suchthilfesystem unter Einbeziehung von Professionistinnen und Professionisten, Betroffenen und Angehörigen (dort, wo möglich, umsetzbar und von Betroffenen erwünscht)
- c. Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen zum Thema „Mental Health / psychische Gesundheit“ in Form von inklusiver Bildung bereits ab der Volksschule und Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts durch Forschungseinrichtungen in Zusammenarbeit mit Erfahrungsexpertinnen und -experten

## 2 Finanzierung

### 2.1 Finanzierung von Behandlungs- und Beratungsangeboten sowie Forschung im Bereich Glücksspiel

Speziell bei Glücksspielsucht ist eine bedarfsgerechte Finanzierung spezialisierter Behandlungsangebote nicht gegeben bzw. ist die Höhe der **öffentlichen Förderungen** nicht bedarfsdeckend. Teilweise wird das Beratungs- und Behandlungsangebot durch die **Glücksspielindustrie** (mit-)finanziert. Dies ist jedoch eine freiwillige Leistung der Glücksspielanbieter ohne gesetzliche Verankerung; es begünstigt ein finanzielles Abhängigkeitsverhältnis zwischen Behandlerinnen bzw. Behandlern und der Glücksspielindustrie und gefährdet die Kontinuität einschlägiger Behandlungsangebote. Manche Fachleute sind besorgt über den daraus resultierenden Einfluss der Glücksspielindustrie auf gesundheitspolitische Entscheidungen. Konkrete Zielsetzungen zur Finanzierung von Prävention, Spielerschutz sowie Beratung und Behandlung wurden auch bereits in einem Positionspapier der ARGE Suchtvorbeugung (2020) formuliert.

#### Empfehlungen<sup>3</sup>

- a. Sicherung eines kostenfreien, niederschweligen und kontinuierlichen Zugangs zu einschlägigen Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten für problematische Spieler:innen und Glücksspielabhängige sowie deren Angehörige
- b. Sicherstellung von nachhaltiger Finanzierung und Planungssicherheit durch eine bedarfsgerechte öffentliche Finanzierung spezialisierter Behandlungsangebote für Glücksspielabhängige durch Träger des Sozial- und Gesundheitssystems bzw. gesetzliche Regelung für etwaige Zuwendungen von Glücksspielanbietern an Behandlungseinrichtungen (z. B. steuerliche Zweckbindung von Einnahmen aus der Glücksspielsteuer für Prävention, Beratung und Behandlung von Glücksspielabhängigkeit)
- c. Beseitigung des Konflikts durch die Beschränkung des Glücksspiels aus gesundheitspolitischen Überlegungen und die Förderung des Glücksspiels aus fiskalpolitischen Überlegungen, indem Strukturen zur Finanzierung von Forschung und Spielerschutz aus dem Finanzministerium ins Gesundheitsressort verlegt werden

### 2.2 Allgemeine Finanzierungsstruktur für Suchthilfeangebote

Die Finanzierung von Suchthilfeangeboten ist in **unterschiedlichen Ressorts** (Gesundheit, Soziales, Justiz) verankert, was deren Planung erheblich erschwert. Beispielsweise besteht eine anhaltende

---

3

Teilweise wurden Zielsetzungen aus dem Positionspapier der ARGE Suchtvorbeugung (2020) zum Thema „Glücksspiel und Sportwetten“ übernommen.

Unsicherheit, wer die Behandlungskosten für Personen mit einer Weisung nach § 39 SMG zu übernehmen hat. Allgemein sind alle durch Bundesbehörden angewiesenen Behandlungen/Maßnahmen unklar in deren Abrechnungsmodalität, wenn keine Pauschalverträge mit dem Justizministerium bestehen. Dies betrifft auch nicht dem SMG unterliegende Leistungen, z. B. eine Weisung in Zusammenhang mit einer bedingten Entlassung, die Maßnahmen zur Alkoholbehandlung beinhaltet. Hier erschweren in erster Linie Kompetenzkonflikte zwischen Bund und Ländern die Abrechnung der Behandlungskosten.

### Empfehlungen

- a. Finanzierung der Angebote der Suchthilfe aus einer Quelle, unabhängig von den Rahmenbedingungen (freiwillige Behandlung oder Behandlung auf Weisung der Justiz als gesundheitsbezogene Maßnahme), um Behandlungsstrukturen besser planen zu können und Kompetenzkonflikte im Hinblick auf die Finanzierung zu vermeiden
- b. falls weiterhin unterschiedliche Strukturen für die Finanzierung aufkommen: klare Regelung, wer welche Kosten übernimmt, damit Behandlungseinrichtungen und Betroffene nicht „zwischen den Stühlen“ (Bund, Länder, Sozialversicherung, Pensionsversicherung) zu sitzen kommen (vgl. auch Kapitel 4)

## 2.3 Kassenfinanzierte psychotherapeutische und klinisch-psychologische Angebote

Derzeit besteht ein Mangel an niederschwelligem, kassenfinanziertem Zugang zu Psychotherapie. Lange Wartezeiten auf **leistbare Psychotherapieplätze** sind die Folge. Verschärft wird die Problematik für Menschen mit gewissen Suchterkrankungen dadurch, dass nicht alle Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit diesen arbeiten, was unter anderem auf **Abrechnungsmodalitäten** (z. B. Befürchtung, dass Patientinnen und Patienten Termine häufiger nicht einhalten und dies zu Einkommensverlusten führt) oder auch auf eine **fehlende Suchtexpertise** von niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten zurückzuführen ist.

Auch für Angebote von Klinischen und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen im niedergelassenen Bereich fehlt derzeit weitgehend eine kassenbasierte Finanzierung.

Bei der Gestaltung von psychotherapeutischen Angeboten ist auf einen möglichst niederschweligen Zugang zu achten (vgl. dazu die Empfehlungen zu Jugendlichen in Kapitel 4.5 und zu Menschen mit Migrationshintergrund in Kapitel 7.3). Suchtkranke Menschen brauchen häufig Interdisziplinarität in ihrer Behandlung/Betreuung, was im niedergelassenen Bereich häufig nicht geleistet werden kann bzw. Zusatzqualifikationen erfordert. Ergänzend zu den Angeboten von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen sehen Expertinnen und Experten Bedarf an mehr Psychotherapie eingebettet in multiprofessionelle Teams von Suchtberatungs- bzw. -behandlungseinrichtungen, da hier vielfältigere und flexiblere Interventionsmöglichkeiten als in einer Einzelpraxis möglich sind.

### Empfehlungen

- a. Implementierung von suchtspezifischen Inhalten in Ausbildungscurricula (z. B. Psychotherapieausbildung) und Ausbau von attraktiven Weiterbildungsmöglichkeiten und Zusatzqualifikationen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie andere Berufsgruppen (z. B. Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie), damit sich diese eine Suchtexpertise aneignen können
- b. Ausbau von Kassenplätzen für zu Suchtproblemen qualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und eine bessere Kommunikation über freie Kontingente
- c. Schaffung von kassenfinanzierten, suchtspezifischen Behandlungsplätzen für niedergelassene Klinische Psychologinnen und Psychologen bzw. für Beratung und Betreuung durch Gesundheitspsychologinnen und -psychologen
- d. Ausbau von kassenfinanzierten Kontingenten für ambulante Suchtberatungs- und -behandlungseinrichtungen unter Berücksichtigung von Empfehlungen zu einer einheitlichen Finanzierungsstruktur (vgl. Kapitel 2.2) und einer bedarfsorientierten Versorgung am Best Point of Service (vgl. Kapitel 4.1)

## 2.4 Behandlung bei fehlender Krankenversicherung

Prinzipiell haben alle Personen mit geregelter Aufenthaltsstatus in Österreich im Bedarfsfall Anspruch auf Sozialleistungen und sind dadurch auch krankenversichert. In der Praxis sind manche Anspruchsberechtigte trotzdem nicht krankenversichert, weil sie **psychisch oder sozial nicht in der Lage** sind, diese Ansprüche geltend zu machen. In Krankenhäusern und bei der Suchthilfe gibt es Sozialarbeiter:innen, die für diese Personen Ansprüche in der Regel relativ rasch geltend machen können; es werden jedoch nicht alle Betroffenen erreicht. Aus diesem Grund werden mitunter Behandlungskosten in Rechnung gestellt, die bei mittellosen Personen in der Regel nicht eintreibbar sind und nachgesehen werden müssen.

Es gibt aber auch Menschen, die **keinen Anspruch auf Krankenversicherung** haben (z. B. Geflüchtete ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Österreich). Für diese Personen ist es besonders schwierig, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Manche Suchthilfeeinrichtungen haben zwar Kontingente für nicht versicherte Personen, diese sind jedoch zahlenmäßig stark beschränkt. Aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe wird eine signifikante Lücke in der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung mit Alkoholsucht berichtet.

### Empfehlungen

- a. Regelung, dass Menschen mit Suchterkrankungen, die grundsätzlich einen Anspruch auf Krankenversicherung hätten, wie Krankenversicherte zu behandeln sind, auch wenn sie diesen Anspruch nicht geltend gemacht haben
- b. Schaffung der Möglichkeit, den Anspruch auf Krankenversicherung auch im Nachhinein geltend zu machen

- c. Finanzierung notwendiger Behandlungen (wie Opioid-Substitutionsbehandlung, Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung, aber auch Raucherentwöhnung, Psychotherapie oder Pflege) mit Weitervermittlung an die Sozialarbeit grundsätzlich auch für suchtkranke Personen, die keinen Anspruch auf Krankenversicherung haben
- d. Vereinfachung der Beantragung des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts bei den Sozialversicherungsträgern

## 3 Einstieg in die Suchthilfe

### 3.1 Kontaktaufnahme

Problematisch konsumierende Personen beginnen Beratungs- und Behandlungsangebote oft erst dann, wenn ihr Konsum in einem bestimmten Kontext (z. B. Justiz, Schule, Arbeit) ernste Probleme verursacht, körperliche Folgen des Konsums spürbar werden und sie deswegen aktiv Hilfe suchen oder wenn weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden. Es fehlt laut Fachleuten jedoch an niederschweligen aufsuchenden Angeboten für Personen, die in einem riskanten bis problematischen Ausmaß konsumieren, aber **noch nicht „aufgefallen“** oder zur persönlichen Kontaktaufnahme **noch nicht bereit** sind.

Speziell im ländlichen Raum spielt das Vereinswesen eine wichtige Rolle. In diesem Kontext bereitgestellte Informationen zu Unterstützungsangeboten können gegebenenfalls den Zugang zum Suchthilfesystem erleichtern.

Für manche dieser Personengruppen (Betroffene und Angehörige) ist es leichter, wenn der Erstkontakt online erfolgen kann. In diesem Sinne könnte die Beibehaltung der im Zuge der Pandemie gesteigerten Flexibilität in der Möglichkeit zur Kontaktaufnahme für manche Personen längerfristig von Vorteil sein.

Bei Menschen mit Glücksspielproblemen bzw. einer Glücksspielsucht führen Situationen wie z. B. das Aufdecken von glücksspielbezogenen Straftaten oder das Aufgegriffenwerden in illegalen Spiellokalen durch die Finanzpolizei zu **krisehaften und suizidalen Zuspitzungen**. In diesen Fällen fehlen jederzeit leicht erreichbare Anlaufstellen, um die Zuspitzungen abzufangen und Betroffene an andere Unterstützungsangebote zu überweisen.

Informationen über **Glücksspielsucht und deren Behandlung** auf Behördenseiten oder aufseiten der Behandlungseinrichtungen werden von Betroffenen oftmals als sehr hochschwierig wahrgenommen und sind nicht einfach zu bekommen.

Weitere Empfehlungen mit Bezug zum Einstieg in das Suchthilfesystem finden sich in Kapitel 7.5 (Berufstätige und in Ausbildung befindliche Menschen mit Suchterkrankungen), in Kapitel 10.2 (Tagesstruktur und arbeitsintegrative Maßnahmen) sowie in Kapitel 7.6 (Jugendliche und junge Erwachsene).

#### Empfehlungen

- a. Ausbau von lebensweltnahen Ansätzen (offener Jugendarbeit und aufsuchender Jugendarbeit), die einen niederschweligen Einstieg in die Suchthilfe ermöglichen
- b. bessere Verschränkung von Angeboten der indizierten Präventionsarbeit und jenen von Suchthilfeeinrichtungen

- c. Ausbau, Weiterentwicklung und Diversifizierung von niederschweligen Möglichkeiten für den Erstkontakt mit Beratungs- und Behandlungseinrichtungen über interaktive digitale Kommunikationswege (z. B. Chats oder in die Lebenswelt integrierte Onlinekommunikation)
- d. Einrichtung einer bundesweiten, 24 Stunden pro Tag besetzten Hotline für psychosoziale Ersthilfe, die breit und einfach kommuniziert wird
- e. Ausbau und verstärkte Bewerbung von niederschweligen, unabhängigen Informations- und Beratungsplattformen für Glücksspielsucht und verwandte Bereiche (z. B. Sportwetten, Spekulationen) sowie Alkohol (analog zu Rauchfreitelefon)
- f. stärkere Einbeziehung von Vereinen im ländlichen Raum, um Wissen über Unterstützungsangebote zu vergrößern

## 3.2 Kontingente, Wartezeiten und Ausschlussgründe

In manchen Regionen kommt es – u. a. durch Kontingentierung bzw. eine regionale Zuteilung von Behandlungsplätzen, aber auch durch einen Mangel an versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzten – zeitweise zu **langen Wartezeiten** z. B. auf Psychotherapieplätze, Entzugsplätze im Krankenhaus sowie auf einen stationären Langzeittherapieplatz. Dadurch sinkt die Motivation mancher Klientinnen und Klienten und es kommt letztlich kein Behandlungsbeginn zustande.

Die Versorgungsstrukturen variieren speziell im extramuralen Bereich (z. B. Suchtberatung, -ambulanzen) je nach Bundesland enorm, da hier kein entsprechender Versorgungsschlüssel (Fachkräfte pro Einwohner:innen) Anwendung findet. Bei der Planung anhand von Versorgungsschlüsseln ist zu berücksichtigen, dass einerseits Bedarfslagen regional unterschiedlich sind und andererseits ländliche Regionen zunehmend ausdünnen und hier eine schwindende Infrastruktur und Abwanderung in einer Wechselwirkung stehen. Neben der Bevölkerungszahl sind auch andere Parameter zu berücksichtigen (z. B. Altersstruktur), die die Nachfrage von Suchtbehandlung beeinflussen.

Ebenso sind manche Behandlungen an Bedingungen (z. B. Abstinenz als Therapieziel, Ausschluss bestimmter psychiatrischer Diagnosen) geknüpft, wodurch manche Zielgruppen **systematisch ausgeschlossen** werden und in ihren Möglichkeiten zur Inanspruchnahme einer Behandlung eingeschränkt sind. Es gibt laut Fachleuten zu wenige Angebote für Personen mit psychiatrischen Komorbiditäten sowie ein Mangel an Möglichkeiten, kontrollierten Konsum als Therapieziel zu wählen<sup>4</sup>. Bei Menschen, die bereits mehrere stationäre Suchtbehandlungen oder Behandlungsabbrüche gehabt haben, können Einrichtungen bei der Aufnahme zurückhaltend sein. Auch private Unvereinbarkeiten mit einer stationären Therapie (z. B. der Wunsch, Tiere mitzunehmen) können zur Nichtinanspruchnahme von Behandlungsangeboten führen.

---

4

Als Positivbeispiel bietet das neunerhaus Gesundheitszentrum in Wien derzeit Menschen, die wohnungslos, obdachlos und nicht versichert sind, Unterstützung im Rahmen des Ansatzes „kontrolliertes Trinken“ niederschwellig und im Einzelsetting an.

### Empfehlungen

- a. Ausbau von Behandlungsangeboten, bei denen aktuell lange Wartezeiten und Kontingentierungen bestehen
- b. Schaffung von zusätzlichen spezialisierten Suchtambulatorien bzw. Schwerpunktambulanzen (inklusive psychiatrischer Kompetenz) zur Verbesserung der suchtmmedizinischen Versorgung überall dort, wo die Ausstattung noch unzureichend ist
- c. Aufhebung von bestehenden Kontingentierungen nach Bundesland
- d. Planung von Angeboten der extramuralen Suchthilfe (z. B. Suchtberatung, -ambulanzen) anhand von Versorgungsschlüsseln
- e. Ausweitung von niederschweligen Therapieangeboten inklusive Therapieangeboten mit dem Ziel „kontrollierter Konsum“ bzw. für Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung sowie für Personen mit psychiatrischen Komorbiditäten
- f. Flexibilisierung von ambulanten und stationären Therapieangeboten im Sinne der individuellen, bedarfsorientierten und zieloffenen Suchtarbeit (z. B. Möglichkeit des Wechsels von abstinenzorientierter Therapie zur Substitutionstherapie ohne Therapieplatzwechsel)

## 3.3 Hausärztinnen und -ärzte

Niedergelassene Allgemeinmediziner:innen haben aufgrund ihrer Stellung in der medizinischen Primärversorgung einen guten **Zugang zur Bevölkerung** und damit auch zu Suchtgefährdeten und Menschen mit Suchterkrankungen, die noch keine spezialisierte Hilfe in Anspruch nehmen. In dieser Funktion können sie erheblich zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Eine besondere Rolle kommt Hausärztinnen und -ärzten im Rahmen der integrierten Versorgung zu (vgl. Kapitel 4). So besteht z. B. in Vorarlberg eine Verpflichtung für Primärversorgungseinheiten, Kooperationen mit Suchtberatungseinrichtungen einzugehen.

Gleichzeitig tragen Hausärztinnen und -ärzte Verantwortung für einen kompetenten und vorsichtigen Umgang mit der **Verschreibung von Medikamenten** (z. B. Psychopharmaka), um das Auftreten iatrogenen Medikamentenabhängigkeiten zu verhindern. In manchen Regionen ist derzeit keine flächendeckende Versorgung durch Hausärztinnen und -ärzte gegeben.

### Empfehlungen

- a. Ausbau von Fortbildungen und Gatekeeper-Schulungen für Hausärztinnen und -ärzte zu Themen wie „Hausärztliche Frühintervention“, „Zuweisung zu psychosozialen, psychiatrischen und suchtspezifischen Angeboten“, „Verschreibung von Benzodiazepinen und wissenschaftlich anerkannten nicht medikamentösen Interventionsmöglichkeiten bei Krisen“

- b. stärkere Einbindung des niedergelassenen ärztlichen Bereichs in die Versorgungsplanung als erste Anlaufstelle für Betroffene und zur Früherkennung (z. B. durch einen indizierten Einsatz entsprechender Screening-Tools wie des CAGE<sup>5</sup>-Tests oder durch Formen von Motivational Interviewing) und Nachbetreuung (vgl. auch Kapitel 4)
- c. Schaffung von angemessenen finanziellen Anreizen, um Versorgungslücken durch niedergelassene Allgemeinmediziner:innen zu reduzieren und die Berufsgruppe wie oben beschrieben einbinden zu können

---

5

Der CAGE-Fragebogen, dessen Name ein Akronym seiner vier Fragen ist (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener), ist ein weit verbreiteter Screening-Test für problematisches Trinken und potenzielle Alkoholprobleme

## 4 Integrierte Versorgung

### 4.1 Merkmale eines integrierten Betreuungssystems für Personen mit Suchterkrankungen

In letzter Zeit gibt es unter dem Schlagwort „integrierte Versorgung“ verstärkte Bestrebungen, die Zuordnung zu geeigneten Betreuungsplätzen für Menschen mit Suchterkrankungen zu optimieren. Dabei werden für jede Person **optimale Betreuungsangebote** gesucht (Best Point of Service), wobei unterschiedliche, teilweise bereits bestehende Angebote aus dem Gesundheits- und Sozialbereich aufeinander abgestimmt und kostenträgerübergreifend finanziert und implementiert werden (vgl. Kapitel 2). Von manchen Expertinnen und Experten werden Bedenken geäußert, dass eine zentrale Clearingstelle eine zu hohe Schwelle beim Zugang zur Behandlung darstellen kann. Andere befürchten, dass so unnötige Parallelstrukturen zu bestehenden psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangeboten geschaffen werden könnten. In diesem Sinne sind u. a. folgende Punkte wichtig:

#### Empfehlungen

- a. Erarbeitung eines bundeseinheitlichen Konzepts für integrierte Versorgung im Suchtbereich unter Einbindung aller relevanter Stakeholder und unter Berücksichtigung der nachfolgenden Empfehlungen bzw. der Empfehlungen in den anderen Abschnitten dieses Kapitels
- b. Integration von suchtkranken Personen jeglichen Alters in bestehende regionale Versorgungssysteme, Vermeidung von „Parallelsystemen“ durch stärkere Öffnung der Regelversorgung für Personen mit einer oder mehreren Suchterkrankungen
- c. Etablierung bedarfsorientierter Betreuungspläne, die sich an der Suchtform, am Schweregrad der Erkrankung, an der zu erzielenden Wirkung der Maßnahmen und an den Bedürfnissen, Lebensrealitäten und Ressourcen der Klientinnen und Klienten orientieren, als Basis für Behandlungsvorschläge und Entscheidungsprozesse
- d. bessere Verknüpfung unterschiedlicher Dienste zur Unterstützung vulnerabler Personengruppen, sowohl auf strategischer als auch auf finanzieller Ebene, um Versorgungslücken zu vermeiden
- e. Schaffung einheitlicher Qualitätsstandards für die multiprofessionelle Leistungserbringung
- f. einheitliche Behandlungsdokumentation für alle Suchtformen
- g. Wahrung der Niederschwelligkeit und einer dafür erforderlichen Flexibilität in Beratungs-, Clearing- und Betreuungsprozessen

### 4.2 Vernetzung und Schnittstellenmanagement

In manchen Regionen wird ein Schnittstellenmanagement durch psychosoziale Dienste abgedeckt. Verbindungsdienste bzw. Liaisondienste ermöglichen zudem den **Austausch von aktuellen Informationen** (z. B. zu Therapiemöglichkeiten) und bieten in Einrichtungen außerhalb der Suchthilfe **fachliche Unterstützung** bei Suchtthemen (z. B. in Form von Fallbesprechungen). Sie betreuen

Menschen mit Suchterkrankungen während und nach dem Aufenthalt im Krankenhaus und fungieren als **Mittler und Schnittstelle** zwischen dem Spitalswesen und der Drogenhilfe sowie dem sozialen Hilffsystem. Im Glücksspielbereich haben sich Kooperationen zwischen Spielsuchteinrichtungen und Schuldnerberatungen als notwendig erwiesen, diese sind jedoch nicht in allen Bundesländern flächendeckend umgesetzt.

Ähnliche Schnittstellen fehlen in bestimmten Regionen, Versorgungsbereichen (z. B. Versorgung nach Behandlungen in Abteilungen der Inneren Medizin) oder für bestimmte Zielgruppen (z. B. um die Kinder- und Jugendhilfe im Umgang mit Kindern aus suchtblasteten Familien oder Substanz konsumierenden Jugendlichen zu unterstützen).

#### **Empfehlungen**

- a. Ausbau von bewährten Liaison- und Verbindungsdiensten sowohl in Regionen, wo es diese noch nicht gibt, als auch in bestimmten Bereichen (z. B. Kinder- und Jugendhilfe)
- b. Ausbau der Kooperationen von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Spielsucht mit Schuldnerberatungen
- c. verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen Abteilungen der Inneren Medizin und anderen relevanten Abteilungen mit extramuralen Suchthilfeeinrichtungen (z. B. Nachsorge nach Lebertransplantationen, pneumologischen Problemen oder akuten Intoxikationen)
- d. mehr Weiterbildungsangebote zum Thema „Sucht“ für psychosoziale Dienste und Personal in psychosozialen Grundberufen (z. B. Jugendhilfe, Bezirksverwaltungsbehörden etc.)
- e. besondere Berücksichtigung dieses Teilaspekts bei einem Konzept für integrierte Versorgung (siehe Kapitel 4.1)

### **4.3 Umgang mit Multimorbidität und vulnerablen Gruppen mit multiplen Problemen**

Die Bedürfnisse von Menschen mit Suchterkrankungen können vielfältig und komplex sein und erfordern multiprofessionelle und ganzheitliche Ansätze (z. B. bei gleichzeitiger Suchterkrankung und Wohnungslosigkeit). Wenn verschiedene Bereiche und Dienste unabhängig voneinander arbeiten bzw. finanziert werden, erschwert dies den **Zugang der Betroffenen zu Unterstützungsangeboten**.

Suchtkranke Menschen mit psychischen Komorbiditäten bzw. Multimorbiditäten haben ein erhöhtes Rückfallrisiko, da Tagesstrukturen sowie gewohnte Angebote eher wegbrechen und durch ungünstige Copingstrategien ersetzt werden. Werden affektive Störungen, Belastungsstörungen oder Angsterkrankungen nicht oder nur unzureichend behandelt, wirkt sich das negativ auf den **Therapieerfolg der Suchtbehandlung** aus. Häufig lehnen Einrichtungen, die auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert sind, Klientinnen und Klienten mit zusätzlichen Krankheitsbildern ab. Dadurch wird die Zuweisung multimorbider Personen zu geeigneten Betreuungsangeboten erschwert. Je besser die Vernetzung der unterschiedlichen Angebote ist, desto leichter wird die Eingliederung bzw. Versorgung von Betroffenen. Das betrifft sowohl Personen mit psychischen und körperlichen Komorbiditäten als auch Personen mit mehreren Suchterkrankungen. Eine suchtmmedizinische und

psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Psychiater:innen ist in manchen Regionen nicht vorhanden (keine substituierenden Psychiater:innen, vgl. Kapitel 1.2).

**Sozialpsychiatrische Begleitung und Betreuung** hat zum Ziel, Menschen mit Suchterkrankungen eine verstärkte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen und Stigmatisierung entgegenzuwirken. In manchen Regionen fehlt es an mobiler sozialpsychiatrischer Begleitung und Betreuung für Menschen mit Suchterkrankungen.

### Empfehlungen

- a. bessere Zusammenarbeit und Quervernetzung zwischen Einrichtungen der Suchthilfe, der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie, der somatischen Medizin und der sozialen Unterstützung über gemeinsame Teams und verstärkte Kooperation
- b. vermehrte Implementierung von zielgruppenspezifischen Angeboten, die auf die Bedürfnisse von Personen mit multiplen Problemlagen zugeschnitten sind (z. B. spezifische Angebote für junge Abhängigkeitserkrankte mit psychiatrischer Komorbidität)
- c. Ausbau von mobilen sozialpsychiatrischen Angeboten, wo diese noch unzureichend vorhanden sind, bzw. Öffnung derselben für Menschen mit Suchterkrankungen
- d. gute Verschränkung von Suchthilfe und anderen psychosozialen Angeboten (z. B. Obdachlosenhilfe / betreutes Wohnen, Schuldnerberatung), wo das noch nicht der Fall ist
- e. Sicherstellung des niederschweligen Zugangs zu psychosozialen Dienstleistungen für Menschen mit Suchterkrankungen (Suchterkrankungen als kein Ausschlusskriterium für die Inanspruchnahme) und Integration von spezialisierten Suchthilfeangeboten in allgemein psychosoziale ambulante Zentren
- f. Verschränkung von bestehenden Suchthilfeangeboten mit neuen Angeboten wie z. B. Home Treatment<sup>6</sup> oder Social Prescribing<sup>7</sup>
- g. besondere Berücksichtigung dieses Teilaspekts bei einem Konzept für integrierte Versorgung (siehe Kapitel 4.1)

## 4.4 Dezentrale Versorgungsangebote

Stationäre und ambulante psychiatrische und suchtmmedizinische Angebote sind in manchen Bundesländern stark im urbanen Raum konzentriert. Es fehlt zudem an dezentralen psychosozialen und tagesklinischen Angeboten. In ländlichen Regionen ist dadurch die wohnortnahe Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen oft nicht gegeben oder der Zugang zur Versorgung durch

---

6

siehe dazu Schöttle et al. (2015) oder die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und des Dachverbands Gemeindepsychiatrie von 2016. Verfügbar unter: <https://www.dvgp.org/themen-engagement/ambulante-netzwerke/stellungnahme-home-treatment.html> (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)

7

<https://goeg.at/socialprescribing> (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)

lange Anfahrtswege erschwert, was durch die eingeschränkte Mobilität im Rahmen der COVID-19-Pandemie noch deutlicher geworden ist.

#### Empfehlungen

- a. Ausbau psychiatrischer und suchtspezifischer Abteilungen in mehreren Schwerpunktkrankenhäusern auch außerhalb der Landeshauptstädte
- b. bundesweiter Ausbau eines flächendeckenden niederschweligen medizinischen und psychosozialen Angebots für Personen mit Suchterkrankungen
- c. Ausbau regionaler Suchtberatungsstellen zu Ambulanzen durch Sicherstellung von deren Finanzierung und Setzen von Maßnahmen, um fehlenden ärztlichen Kapazitäten entgegenzuwirken

## 4.5 Schnittstelle Jugend- und Suchthilfe

Ähnlich wie für Drogen konsumierende Erwachsene gibt es derzeit auch für **Drogen konsumierende Jugendliche** nur sehr **begrenzte Möglichkeiten**, unkompliziert, zeitnah und anonym kostenlose Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Eine **kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung** findet derzeit nur bei einem sehr kleinen Teil jener jugendlichen Drogenkonsumierenden statt, die bereits in einer Jugend(-drogen-)beratungsstelle Hilfe in Anspruch nehmen. Zudem gelingt es Beratungseinrichtungen nur selten, Drogen konsumierende Jugendliche bzw. junge Erwachsene bei Bedarf erfolgreich an geeignete und kassenfinanzierte psychotherapeutische, klinisch-psychologische oder psychiatrische Angebote zu vermitteln. Hier bestehen einige Hürden wie eine unzureichende Finanzierung von Kassenarztstellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und unzureichende Ausbildungsanreize (vgl. dazu auch Kapitel 2.3 und Kapitel 3). In Wien wird aus diesem Grund seit 2021 „Home Treatment“<sup>8</sup> angeboten und auch in anderen Bundesländern bestehen bereits ähnliche Angebote zur Betreuung psychisch kranker Menschen zu Hause, die teilweise aber andere Namen führen.

Mobile Angebote der Jugendhilfe sowie Hebammen sind häufiger bei Familien vor Ort, benötigen aber mehr Wissen über das Thema „Sucht“, um Unterstützungsbedarf erkennen und entsprechende Hilfestellung geben zu können (z. B. Vermittlung an weiterführende Angebote).

Bei Jugendlichen können sozialpädagogische und psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote wesentlich zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung beitragen und bei Bedarf eine Begleitung in ein notwendiges psychotherapeutisches und/oder psychiatrisches Angebot ermöglichen.

---

8

<https://psd-wien.at/home-treatment>

Weitere Empfehlungen zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden sich in den Kapiteln 7 und 10.2. Zudem besteht ein Bedarf an Schulungen zu Onlineinterventionen (siehe Empfehlung c. in Kapitel 6.1) für Professionistinnen und Professionisten an der Schnittstelle Jugend- und Suchthilfe.

### **Empfehlungen**

- a. Angebot niederschwellig zugänglicher und kostenloser Angebote für Psychotherapie sowie psychologische Angebote direkt in Beratungsstellen und niederschweligen Drogeneinrichtungen, um betroffene Jugendliche an einem ihnen schon vertrauten Ort behandeln und dadurch Hemmschwellen abbauen zu können
- b. regelmäßige Sprechstunden mit Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern in einschlägigen Beratungsstellen, um einen möglichst niederschweligen Zugang zur psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche sicherzustellen
- c. Ausbau von Angeboten der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, um Jugendlichen bei Bedarf einen Einstieg in psychotherapeutische und/oder psychiatrische Angebote zu ermöglichen
- d. Stärkung von Anreizen für die Ausbildung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie verstärkte Finanzierung von Kassenarztstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- e. Implementierung von Home Treatment und verwandten Betreuungsformen in ganz Österreich unter Berücksichtigung von geeigneten Richtlinien zur Sicherstellung der Sicherheit des Personals
- f. mehr Fort- und Weiterbildungen zum Thema „Sucht“ für Mitarbeiter:innen der Jugendwohlfahrt und Hebammen sowie Schaffung von Anreizen zur Inanspruchnahme

## 5 Aus der COVID-19-Pandemie lernen

### 5.1 Potenzielle Verschiebungen im Konsum- und Nutzungsverhalten

Als Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen **psychosozialen Belastungen** werden von Behandlerinnen und Behandlern bei jungen Konsumentinnen und Konsumenten eine gestiegene Risikobereitschaft und zunehmender **Mischkonsum** von legalen, illegalen und neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) beobachtet. Die Substanzen werden auf dem Schwarzmarkt, im Internet (Clearnet und Darknet) besorgt, wobei oft die Beschaffenheit und Qualität unbekannt sind (für entsprechende Empfehlungen vgl. Kapitel 9.1).

Ein Trend in Richtung eines vermehrten Konsums von **Stimulantien** (z. B. Kokain, Methylphenidat, Amphetaminen) war schon vor der Pandemie zu beobachten. In Zusammenhang mit chronischer Fatigue (Long COVID), aber auch mit Burn-out aufgrund von Mehrfachbelastungen während der Pandemie könnte laut einiger Expertinnen und Experten der Missbrauch von Stimulantien weiter zunehmen und bedarf (weiterer) Beobachtung. Auch der Zusammenhang zwischen einer erhöhten Stressbelastung und einem vermehrten Konsum von Alkohol und Zigaretten bedarf einer weiterführenden Beobachtung. Anekdotisch wurde ein Anstieg des Gebrauchs von Benzodiazepin- bzw. **Schlaf- und Beruhigungsmitteln** seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie berichtet, ebenso ein steigender **Opiatkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen**.

Durch die Schließung von Glücksspielstätten kam es zu einer vorübergehenden Verlagerung des **Glücksspiels** auf Smartphones und PCs im privaten Bereich. Es ist zum derzeitigen Zeitpunkt noch unklar, wie sich dies langfristig auf das Glücksspiel- und Gamingverhalten auswirkt.

#### Empfehlungen

- a. mehr Forschung und Fortbildung zu pandemiebedingten Veränderungen im Konsum von legalen und illegalen Substanzen im Allgemeinen und im Speziellen zum Umgang mit Stimulantien sowie zu Fatigue und Burn-out als Begleiterkrankungen von Suchtklientinnen und Suchtklienten
- b. fortgesetzte Unterstützung und Bewerbung von niederschweligen Angeboten der Krisenintervention und Suchtprävention, um dem Missbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln entgegenzuwirken
- c. systematisches Monitoring anhand valider Indikatoren (z. B. Verschreibungszahlen, Verkaufszahlen, Bevölkerungsbefragungen oder Abwassermonitoring), um Veränderungen im Konsum psychoaktiver Medikamente (sowohl leistungssteigernder als auch beruhigender Substanzen) mit Suchtpotenzial beobachten zu können
- d. systematisches Monitoring des Glücksspielverhaltens und der problematischen Nutzung von Computerspielen und digitalen Medien

## 5.2 Pandemiebedingter Mehrbedarf

Als Folge der COVID-19-Pandemie werden mittel- und langfristige negative Folgen auf die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung erwartet, was das Risiko für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit erhöht (WHO 2020; Zolopa et al. 2021). Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (z. B. durch Verlust von Tagesstruktur, Ängste, Vereinsamung, Frustration) ebenso wie versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen machen eine Verschärfung der Situation im Bereich Sucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel. Suchtexpertinnen und -experten rechnen daher für die Zukunft eher mit einer **Zunahme des Behandlungsbedarfs** (Strizek et al. 2021b).

Während der Lockdowns waren Menschen mit Suchterkrankungen besonders stark von **Einsamkeit** betroffen und aufgrund der Schließung bzw. der eingeschränkten Nutzbarkeit von Tageszentren und anderen Einrichtungen teilweise von ihrem Umfeld sowie von der Betreuung, Versorgung und Behandlung abgeschnitten. Änderungen im Konsum- und Nutzungsverhalten (vgl. Kapitel 5.1) haben die Einsamkeit noch verstärkt. Eine Erhöhung der **psychiatrischen Komorbidität bei Menschen mit Suchterkrankungen** wurde von manchen Einrichtungen berichtet (Strizek et al. 2021b). In Angeboten der Wohnungslosenhilfe wurde beobachtet, dass die Auswirkungen der Pandemie zu einem verstärkten **Kompensationskonsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln** oder zu Rückfällen geführt haben (zur spezifischen Vulnerabilität von Wohnungslosen während der Krise vgl. Unterlerchner et al. 2020).

Schulen waren im Laufe der Pandemie teilweise „geschlossen“ bzw. fand der Unterricht im Distance Learning statt. Das bewirkte den Wegfall wichtiger sozialer Kontakte und der Tagesstruktur bei **Kindern und Jugendlichen** und bot mehr Zeit und Gelegenheit, elektronische Medien zu nutzen. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus **(sucht-)belasteten Familien** waren durch den Wegfall des Regulativs von Schule und Freizeiteinrichtungen von den Auswirkungen der Pandemie betroffen. Dadurch konnten sich bestehende, sozial bedingte Gesundheitsgefälle verstärken. Durch Home-schooling, Homeoffice und existenzielle Probleme gab es zusätzliche Spannungsfelder in den Familien. Bestimmte Sektoren der **Arbeitswelt** (z. B. Gastronomie, Handel, Pflege) waren besonders stark von den Auswirkungen der Pandemie betroffen. Unklar ist derzeit noch, wie sich Phasen von Arbeitslosigkeit bzw. hoher Arbeitserfordernis auf das Konsumverhalten und die Handlungsstrategien betroffener Personengruppen auswirken.

Bereits vor der Pandemie fanden laut Schätzungen in manchen Bundesländern im Bereich Alkohol nicht einmal zehn Prozent der Personen mit Betreuungs- bzw. Behandlungsbedarf Eingang in das Suchthilfesystem (b.a.s. 2021). Ein pandemiebedingter Anstieg des Versorgungsbedarfs würde diesen **Treatment Gap** noch vergrößern (Drogenfachgremium Steiermark 2021). Da die Kosten der Pandemie für die öffentlichen Budgets erhebliche Ausmaße annehmen, wird in Fachkreisen vielfach befürchtet, dass in Zukunft der Zugang zur Suchthilfe unter Kostenaspekten deutlich eingeschränkt werden könnte, obwohl das rechtzeitige Erkennen und die adäquate Behandlung einer Suchterkrankung längerfristige volkswirtschaftliche Kosten (z. B. durch Jobverlust, Unfall, Invali-

dität von suchtkranken Personen) deutlich reduzieren können. In manchen Suchthilfeeinrichtungen wurden die **Versorgungskapazitäten** während der Pandemie durch einen gleichzeitigen Anstieg der ambulanten Versorgungsleistungen und der Behandlungsintensität (infolge vermehrter Multimorbidität bzw. somatischer Verschlechterungen bei Klientinnen und Klienten) stärker beansprucht als zuvor (Strizek et al. 2021b).

Relevante Empfehlungen, um einem Mehrbedarf an Unterstützungsangeboten unter Einsatz digitaler Medien entgegenzuwirken, finden sich in den Kapiteln 6.1 und 8.2.

### Empfehlungen

- a. stärkere Förderung von Forschungsprojekten zur psychischen Gesundheit von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen seit Pandemiebeginn und zu den damit verbundenen Auswirkungen auf den Betreuungs- und Behandlungsbedarf im Bereich der Suchthilfe
- b. Beobachtung des Unterstützungsbedarfs bei Bevölkerungs- und Berufsgruppen, die in besonderem Ausmaß von den Auswirkungen der Pandemie betroffen waren (z. B. Jugendliche und junge Erwachsene, Long-COVID-Patientinnen und -Patienten, sozioökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen)
- c. verstärkte Sensibilisierung der politischen Ebene, dass pandemiebedingter Kostendruck nicht zu Qualitätseinbußen im Suchthilfesystem führen darf, weil Einschränkungen längerfristig zu großen Folgeproblemen führen können
- d. flexible, bedarfsgerechte Erhöhung der finanziellen Mittel, um den pandemiebedingten Nachhol- und Mehrbedarf an Suchtbehandlungen abzudecken
- e. Berücksichtigung des gestiegenen Ausmaßes von Multimorbidität bei Personen mit Suchterkrankungen und einer zunehmenden Betreuungsintensität in der Versorgungsplanung

## 5.3 Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung

Erfahrungen während des pandemiebedingten Lockdowns im Frühjahr 2020 zeigen, dass die Aufrechterhaltung von **stationären Behandlungsangeboten** auch in Krisenzeiten wichtig ist und diese keinesfalls eingeschränkt werden sollten. Es ist davon auszugehen, dass Schließungen und ein eingeschränkter Betrieb von Einrichtungen bei vielen Klientinnen und Klienten dazu geführt haben, dass Suchtbehandlungen abgebrochen bzw. nicht aufgenommen worden sind.

Klientinnen und Klienten in Quarantäne hatten nur **eingeschränkten Zugang zu Medikamenten**, besonders zu Substitutionsmedikamenten im Rahmen einer Opioid-Substitutionstherapie. Dieses Versorgungsproblem war bereits vor der Pandemie beispielsweise bei pflegebedürftigen älteren Klientinnen und Klienten bekannt und verschärfte sich während der COVID-19-Pandemie. Die Frage, unter welchen Umständen welche Personen (z. B. Sozialarbeiter:innen) Substitutionsmedikamente abholen und transportieren dürfen, um die Versorgung zu gewährleisten, ist bislang nicht hinreichend geklärt.

### Empfehlungen

- a. Formulierung klarer Richtlinien und Pläne zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgungsmöglichkeit für Menschen mit Suchterkrankungen auch in Krisenzeiten einschließlich der Möglichkeiten zur stationären/ambulanten Behandlung sowie zur schnellen psychiatrischen, medizinischen und therapeutischen Betreuung in Notfällen
- b. Möglichkeit einer mobilen Betreuung und Hilfe, auch durch niederschwellige Suchthilfeeinrichtungen, um die medizinische Versorgung von Klientinnen und Klienten mit Mobilitätseinschränkungen sicherzustellen

## 5.4 Niederschwellige Krisenkommunikation und -maßnahmen

Zu Beginn der Pandemie fanden suchtkranke und/oder wohnungslose Menschen (und deren Lebensrealitäten) **keine ausreichende Berücksichtigung**. Sie wurden von der regulären Krisenkommunikation aufgrund verschiedener Hürden (wie mangelnder Zugang zu Medien, sprachliche Barrieren, Erkrankungen) teilweise nicht erreicht und waren in der Folge unzureichend über Krisenmaßnahmen informiert. Manche Krisenmaßnahmen waren für diese Personen nur schwer durchführbar oder hatten für sie schwerwiegendere Folgen (z. B. Isolation) als für die Allgemeinbevölkerung.

### Empfehlungen

- a. Vorbereitung von Szenarien für schnell umsetzbare Interventionen, um suchtkranke Menschen (vor allem schwer erreichbare Gruppen) rasch und mehrsprachig über Krisenmaßnahmen informieren zu können
- b. unbürokratische und schnelle Lösungen für Menschen, die Krisenmaßnahmen nur schwer umsetzen können
- c. besondere Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, wie z. B. wohnungslosen Menschen mit Suchterkrankungen, bei der Planung und Umsetzung krisenbedingter Maßnahmen, wie z. B. Einschränkungen sozialer Kontakte

## 6 Telehealth<sup>9</sup> und Digitalisierung

### 6.1 Angemessenheit von Telehealth-Angeboten im Rahmen der Suchttherapie

In vielen Suchthilfeeinrichtungen etablierten sich während der Pandemie Telehealth-Angebote als **gute Alternative bzw. Ergänzung zu persönlichen Gesprächen**. Gleichzeitig wurde der Wegfall von Gesprächen von Angesicht zu Angesicht oft als Verlust erlebt. Anfangs eher zur notdürftigen Aufrechterhaltung von Betreuungsbeziehungen eingesetzt, funktionierten Telefonie und Videotelefonie bei vielen (wenn auch nicht allen) Klientinnen und Klienten im ambulanten Bereich unerwartet gut. Ein individualisierter, gut reflektierter, bedarfsorientierter Einsatz dieser Optionen sowie eine entsprechende Ausbildung von Professionistinnen und Professionisten der Suchthilfe könnten die Betreuungsqualität dauerhaft verbessern und dabei helfen, bestimmte Klientengruppen besser, öfter oder überhaupt zu erreichen. Bei bestehender regionaler Unterversorgung bzw. wenn Klientinnen und Klienten wegen Einschränkungen (z. B. Berufstätigkeit, Kinderbetreuung, Erkrankung, weiter Anreiseweg) Angebote vor Ort nicht wahrnehmen können, können Telehealth-Angebote längerfristig Abhilfe schaffen. Telehealth-Angebote sind kein vollwertiger Ersatz für einen persönlichen Face-to-Face-Kontakt; ein persönlicher Kontakt zur Klientin bzw. zum Klienten muss immer möglich sein, da insbesondere der Beziehungsaufbau bei einem ausschließlichen Einsatz von Onlinekontakten erschwert ist.

Auch jenseits der praktischen Erreichbarkeit können Telehealth-Angebote dazu beitragen, **Zugangsbarrieren abzubauen**. So gewähren Telehealth-Angebote (z. B. in Form anonymer Onlineberatung) höhere Anonymität, was bestimmten Zielgruppen, wie Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. Kapitel 7), aber auch Menschen mit Angststörungen oder Depression, entgegenkommen könnte (vgl. auch Videodolmetschangebote in Kapitel 7.3).

Hier besteht aber auch die **Sorge, dass diese Betreuungsoption aus Kostengründen übermäßig forciert wird** und, anstelle von Blended Counseling (d. h. dem situationsangepassten und kombinierten Einsatz von Face-to-Face-Angeboten und Onlineangeboten; vgl. Engelhardt/Reindl, 2016), Einsparungsversuche zu einer Reduktion von Face-to-Face-Angeboten verleiten. Wenn für Klientinnen und Klienten eine digitale bzw. telefonische Beratung nicht möglich ist (vgl. Kapitel 6.3), sind **persönliche Gespräche unbedingt anzubieten**.

---

9

Es gibt eine Vielzahl von (einander teilweise überlappenden) Begriffen, um den Austausch von Informationen im Gesundheitsbereich abseits eines Face-to-Face-Kontakts zu umschreiben (z. B. Digital Health, e-Health oder mHealth). Im vorliegenden Projekt etablierte sich der Begriff „Tele Health“ (vgl. Strizek et al. 2021c, 2021b).

### Empfehlungen

- a. Initiierung eines fundierten Diskurses darüber, wie unterschiedliche Telehealth-Angebote (z. B. Videotelefonie, Onlineportale, Onlineselbsthilfeprogramme) zu einer verbesserten Versorgung im Suchtbereich führen können
- b. Entwicklung fachlicher Standards für den Einsatz von Telehealth unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen (z. B. aus Deutschland, Australien oder den USA)
- c. Implementierung bestehender Schulungskonzepte und gegebenenfalls Entwicklung neuer Schulungskonzepte zu Telehealth-Interventionen für Professionistinnen und Professionisten der Suchthilfe

## 6.2 Technische und regulative Rahmenbedingungen für einen weiteren Einsatz von Telehealth

Telefon- und videobasierte Beratungs- und Behandlungsangebote haben sich während der Pandemie in vielen Fällen als effektive Alternative erwiesen, ihr Fortbestand ist teilweise jedoch nicht gesichert. Teilweise ist die **Finanzierung nach der Pandemie** noch ungeklärt und zusätzlich gibt es eine Fülle von zu klärenden **rechtlichen Fragen** (z. B. in Bezug auf den Datenschutz).

In manchen Einrichtungen konnte dem Erfordernis eines vermehrten Einsatzes von Telehealth mangels adäquater **technischer Ausstattung** (z. B. fehlende Kompatibilität im Hinblick auf Datenschutz) bzw. aufgrund von unzureichenden Rahmenbedingungen (z. B. mangelnde Ruhe im Homeoffice) nicht nachgekommen werden.

### Empfehlungen

- a. Anerkennung von telehealthbasierter Suchtbehandlung durch die Leistungsträger:innen, wo das noch nicht der Fall ist
- b. Entwicklung eines Leitfadens zur rechtskonformen Umsetzung von Telehealth-Angeboten (z. B. Datenschutz bei Videotelefonie)
- c. zusätzliche Investitionen in die Infrastruktur und technische Ausstattung, wo das notwendig ist (Software und Hardware)

## 6.3 Zugangsschwellen bei digitalen Kontakten und Telehealth-Angeboten

Angetrieben durch die zunehmende Digitalisierung und verstärkt durch die Pandemie, ist für viele Beratungs-, Betreuungs- oder Therapieangebote bzw. für den Kontakt zu Ämtern, Behörden und anderen Institutionen eine **telefonische oder Onlineterminvereinbarung** erforderlich. Die Verkürzung von Weg- und Wartezeiten ist zwar für viele Menschen ein Vorteil, für Menschen mit fehlendem Internetzugang oder unzureichenden technischen Kenntnissen ist dieses Erfordernis jedoch oftmals ein kaum zu überwindendes Hindernis.

Ausschließlich telefonische Beratungsangebote und verpflichtende Anmeldungen oder Übermittlung von Unterlagen via Internet können bei **sprachlichen und kognitiven Einschränkungen** ohne zusätzliche sozialarbeiterische Unterstützung nicht wahrgenommen werden. Für manche Klientinnen und Klienten ist eine digitale bzw. telefonische Beratung nicht möglich, weil diese den Medien nicht vertrauen oder nicht über die notwendigen **technischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen** verfügen.

#### **Empfehlungen**

- a. Aufrechterhaltung der Möglichkeit, mit entsprechenden Stellen persönlich vor Ort Kontakt aufzunehmen (vor allem für Personen, die aus sprachlichen, kognitiven oder technischen Gründen nicht in der Lage sind, elektronische Angebote zu nutzen)
- b. Entwicklung von Strategien, um Telehealth auch jenen Personen anbieten zu können, die über wenig technisches Wissen verfügen bzw. keinen Zugang zum Internet haben

# 7 Ausdifferenzierung der Suchthilfeangebote nach Zielgruppen

## 7.1 Versorgungslücken bei bestimmten Suchtformen

Beratungs- und Behandlungsangebote sind für manche Suchterkrankungen bzw. für manche problematischen Nutzungs- und Konsumverhaltensweisen besser entwickelt als für andere. Als besonders unbefriedigend beurteilen Fachleute die Versorgungssituation im Zusammenhang mit **Glücksspielsucht und problematischem Computerspielverhalten bzw. problematischer Internetnutzung**. Zudem fehlen laut manchen Expertinnen und Experten flächendeckende und ausreichend auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene Angebote für nikotinabhängige Personen, Personen mit **Medikamentensucht** oder für **ausschließlich Cannabis** Konsumierende. Für Personen mit einem **Alkoholrückfall** stehen kaum niederschwellige und kurzfristige Angebote zur Verfügung, die einen massiveren Rückfall verhindern könnten. Aus Sicht der Expertinnen und Experten sind auch für Personen mit **mehreren, gleichzeitig bestehenden** Suchterkrankungen zu wenige Angebote verfügbar. Für Opiatabhängige stellt die **Substitutionsbehandlung** ein attraktives Angebot dar, das in dieser Form für andere Suchtformen (Kokain, Amphetamin, Cannabis) nicht existiert. Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen zu Substitutionsangeboten beispielsweise bei Amphetaminabhängigkeit (Siefried et al. 2020; Chan et al. 2019; Lee et al. 2018), Kokainabhängigkeit (Mariani et al. 2012; Mariani et al. 2014; Castells et al. 2010) oder Cannabisabhängigkeit (Navarrete et al. 2021; Lucas et al. 2016). Es fehlt aber an Strategien und Konzepten, ob und unter welchen Bedingungen derartige Angebote zum Einsatz kommen sollen.

### Empfehlungen

- a. flächendeckender Ausbau von Beratungsstellen sowie Onlineberatung<sup>10</sup> für Menschen mit Glücksspielsucht bzw. problematischem Computerspielverhalten und Ausbau von Behandlungs- und Präventionsangeboten für pathologische Internetnutzer:innen, um zusätzliche Zielgruppen zu erreichen
- b. stärkere Diversifizierung von Angeboten und Anpassung an unterschiedliche Suchtformen mit besonderem Fokus auf Nikotinabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, den ausschließlichen Konsum von Cannabis sowie Personen mit mehreren Suchterkrankungen
- c. überregionale Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern in diesen Bereichen
- d. Ausbau von niederschweligen, regional leicht zugänglichen Angeboten für eine schnelle psychosoziale Versorgung von Menschen bei Alkoholrückfällen (einschließlich der Möglichkeit eines anschließenden stationären Aufenthalts)

---

<sup>10</sup>

vgl. dazu bestehende Angebote in Deutschland wie z. B. <https://www.genuggespielt.at> oder <https://www.return-medien-sucht.de/beratung-therapie> (zuletzt abgerufen jeweils am 30.05.2023)

- e. Entwicklung von Konzepten für die Substitutionsbehandlung anderer Suchtformen, wie Kokain-, Amphetamin- oder Cannabisabhängigkeit, sofern wissenschaftlich fundierte und Erfolg versprechende Ansätze zur Verfügung stehen
- f. Entwicklung von Behandlungsleitlinien für Stimulantienkonsumentinnen und -konsumenten unter Einbeziehung der Verschreibung von Methylphenidat

## 7.2 Geschlechtersensible Suchtarbeit

Die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Suchtarbeit ist weitgehend unumstritten und der Bedarf an spezifischen Angeboten für Frauen ist infolge von (überwiegend von Frauen getragenen) Mehrfachbelastungen und Betreuungsaufgaben während der Pandemie weiter gestiegen. Die in den folgenden Punkten beschriebenen Bedarfe wurden im Rahmen der diesem Positionspapier zugrunde liegenden Studie von Expertinnen und Experten beispielhaft hervorgehoben.

**Frauenhäuser und Mutter-Kind-Häuser** sind aus Sicht einiger Fachleute insgesamt unterfinanziert und nicht ausreichend an die Bedürfnisse von Frauen mit Suchterkrankungen angepasst (z. B. kann eine Suchterkrankung ein Ausschlussgrund für die Aufnahme sein; vgl. Kapitel 3.2). Für alleinerziehende Väter bestehen größtenteils überhaupt keine analogen Unterstützungsangebote.

Die Sensibilität für die Auswirkungen des mütterlichen **Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft** steigt, allerdings kritisieren Expertinnen und Experten, dass die Prävalenz z. B. von Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) oder negativen Auswirkungen von Nikotinkonsum während der Schwangerschaft auf das Kind sowie das Schwangerschaftsoutcome (z. B. Frühgeburten, Fehlgeburten, Totgeburten) nicht systematisch erfasst werden und weder spezifische Prophylaxe- noch spezifische Versorgungsstrukturen existieren.

Frauen, die verhüten wollen, können oft aus organisatorischen und finanziellen Gründen keine **wirksame Verhütung** betreiben. Die Notwendigkeit einer Terminvereinbarung mit einer Gynäkologin bzw. einem Gynäkologen ist für viele suchtkranke Frauen eine Hürde bei der Inanspruchnahme gynäkologischer Angebote. Im Falle einer ungewünschten Schwangerschaft ist es für suchtkranke Frauen besonders schwer, einen einfachen und kostengünstigen Zugang zu einem **Schwangerschaftsabbruch** zu finden. Diese Situation ist nicht nur für die suchtkranken Frauen sehr belastend, sondern auch für deren ungewollte Kinder, die durch den mütterlichen Suchtmittelkonsum z. B. aufgrund von FASD oder neonatalen Entzugserscheinungen beeinträchtigt und durch widrige soziale Umstände nach der Geburt massiv belastet sein können.

### Empfehlungen

- a. verstärkte Auseinandersetzung mit genderspezifischen Behandlungskonzepten und Etablierung von entsprechenden Angeboten
- b. suchtspezifische Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Schaffung spezieller Wohnplätze bzw. spezifischer Programme in Frauenhäusern und Mutter-Kind-Häusern, um auf die Bedürfnisse von Frauen mit Suchterkrankungen eingehen zu können

- c. Stärkung der Möglichkeiten zur Diagnostik und Schaffung einer Versorgungsstruktur zur Unterstützung von Kindern mit FASD bzw. deren (Pflege-)Familien
- d. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur nicht stigmatisierenden Unterstützung von schwangeren Frauen, die rauchen und/oder Alkohol bzw. Drogen konsumieren
- e. Forschung zu Barrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten zur Konsumreduktion (insbesondere Rauchen und Alkohol) für schwangere Frauen
- f. flächendeckende Möglichkeit des niederschweligen Zugangs zu kostenfreien gynäkologischen Diensten für suchtkranke Frauen, z. B. über einen Ärztinnenbus oder in Suchthilfeeinrichtungen
- g. verstärkte Aufklärung über Empfängnisverhütung und die Folgen des Substanzkonsums für Ugeborene für Personen mit Suchterkrankungen
- h. niederschwelliger, kostenloser Zugang zu unterschiedlichen Verhütungsmethoden und zu Schwangerschaftsabbrüchen für vulnerable Gruppen, insbesondere für suchtkranke Frauen

### 7.3 Menschen mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren

Für Klientinnen und Klienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen existieren zu wenige geeignete Therapieangebote. Menschen mit Migrations- und/oder Fluchthintergrund und bestehenden Suchtproblemen stellen aufgrund von erlebten Traumata oder migrationsspezifischen Integrationsproblemen eine besonders vulnerable Zielgruppe dar. **Sprachbarrieren und teilweise bestehende Vorbehalte** sowohl aufseiten der Klientinnen und Klienten als auch aufseiten der Behandler:innen erschweren die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und in weiterer Folge eine erfolgreiche Suchtbehandlung. Stationäre Behandlungen sind aufgrund von sprachlichen Barrieren oft nicht möglich. **Unprofessionelle Dolmetschpraktiken**, wie beispielsweise das Einbeziehen von Familienangehörigen, eine inkorrekte Übersetzung oder Informationsweitergabe durch Dolmetscher:innen in der Muttersprache, erschweren die therapeutische Arbeit erheblich. Professionelle Videodolmetschangebote können dabei helfen, Sprachbarrieren rasch und unkompliziert zu überwinden.

#### Empfehlungen

- a. Erarbeitung und Umsetzung von kultursensiblen Ansätzen in der Suchtprävention, -beratung und -behandlung sowie Ausbau entsprechender Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. aufsuchende Suchtarbeit, mehrsprachige digitale Zugänge zum Behandlungssystem, flächendeckender Einsatz von Videodolmetscherinnen und -dolmetschern, Druckwerke in unterschiedlichen Sprachen, niederschwellige Möglichkeit der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung in der Muttersprache)
- b. Ausbildung professioneller Dolmetscher:innen für den Einsatz in der Suchtberatung und Suchtbehandlung
- c. Erarbeitung von Peer-Programmen und Kontaktpflege zu Vertreterinnen und Vertretern migrantischer Communities
- d. vermehrte Anstellung von Professionistinnen und Professionisten mit muttersprachlichen Kenntnissen in den in Österreich am weitesten verbreiteten Fremdsprachen in stationären Therapieeinrichtungen als Ergänzung zu den Videodolmetschangeboten
- e. Förderung und Ausweitung mehrsprachiger und kultursensibler Suchtpräventions- und Behandlungsangebote

## 7.4 Angehörige von Menschen mit Suchterkrankungen

Angehörige sind durch die Suchterkrankung ihnen nahestehender Personen in vielfältiger Weise belastet und benötigen oftmals Unterstützung, z. B. um problematisches Konsum- oder Nutzungsverhalten richtig einordnen zu können. Angehörige sind demnach eine wichtige Zielgruppe in der Suchthilfe. Laut Fachleuten haben Angehörige (z. B. Obsorgeberechtigte von Jugendlichen, Angehörige von Spielsüchtigen, Angehörige von Menschen mit pathologischer Internetnutzung) während der COVID-19-Pandemie in einem erhöhten Ausmaß Unterstützung gesucht und familiäre Konflikte haben als Thema in der Beratung und Behandlung an Bedeutung gewonnen. Für die Beratung und Unterstützung von Angehörigen, die keine krankheitswertigen Symptome entwickelt haben, werden aktuell jedoch nur sehr begrenzt Mittel zur Verfügung gestellt. In diesem Zusammenhang sind **Kinder aus suchtbelasteten Familien** als besonders gefährdet zu erwähnen, da diese ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung aufweisen. Bei dieser Zielgruppe ist wesentlich, zu versuchen, nach Möglichkeit am gesamten Familiensystem zu arbeiten, und Eltern dabei zu unterstützen, ihre elterliche Rolle zu erfüllen. Angehörige von nikotinabhängigen Personen, die durch Passivrauchbelastung Schaden nehmen, sind eine bislang zu wenig beachtete Zielgruppe.

### Empfehlungen

- a. Onlineangebote für Angehörige von suchtkranken Menschen, idealerweise in Verbindung mit persönlichen Gesprächen
- b. Schaffung von Clearingstellen, die Hilfestellung für Eltern bzw. Obsorgeberechtigte im Umgang mit einem problematischem Konsum- oder Nutzungsverhalten ihrer Kinder, eine Einschätzung des vorliegenden Problems und gegebenenfalls eine Zuweisung zu speziellen Unterstützungsangeboten anbieten
- c. flächendeckendes Angebot für Angehörige von Spielsüchtigen (z. B. ETAPPE<sup>11</sup> – Entlastungsprogramm für Angehörige von Spielsüchtigen)
- d. flächendeckender Ausbau und Finanzierung von Angeboten für Kinder suchtkranker Eltern
- e. Einbeziehung von / Zusammenarbeit mit Familienberatungsstellen bzw. Schaffung von Suchtcompetenz in Familienberatungsstellen
- f. Ausbau von Informationen und Beratungsangeboten für mitbetroffene Angehörige
- g. Beratung und Hilfestellung für nikotinabhängige Menschen, wie sie ihre Angehörigen und andere Personen vor Passivrauchbelastung schützen können

---

11

ETAPPE steht für: EntlastungsTraining für Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler – PsychoEdukativ; vgl. dazu auch Buchner et al. (2013)

## 7.5 Berufstätige und in Ausbildung befindliche Menschen mit Suchterkrankungen

Suchtkranke Menschen, die im Arbeitsleben stehen, nehmen aus Angst vor einer Kündigung oder Einkommensverlusten oft weder ambulante noch stationäre Behandlungsangebote in Anspruch. Für diese Menschen wurden sogenannte „Nachtkliniken“ (Hofecker-Fallahpour et al. 2001; Stutz et al. 2017) als zusätzliches, teilstationäres Angebot in psychiatrischen Kliniken entwickelt. Bei diesem Angebot werden Menschen mit Suchterkrankungen **außerhalb der Kernarbeitszeiten** von multiprofessionellen Teams ärztlich, pflegerisch, therapeutisch und sozialarbeiterisch betreut und bei der Änderung ihres Konsumverhaltens unterstützt (zu den Möglichkeiten von zeitlich und örtlich unabhängigen Onlineangeboten vgl. Kapitel 6). Auch für in Ausbildung befindliche Menschen wären derartige Angebote wichtig.

### Empfehlung

- a. flächendeckender Ausbau von Angeboten für im Arbeitsleben stehende oder in Ausbildung befindliche Menschen mit Suchterkrankungen (z. B. Nacht- oder Abendkliniken oder auch Spritzentausch und niederschwellige anonyme Angebote) außerhalb der Kernarbeitszeiten

## 7.6 Jugendliche und junge Erwachsene

Laut Fachleuten fehlen **altersadäquate Angebote** für problematisch konsumierende Jugendliche bzw. junge Erwachsene. Insbesondere für suchtkranke Personen unter 16 Jahren stehen zu wenige spezifische stationäre oder ambulante Behandlungsplätze zur Verfügung. Bestehende Angebote, die für Jugendliche und junge Erwachsene infrage kommen, sind oft mit **langen Anfahrtszeiten** verbunden oder sind zu hochschwellig. Von manchen Expertinnen und Experten werden erlebnispädagogische Angebote daher als wichtiges ergänzendes Instrument der Suchthilfe gesehen, weil man so Hemmschwellen zur Inanspruchnahme längerfristiger, höherschwelliger Angebote verringern kann, sofern die erlebnispädagogischen Angebote konzeptionell sinnvoll verankert sind, um die Transformation der Erlebnisse und Erfahrungen in den Alltag gelingen zu lassen.

Jugendliche, die wegen einer **Alkohol- oder Drogenintoxikation** in einem Spital behandelt werden, werden in der Regel nach der Ausnüchterung ohne weitere Exploration bzw. ohne weitere in die Wege geleitete Schritte wieder entlassen (Starzer et al. 2009). Es fehlt zudem an Angeboten für einen Rauchausstieg für jugendliche Raucher:innen.

Bei Jugendnotschlafstellen oder anderen **Wohnmöglichkeiten** kann Substanzkonsum ein Ausschlussgrund sein. Für Substanzen konsumierende Jugendliche, die nicht zu Hause leben können, existieren daher keine flächendeckenden Wohnmöglichkeiten und in manchen Regionen fehlen Jugendnotschlafstellen. In der Folge befinden sich viele Jugendliche in prekären Wohnsituationen.

Zur integrierten Versorgung an der Schnittstelle Jugend- und Suchthilfe siehe auch Kapitel 4.5, zum Thema Tagesstrukturierung und arbeitsintegrierte Maßnahmen Kapitel 10.2.

### Empfehlungen

- a. Schaffung spezifischer ambulanter und stationärer Angebote für Jugendliche unter 16 Jahren
- b. Ausbau von Beratungsstellen und Therapieangeboten für Substanz konsumierende Jugendliche insbesondere im ländlichen Raum
- c. flächendeckender Ausbau von zusätzlichen altersadäquaten, lebensweltnahen Angeboten und aufsuchender Arbeit (auch im virtuellen Raum), Partywork, mobiler Drogenberatung oder erlebnispädagogischen Angeboten
- d. Erweiterung bestehender Angebote für Jugendliche auf die Altersgruppen bis 25 Jahre oder Schaffung eigener Angebote für junge Erwachsene
- e. stärkere Zusammenarbeit von Streetwork, mobiler Jugendarbeit, offener Jugendarbeit und aufsuchender Suchtarbeit sowie Pflege von regelmäßigen, niederschweligen Kontakten zwischen Jugendzentren und Suchthilfe- bzw. Suchtpräventionseinrichtungen
- f. Etablierung bzw. Adaptierung von Kurzinterventionen für Jugendliche, die aufgrund einer Alkohol-, Drogenintoxikation oder eines Mischkonsums stationär behandelt werden müssen, inklusive Erfassung des Risikoverhaltens und psychosozialer Auffälligkeiten mit einer Checkliste und bedarfsweiser Vernetzung zum Versorgungssystem<sup>12</sup>
- g. Etablierung von Angeboten zum Rauchausstieg für jugendliche Raucher:innen
- h. flächendeckender Ausbau von Wohnmöglichkeiten/Jugendnotschlafstellen für Substanz konsumierende Jugendliche, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sind

## 7.7 Alternde und pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankungen

Es gibt in Österreich ein unzureichendes Versorgungsangebot für alternde und pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankungen. Als besonders vulnerable Zielgruppe sind jene Personen zu erwähnen, die über keine Krankenversicherung verfügen (vgl. Kapitel 2.4), sowie Personen, die nicht zur Abstinenz fähig sind (z. B. Personen mit einer chronischen Alkoholkrankung oder Personen in Substitutionsbehandlung). Für diese besteht die Gefahr der **Wohnungslosigkeit** und der **nicht bedarfsgerechten Pflege bzw. Betreuung**. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass manche Menschen mit chronischen Suchterkrankungen zwar nicht mehr selbstständig wohnfähig sind, aber (noch) nicht die Voraussetzungen für ein Pflegeheim erfüllen.

---

12

vgl. dazu das 2022 gestartete Programm „Switch“, das sich an Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung richtet, einen Interventionsleitfaden für die Anwendung von 3- bis 5-minütigen Gesprächssequenzen beinhaltet und dabei helfen soll, problematischen Substanzkonsum adäquat und zielgerichtet zu thematisieren.

Chronisch suchtkranke Menschen, die in offenen Langzeitwohnformen leben, weisen teilweise einen erheblichen Pflege- und Betreuungsbedarf auf, sind aber auf Basis der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeld häufig nicht hoch genug eingestuft, um diesen Pflegebedarf finanzieren zu können.

#### Empfehlungen

- a. spezielle Formen des Langzeitwohnens für alternde und pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankungen, in denen z. B. Substanzkonsum toleriert wird, sollen auch für Personen ohne Krankenversicherung zugänglich sein
- b. Schulungen und Unterstützung des Pflegepersonals in Altenheimen, der Gruppe der ambulanten Altenbetreuer:innen (z. B. 24-Stunden-Hilfen) sowie der Hospizmitarbeiter:innen zum Umgang mit Substanz konsumierenden Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Substanz konsumierenden Klientinnen und Klienten
- c. Änderung der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeld zur Sicherstellung ausreichender Pflege- und Betreuungsressourcen für alternde und pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankung

## 7.8 Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung können unter bestimmten Umständen (z. B. Schmerz- oder Trauerbewältigung, körperliche Behinderungen, eingeschränkte soziale Kompetenzen oder intellektuellen Einschränkungen) eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung von Suchterkrankungen aufweisen. Insgesamt ist der **wissenschaftliche Wissensstand** zu Suchtproblemen bei Menschen mit Behinderung dadurch limitiert, dass nur wenige passende Erhebungsinstrumente existieren und Datenerhebungen meist nur in selektiven Subgruppen stattfinden (Taggart et al. 2006; van Duijvenbode/VanDerNagel 2019). Zudem fehlen weitestgehend **spezifische Präventions- und Behandlungsangebote** für Menschen mit Behinderung.

#### Empfehlungen

- a. Durchführung von Studien zu suchtspezifischen Problemen bei Menschen mit Behinderung
- b. Verbesserung des Wissensstands zu Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und Suchtverhalten bzw. -erkrankungen, etwa durch suchtspezifische Informationsmaterialien in leicht verständlicher Sprache
- c. Bereitstellung von auf Menschen mit Behinderung zugeschnittenen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten
- d. verstärkter institutioneller Austausch von Suchtpräventionsfachstellen und Einrichtungen der Behindertenhilfe (Tagesstätten, betreutes Wohnen)
- e. Aus- und Fortbildungen zu Themen wie „leichte Sprache“ und „Gebärdensprache“ für Mitarbeiter:innen der Suchthilfe zum Abbau von Barrieren in der Behandlung

## 7.9 Menschen in Haft

Die Suchtbehandlung in Haftanstalten variiert deutlich in Bezug auf **Qualität und Angebot**. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie des Gesundheitsressorts weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös Drogen konsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Dennoch stehen Nadel- und Spritzentauschprogramme im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung (Busch et al. 2022).

Große Probleme ergeben sich bei Substituierten nach der **Entlassung**, weil Inhaftierte nicht krankenversichert sind und zwischen der Entlassung und der Gewährung eines Anspruchs auf Sozialleistungen – und damit verbunden eine Krankenversicherung – einige Tage vergehen können. In diesem Zeitraum ist die Versorgung von Kranken bzw. die Aufrechterhaltung der Substitution oft nicht gewährleistet. In diesem Zusammenhang ist eine rechtzeitige Anmeldung von Haftentlassungen vor der Entlassung durch Sozialarbeiter:innen bei den entsprechenden Behörden von zentraler Bedeutung, um Bezüge aus der Sozialhilfe sicherzustellen bzw. Maßnahmen zu setzen, die eine adäquate Grundsicherung gewährleisten. Dies wird derzeit auf Projektbasis teilweise sichergestellt.

### Empfehlungen

- a. Sicherung einer einheitlichen, diversifizierten und qualitätsvollen Suchtbehandlung in Haftanstalten inklusive schadensminimierender Maßnahmen, wie die Abgabe steriler Spritzen und Naloxon
- b. einheitliche Dokumentation von Suchtbehandlungen in Haftanstalten
- c. Schulungen für Pflege-, Sozial- und Sicherheitsdienste unter Berücksichtigung von Erfahrungsexpertise (vgl. Kapitel 1.5)
- d. Erarbeitung und österreichweite Umsetzung eines einheitlichen und umfassenden Konzepts zur Sicherstellung einer adäquaten Grundversorgung von Haftentlassenen inklusive schadensminimierender Maßnahmen (z. B. Naloxon-Mitgabe), Vermittlung der Inhaftierten bereits vor der Entlassung an die Weiterbehandler:innen und Mitgabe von Substitutionsmitteln für 3–5 Tage

## 8 Ausbau von speziellen Angeboten

### 8.1 Selbsthilfe und Peer-Arbeit

Selbsthilfe und Peer-Arbeit stellen in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen eine wichtige Ressource dar. Dabei unterstützen Menschen, die psychische Krisen bzw. Erkrankungen und deren erfolgreiche Bewältigung durchgemacht haben, auf Basis ihres Erfahrungshintergrunds, aber auch auf Basis ihrer Erfahrungen mit Therapie- und Versorgungsangeboten andere Menschen in ähnlichen Situationen. Die Vorteile dieses Ansatzes liegen unter anderem darin, dass sich Klientinnen und Klienten aufgrund des gemeinsamen Erfahrungshintergrunds besser verstanden fühlen, ein soziales Unterstützungsnetzwerk aufbauen, sich als weniger allein erleben, Bewältigungsstrategien erlernen und Selbstwirksamkeit sowie Hoffnung durch das **positive Vorbild** erleben (Vernetzungsplattform 2021). Gleichzeitig gibt es aber auch Bedenken zum Einsatz von Peers in der Suchtbehandlung speziell bei illegalem Substanzkonsum, u. a. im Hinblick auf mögliche Rückfälle von Peers.

Der Nutzen der Peer-Arbeit zeigt sich nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch bei den Angehörigen und in Form einer Bereicherung für die Institutionen (Mahlke et al. 2019). Peer-to-Peer-Ansätze stellen auch eine Möglichkeit dar, die **Akzeptanz von Suchthilfeangeboten** zu verbessern und den Zugang zu diesen für sonst nur schwer erreichbare Zielgruppen zu erleichtern. Unter dem Schlagwort „Trialog“ gewinnt seit einigen Jahren auch die Einbindung von Angehörigen in die psychiatrische Behandlung zunehmend an Bedeutung. Im Bereich der Wohnungslosenhilfe<sup>13</sup> sowie für Menschen mit Behinderung bzw. Menschen mit Psychiatrieerfahrung<sup>14</sup> stehen z. B. **spezifische Peer-Ausbildungen** zur Verfügung (Vernetzungsplattform 2021). Der Verein EX-IN bildet Peers mit Suchtkompetenz aus, für die derzeit aber keine Arbeitsangebote bestehen.

#### Empfehlungen

- a. Förderung und aktive Bewerbung von (Online-)Selbsthilfegruppen und User-Gruppen zur Vernetzung
- b. verstärkter und finanziell abgoltener Einsatz von ausgebildeten Peer-Arbeiterinnen bzw. Peer-Arbeitern in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen, wo das noch nicht der Fall ist

---

13

Das neunerhaus bietet z. B. eine Peer-Ausbildung in der Wiener Wohnungslosenhilfe am Peer Campus an. Peer-Mitarbeiter:innen werden in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe angestellt und nach Kollektivvertrag bezahlt.

14

An der FH Joanneum in Graz wird seit 2019 eine entsprechende Ausbildung zum:zur akademischen Peer-Berater:in angeboten. Im Zusammenhang mit Peer-Arbeit ist – insbesondere, wenn sich daraus kein dauerhaftes Anstellungsverhältnis realisieren lässt – ein Hinwirken auf die Möglichkeit von Teilerwerbsrenten unerlässlich, da sich die Tätigkeit von Peer-Berater:innen und -Beratern de facto zwischen Berufsfähigkeit und Berufsunfähigkeit befindet.

- c. Unterstützung der Gründung von User-Vereinigungen zur Interessenvertretung Betroffener z. B. durch akademische Peer-Berater-Ausbildungen
- d. Verschränkung mit professionellen Angeboten, z. B. in Form einer längerfristigen Begleitung nach stationärem Aufenthalt
- e. Ausbau von Konzepten und Ausbildungsangeboten für Peer-Arbeit (aufbauend auf Bestehendem)
- f. Entwicklung von Richtlinien, in welchen Bereichen der Suchtbehandlung Peer-Arbeit eingesetzt werden soll

## 8.2 Streetwork und Gemeinwesenarbeit

Menschen im öffentlichen Raum, die sich sozial unerwünscht verhalten (z. B. laut sind oder pöbeln), werden oft mit restriktiven Maßnahmen (wie Alkohol- oder Platzverboten, Verwaltungsstrafen etc.) **von einem Ort an andere Orte gedrängt**. Diese „Verdrängungspolitik“ bewirkt jedoch keine Verbesserung der Situation von suchtkranken Menschen. Es fehlen in manchen Regionen Ansätze für den öffentlichen Raum, wie man im öffentlichen Raum den betroffenen Personen im Lebensalltag ehrlich und mit Respekt begegnen kann. Speziell im ländlichen Raum ist das Angebot von Streetwork häufig vom politischen Willen regionaler Entscheidungsträger:innen abhängig und weniger von fachlichen Überlegungen getragen.

Nachgehende soziale Arbeit im Bereich von digitalen Medien/Kommunikationswegen (aufsuchende Sozialarbeit im Netz), um Menschen mit Suchterkrankungen in ihrer Lebenswelt besser erreichen und betreuen zu können, stellt ein potenziell neues Tätigkeitsfeld für Streetwork dar.

### Empfehlung

- a. Schaffung von Möglichkeiten zum Dialog, Ausbau von Gemeinwesenarbeit und Streetwork, wo dies noch nicht der Fall ist
- b. Schaffung einer Finanzierungsstruktur für Streetwork (z. B. im Rahmen der Gesundheitsförderung durch die Österreichische Gesundheitskasse), die zur Sicherstellung eines Mindestausmaßes von Streetwork auch im ländlichen Raum beiträgt sowie eine größere Unabhängigkeit von regionalen Entscheidungsträgerinnen und -trägern gewährleistet
- c. Weiterentwicklung von Konzepten zur nachgehenden sozialen Arbeit unter Einsatz von digitalen Medien/Kommunikationswegen (aufsuchende Sozialarbeit im Netz), um Menschen mit Suchterkrankungen besser erreichen und betreuen zu können

## 8.3 Unterstützung beim Ausstieg aus dem Nikotinkonsum

Tabakkonsum verursacht zahlreiche Krankheiten und gilt als eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken. So sind schätzungsweise **16 Prozent aller Todesfälle** in Österreich auf das Ta-

bakrauchen (einschließlich Passivrauchen) zurückzuführen (Schmutterer 2021). In aktuellen Repräsentativerhebungen geben zwischen 17 Prozent (Strizek et al. 2021a) und 21 Prozent (Klimont 2020) der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter an, täglich zu rauchen. Ein Drittel dieser Personen hat innerhalb des letzten Jahres erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören: Das entspricht ungefähr einer halben Million Menschen in Österreich.

Angebote der Suchthilfe in Österreich fokussieren traditionell vorwiegend die Behandlung einer Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Substanzen. Diversifizierte Angebote zur Unterstützung beim Rauchausstieg für jene **Raucher:innen, die ohnehin versuchen aufzuhören**, würden dazu beitragen, die Raucherquoten und damit die negativen individuellen und gesellschaftlichen Folgen des Rauchens zu senken.

### Empfehlungen

- a. Umfeldanalyse und Erarbeitung eines Konzepts zur verbesserten, zielgruppenorientierten Unterstützung beim Rauchausstieg (z. B. jugendliche Raucher:innen, Raucher:innen aus sozial benachteiligten Gruppen, ältere Raucher:innen, Raucher:innen in Gefängnissen)
- b. Schaffung einer flächendeckenden und bedarfsorientierten Angebotspalette, die sowohl die Reduktion des Zigarettenkonsums als auch die Abstinenz ermöglicht
- c. stärkere Berücksichtigung von Nikotinabhängigkeit bei der Planung und Ausgestaltung von Angeboten der Suchthilfe

## 9 Schadensminimierende Maßnahmen

### 9.1 Drug Checking

Drug Checking mit begleitender professioneller Beratung ist eine wichtige Maßnahme der Schadensminimierung und Prävention und liefert zudem relevante Daten zur Beobachtung des Drogenmarkts, z. B. über Inhaltsstoffe und Zusammensetzung der Drogen (Grabenhofer et al. 2018; Luf et al. 2019). Die Maßnahme ermöglicht die **Kontaktaufnahme mit einer schwer erreichbaren Gruppe von Konsumierenden**, die sonst kein Angebot der Suchtprävention bzw. Suchthilfe in Anspruch nehmen, und ist eine Gelegenheit, niederschwellig Informationen z. B. über die Wirkweisen der Substanzen und Applikationsformen zu sammeln. Bis 2021 wurde Drug Checking nur in Wien und Tirol angeboten – meist im Partysetting. Seit 2022 findet Drug Checking auch in Graz im Rahmen der Streetwork sowie bei niederschweligen Betreuungsangeboten statt. Seit 2021 werden von Check-it! in Wien auch **Cannabisprodukte** ins Drug Checking einbezogen, da die Beimengung von synthetischen Cannabinoiden zusehends ein relevantes Problem darstellt.

#### Empfehlungen

- a. Drug-Checking-Angebote in jedem Bundesland
- b. Schaffung unterschiedlicher und niederschwelliger Möglichkeiten der Substanzabgabe zur Inhaltsanalyse, z. B. Abgabe bei Apotheken, direkt in Beratungseinrichtungen oder bei Events, wo dies noch nicht der Fall ist
- c. Analyse von Cannabisprodukten in Drug-Checking-Angebote integrieren, wo dies noch nicht der Fall ist
- d. verstärkte Begleitforschung zu Drug Checking (z. B. Analysemethoden, Zielgruppen)

### 9.2 Spritzentausch

Spritzentausch ist eine wesentliche Maßnahme zur Vermeidung von HIV- und Hepatitis-C-Infektionen, die allerdings **regional sehr unterschiedlich** angeboten wird. Vor allem der ländliche Bereich ist hier noch stark unterversorgt. Auch in **Haftanstalten** ist die Versorgung mit sterilen Spritzen, Kanülen und Desinfektionsmitteln meist nicht gewährleistet. Laut Fachleuten könnten auch Einrichtungen aus dem Sozialbereich (z. B. Wohnungslosenhilfe) genutzt werden, um den Spritzentausch für bestimmte Zielgruppen zu vereinfachen. Ein Beispiel für eine solche Kooperation ist das Pilotprojekt „Suchthilfe vor Ort“ in Wien, bei dem der Spritzentausch Teil eines umfassenderen Angebots in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ist.

## Empfehlungen

- a. Sprizentausch in jedem Bundesland gewährleisten, durch Ausweitung des Sprizentauschgebots in Gegenden, wo die Versorgung nicht ausreichend ist
- b. verstärktes Sprizentauschangebot über Apotheken
- c. Sprizentauschangebote auch über Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (z. B. im Rahmen von umfassenderen Kooperationsangeboten)
- d. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts für Sprizentauschprogramme in Haftanstalten

## 9.3 Notfallmedikament Naloxon

Bei lebensbedrohlichen Opiatüberdosierungen wirkt die Behandlung mit dem Opiatantagonisten Naloxon rasch und zuverlässig (Chimbar/Moleta 2018). Um **Todesfälle durch Opiatüberdosierungen** zu vermeiden, werden in vielen Ländern und seit 2018 teilweise auch in Österreich Naloxon-Kits an Menschen mit Suchterkrankungen sowie an deren Kontaktpersonen ausgegeben (Caritas Diözese Graz-Seckau 2019). Diese Intervention hilft insbesondere dann Todesfälle durch Überdosierungen im privaten Raum zu vermeiden, wenn noch andere Personen anwesend sind, die ausreichend informiert und bereit sind zu intervenieren.

## Empfehlungen

- a. verstärktes Angebot gezielter Schulungsprogramme sowie die Abgabe von Naloxon-Kits an Opiatkonsumentinnen und -konsumenten sowie an deren Bezugspersonen
- b. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts, um die Verfügbarkeit von Naloxon in für Überdosierung kritischen Phasen (z. B. Haftentlassung, Therapieabbruch) sicherzustellen
- c. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts für Naloxon-Programme für Personen in Langzeit-Opioid-Substitutionsbehandlung bei Rückfällen in den intravenösen Drogenkonsum

## 9.4 Drogenkonsumräume/Gesundheitsräume<sup>15</sup>

Zurzeit haben Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Substanzen außerhalb privater Wohnungen kaum Möglichkeiten, sicher und hygienisch zu konsumieren. Hinzu kommt, dass der sichtbare Konsum im öffentlichen Raum von Unbeteiligten oft als Problem erlebt wird, was zu Spannungen zwischen den Konsumierenden und der Umgebung führt. Außerdem begünstigt der hastige Konsum im öffentlichen Raum, dass gebrauchte Spritzen hinterlassen werden, was ein erhebliches Infektionsrisiko für Unbeteiligte (insbesondere Kinder) nach sich zieht. Aus diesen

---

15

Im neueren Diskurs wird auch zunehmend der Begriff des „Gesundheitsraums“ verwendet, um den schadensminimierenden Aspekt des Angebots für die Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten zu betonen.

Gründen gibt es international eine zunehmende Tendenz zu Angeboten, die erlauben, Drogen in **sicherer, akzeptierender und hygienischer Umgebung** zu konsumieren (EMCDDA 2022). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auf medizinische Notfälle umgehend und adäquat zu reagieren (Hedrich 2020). Diese Settings bieten auch eine Möglichkeit für weitere schadensminimierende Maßnahmen (z. B. Safer-Use-Informationen, Abgabe von Diamorphin, vgl. Kapitel 1.2) und können als Andockstelle an das System der Suchthilfe genutzt werden. Es fehlt vor allem an konkreten Umsetzungsstrategien; über die praktische Umsetzung von Konsum- bzw. Gesundheitsräumen bestehen in Österreich unterschiedliche Ansichten, z. B., ob diese gesonderten Räume sein sollen oder in Suchthilfeeinrichtungen integriert.

### Empfehlungen

- a. Erarbeitung eines Konzepts zur praktischen Umsetzung von Konsum- bzw. Gesundheitsräumen in Österreich zur Klärung offener Fragen (z. B. fachlicher und rechtlicher Aspekte, Umsetzung über gesonderte Räume oder integriert in Suchthilfeeinrichtungen) sowie unter Berücksichtigung regionaler Bedarfe und internationaler Best-Practice-Beispiele (z. B. multiprofessionelle Teams mit Ärztinnen, Ärzten, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern) sowie der Analyse, wie diese auf Österreich übertragbar sind
- b. Etablierung von Drogenkonsumräumen/Gesundheitsräumen entsprechend diesem Konzept für unterschiedliche Konsumformen in jeder größeren Stadt Österreichs

## 9.5 Schadensminimierung bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit

Schadensminimierung ist ein etablierter Leitgedanke in der Versorgung von Menschen, die von illegalen Substanzen abhängig und nicht fähig oder willens sind, komplett abstinent zu leben. Im Bereich der Versorgung von Menschen, die von Alkohol oder Nikotin abhängig sind, ist dieses Prinzip deutlich weniger etabliert, hat aber z. B. in der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in den letzten Jahren unter dem Schlagwort „kontrolliertes Trinken“ zunehmend an Bedeutung gewonnen.

### Empfehlungen

- a. Umfeldanalyse zu bestehenden Ansätzen der Schadensminimierung im Bereich der Behandlung von Alkohol- und Nikotinabhängigkeit
- b. Ausbau von Angeboten zur Schadensminimierung bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit zur Diversifikation bestehender Angebote

# 10 Soziale Reintegration

## 10.1 Bedarfspezifische Wohnangebote

Die Wohnung oder eine Wohnmöglichkeit zu verlieren, ist ein häufiges Problem für Menschen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Für wohnungslose Süchtige ist es **äußerst schwer, wieder eine dauerhafte Wohnmöglichkeit** zu finden, ganz besonders, wenn sie in einer Wohnsituation bereits „auffällig“ geworden sind und daher viele Optionen, die anderen offenstehen, nicht mehr infrage kommen. Das Regelwerk zahlreicher **Notschlafstellen und Wohnbetreuungsformen** untersagt z. B. Berausung bzw. den Konsum von psychoaktiven Substanzen. Daher können Menschen mit Suchterkrankungen viele Wohnangebote nicht nutzen. Menschen mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit werden oft auch von **Wohneinrichtungen für psychiatrisch kranke Menschen** ausgeschlossen, obwohl Suchterkrankung eine psychiatrische Diagnose darstellt und die betreffenden Personen oft auch andere psychiatrische Diagnosen haben (vgl. Kapitel 4.3). Der Zugang zu **stationärer Suchtbehandlung** für wohnungslose Menschen kann sehr hochschwierig sein (z. B. lange und bürokratische Vorprozesse, Inflexibilität bei versäumten Terminen, Sprachbarrieren). Es kann auch kompliziert sein, das Timing eines stationären Entzugs mit der Betreuung durch die Wohnungslosenhilfe abzustimmen. Häufig sind Suchtkranke, die ihre Wohnung verloren haben, von akuter Wohnungslosigkeit betroffen. Es fehlt zudem an mobiler Wohnbetreuung für Menschen mit Suchterkrankungen.

### Empfehlungen

- a. Schwerpunkt auf Housing First<sup>16</sup> bei der Behandlung von Menschen mit einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit, um Obdachlosigkeit zu verhindern bzw. zu beseitigen
- b. Verringerung der Ausschlussgründe für die Aufnahme in Notquartieren, Übergangswohnheimen und Wohnheimen sowie für die Vermittlung zu Sozialwohnungen, um den Zugang für Menschen mit einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit zu ermöglichen bzw. zu erleichtern (z. B. indem keine kategorischen Substanzkonsumverbote erlassen werden und kontrollierter Konsum toleriert wird, psychiatrische Diagnosen keinen automatischen Ausschlussgrund darstellen und das Mitbringen von Tieren erlaubt wird)

---

16

Zur Definition von Housing First vgl. z. B. Busch-Geertsema (2019, S. 114): „Housing First‘ wird definiert als ein Programm, mit dem wohnungslose Menschen direkt in bezahlbaren und dauerhaften Wohnraum gebracht werden, ohne dass eine vorherige Erlangung von ‚Wohnfähigkeit‘ oder etwa die Überwindung einer bestehenden Suchterkrankung zur Bedingung gemacht wird; persönliche Hilfen werden angeboten, aber ihre Annahme ist freiwillig und das eingegangene Mietverhältnis kann nicht aufgrund von Suchtmittelkonsum, Therapieablehnung oder mangelnder Mitwirkung im Hilfeprozess gekündigt werden.“ Umfassende Informationen zu Grundprinzipien, Zielsetzungen und Wirksamkeit von Housing First bietet der Housing First Guide Europe (Pleace 2017).

- c. Ausbau spezifischer Wohnmöglichkeiten, die den Möglichkeiten und Bedürfnissen von Menschen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit entsprechen, die in üblichen Wohnmöglichkeiten nicht unterzubringen sind (z. B. von Fachpersonal betreute Wohnmöglichkeiten)
- d. verstärkte Forschungsbemühungen, um zu verstehen, welche Modelle am besten funktionieren, um wohnungslose Menschen mit mehreren akuten Suchterkrankungen (und möglichen psychischen Erkrankungen) zu unterstützen
- e. Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu stationärer Behandlung, damit bestimmte vulnerable Gruppen nicht ausgeschlossen werden
- f. Auf- bzw. Ausbau mobiler Wohnbetreuung

## 10.2 Tagesstruktur und arbeitsintegrative Maßnahmen

Arbeit und eine sinnvolle Tagesbeschäftigung sind wichtige Bausteine für Reintegration, Rehabilitation und Stabilisierung von suchtkranken und -gefährdeten Menschen. Bereits eine stundenweise Beschäftigung gibt Struktur und Perspektive und fördert soziale Teilhabe, Joborientierung, Konsumreduktion und die Besserung psychischer Belastungen sowie Erkrankungen. Tagesstrukturangebote und niederschwellige Beschäftigungsangebote spielen zudem eine wichtige Rolle für die erste Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem (vgl. Kapitel 3.1).

Personen mit einer akuten Suchterkrankung finden oft keinen Arbeitsplatz am **ersten Arbeitsmarkt**. Langzeitarbeitslose, die durch Sucht belastet sind, können oft auch in Zeiten höchster Nachfrage am ersten Arbeitsmarkt nicht Fuß fassen und sind von den Anforderungen einer Vollzeitbeschäftigung überfordert. Auch viele **Maßnahmen zur Arbeitsintegration oder Beschäftigungsprojekte** sind für Menschen mit multiplen und komplexen Problemlagen zu hochschwierig. Zudem ist aktiver Substanzkonsum oft ein Ausschlussgrund für diese Maßnahmen. Es bedarf basaler Bildungs- und Qualifizierungsangebote sowie Konzepte und modularer Lösungsansätze für eine Beschäftigung und Stabilisierung dieser Personen, wobei diese Angebote und Lösungsansätze dem Stabilitätsniveau im Krankheitsverlauf entsprechen müssen. In manchen Regionen fehlen spezielle Arbeitsprojekte für Menschen mit Suchterkrankungen völlig.

### Empfehlungen

- a. Ausbau von unterschiedlichen niederschweligen arbeitsintegrativen Angeboten, die auf die Fähigkeiten/Ressourcen und Bedürfnisse der Klientel Rücksicht nehmen (z. B. durch flexible und stundenweise Beschäftigung, tägliche Auszahlung, Berücksichtigung der unterschiedlichen Fähigkeiten zur langfristigen Abstinenz bzw. der Arbeitsfähigkeit)
- b. verstärkte Schulungen für Mitarbeiter:innen arbeitsintegrativer Angebote zum Umgang mit Menschen mit Suchterkrankungen
- c. besserer Zugang zu arbeitsmarktintegrativen Leistungen einschließlich Rehamaßnahmen (Konsum/Sucht kein kategorischer Ausschlussgrund)
- d. Ausbau eines flächendeckenden, bedarfsgerechten und zielgruppenorientierten Angebots von Tagesstruktur für suchtkranke Menschen, bei denen arbeitsintegrative Angebote nicht oder noch nicht möglich sind

- e. Ausbau von Beschäftigungs- und Freizeitangeboten im Bereich der Nachbetreuung, die eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ermöglichen (z. B. Ausbau der Möglichkeiten wohnortnaher Tagesbeschäftigung)
- f. mehr geförderte Langzeitarbeitsplätze für Personen mit einer Suchterkrankung, die auch mit einer Therapie kombiniert werden können
- g. Schaffung von bedarfsgerechten und multiprofessionell begleiteten Angeboten, speziell für riskant konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene (vgl. Kapitel 7.6), zur Tagesstrukturierung bis hin zur Reintegration in den Arbeitsmarkt (z. B. in Form einer modularen überbetrieblichen Lehre)

# Quellen

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien
- ARGE Suchtvorbeugung (2020): Positionspapier Glücksspiel–Sportwetten [online], Wien. Verfügbar unter: [https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/Positionspapier\\_Gluecksspiel\\_Sportwetten\\_ARGE\\_Suchtvorbeugung\\_2023.pdf](https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/Positionspapier_Gluecksspiel_Sportwetten_ARGE_Suchtvorbeugung_2023.pdf) (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)
- b.a.s. (2021): Bedarfsanalyse Alkohol. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Unveröffentlicht.
- BMG (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMASGK (2018): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (3. Auflage). Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
- Bonomo, Yvonne; Norman, Amanda; Biondo, Sam; Bruno, Raimondo; Daghli, Mark; Dawe, Sharon; Egerton–Warburton, Diana; Karro, Jonathan; Kim, Charles; Lenton, Simon (2019): The Australian drug harms ranking study. In: Journal of Psychopharmacology 33/7:759–768
- Buchner, Ursula G.; Koytek, Annalena; Gollrad, Tanja; Arnold, Melanie; Wodarz, Norbert (2013): Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel: das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE. Hogrefe Verlag, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2022): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch–Geertsema, Volker (2019): Housing First – Housing Plus. In: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hg.): Festschrift 20 Jahre BAWO Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien. S. 111 – S. 127
- Castells X.; Casas, M.; Pérez–Mañá, C., Roncero, C, Vidal, X., Capellà, D. (2010): Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. The Cochrane Library 2010, Issue 2.
- Chan, B.; Freeman, M.; Kondo, K.; Ayers, C.; Montgomery, J.; Paynter, R.; Kansagara, D. (2019): Pharmacotherapy for methamphetamine/amphetamine use disorder – a systematic review and meta-analysis. In: Addiction 114 (12): 2122–2136
- Chimbar, L.; Moleta, Y. (2018): Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. Journal of Addictions Nursing 29(3):167–171
- Caritas Diözese Graz–Seckau (2019): Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2018, Graz

- Drogenfachgremium Steiermark (2021): Positionspapier Alkohol. Unveröffentlicht.
- EMCDDA (2016): Drogenperspektiven. Modelle für die legale Versorgung mit Cannabis – Aktuelle Entwicklungen. EMCDDA. Luxemburg
- EMCDDA (2022): Spotlight on... Drug consumption rooms [online]. Verfügbar unter: [https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/drug-consumption-rooms\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/drug-consumption-rooms_en) (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)
- Engelhardt, E. M.; Reindl, R. (2016). Blended Counseling – Beratungsform der Zukunft? In: Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung 4/2:130–144
- Gesellschaft zur Erforschung nichtstoffgebundener Abhängigkeiten (2008): Stellungnahme der Gesellschaft zur Erforschung nichtstoffgebundener Abhängigkeiten zum Entwurf der Glücksspielgesetz-Novelle 2008 (GSpG-Novelle 2008). Verfügbar unter: [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SNME/SNME\\_00061/fname\\_144968.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SNME/SNME_00061/fname_144968.pdf) (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)
- Grabenhofer, S.; Kociper, K.; Nagy, C.; Luf, A.; Schmid, R. (2018): Drug Checking und Aufklärung vor Ort in der niedrigschwelligen Präventionsarbeit. In: Handbuch Psychoaktive Substanzen. Hg. V. von Heyden, M.; Jungaberle, H.; Majić, T. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 327 – S. 338
- Haller, Reinhard; Scholz, Herwig (2018): Spielsucht – Eine nicht stoffgebundene Sucht. Konsensus-Statement – State of the art 2018. In: CliniCum Sonderausgabe November 2018, S. 3 – S. 16
- Hayer, Tobias; Lahusen, Harald; Kalke, Jens (2020): Standards für Jugend- und Spielerschutzmaßnahmen beim Online-Glücksspiel (SJSOG). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Universität Bremen sowie Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Bremen und Hamburg
- Hedrich, Dagmar (2020): Drogenkonsumräume: Verbreitung und Wirksamkeit. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 9/1:202–10
- Hofecker-Fallahpour, M.; Eichenberger, A.; Rössler, W. (2001): Die Nachtambulanz – ein Dinosaurier der Reformpsychiatrie? In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 152/1:5–10
- Infodrog (2014): Arbeit mit Peers im Suchtbereich in der Schweiz. Hg. v. Sucht, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle. Bern
- Kalke, J.; Schmidt, C. S.; Hayer, T. (2021): Sportwetten: Expertise oder Glück? Ein systematischer Review über Tippstudien. In: Suchttherapie 22(01):27–36
- Klimont, J. (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien, Statistik Austria.

- Krausz, M.; Westenberg, J. N.; Tsang, V.; Suen, J.; Ignaszewski, M. J.; Mathew, N.; Choi, F. (2022): Towards an International Consensus on the Prevention, Treatment, and Management of High-Risk Substance Use and Overdose among Youth. In: *Medicina* 58(4):539
- Lee, N. K.; Jenner, L.; Harney, A.; Cameron, J. (2018): Pharmacotherapy for amphetamine dependence: A systematic review. In: *Drug and Alcohol Dependence* 191:309–337
- Luf, A.; Karden, A.; Schubert-Kociper, K.; Schmid, R. (2019): Integriertes Drug-Checking – Methodische Aspekte und Umsetzung von analysegestützten Interventionen. In: *Checking Drug-Checking*. Hg. v. Tögel-Lins, K.; Werse, B.; Stöver, H. Fachhochschulverlag Frankfurt a. M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Lucas, P.; Walsh, Z.; Crosby, K.; Callaway, R.; Belle-Isle, L.; Kay R.; Capler, R.; Holtzman S. (2016): Substituting cannabis for prescription drugs, alcohol and other substances among medical cannabis patients: The impact of contextual factors. In: *Drug Alcohol Rev.* 35(3):326–33
- Mahlke, C., Schulz, G.; Sielaff, G.; Nixdorf, R.; Bock, T. (2019): Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 62(2): 214–221
- Mariani JJ, Levin FR. (2012): Psychostimulant treatment of cocaine dependence. In: *Psychiatric Clinics of North America* 35(2):425–39
- Mariani, J.; Khantzian, E.; Levin, F. (2014): The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. In: *Am J Addict.* 23(2):189–193.
- Motka, Franziska; Grüne, Bettina; Braun, Barbara; Kraus, Ludwig (2019): Spielersperren in Deutschland: Stand der gesetzlichen Glücksspielregelungen und ihre Umsetzung. In: *Suchttherapie* 20/02:100–109
- Navarrete F, García-Gutiérrez MS, Gasparyan A, Austrich-Olivares A, Manzanares J. (2021): Role of Cannabidiol in the Therapeutic Intervention for Substance Use Disorders. In: *Front Pharmacol.* 12:626010.
- Oviedo-Joekes, Eugenia; Nosyk, Bohdan; Brissette, Suzanne; Chettiar, Jill; Schneeberger, Pascal; Marsh, David C.; Krausz, Michael; Anis, Aslam; Schechter, Martin T. (2008): The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): profile of participants in North America's first trial of heroin-assisted treatment. In: *Journal of Urban Health* 85/6:812–825
- ÖGABS; ÖGAM; ÖGKJP; ÖGPP (2017): Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie [online]. Verfügbar unter: <https://oegabs.at/userfiles/files/publikationen/Leitlinie-Qualitätsstandards-Opioid-Substitutionstherapie.pdf> (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)
- Pleace, Nicholas (2017): *Housing First Guide Europe*. Ins Deutsche übersetzt und hg. v. neunerhaus, Wien.
- Schmutterer, Irene (2021): *Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie sonstige Nikotinerzeugnisse. Zahlen und Fakten 2021*. Gesundheit Österreich, Wien

- Schöttle, D., Ruppelt, F., Karow, A., Lambert, M. (2015): Home treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der integrierten Versorgung. In: PpMp–Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie 65(03/04):140–145
- Siefried KJ, Acheson LS, Lintzeris N, Ezard N. (2020): Pharmacological Treatment of Methamphetamine/Amphetamine Dependence: A Systematic Review. In: CNS Drugs 34(4):337–365.
- SDW (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien, Wien
- Starzer, A.; Uhl, A.; Puhm, A.; Strizek, J.; Auracher, U.; Kampusch, A. (2009): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich [online]. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung. Verfügbar unter: [https://www.praevention.at/fileadmin/user\\_upload/08\\_Sucht/Endbericht\\_Alkoholintoxikationen\\_bei\\_Jugendlichen\\_in\\_OOE.pdf](https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/Endbericht_Alkoholintoxikationen_bei_Jugendlichen_in_OOE.pdf) (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021 a): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Brotherhood, Angelina; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra (2021 b): Sucht(–behandlung) in der Krise. Zweiter Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Brotherhood, Angelina; Puhm, Alexandra (2021 c): Aus der Ferne in Kontakt bleiben: Telehealth–Interventionen und ihre Bedeutung für die Suchthilfe während der Corona–Pandemie. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 10/3:5–12
- Stutz, Constanze; Kawohl, Wolfram; Platz, Christoph; Warnke, Ingeborg; Jäger, Matthias (2017): Wer braucht die Nachtambulanz? – Stellenwert eines teilstationären Angebotes. In: neuropsychiatrie 31/4:187–195
- Taggart, L.; McLaughlin, D.; Quinn, B.; Milligan, V. (2006): An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. In: Journal of Intellectual Disability Research 50/8:588–597
- Unterlerchner, Barbara; Moussa–Lipp, Sina; Christanell, Anja; Hammer, Elisabeth (2020): Wohnungslos während Corona. In: juridikum, zeitschrift für kritik | recht | gesellschaft 2020/3:395–406
- van Amsterdam, Jan; Nutt, David; Phillips, Lawrence; van den Brink, Wim (2015): European rating of drug harms. In: Journal of Psychopharmacology 29/6:655–660
- van Duijvenbode, N.; VanDerNagel, J. E. L. (2019): A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. In: European Addiction Research 25/6:263–282
- Vernetzungsplattform (Hg.) (2021): Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform der Expert\_innen aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit. Kapitel 2.1 bis 2.3. Wien

Weichhart, Irene; Weißensteiner, Markus (2022): Positionspapier Cannabis–Freizeitgebrauch. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. Verfügbar unter: [https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/ARGE\\_Positionspapier\\_Freizeitgebrauch\\_Cannabis.pdf](https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/ARGE_Positionspapier_Freizeitgebrauch_Cannabis.pdf) (zuletzt aufgerufen am 30.05.2023)

WHO (2020): The impact of COVID–19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. World Health Organization, Geneva

Zolopa, C.; Hoj, S.; Bruneau, J.; Meeson, J. S.; Minoyan, N.; Raynault, M. F.; Makarenko, I.; Larney, S. (2021): A rapid review of the impacts of “Big Events” on risks, harms, and service delivery among people who use drugs: Implications for responding to COVID–19. In: International Journal of Drug Policy 92:103127