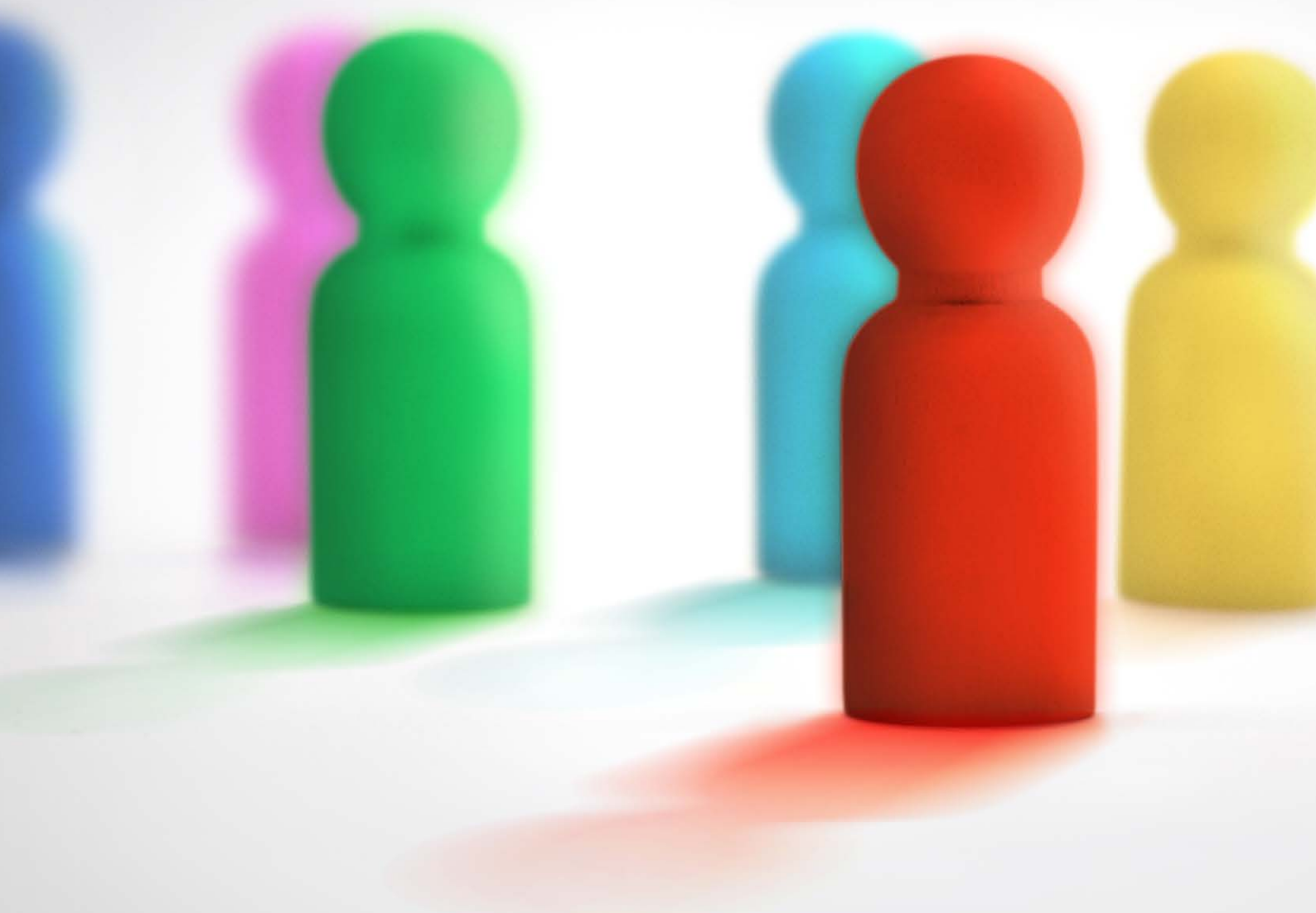


SUCHTBERICHT

Steiermark 2021



Inhaltsverzeichnis

1. Executive Summary	8
2. Einleitung	12
3. Alkohol	14
3.1 Alkoholkonsum bei Erwachsenen	16
3.2 Alkoholkonsum bei Schülerinnen und Schülern	18
3.3 Morbidität durch Alkoholkonsum	20
3.4 Alkoholbedingte Mortalität	22
3.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	24
3.6 Fazit	25
4. Tabak und Nikotin	26
4.1 Konsum von Tabak und Nikotin in der erwachsenen Bevölkerung	28
4.2 Tabakassoziierte Morbidität	30
4.3 Tabakassoziierte Mortalität und vorzeitige tabakassoziierte Mortalität	31
4.4 Angebote zur Tabak-Entwöhnung	33
4.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Tabak in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	33
4.6 Fazit	33
5. Illegalisierte Substanzen	34
5.1 Cannabis	35
5.2 Opiode und andere illegalisierte Substanzen	40
5.3 Opioidsubstitutionstherapie (Gastbeitrag von Charlotte Klein, Martin Busch, Judith Anzenberger, Gesundheit Österreich GmbH)	46
5.4 Fazit	51
6. Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Schmerzmitteln	52
6.1 Prävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Erwachsenen	55
6.2 Prävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Schülerinnen und Schülern	56
6.3 Verordnung ausgewählter Psychopharmaka	57
6.4 Morbidität durch Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten	60
6.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Medikamente in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	62
6.6 Fazit	63
7. Pathologisches Spielen	64
7.1 Prävalenz von Glücksspiel und Sportwetten bei Erwachsenen	66
7.2 Prävalenz von Glücksspiel und Sportwetten bei Schülerinnen und Schülern	66
7.3 Straftaten und Verschuldungen	67
7.4 Morbidität durch pathologisches Spielen	68
7.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Glücksspielsucht in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	68
7.6 Fazit	69
8. Internetassoziiertes Suchtverhalten	70
8.1 Prävalenzschätzung von internetassoziiertem Suchtverhalten und Entwicklung einer Versorgungs- und Präventionsstrategie (Gastbeitrag von Thomas Lederer-Hutsteiner, x-sample Sozialforschung, Marktforschung, Evaluation)	71
8.2 Prävalenz von Gaming bei Erwachsenen	72
8.3 Prävalenz von Gaming bei Schülerinnen und Schülern	73
8.4 Nutzung von Social Media bei Schülerinnen und Schülern	75
8.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Neue Medien in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	77
8.6 Fazit	77

9. Essstörungen	78
9.1 Morbidität aufgrund von Essstörungen	79
9.2 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Essstörungen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	80
9.3 Fazit	81
10. Sucht im Alter	82
10.1 Häufige Suchtformen im Alter: Alkohol und Medikamente	83
10.2 Altersspezifische Auswertungen aus dem Controlling der Suchtkoordination	84
10.3 Sucht im Alter: eine Herausforderung	86
10.4 Fazit	87
11. Suchtprävention in der Steiermark	88
11.1 Helfen statt strafen	90
11.2 Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe	91
11.3 Angebote und Maßnahmen der Suchtprävention	92
11.4 Auswertungen aus dem Controlling der Suchtkoordination	97
11.5 Fazit	97
12. Suchtspezifische Einrichtungen in der Steiermark und deren Angebote	98
12.1 Versorgungslage in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen	102
12.2 Integrierte Versorgung	105
12.3 Fazit	106
12.4 Exkurs zur COVID-19-Pandemie	107
13. Fazit und Empfehlungen	108
14. Literaturverzeichnis	112
15. Anhang	114
15.1 Datenquellen	114
15.2 Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Konsumgruppen Alkohol auf Basis des Durchschnittskonsums (adjustierte Werte), nach Altersgruppen, 2020	17
Abbildung 2:	30-Tage-Prävalenz Alkohol, nach Altersgruppen, 2020	17
Abbildung 3:	Lebenszeitprävalenz Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2015 und 2019	18
Abbildung 4:	Konsumgruppen in Gramm Reinalkohol bei Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2015 und 2019	19
Abbildung 5:	Lebenszeitprävalenz Rausch bei Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2015 und 2019	19
Abbildung 6:	Krankenhausaufenthalte aufgrund von Alkoholabhängigkeit je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	20
Abbildung 7:	Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund von Alkoholabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	21
Abbildung 8:	Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund von Alkoholabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	21
Abbildung 9:	Alkoholbedingte Sterbefälle je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen 2019	23
Abbildung 10:	Alkoholbedingte Sterbefälle je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen für die Jahre 2015–2019	23
Abbildung 11:	Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk	24
Abbildung 12:	Anteil der täglich oder fast täglich Rauchenden (Zigaretten), nach Geschlecht, 2004, 2008, 2015, 2020	28
Abbildung 13:	Passivrauchbelastung zu Hause, nach Altersgruppen, Steiermark, 2020	29
Abbildung 14:	Krankenhausaufenthalte aufgrund von einer tabakassoziierten Erkrankung je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	30
Abbildung 15:	Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	31
Abbildung 16:	Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	31
Abbildung 17:	Tabakassoziierte Sterbefälle alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen 2019	32

Abbildung 18:	Tabakassozierte Sterbefälle alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen für die Jahre 2002 bis 2019	32
Abbildung 19:	Lebenszeitprävalenz Cannabiskonsum, nach Geschlecht, Steiermark und Österreich gesamt, 2004, 2008, 2015, 2020	38
Abbildung 20:	Prävalenz Cannabis, Steiermark, gesamt, nach Altersgruppen; 2020	39
Abbildung 21:	Lebenszeitprävalenz Cannabis bei Schülerinnen und Schülern, nach Schultyp, 2015 und 2019	39
Abbildung 22:	Konsumprävalenz Cannabiskonsum bei Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2019	40
Abbildung 23:	Betreute Personen von Einrichtungen, die in DOKLI dokumentieren, nach Art der Betreuung 2019	42
Abbildung 24:	Krankenhausaufenthalte aufgrund von einer Abhängigkeit von Opioiden je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	43
Abbildung 25:	Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund von einer Abhängigkeit von Opioiden je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	43
Abbildung 26:	Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund von einer Abhängigkeit von Opioiden je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	44
Abbildung 27:	Herkunft der Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen (außer Substitution), alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk	45
Abbildung 28:	Entwicklung der Zahl jährlicher Meldungen aktuell in Opioidsubstitutionsbehandlung befindlicher Steirerinnen und Steirer nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2006–2020	46
Abbildung 29:	Opioidabhängige Personen in der Steiermark nach Integration in Opioidsubstitutionsbehandlung 2000–2019	47
Abbildung 30:	Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung nach steirischen Bezirken 2020	48
Abbildung 31:	Altersstruktur der in Opioidsubstitutionsbehandlung gemeldeten Personen 1999–2020	49
Abbildung 32:	Dauer der bisherigen Behandlung der insgesamt 1.386 Steirerinnen und Steirer, die sich am 31.12.2020 in Substitutionsbehandlung befanden	50
Abbildung 33:	Definitionen medikamentenbezogener Störungen	54
Abbildung 34:	Lebenszeitprävalenz Schlaf- und Beruhigungsmittel, nach Geschlecht, Steiermark und Österreich gesamt, 2008, 2015, 2020	55
Abbildung 35:	Konsumprävalenz Schlaf- und Beruhigungsmittel, Steiermark, gesamt, nach Altersgruppen; 2020	56
Abbildung 36:	Konsumprävalenz verschreibungspflichtiger Schlaf- und Beruhigungsmittel bei Schülerinnen und Schülern, nach Schultyp, 2015 und 2019	56
Abbildung 37:	Verteilung der Altersgruppen bei Männern mit mindestens einer Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen, 2020	57
Abbildung 38:	Verteilung der Altersgruppen bei Frauen mit mindestens einer Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen, 2020	58
Abbildung 39:	Anzahl der Steirerinnen und Steirer mit mindestens einer Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen, 2016 - 2020	58
Abbildung 40:	Verteilung der Altersgruppen bei Männern mit mindestens einer Verordnung von Z-Substanzen, 2020	59
Abbildung 41:	Verteilung der Altersgruppen bei Frauen mit mindestens einer Verordnung von Z-Substanzen, 2020	59
Abbildung 42:	Anzahl der Steirerinnen und Steirer mit mindestens einer Verordnung von Z-Substanzen, 2016–2020	60
Abbildung 43:	Krankenhausaufenthalte aufgrund von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	60
Abbildung 44:	Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	61
Abbildung 45:	Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019	61
Abbildung 46:	Typische Spieldauer von Schülerinnen und Schülern beim Spielen um Geld an einem Spieltag, nach Schultyp, 2019	67
Abbildung 47:	Höhe der Spielschulden von Personen, die sich in Existenzsicherungsberatung befinden, nach Geschlecht 2019	67
Abbildung 48:	Herkunft der Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Glücksspiel alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk	68
Abbildung 49:	30-Tage-Prävalenz Gaming, Steiermark, gesamt, nach Altersgruppen; 2020	73
Abbildung 50:	7-Tagesprävalenz bei Schülerinnen und Schülern zu „Gaming mit anderen Personen“, nach Geschlecht, 2019	74
Abbildung 51:	Selbstbewertung der Zeit, die von Schülerinnen und Schülern mit Gaming verbracht wird, 2015 und 2019	75
Abbildung 52:	Nutzung von sozialen Medien durch Schülerinnen und Schüler an einem typischen Wochenendtag, nach Schultyp, 2019	76
Abbildung 53:	Selbstbewertung der Zeit, die von Schülerinnen und Schülern mit sozialen Medien verbracht wird, 2015 und 2019	76
Abbildung 54:	Herkunft der Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Essstörungen alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk	80
Abbildung 55:	In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreute Klientinnen und Klienten der Altersgruppe über 65 Jahre nach Geschlecht und Altersgruppen	84
Abbildung 56:	In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreute Klientinnen und Klienten der Altersgruppe über 65 Jahre nach Hauptbetreuungsschwerpunkt	85
Abbildung 57:	Herkunft der in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten im Alter von 65 Jahren und älter nach Wohnbezirk je 10.000 EW	85
Abbildung 58:	In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreute Personen (Klientinnen und Klienten sowie Angehörige) nach Wohn- und Behandlungsbezirk	102
Abbildung 59:	Verteilung der in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten nach Hauptbetreuungsschwerpunkten	103

Abbildung 60:	Verteilung der Hauptbetreuungsschwerpunkte jener Klientinnen und Klienten, bei denen die Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnort bekannt sind	103
Abbildung 61:	Herkunft der in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten aller Hauptbetreuungsschwerpunkte alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk	104
Abbildung 62:	Verteilung der Hauptbetreuungsschwerpunkte von Klientinnen und Klienten innerhalb der steirischen Versorgungsregionen, quellbezogen	104

Abkürzungsverzeichnis

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule	HF	Hartberg-Fürstenfeld
b.a.s.	Steirische Gesellschaft für Suchtfragen (betrifft abhängigkeit und sucht)	I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
BGBI.	Bundesgesetzblatt	ICD-10/11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
BHS	Berufsbildende höhere Schule	idF	in der Fassung
BM	Bruck-Mürzzuschlag	ISOP	Innovative Sozialprojekte GmbH
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	K-Dok	Krankenhausesentlassungsstatistik
BS	Berufsschule	LB	Leibnitz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	LI	Liezen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	LISA	Liste der zur Opioidsubstitutionstherapie qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
bzw.	beziehungsweise	LN	Leoben
CBD	Cannabidiol	MDMA	Methylenedioxy-N-methylamphetamin
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	MT	Murtal
d. h.	das heißt	MU	Murau
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie	NGO	Non Government Organisation (Nicht-Regierungsorganisation)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Nr.	Nummer
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	o. J.	ohne Jahr
DL	Deutschlandsberg	o. D.	ohne Datum
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe	ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)	OST	Opioidsubstitutionstherapie
DSM-4 / DSM-5	4. bzw. 5. Auflage des DSM	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte	PSN	Psychosoziales Netzwerk
EPiG GmbH	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit GmbH	PTS	Polytechnische Schule
ERFA	Erfahrung für alle. Verein für gemeinnützige Beschäftigung	PVE	Primärversorgungseinrichtung
ESPAD	European School Survey Projekt on Alcohol and other Drugs (Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen)	S.	Seite
et al.	et aliae	SERA	Sera Soziale Dienste gGmbH
etc.	et cetera	SMG	Suchtmittelgesetz
EU	Europäische Union	SMZ Liebenau	Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau
EW	Einwohnerinnen und Einwohner	SO	Südoststeiermark
f. / ff.	folgende Seite / folgende Seiten	StGSG	Steiermärkisches Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz
FAQs	Frequently Asked Questions (Häufig gestellte Fragen)	StJG	Steiermärkisches Jugendgesetz
G	Graz	Stmk	Steiermark
GFSTMK	Gesundheitsfonds Steiermark	StWttG	Steiermärkisches Wettengesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH	SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
GPS	General Population Survey – Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial	TabMG	Tabakmonopolgesetz
GSpG	Glücksspielgesetz	THC	Tetrahydrocannabinol
GU	Graz-Umgebung	TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz
		v. a.	vor allem
		vgl.	vergleiche
		VO	Voitsberg
		VR	Versorgungsregion
		WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
		WZ	Weiz
		z. B.	zum Beispiel

Wertvoll



Es gibt viele Wege, um mit anderen Menschen zu kommunizieren. Gerade in Zeiten, in denen persönliche Kontakte eingeschränkt werden müssen, erweisen sich die digitalen Kommunikationsformen als wertvolle Alternative. Auch in der Suchtprävention und der Suchtversorgung haben sich im letzten Jahr zunehmend telemedizinische Behandlungsangebote etabliert – als bedarfsgerechte Ergänzung, keinesfalls als Ersatz zum persönlichen Gespräch mit Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen. Denn – wie in vielen anderen Bereichen – gilt auch für die Zeit, die wir vor dem Bildschirm verbringen: Die Dosis macht das Gift! Die Grenze zwischen wohltuender Unterhaltung und krankhafter Sucht ist fließend. Wie es um das Suchtverhalten der Steirer*innen bestellt ist – vom Internetkonsum über Drogen und Nikotin bis hin zu Essstörungen und Sucht im Alter –, zeigt der vorliegende Suchtbericht.

Um Betroffenen dabei zu helfen, Süchte und Abhängigkeiten zu bekämpfen, investieren wir laufend in die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote. Es braucht ein differenziertes Maßnahmenbündel, das auch sukzessive an den veränderten Bedarf angepasst wird. Unter anderem wurde in den letzten Jahren die Suchtberatung in der West- und in der Südsteiermark (Versorgungsregion 65) ausgebaut, ebenso die Substitutionsversorgung in der Obersteiermark. Zunehmend an Bedeutung gewinnt das Thema Essstörungen, für das es ein neues Tageszentrum in Graz gibt. Und wir haben eine Studie zum Thema Internetsucht bzw. dysfunktionale Internetnutzung in Auftrag gegeben, um auch in diesem Bereich die Behandlungsangebote bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können. Wichtig ist darüber hinaus die Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung bereits im Kindes- und Jugendalter, um Warnsignale frühzeitig zu erkennen. Die Expert*innen in den steirischen Suchtberatungseinrichtungen leisten hier einen immens wichtigen Beitrag für die Gesundheit der Steirer*innen, egal ob über (Online-)Informationskampagnen, Vorträge an Schulen oder persönliche Gespräche in den Einrichtungen. Jeder einzelne Beitrag ist wertvoll – ein großes Dankeschön dafür.

Dr. in Juliane Bogner-Strauß

Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege

Risikofaktor Sucht

Wenn wir von Sucht sprechen, meinen wir in der Regel die Abhängigkeit von schädlichen Substanzen oder gesundheitsschädigenden Verhaltensmustern. Im öffentlichen Bewusstsein und sehr oft auch in der veröffentlichten Meinung wird der Begriff Sucht freilich nicht selten mit illegalisierten Drogen oder negativ besetzten Verhaltensmustern gleichgesetzt, während sich das gesellschaftlich gängige Suchtverhalten noch immer über relativ breite Akzeptanz freuen darf – was durchaus auf Kosten des Problembewusstseins geht. Faktum ist: Sucht ist eine krankhafte Abhängigkeit, jedes Suchtverhalten stellt daher einen besonderen Risikofaktor dar.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) trägt diesem Umstand Rechnung – von der Prävention über die Behandlung bis zur Rehabilitation. Zahlreiche Aktivitäten der Gesundheitsförderung bemühen sich, das Bewusstsein für ein gesundes Leben zu schärfen – hier wird bereits bei den Kleinsten in den Kindergärten angesetzt. Auch im Rahmen der jährlichen Vorsorgeuntersuchung wird die enorme Bedeutung des persönlichen Lebensstils für die Gesundheit hervorgehoben.

Natürlich ist die ÖGK auch dort aktiv, wo es gilt, die Sucht zu überwinden oder deren Folgen zu behandeln: Beispielhaft sei nur das erfolgreiche Entwöhnungsangebot „Rauchfrei in 6 Wochen“ erwähnt, das Betroffenen in der Steiermark seit vielen Jahren hilft, sich von ihrer Nikotinabhängigkeit zu befreien. Von den unzähligen Behandlungen und Therapien, die viele Menschen als Folge ihrer Suchterkrankung benötigen, gar nicht zu reden.

Eines ist klar: Das Phänomen Sucht geht uns alle an, es ist – in höchst unterschiedlichen Ausprägungen – in weiten Teilen der Bevölkerung präsent. Mit der Österreichischen Gesundheitskasse hat die Steiermark in der Suchtprävention und bei der Betreuung suchtkranker Menschen einen starken und verlässlichen Partner an ihrer Seite!

Ing. Josef Harb und Vinzenz Harrer

Vorsitzende des Landesstellenausschusses der ÖGK Steiermark



Näher dran



Suchtkranke benötigen professionelle Hilfe, um wieder gesund zu werden. Der Weg zu Suchthilfe-Expert*innen sollte dabei ebenso selbstverständlich sein wie eine medizinische Behandlung bei jeder anderen Erkrankung auch. Sucht darf kein Tabu- und kein Randthema sein, sie betrifft Menschen in allen Gesellschaftsschichten.

Als Gesundheitsfonds Steiermark, der die Aufgaben der Suchtkoordination 2019 vom Land Steiermark übernommen hat, planen und koordinieren wir die Suchthilfe in unserem Bundesland. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Vernetzung der Einrichtungen und psychosozialen Dienste – durch eine möglichst gute Abstimmung wird eine hohe Behandlungsqualität gewährleistet. Zur langfristigen Absicherung des Versorgungssystems tragen dabei auch jene Weiterentwicklungen bei, die der Steirische Gesundheitsplan 2035 festlegt. Eine der Maßnahmen sind die Gesundheitszentren, in denen die Steirer*innen neben Allgemeinmediziner*innen auch von Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen betreut werden. Gerade für Menschen mit Suchterkrankungen ergeben sich damit in der unmittelbaren Wohnumgebung zusätzliche Versorgungsangebote.



Um auch für die Zukunft eine möglichst bedarfsgerechte und effiziente Versorgung zu gewährleisten, haben wir ein systematisches Monitoring implementiert. Die Suchthilfeeinrichtungen erfassen Daten zu ihren Klient*innen, Angeboten und Einrichtungen nach einem einheitlichen System. Gezielte Datenanalysen und daraus resultierende Rückschlüsse sind die Planungsgrundlagen zur weiteren Versorgung.

Nicht nur die Versorgung von Suchtkranken, auch die Prävention und die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Aufklärung spielt eine zentrale Rolle – vorbeugen ist besser als heilen. Auch hier können wir im Gesundheitsfonds Steiermark Synergien bündeln, erfüllen wir doch auch Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und setzen zahlreiche Projekte um, wie etwa den Steirischen Aktionsplan Alkoholprävention oder die Tabakpräventionsstrategie.

All diese Maßnahmen tragen dazu bei, eine qualitativ hochwertige Sucht- und Gesundheitsversorgung abzusichern und das Thema Gesundheit näher an die Steirer*innen zu bringen.

HR Mag. Michael Koren und Dr. Bernd Leinich

Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark

Komplexes Geschehen

Sucht hat viele Gesichter. Alkohol, Tabak und Medikamente können ebenso Suchtmittel sein wie illegale Substanzen und Verhaltensweisen wie z. B. Glücksspiel. Das Spektrum reicht vom risikoarmen über gesundheitlich riskanten bis hin zum hochproblematischen oder abhängigen Gebrauch. Bei der Suchtentwicklung handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel von individuellen, genetischen, familiären, gesellschaftlichen und ökonomischen Einflüssen. Ein erheblicher Teil der Suchtkranken leidet außer an der Sucht auch noch an weiteren psychischen Erkrankungen. Oft ist Substanzmissbrauch bzw. das Suchtverhalten Folge einer psychischen Grunderkrankung.

Die Pandemie tut der Problematik keinen Abbruch, sie stellt alle Akteure – Politik, Behandler*innen und vor allem die Betroffenen und Angehörige – auch in Zukunft vor immense Herausforderungen. Sie schafft neue Suchtgefahren und erfordert schnelle und wirksame Entscheidungen. Elementar ist, dass Beratungsstellen sowie andere schadensminimierende und niederschwellige Hilfsangebote für alle Bedürftigen zugänglich bleiben. Es gilt, die speziellen Angebote der Suchthilfe-Einrichtungen dem regionalen Bedarf entsprechend auszubauen und durch die spezifische Einbeziehung von Gesundheitsdiensteanbietern zielgenau zu ergänzen und zu vernetzen. Ausgehend von einem guten Versorgungsniveau in der Steiermark wird es zukünftig auch aus gesundheitsplanerischen Überlegungen Weiterentwicklungen zur Versorgung von Suchterkrankungen brauchen und geben. Dazu wurde unter anderem ein Bedarfs- und Entwicklungsplan erarbeitet, der Empfehlungen zu weiteren Umsetzungen auf unterschiedlichen Ebenen, wie einheitliche Dokumentation und Qualitätskriterien, Qualitätszirkel und weitere Vernetzungsarbeit durch z. B. Suchthilfekonferenzen aufzeigt. Besonderes Augenmerk wird in Zukunft vor allem auf die Themen Sucht im Alter, Medikamentenabhängigkeit und sozial-integrative Angebote für Suchtklient*innen zu legen sein. Letztlich geht es darum, eine qualitätsgesicherte und am Bedarf der Betroffenen ausgerichtete Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sicherzustellen und die Suchthilfe im Kontext der gesamten medizinischen und psychosozialen Versorgung zu etablieren.

Der hier vorliegende Steirische Suchtbericht 2021 beinhaltet Daten des Berichtszeitraumes 2017 bis 2020 und listet die Bereiche Prävention und Versorgungsangebote der Suchthilfe in sämtlichen Sektoren und Suchtarten auf.

Wir hoffen, mit dem aktuellen Suchtbericht Ihr Interesse geweckt zu haben.

Juliane Cichy, MSc.

Suchtkoordinatorin des Landes Steiermark

Dr. Johannes Koinig

Leiter Bereich Gesundheitsplanung, Steuerung und Qualität



1 ■ Executive Summary



Der Suchtbericht Steiermark 2021 beleuchtet zu allen wesentlichen substanzgebundenen und substanzungebundene Süchte die Datenlage zur Prävalenz und zu suchtspezifischen Konsummern in der Steiermark. Weiters werden Angebote der Suchtprävention und der Suchtbehandlung in der Steiermark im Überblick dargestellt. Dabei ist es ein zentrales Ziel, flächendeckend in der Steiermark adäquate Angebote vorzuhalten.

Der Suchtbericht basiert auf folgenden zentralen Prämissen:

- Sucht wird als Krankheit betrachtet.
- Eine suchtfreie Gesellschaft ist eine Illusion.
- Suchtprävention baut vor allem auf der Stärkung der Lebenskompetenz auf.

Alkohol

Alkoholkonsum und seine schädlichen Folgen zählen zu den größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen weltweit. Insbesondere bei einer legalen Droge wie Alkohol, die in weiten Teilen der Gesellschaft und kulturell als Genussmittel akzeptiert ist, steht im Vordergrund, einen verantwortungsvollen Umgang damit zu fördern. Von Alkoholabhängigkeit sind in der Steiermark rund 7 % der Männer und 2,7 % der Frauen betroffen. Sowohl der problematische Konsum als auch der mittlere Konsum (über der Harmlosigkeitsgrenze) kommt bei Männern in höherem Ausmaß vor als bei Frauen: Er betrifft knapp 29 % der Männer und 20,5 % der Frauen.

Etwa 2.000 Menschen werden aufgrund einer Alkoholsucht in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark betreut. Aufgrund der weiten Verbreitung von Alkohol ist vor allem die Regelversorgung im Gesundheitswesen gefordert, Alkoholproblematiken zu erkennen, anzusprechen und die entsprechende Therapie und Unterstützung in die Wege zu leiten. Der Aktionsplan Alkoholprävention, der seit 2016 in der Steiermark umgesetzt wird, hat einen Schwerpunkt nicht nur auf der Bewusstseinsbildung, sondern auch darauf, dass Alkohol beispielsweise in der Fest- und Feierkultur nicht die Norm, sondern eine von vielen Alternativen ist.

Tabak und Nikotin

Nicht zuletzt aufgrund umfassender Maßnahmen mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen vor allem zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern zu verbessern, gehen die Prävalenzzahlen in allen Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zurück. Derzeit geben knapp 16 % der Steirerinnen und Steirer an, täglich oder fast täglich (herkömmliche) Zigaretten zu rauchen. Die Palette an Tabak- und Nikotinprodukten hat sich in den letzten Jahren verbreitert, und diverse Tabak- und Nikotinprodukte sind im Konsumalltag angekommen. Allen voran sind hier Wasserpfeifen (Shishas) und E-Zigaretten zu nennen. Aus diesem Grund sollte detailliert und systematisch beobachtet werden, wie sich die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten diverser Tabak- und Nikotinprodukte nach Zielgruppen entwickelt.

Illegalisierte Substanzen

Cannabis und Opioide sind die weitestverbreiteten illegalisierten Substanzen. Unter „risikoreichem Drogenkonsum“ wird der wiederholte Drogenkonsum verstanden, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko aussetzt, einen solchen Schaden zu erleiden. Schadensminimierende Maßnahmen sind generell neben einem niederschweligen Zugang zu Angeboten der Suchtbehandlung und Therapie im Bereich der illegalisierten Substanzen von zentraler Bedeutung und sollen daher neben der Beratung und Therapie in allen Regionen der Steiermark vorgehalten werden.

Die geschätzte Zahl der Personen mit Drogenproblemen (bezogen auf Opiode) ist in den letzten Jahren stabil geblieben. Insgesamt wird geschätzt, dass sich über die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum in einer Substitutionsbehandlung befinden. Menschen in Substitutionsbehandlung werden immer älter, was vor allem auch auf eine lange Verweildauer in der Opioidsubstitutionstherapie zurückzuführen ist.

Cannabis ist jene illegalisierte Substanz, die in der Steiermark (und in Österreich) von allen illegalisierten Substanzen am häufigsten konsumiert wird. Die Frage der Legalisierung für den nicht-medizinischen Gebrauch ist ein anhaltendes Thema. Das Drogenfachgremium Steiermark vertritt zur Frage der Regulierung von Cannabis eine Position, die darauf abzielt, durch Entkriminalisierung und sachliche und systematische Entscheidungsfindung einen guten Weg zu finden zwischen einem selbstverantwortlichen Konsum und der Unterstützung und Beratung für riskant konsumierende Menschen. Besonderes Augenmerk wird auf den Jugendschutz gelegt, da die Auswirkungen von Cannabiskonsum auf Jugendliche nachweislich schädlich sein können.

Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Schmerzmitteln

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass die Anzahl der Verordnungen von Benzodiazepinen und Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen zurückgeht. Die Schätzung einer missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten durch eine Bevölkerungsbefragung oder durch die Analyse von Medikamentenverschreibungen ist aber nur mit Einschränkungen möglich. Die Erarbeitung einer besseren Datenlage zu suchthaftem Medikamentenkonsum ist für die Weiterentwicklung spezifischer Angebote jedenfalls erstrebenswert.

Pathologisches Spielen

In der Steiermark wird der Problematik rund um die Glücksspielsucht bereits seit der Verabschiedung der „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ 2011 ein besonderes Augenmerk geschenkt, und das sowohl in der Suchtprävention als auch in der Beratung und Behandlung von Betroffenen. Von der Fachstelle für Glücksspielsucht liegt eine Einschätzung auf Basis von Erhebungsdaten vor, dass seit 2016 mit dem Steiermärkischen Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz die Prävalenz bei den problematischen Automatenspielerinnen und -spielern um etwa 20 % zurückgegangen ist. Durch die breite Thematisierung der Glücksspielsucht ist es in den letzten Jahren in der Steiermark gelungen, dass viele betroffene Menschen Behandlung und Therapie in Anspruch nehmen. Knapp 10 % aller Klientinnen und Klienten, die 2020 in steirischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen behandelt und beraten wurden, hatten Glücksspielsucht als Hauptbetreuungsschwerpunkt. Ein Augenmerk bei Behandlungsmaßnahmen wird aktuell auf die Entwicklung und den Ausbau von Online-Beratungsangeboten für pathologische Spielerinnen und Spieler gelenkt.

Internetassoziiertes Suchtverhalten

„Internetassoziiertes Suchtverhalten“ ist eine Bezeichnung für ein modernes Phänomen, das gemeinhin als „Internetsucht“ bezeichnet wird und dem Umstand Rechnung trägt, dass suchthafte Internetnutzung sich in der Regel auf bestimmte Anwendungen wie z. B. Glücksspiel, Gaming, Social Networking, Shopping, Pornografie bezieht und weniger als Sucht nach dem Internet verstanden wird. In Österreich wurden bislang kaum repräsentative Studien durchgeführt, die sich mit der Prävalenzabschätzung dieser Problematik unter Schülerinnen und Schülern befassen. Für die Steiermark existiert eine mittlerweile rund zehn Jahre alte repräsentative Erhebung in dieser Zielgruppe. Sie soll nun im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark nicht nur unter Schülerinnen und Schülern wiederholt, sondern auch unter Erwachsenen durchgeführt werden. Ziel ist es, auf Basis einer fundierten Datengrundlage eine Versorgungs- und Präventionsstrategie zu entwickeln.

Esstörungen

In der Steiermark werden Angebote für Menschen mit Essstörungen zum Teil im Rahmen der Suchtkoordination gefördert. Durch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe erfolgen daher Beratungen zu dieser Problematik, auch wenn Essstörungen nicht als Suchterkrankung definiert sind. Im Jahr 2020 haben 268 Personen mit Essstörungen die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark frequentiert. Steirische Einrichtungen, die zum Thema Essstörungen arbeiten, sind im Steirischen Netzwerk Essprobleme vernetzt, welches vom Frauengesundheitszentrum Graz koordiniert wird.

Sucht im Alter

Suchterkrankungen in höherem Lebensalter treten vorrangig als substanzgebundene Süchte auf (v. a. Alkohol, Medikamente und Tabak), immer wieder ist aber auch Glücksspiel ein Thema in dieser Altersgruppe. Auch illegalisierte Substanzen dürften künftig vermehrt von älteren Menschen konsumiert werden. Dafür sprechen die demografische Veränderung, eine gesteigerte Lebenserwartung, veränderte Lebensentwürfe und eine grundsätzlich tolerantere Haltung gegenüber dem Konsum legaler und illegalisierter Substanzen. Der zeitliche Trend zeigt, dass von Opiaten abhängige Personen durch die Opioidsubstitutionstherapie ein höheres Alter erreichen als noch vor wenigen Jahrzehnten.

Suchtprävention

Die Suchtprävention hat in der Steiermark einen hohen Stellenwert. Dieser zeigt sich unter anderem darin, dass vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark und dem Gesundheitsfonds Steiermark mit VIVID eine eigene Fachstelle zur Vorbeugung von Suchtverhalten beauftragt ist. Im Bereich Alkohol- und Tabakprävention werden breit angelegte Strategien bzw. Aktionspläne umgesetzt, ebenso im Bereich der Spielsucht. Die Strategien und Aktionspläne sind intersektoral und determinantenorientiert angesetzt. Dadurch arbeiten und wirken sie nicht nur auf der individuellen Verhaltensebene.

Angeregt wird für künftige Schwerpunktsetzungen in der Suchtprävention, noch intensiver auf vulnerable Zielgruppen und Settings zuzugehen, die im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit anzusprechen wären. In diesem Zusammenhang wird angeregt, verstärkt mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu arbeiten und einen stärkeren Fokus auf selektive und indizierte Präventionsangebote zu legen.

Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark

Die Steiermark verfügt über ein flächendeckendes Angebot im Bereich der Suchthilfe. Menschen mit Suchterkrankungen oder suchtspezifischen Problemen suchen im Wesentlichen eine entsprechende ambulante Einrichtung in ihrer Wohnregionen auf. Betrachtet man die unterschiedlichen Angebote nach Suchtart, so ist auch hier über die Regionen hinweg ein weitestgehend gleichwertiges Angebot zu erkennen. Nach Hauptbetreuungsschwerpunkten nehmen Menschen mit Alkoholsucht den größten Anteil in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ein, gefolgt von illegalisierten Drogen, Menschen in Substitutionsbehandlung und an vierter Stelle Menschen mit pathologischer Glücksspielsucht. Betrachtet man die Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen alters- und geschlechtsstandardisiert, so sieht man, dass aus den Bezirken Murau, der Südoststeiermark und in Hartberg-Fürstenfeld am wenigsten Menschen in Einrichtungen der Suchthilfe in Betreuung sind. Eine Anpassung der Angebote wäre daher in diesen Regionen in den nächsten Jahren anzudenken. Angeregt wird in den kommenden Jahren auch noch verstärkt ein Augenmerk auf die integrierte Versorgung zu legen, da die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Suchterkrankungen komplex sind und daher Versorgungsprozesse zwischen Suchthilfe, Gesundheitswesen und psychosozialer Versorgung noch weiter entwickelt werden sollten.

2 ■ Einleitung

Mit Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung vom 17.12.2018 wurden die Agenden der Suchtkoordination Steiermark dem Gesundheitsfonds Steiermark zugewiesen. Teilbereiche der Suchtkoordination des Landes werden auf Grund des engen thematischen Zusammenhanges mit anderen Aufgaben des Fonds – wie beispielsweise im Bereich der Psychiatriekoordination – seit 01.01.2019 im Gesundheitsfonds Steiermark wahrgenommen. Der Aufgabenbereich umfasst unter anderem die Erstellung von regelmäßigen Berichten zu den unterschiedlichen Suchtformen. Im Oktober 2020 ist die EPIG GmbH vom Gesundheitsfonds Steiermark mit der Erstellung des hier vorliegenden Suchtberichts beauftragt worden.

Der Suchtbericht 2021 steht in Kontinuität zum Suchtbericht von 2017 und ist Teil der Gesundheitsberichterstattung Steiermark. Wesentliche Eckpfeiler und rahmengebende Dokumente für diesen Bericht sind die Österreichische Suchtpräventionsstrategie (Bundesministerium für Gesundheit 2015), die „Neue Steirische Suchtpolitik“ aus dem Jahr 2011 (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011) und die Gesundheitsziele Steiermark¹. Weiters baut der Suchtbericht auf dem Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) Sucht aus dem Jahr 2019 auf.

Inhaltlich beleuchtet der Suchtbericht substanzgebundene und substanzungebundene Süchte. Bei den substanzgebundenen Süchten werden legale (Alkohol und Tabak) und illegalisierte Substanzen (Cannabis, Opioide) sowie die Abhängigkeit von Medikamentengruppen mit hohem Suchtpotenzial erörtert. Im Bereich der substanzungebundenen Süchte wird auf pathologische Spielen und internetassoziiertes Suchtverhalten eingegangen. Da Angebote für Menschen mit Esssucht in der Steiermark auch im Bereich der Suchthilfe verankert sind, wird auch den Essstörungen ein Kapitel gewidmet. Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung, aber auch mit der Betrachtung von Süchten als chronische Erkrankung gewinnt das Thema Sucht im Alter zunehmend an Bedeutung.

Aufbereitet nach Suchtarten und Zielgruppen werden literatur- und datengestützt für die Steiermark Informationen zur jeweiligen Konsumprävalenz sowie zu suchthaften Konsummustern, zur suchtassoziierten Morbidität und Mortalität sowie zur Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe aufbereitet.

Weiters beinhaltet der Suchtbericht einen Überblick über die vielfältigen suchtpreventiven Angebote und die Angebote der steirischen Suchthilfeeinrichtungen. Der Bericht schließt mit einem Fazit und mit Empfehlungen für die Weiterentwicklung der steirischen Suchthilfe.

¹ <https://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/gesundheitsziele-steiermark/> (abgerufen am 05.10.2021).

Dieser Suchtbericht basiert auf einigen zentralen Prämissen:

Sucht wird als Krankheit betrachtet. Deshalb findet die Erkennung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen grundsätzlich im Gesundheitswesen statt und nicht isoliert in Einrichtungen der Suchthilfe. Diese Einrichtungen sind im Sinne einer integrierten und prozesshaften Betrachtung somit Teil des Gesundheitswesens.

Sucht ist ein weitverbreitetes gesellschaftliches Phänomen und ist mit unterschiedlichen Werten und Normen behaftet. Eine Gesellschaft ohne Süchte ist nicht das Ziel, das eine moderne Suchtpolitik verfolgt. Betrachtet wird daher in diesem Suchtbericht nicht der Konsum von einzelnen Substanzen oder einzelne Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Im Fokus stehen Konsummuster im Sinne eines suchthaften Verhaltens, die einen gesundheitlichen Schaden bzw. auch soziale Probleme nach sich ziehen. Die Erkennung des Schadenspotenzials und die Schadensminimierung ist daher eine der grundlegenden Haltungen im Bereich der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen.

Suchtprävention baut v. a. auf der Stärkung der Lebenskompetenz auf. Das umfasst jene Fähigkeiten, die Menschen benötigen, um mit den Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich umgehen zu können.² Suchtprävention setzt häufig im frühen Kindesalter an und sensibilisiert Betreuungspersonen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und setzt Programme vor allem bei gesellschaftlich vulnerablen Gruppen an.

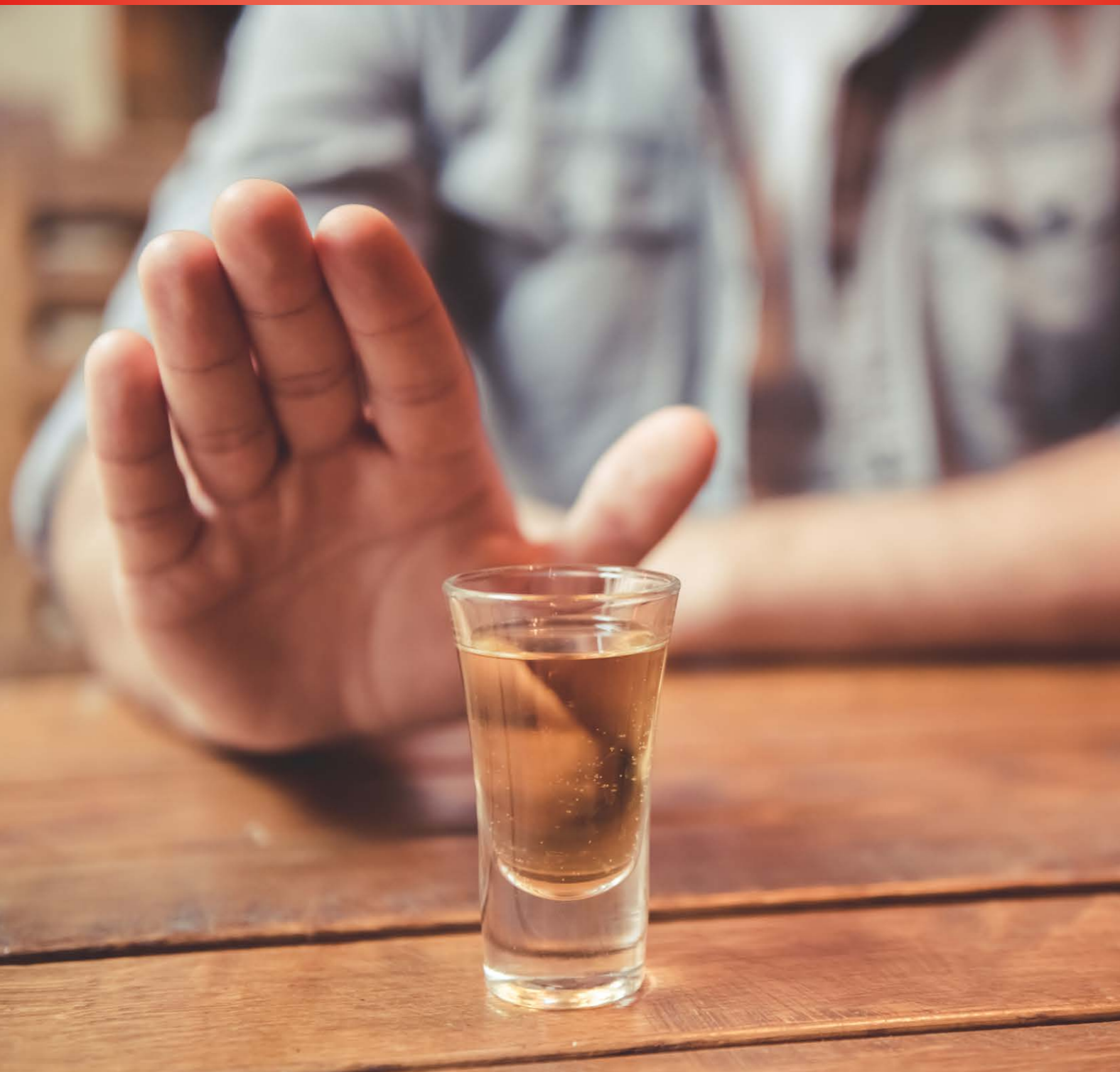
Bei der Erstellung dieses Suchtberichts waren viele Fachleute eingebunden, die im Rahmen der Steuerungsgruppe, des Fachbeirates oder bilateral im fachlichen Austausch und auch durch Gastbeiträge dem Team der EPIG GmbH und der Suchtkoordination Steiermark zur Verfügung standen. Ihnen gilt ein herzlicher Dank!

Namentlich sind dies:

- Mag.^a Judith Anzenberger
- Mag.^a Roswitha Baumgartner, BA
- Dr. Martin Busch
- Univ.-Prof. Dr. Peter Gasser-Steiner
- Manfred Geishofer-Gosch
- Bianca Heppner, MPH
- Dr. Werner Heran
- DSA Claudia Kahr
- Dr.ⁱⁿ Charlotte Klein
- Eva Kouba, MA
- Sascha Lang, BA
- Mag. Thomas Lederer-Hutsteiner
- Dr.ⁱⁿ Monika Lierzer
- Mag.^a Sandra Marczik-Zettinig
- Dr.ⁱⁿ Christine Pillich
- DSA Harald Ploder
- Lisa Rücker, MSc
- Mag. Julian Strizek
- Dr.ⁱⁿ Klaudia Weirather-Suppan
- Petra Wielender, BA, MPH
- Dr. Ulf Zeder

² <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenskompetenzen-und-kompetenzfoerderung/> (abgerufen am 05.10.2021).

3 ■ Alkohol



In diesem Kapitel werden die aktuellen Prävalenzdaten zum Alkoholkonsum sowie alkoholbedingte Morbiditäts- und Mortalitätsdaten in der steirischen Bevölkerung berichtet. Darauf wird die Betreuung in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen aufgrund des Schwerpunktes Alkohol beschrieben.

Die WHO hat 6 Kriterien für eine behandlungsbedürftige Alkoholsucht definiert. Wenn mindestens 3 dieser Kriterien erfüllt sind, spricht man von Alkoholabhängigkeit³:

- Craving – ein starkes Verlangen, Alkohol zu trinken.
- Kontrollverlust über den Alkoholkonsum bezüglich Beginn und Menge.
- Toleranzentwicklung gegenüber der Alkoholwirkung.
- Einengung auf das Alkoholtrinken und dadurch Vernachlässigung anderer Interessen.
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen.
- Körperliche Entzugssymptome.

Alkoholkonsum und die schädlichen Folgen davon sind eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen weltweit (WHO Europe 2011, S. 1). Alkohol trägt zum Entstehen von über 200 Krankheiten bei. Mindestens 40 Krankheiten und Verletzungen davon können zu 100 % auf Alkohol zurückgeführt werden (WHO 2020): Leberzirrhose, Krebs – im Besonderen Krebs des Mund-Nasen-Rachen-Raums und der Speiseröhre, des Kehlkopfs, der Bauchspeicheldrüse, der Leber, des Dickdarms und des Rektums und bei Frauen Brustkrebs; weiters sind neurologische Funktionsstörungen und kardiovaskuläre Erkrankungen sowie unbeabsichtigte und beabsichtigte Verletzungen die häufigsten Ursachen der alkoholassoziierten Todesfälle (WHO 2016a, S. 16).

Nicht nur körperliche Schäden, sondern auch psychische Auswirkungen wie Angststörungen, Depressionen, Halluzinationen etc. werden durch langfristigen hohen Alkoholkonsum hervorgerufen. Nicht zuletzt ist es auch das soziale Umfeld, das in negativer Weise, z. B. durch Gewalt, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Unfälle oder soziale Isolation stark mitbetroffen ist.⁴

Ein weiterer Aspekt bei Alkoholmissbrauch kann das Auftreten eines (oft unbewussten) suchtfördernden Verhaltens von Angehörigen sein, die sogenannte Co-Abhängigkeit. Sie kann für die Entstehung, Förderung oder Verstärkung des Suchtverhaltens einer oder eines Süchtigen bedeutsam sein. Die süchtige Person zu unterstützen, suchtförderndes Verhalten zu vermeiden und gut für sich selbst zu sorgen, sind wichtige Herausforderungen für die Angehörigen.⁵

Bis zu einer gewissen Konsummenge gilt Alkohol für gesunde Erwachsene als relativ unbedenklich. Der Begriff der „Harmlosigkeitsgrenze“ entspricht dabei dem ebenfalls verwendeten Begriff „geringer Konsum“.

Konsum bis zur Harmlosigkeitsgrenze (entspricht dem Begriff „geringer Konsum“)⁶:

- Frauen: maximal 0,4 l Bier oder 0,2 l Wein (entspricht 16 g Reinalkohol)
- Männer: maximal 0,6 l Bier oder 0,3 l Wein (entspricht 24 g Reinalkohol)
- Diese Grenzwerte sollten pro Tag nicht überschritten werden.
- Zusätzlich sollen zwei alkoholfreie Tage pro Woche eingehalten werden.

Die sogenannte „Gefährdungsgrenze“ (entspricht dem Begriff „mittlerer Konsum“) stellt einen Risikobereich hin zu Krankheit und Abhängigkeit dar.

³ Gesundheitsfonds Steiermark (o. D.). FAQs. Ab wann spricht man von Alkoholabhängigkeit? FAQs – Weniger Alkohol – Mehr vom Leben (<https://www.mehr-vom-leben.jetzt/>), (abgerufen am 04.02.2021).

⁴ Gesundheitsfonds Steiermark (o. D.). FAQs. Welche Folgen hat übermäßiger Alkoholkonsum? FAQs – Weniger Alkohol – Mehr vom Leben (<https://www.mehr-vom-leben.jetzt/>), (abgerufen am 04.02.2021).

⁵ <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/co-abhaengigkeit> (abgerufen am 02.03.2021).

⁶ Gesundheitsfonds Steiermark (o. D.). FAQs. Wieviel Alkohol ist okay? FAQs – Weniger Alkohol – Mehr vom Leben (<https://www.mehr-vom-leben.jetzt/>), (abgerufen am 02.02.2021).

Konsum bis zur Gefährdungsgrenze und Beginn des Hochrisikobereichs⁷ (entspricht dem Begriff „problematischer Konsum“):

- Frauen: ab 1 l Bier oder 0,5 l Wein pro Tag (entspricht 40 g Reinalkohol)
- Männer: ab 1,5 l Bier oder 0,75 l Wein pro Tag (entspricht 60 g Reinalkohol)
- Es gibt 13 weitere Warnzeichen für zu hohen Alkoholkonsum, z. B.
 - regelmäßiger Konsum von mehr als 14 Alkoholeinheiten pro Woche;
 - Trinken aus Gewohnheit, und man kann nur schwer wieder damit aufhören;
 - körperliche Entzugssymptome;
 - Angehörige äußern Bedenken zum Alkoholkonsum;
 - etc.

Die steirischen Gesundheitsziele haben zum Themenbereich Alkohol das Ziel „Bewusstsein im Umgang mit Alkohol fördern“ definiert (GFSTMK 2011). 2011 wurde auf Grundlage der „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011) die Umsetzung eines „Steirischen Aktionsplans Alkoholprävention“ beschlossen, mit dem 2016 gestartet wurde. Die Handlungsfelder des Alkoholpräventionsplans sowie Maßnahmen daraus werden im Kapitel zur Suchtprävention beschrieben (siehe Kapitel 11).⁸

3.1 Alkoholkonsum bei Erwachsenen

2017 erschien im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ein Themenbericht zum Alkoholkonsum in der Steiermark (GFSTMK 2017). Die folgenden Daten zur Konsumprävalenz ergänzen diesen Bericht mit den aktuellsten verfügbaren Werten (Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial, 1. Erhebungswelle, 2020; General Population Survey – GPS). Die Konsumgruppen werden in dieser Auswertung auf Basis des berichteten Durchschnittskonsums berechnet. Weil man weiß, dass Alkoholkonsum nur zu einem Bruchteil des tatsächlichen Vorkommens in einer Bevölkerung in einer Befragung aufscheint⁹, wurden diese Angaben mit offiziellen Verkaufszahlen sowie mit weiteren Informationen aus anderen Datenquellen (z. B. Behandlungstage für Alkoholismus) korrigiert (GÖG 2021, S. 9f.).

Rund 88 % der Steirerinnen und Steirer haben auf Basis der adjustierten Befragungsdaten im letzten Jahr Alkohol konsumiert, davon knapp 90 % der Männer und 86 % der Frauen. Dies liegt insgesamt über dem österreichischen Schnitt von 85,6 %. Von Alkoholabhängigkeit sind in der Steiermark rund 7 % der Männer und 2,7 % der Frauen betroffen, was dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Sowohl der problematische (Konsum von über 40 g bzw. 60 g Reinalkohol pro Tag) als auch der mittlere Konsum (über der Harmlosigkeitsgrenze) kommt bei Männern in höherem Ausmaß vor als bei Frauen (nämlich bei knapp 29 % der Männer und 20,5 % der Frauen). Mehr Frauen (55,1 %) als Männer (49,5 %) konsumieren Alkohol in einer Menge, die unter der definierten Harmlosigkeitsgrenze liegt.

Primäre Abstinenz: Nie im Leben Alkohol getrunken, mit Ausnahme von ein paar Schlucken.

Sekundäre Abstinenz: Kein Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten, aber früher schon.

Nach Altersgruppen betrachtet wird primäre oder sekundäre Abstinenz mit rund 22 % in einem großen Ausmaß von jüngeren Befragten im Alter bis 34 Jahre angegeben. Weitere 9 % aus dieser Altersgruppe geben auch an, in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol konsumiert zu haben (insgesamt 31,8 %, die Abstinenz berichten).

⁷ Gesundheitsfonds Steiermark (o. D.). FAQs. Wie merke ich, dass ich zu viel trinke? FAQs – Weniger Alkohol – Mehr vom Leben (<https://www.mehr-vom-leben.jetzt/>), (abgerufen am 04.02.2021).

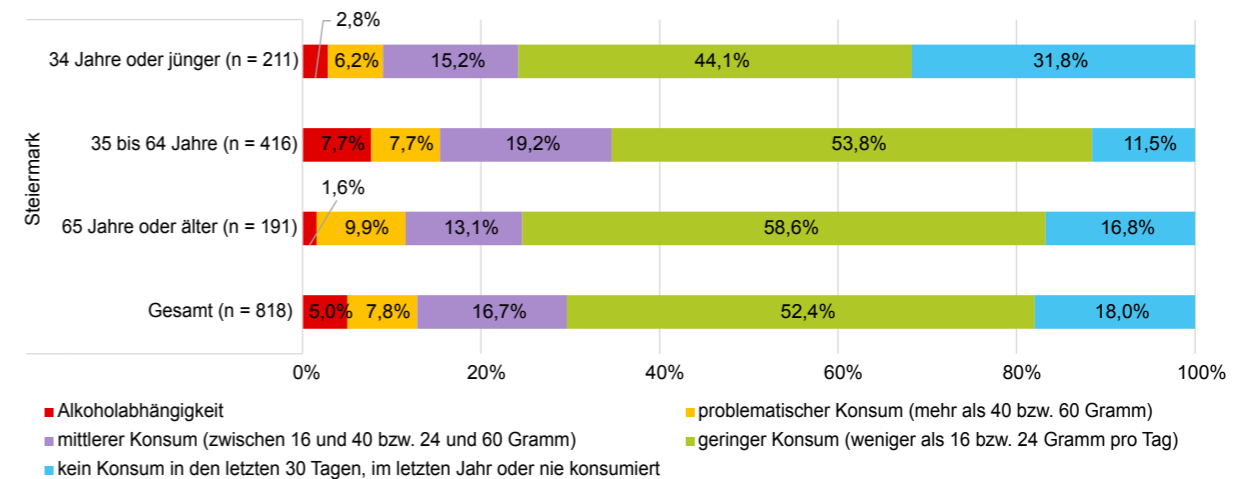
⁸ <https://www.mehr-vom-leben.jetzt/> (abgerufen am 24.09.2021)

⁹ Dies ist sowohl auf eine Untererfassung von süchtigen Personen in der Stichprobe (Undersampling) als auch auf zu geringe Angaben zum Alkoholkonsum durch die Befragten (z. B. aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten) zurückzuführen. Vgl. GÖG 2021, S. 9f.

Alkoholabhängigkeit bzw. ein Konsum über der definierten Grenze der Geringfügigkeit (problematischer oder mittlerer Konsum) betrifft mit 34,6 % der Befragten vor allem die mittlere Altersgruppe zwischen 35 und 64 Jahren. Ein problematischer Konsum kommt mit 9,9 % in hohem Ausmaß auch in der Gruppe der Personen im Alter von 65 Jahren und älter vor. Österreichweit liegt dieser Anteil mit 12,3 % noch höher.

ABBILDUNG 1:

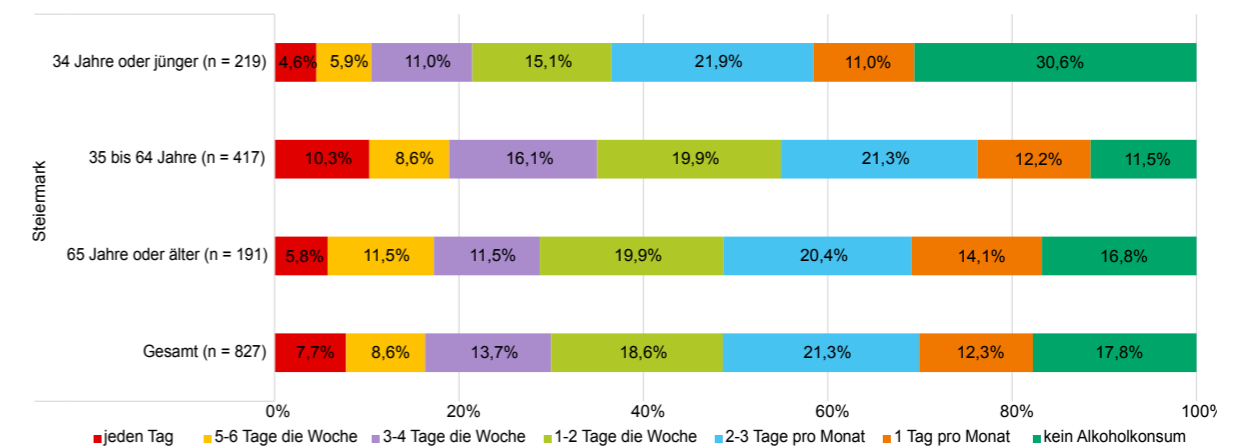
Konsumgruppen Alkohol auf Basis des Durchschnittskonsums (adjustierte Werte), nach Altersgruppen, 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS); Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen befragt, gibt rund die Hälfte der Befragten an, gar nicht oder bis zu dreimal pro Monat Alkohol zu konsumieren, nach Geschlecht sind dies 63 % der Frauen und knapp 40 % der Männer. Beim täglichen oder fast täglichen Konsum (an mindestens 5 Tagen pro Woche) übersteigt der Anteil der Männer mit 24 % den der Frauen um das Dreifache (8,5 %). Nach Altersgruppen betrachtet geben jüngere Befragte in einem größeren Ausmaß als ältere Befragte eine Abstinenz oder seltenen Konsum in den letzten 30 Tagen an. Häufiger oder täglicher Konsum wird eher von Befragten der mittleren und älteren Altersgruppe berichtet.

ABBILDUNG 2:

30-Tage-Prävalenz Alkohol, nach Altersgruppen, 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS); Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



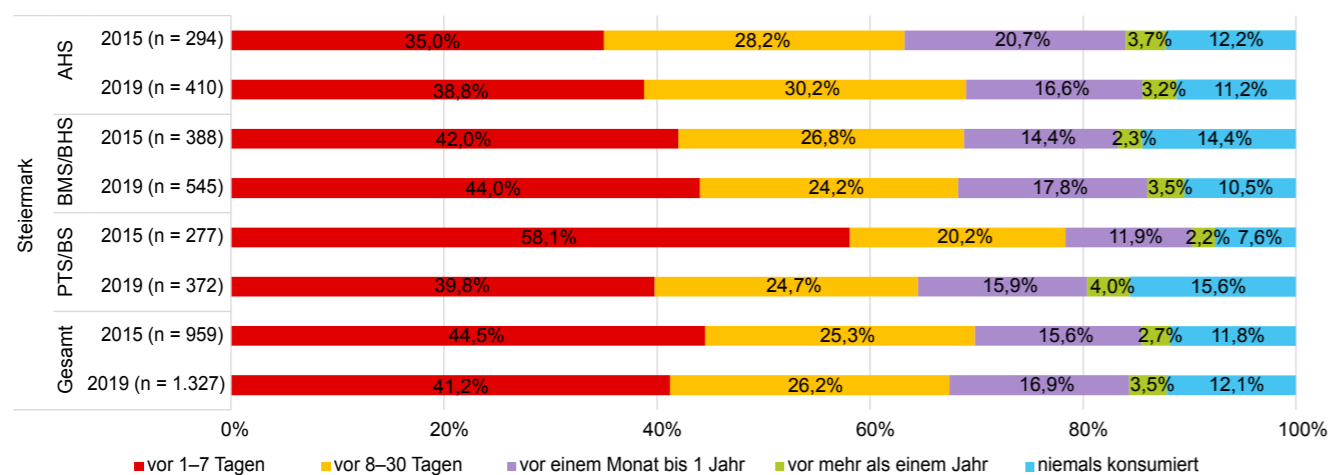
3.2 Alkoholkonsum bei Schülerinnen und Schülern

In der ESPAD-Befragung (Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen) aus dem Jahr 2019 geben knapp 90 % der Befragten an, jemals im Leben Alkohol konsumiert zu haben.¹⁰ Die steirischen Befragten liegen dabei etwas über dem österreichischen Durchschnitt. Steirische Mädchen geben mit 9,6 % seltener an, noch niemals Alkohol getrunken zu haben, als die Mädchen im österreichischen Durchschnitt (14,6 %). In der 7-Tage-Prävalenz berichten in der Befragung 2019 41,3 % der Befragten in der Steiermark einen Alkoholkonsum (Österreich 39,9 %). Dieser Anteil ging seit 2015 um rund 3 % zurück. Nach Altersgruppen gibt etwas mehr als ein Drittel der Schülerinnen und Schüler unter 16 Jahren einen Konsum in der letzten Woche an. Bei den über 16-Jährigen sind es knapp 50 %, wobei der Anteil seit 2015 in der älteren Altersgruppe zurückgegangen ist.

Folgende Abbildung zeigt die Lebenszeitprävalenz von Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern nach Schultyp. Bei Schülerinnen und Schülern von Polytechnischen Schulen (PTS) und Berufsschulen (BS) ging der Anteil derer, die angeben in den letzten 7 Tagen Alkohol konsumiert zu haben, in der Steiermark von knapp 60 % auf knapp 40 % zurück und lag damit 2019 im steirischen Durchschnitt. Gleichzeitig verdoppelte sich bei diesem Schultyp der Anteil derer, die angeben, noch nie Alkohol konsumiert zu haben, zwischen 2015 und 2019 von 7,6 % auf 15,6 %. In den Allgemeinbildenden höheren Schulen (AHS) und Berufsbildenden mittleren und höheren Schulen (BHS/BMS) stiegen zwischen 2015 und 2019 in der Steiermark die Anteile derer leicht an, die in der letzten Woche Alkohol konsumierten. Beide Schulformen liegen damit über dem Österreichdurchschnitt.

ABBILDUNG 3:

Lebenszeitprävalenz Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



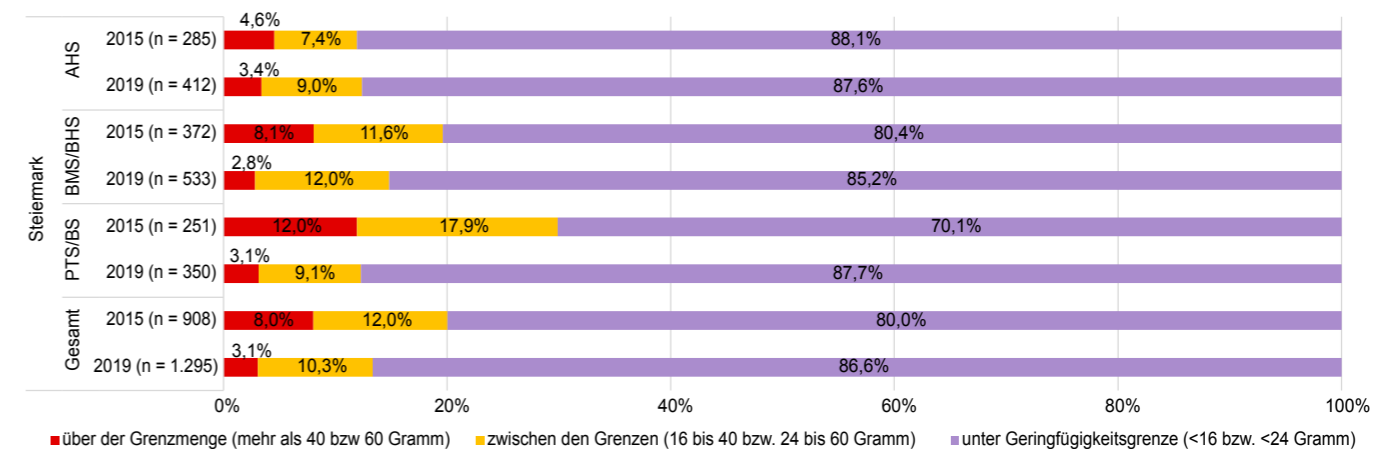
Auf Basis der berichteten Wochen-Konsummenge wurde die Alkoholmenge in Gramm Reinalkohol umgerechnet, um den Konsum nach Grenzwerten einteilen zu können. Der Anteil derer, die einen Konsum über der Grenzmenge von 40 g (Mädchen) oder 60 g (Burschen) angaben, sank von rund 8 % im Jahr 2015 auf 3,1 % in 2019 und liegt nun im österreichischen Durchschnitt. Dieser Rückgang passierte in allen ausgewerteten Gruppen, vor allem jedoch bei Mädchen, Schülerinnen und Schülern älter als 16 Jahre und bei Schülerinnen und Schülern von PTS/BS. Demgegenüber stieg der Anteil derer, die einen Konsum unter der Harmlosigkeitsgrenze (weniger als 16 g bei Mädchen, unter 24 g bei Burschen) angaben, in der Steiermark von 80 % in 2015 auf 86,6 % in 2019 an und liegt damit knapp über dem österreichischen Durchschnitt von 85,9 %.

¹⁰ Die Befragung schließt Schülerinnen und Schüler zwischen 14 - 17 Jahren aus den 9. und 10. Schulstufen ein.

Der Anstieg war vor allem bei Mädchen, Schülerinnen und Schülern älter als 16 Jahre und Schülerinnen und Schülern von PTS/BS zu sehen.

ABBILDUNG 4:

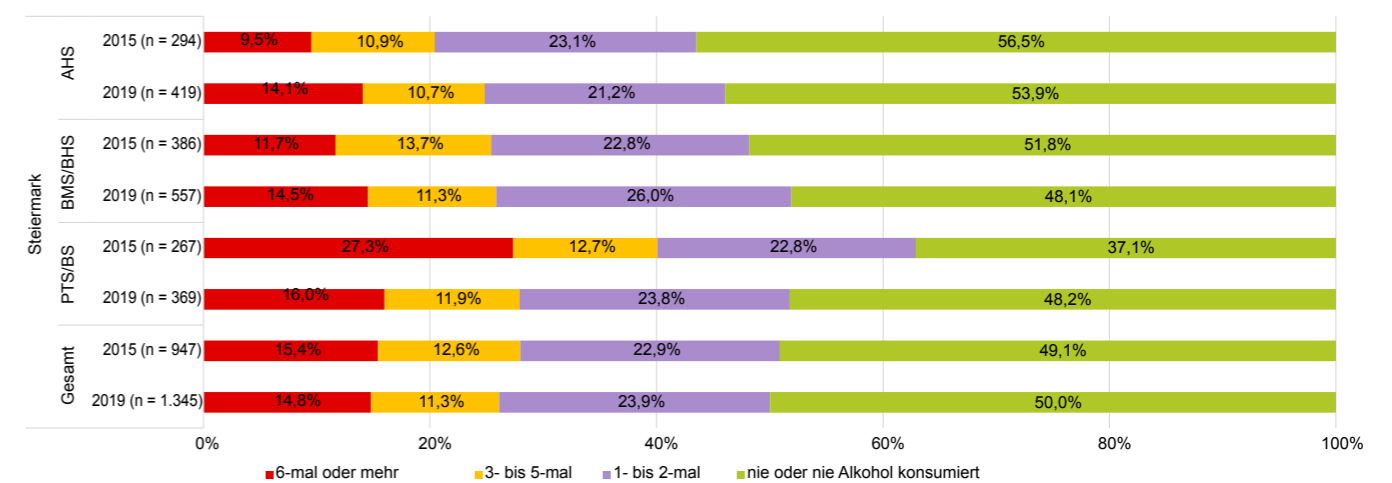
Konsumgruppen in Gramm Reinalkohol bei Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Etwa die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler geben an, jemals im Leben betrunken gewesen zu sein. Es gibt kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen; Burschen berichten etwas häufiger als Mädchen, bereits 6-mal oder öfter im Leben betrunken gewesen zu sein. Von den Schülerinnen und Schülern, die älter als 16 Jahre sind, berichten rund 40 %, noch nie betrunken gewesen zu sein, während dies in der jüngeren Altersgruppe unter 16 Jahren knapp 55 % der Befragten angeben. Folgende Abbildung zeigt die Lebenszeitprävalenz von Rausch nach Schultypen:

ABBILDUNG 5:

Lebenszeitprävalenz Rausch bei Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



3.3 Morbidität durch Alkoholkonsum

Daten aus der Krankenhausentlassungsstatistik zeigen, wie viele stationäre Aufnahmen von Steirerinnen und Steirern es 2019 in österreichischen Akutkrankenhäusern aufgrund von alkoholbezogenen Diagnosen gab. Gezählt werden ausschließlich Hauptdiagnosen. Unter diese Diagnosen fällt die Alkoholabhängigkeit¹¹, die Alkoholpsychose¹², der Alkoholrausch¹³ und die chronische Lebererkrankung¹⁴.

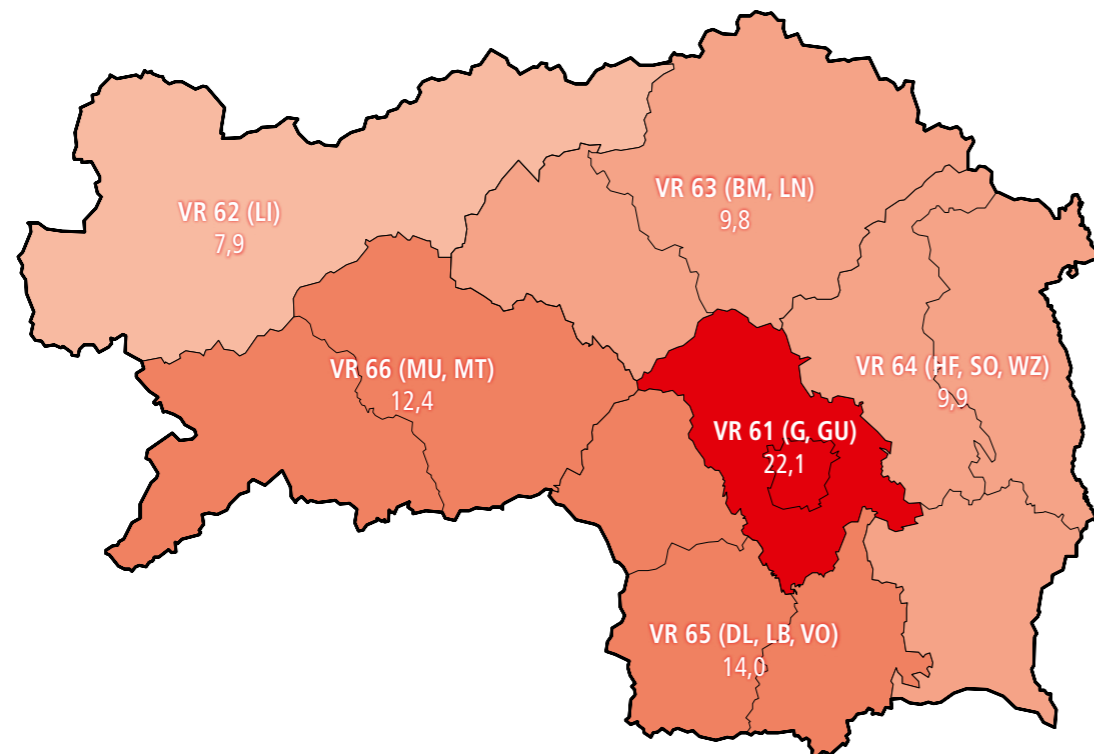
Der limitierende Faktor bei diesen Analysen ist der Zweck der Datenerfassung. Die Krankenhausentlassungsstatistik wird zu Verrechnungszwecken erstellt und nicht zur medizinischen oder epidemiologischen Dokumentation.

3.3.1 Alkoholabhängigkeit

Im Jahr 2019 gab es 1.866 Krankenhausaufnahmen von Steirerinnen und Steirern aufgrund einer Alkoholabhängigkeit. Mit 1.224 Aufnahmen kommt diese Diagnose deutlich häufiger bei Männern vor als bei Frauen (642 Aufnahmen).

Ein regionaler Vergleich ist mit alters- und geschlechtsstandardisierten Daten möglich, die anschließend auf 10.000 EW normiert werden. Einwohnerinnen und Einwohner aus der VR 61 (G, GU) sind mit 22,1 Aufnahmen je 10.000 EW häufiger betroffen als Männer und Frauen aus der VR 62 (LI). Dort wurden 2019 7,9 Aufnahmen je 10.000 EW gezählt.

ABBILDUNG 6: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Alkoholabhängigkeit je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen; Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



11 F 10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom, F 10.3 Entzugssyndrom
 12 F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F 10.5 Psychotische Störung, F 10.6 Amnestisches Syndrom, F 10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung, F 10.8 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: sonstige psychische und Verhaltensstörungen
 13 T51.0 Toxische Wirkung von Äthanol, T51.9 Toxische Wirkung von Alkohol, F10.0 Akute Intoxikation, F10.1 Schädlicher Gebrauch
 14 K70 Alkoholische Leberkrankheit, K73 Chronische Hepatitis, K74 Fibrose und Zirrhose der Leber

In der nachfolgenden Grafik sind die Krankenhausaufenthalte nach Region, Alter und Geschlecht dargestellt. Es erfolgen deutlich mehr Aufnahmen von Männern, und bei den meisten Aufnahmen sind die betroffenen Personen zwischen 35 und 74 Jahre alt.

ABBILDUNG 7: Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund von Alkoholabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen (n = 1.224); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH

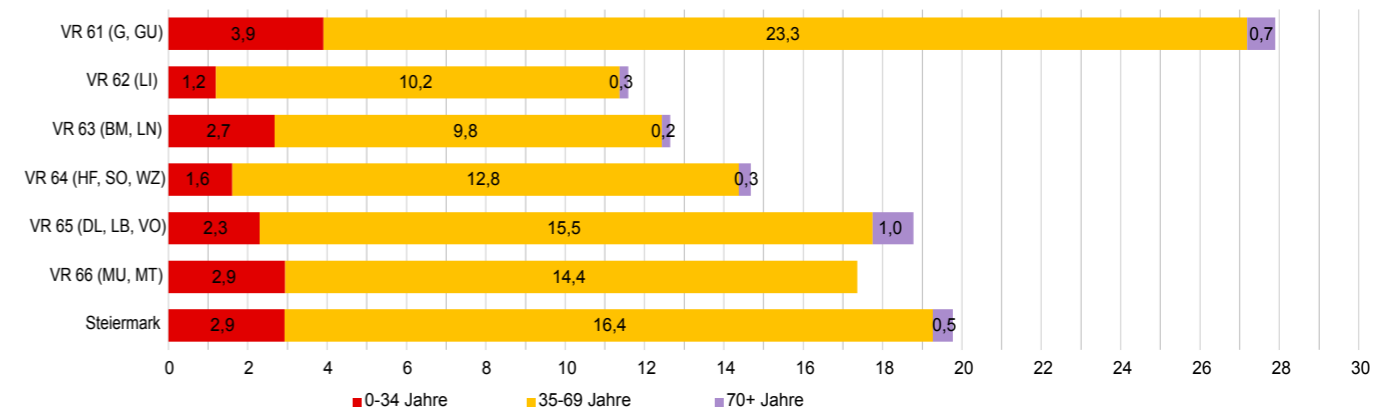
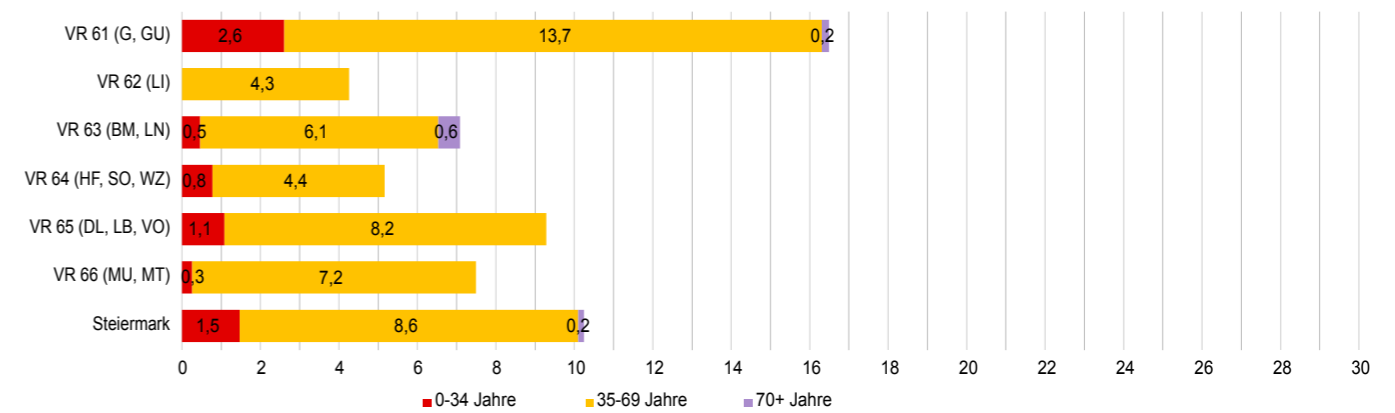


ABBILDUNG 8: Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund von Alkoholabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen (n = 642); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Seit dem letzten Suchtbericht, in dem Daten bis zum Jahr 2015 berichtet wurden, hat sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Alkoholabhängigkeit nicht stark verändert. 2018 lag sie mit 1.694 Aufnahmen am niedrigsten.

Alkoholpsychose

Aufgrund einer Alkoholpsychose gab es im Jahr 2019 114 Krankenhausaufnahmen von Steirern und 31 Aufnahmen von Steirerinnen.

Der regionale Vergleich zeigt, dass Personen aus den VR 61 (G, GU) und 62 (LI) häufiger aufgrund einer Alkoholpsychose aufgenommen wurden als aus anderen Versorgungsregionen. Aus der VR 61 (G, GU) waren es 1,5 Aufnahmen je 10.000 EW, aus der VR 62 (LI) 1,4 je 10.000 EW. Aus den VR 65 (DL, LB, VO) und 66 (MU, MT) waren mit 0,6 Fällen je 10.000 EW deutlich weniger Aufnahmen notwendig.

3.3.2

Die Zahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund einer Alkoholpsychose ging 2019 wieder etwas zurück, in den Jahren davor gab es jeweils knapp über 160 Aufnahmen mit dieser Diagnose.

3.3.3 Alkoholrausch

2019 gab es 743 Krankenhausaufnahmen von Steirerinnen und Steirern aufgrund eines Alkoholrausches. Auch bei dieser Diagnosegruppe sind Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen. 462 Mal wurden Männer aufgenommen, 281 Mal waren es weibliche Patienten.

Beim Alkoholrausch zeigt sich in der regionalen Verteilung ein etwas anderes Bild als bei den vorhergehenden Diagnosegruppen. In der standardisierten Betrachtung waren am öftesten Personen aus der VR 63 (BM, LN) vertreten, die 10,9 Aufnahmen je 10.000 EW notwendig machten. Aus der VR 61 (G, GU) wurden nur 4,0 Aufnahmen je 10.000 EW verzeichnet.

Die absolute Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund eines Alkoholrausches nahm in den letzten Jahren etwas zu. 2015 waren es 685 Aufnahmen von Steirerinnen und Steirern aufgrund eines Alkoholrausches.

3.3.4 Chronische Lebererkrankung

620 Krankenhausaufnahmen fanden im Jahr 2019 aufgrund einer chronischen Lebererkrankung statt. In etwa zwei Drittel der Fälle waren es männliche Patienten (428 Fälle), bei 192 Aufnahmen waren es Patientinnen.

Personen aus der VR 61 (G, GU) sind mit 6,1 Aufnahmen je 10.000 EW häufiger von einer chronischen Lebererkrankung betroffen. Diese VR liegt über dem steirischen Gesamtwert von 5,9 Aufnahmen je 10.000 EW. Alle anderen VR liegen darunter. Die VR 65 (DL, LB, VO) weist mit 3,3 Aufnahmen je 10.000 EW die wenigsten Fälle auf.

Der zeitliche Verlauf zeigt seit dem letzten Suchtbericht keine Auffälligkeiten, es waren jeweils zwischen 600 und 630 Aufnahmen von Steirerinnen und Steirern aufgrund einer chronischen Lebererkrankung notwendig.

3.4 Alkoholbedingte Mortalität

Zu den alkoholbedingten Todesfällen zählen Sterbefälle aufgrund von Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Alkoholpsychose, chronischer Lebererkrankung und Alkoholvergiftung.¹⁵ Im Jahr 2019 sind 292 Todesfälle von Steirerinnen und Steirern auf Alkoholkonsum zurückzuführen. 207 dieser Personen (70,9 %) starben vor ihrem 65. Geburtstag, sind also als frühzeitige Todesfälle einzustufen und wären potenziell durch weniger bzw. keinen Alkoholkonsum zu verhindern gewesen.

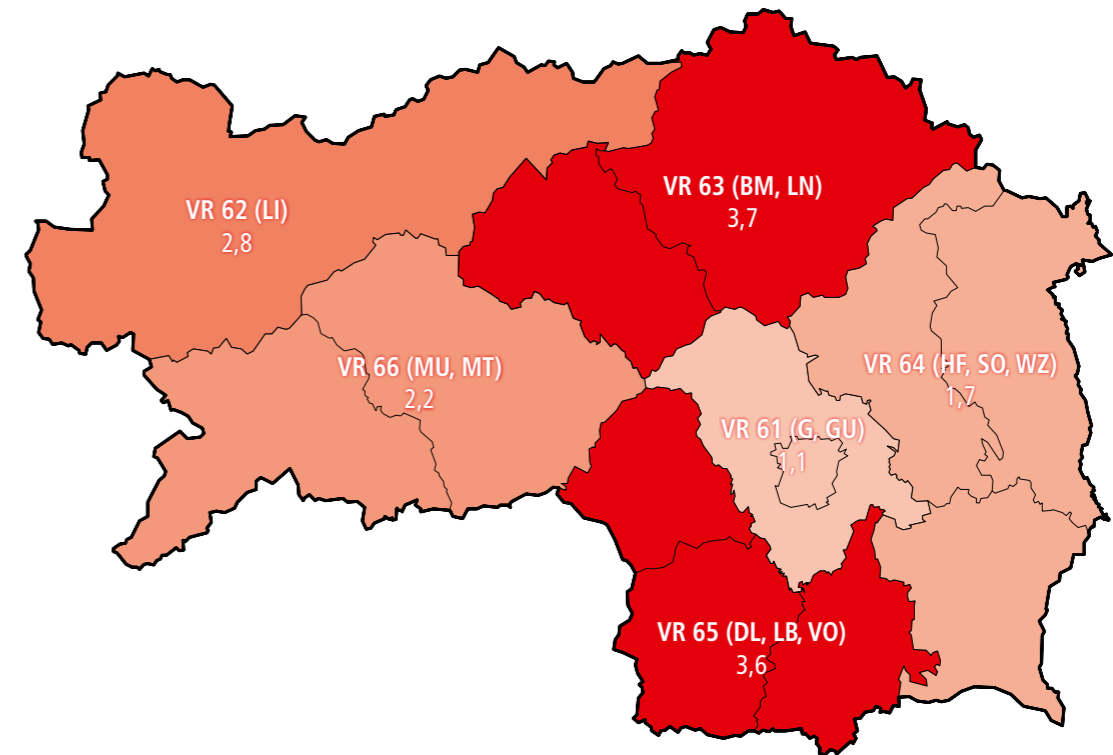
Knapp 70 % dieser Todesfälle gingen auf chronische Lebererkrankungen zurück, weitere 25 % entfielen auf die Diagnose Alkoholabhängigkeit.

Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine alters- und geschlechtsstandardisierte Darstellung nicht möglich. Eine Normierung auf 10.000 EW zeigt, dass in der Steiermark 2019 2,3 Todesfälle je 10.000 EW auf gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum zurückzuführen waren.

¹⁵ Bösartige Neubildungen der Speiseröhre (C15), des Kehlkopfes (C32); Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10); Alkoholische Leberkrankheit (K70); Chronische Hepatitis (K73); Fibrose und Zirrhose der Leber (K74); Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99); Alkoholpsychose (F10.4, F10.5-F10.7); Alkoholabhängigkeit (F10.-, F10.2, F10.3); Alkoholmissbrauch (F10.0., F10.1); Chronische Lebererkrankung (K70, K73, K74); Alkoholvergiftung (T51, T51.0, T51.9)

ABBILDUNG 9:

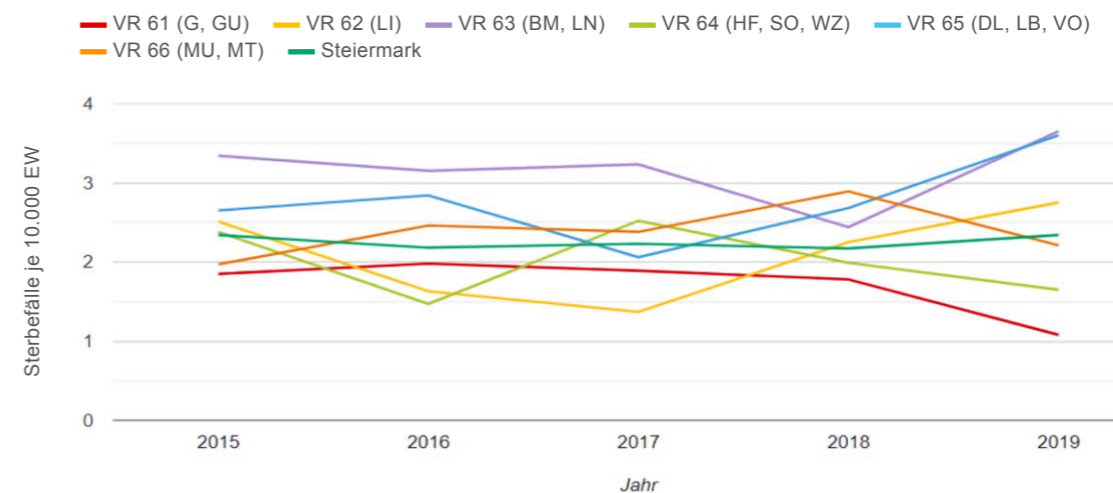
Alkoholbedingte Sterbefälle je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen 2019; Quelle: Todesursachenstatistik; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Im zeitlichen Verlauf zeigen sich für die Steiermark insgesamt keine großen Auffälligkeiten. Die Schwankungen in den einzelnen Versorgungsregionen sind v. a. auf die relativ geringen Fallzahlen zurückzuführen und sollten nicht überinterpretiert werden.

ABBILDUNG 10:

Alkoholbedingte Sterbefälle je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen für die Jahre 2015–2019; Quelle: Todesursachenstatistik; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



3.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

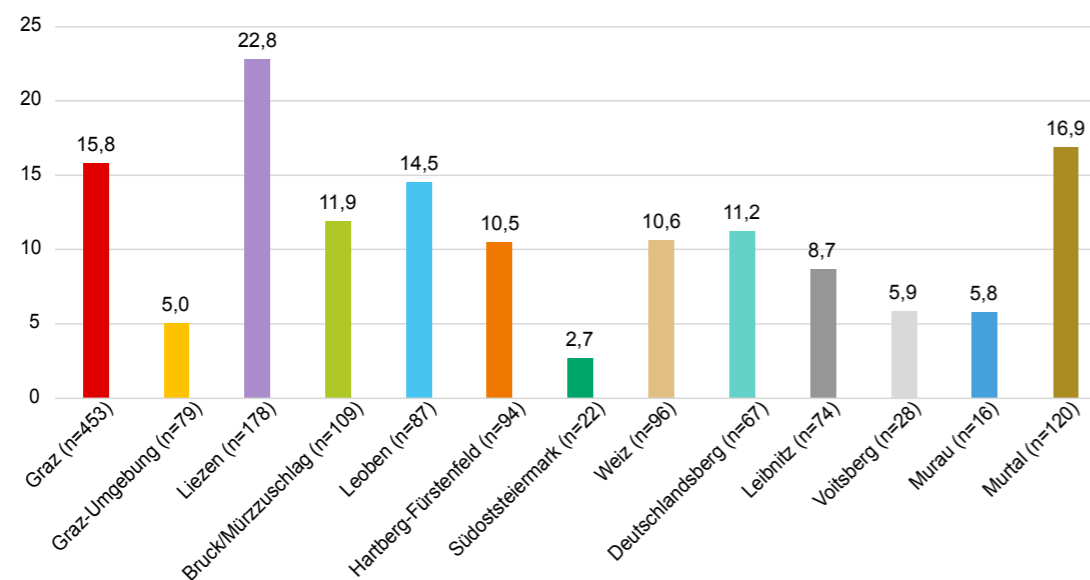
Die Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination zeigen, dass im Jahr 2020 1.963 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol in einer suchtspezifischen Einrichtung der Steiermark betreut wurden, das entspricht 33,5 % aller Fälle, bei denen ein Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde, und nimmt damit den größten Anteil innerhalb der Betreuungsschwerpunkte ein. Knapp zwei Drittel der Personen mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol waren im Jahr 2020 männlich (65,4 %), etwa ein Drittel (34,6 %) waren Frauen. Der Großteil (73,1 %) der Personen mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol ist zwischen 35 und 64 Jahre alt, 22,4 % sind jünger als 35 Jahre und 4,5 % der Betreuten sind 65 Jahre oder älter.

Von den Klientinnen und Klienten, die angaben in der Steiermark zu wohnen, und von denen auch das Alter und das Geschlecht erfasst wurde, wurden die Fallzahlen alters- und geschlechtsstandardisiert und auf 10.000 EW normiert. Bezogen auf die Wohnbevölkerung stammen demnach mit 22,8 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW die meisten aus Liezen, gefolgt von Murtal mit 16,9 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW und Graz mit 15,8 betreuten Personen je 10.000 EW. Den geringsten Anteil findet man in der Südoststeiermark mit 2,7 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW. Aus diesen Daten kann keine Prävalenz und kein Bedarf objektiviert werden. Die Daten zeigen, bezogen auf die Wohnbevölkerung nach Bezirken, wie viele Personen aufgrund eines Alkoholproblems eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchen.

Ein direkter Schluss auf unterschiedliche Prävalenzen in den Regionen kann daraus nicht gezogen werden. Vielmehr spiegeln die Daten wider, in welchen Regionen Personen mit Problemen mit Alkoholkonsum den Zugang zu den Einrichtungen finden. Es spiegeln sich auch strukturelle Unterschiede in der Angebotsdichte in den Daten der Inanspruchnahme wider.

ABBILDUNG 11:

Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Alkohol alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk (n = 1.423); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



3.6

Fazit

Alkoholkonsum und seine schädlichen Folgen zählen zu den größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen weltweit. Insbesondere bei einer legalen Droge wie Alkohol, die in weiten Teilen der Gesellschaft und kulturell als Genussmittel akzeptiert ist, steht im Vordergrund, einen verantwortungsvollen Umgang damit zu fördern. Dabei geht es nicht vorrangig um den Alkoholkonsum als solchen, sondern darum, Konsummuster zu erkennen und zu thematisieren, die einem Suchtverhalten entsprechen.

Der Anteil von abstinenten Menschen ist in der jüngeren erwachsenen Bevölkerung (15 bis 34 Jahre) höher als in den älteren Bevölkerungsgruppen. Von Alkoholabhängigkeit sind in der Steiermark rund 7 % der Männer und 2,7 % der Frauen betroffen. Sowohl der problematische Konsum (von über 40 g bzw. 60 g Reinalkohol pro Tag) als auch der mittlere Konsum (über der Harmlosigkeitsgrenze) kommt bei Männern in höherem Ausmaß vor als bei Frauen: Er betrifft knapp 29 % der Männer und 20,5 % der Frauen. Ein problematischer Konsum ist mit 9,9 % in hohem Ausmaß auch in der Gruppe der Personen im Alter von 65 Jahren und älter zu beobachten.

Etwa 2.000 Menschen werden aufgrund einer Alkoholsucht in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark betreut. Sie stellen mit etwa einem Drittel den größten Anteil aller Klientinnen und Klienten dieser Einrichtungen. Aufgrund der weiten Verbreitung von Alkohol in der Gesellschaft ist vor allem die Regelversorgung im Gesundheitswesen gefordert, Alkoholabhängigkeit und problematischen Alkoholkonsum zu erkennen, anzusprechen und auch die entsprechende Therapie und Unterstützung sowohl für Betroffene als auch deren Angehörige in die Wege zu leiten.

Der Aktionsplan Alkoholprävention¹⁶, der ausgehend von der „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ (2011) seit 2016 in der Steiermark umgesetzt wird, hat einen Schwerpunkt nicht nur auf der Bewusstseinsbildung, sondern auch darauf, dass Alkohol beispielsweise in der Fest- und Feierkultur nicht die Norm, sondern eine von vielen Alternativen ist. Diese Haltung in vielen gesellschaftlichen Bereichen zu verstärken, ist ein wichtiger Ansatz, um eine kulturelle Änderung im Umgang mit Alkohol in Gang zu setzen.

Struktureller Bedarf wird von Fachleuten vor allem im Bereich der Rehabilitation von Menschen mit Alkoholsucht gesehen.

¹⁶ <https://www.mehr-vom-leben.jetzt/> (abgerufen am 15.09.2021).

4 ■ Tabak und Nikotin



Ergänzend zum 2020 erschienenen Tabak- und Nikotinbericht werden in diesem Kapitel die aktuellen Prävalenzdaten zum Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten beschrieben. Weiters werden die tabakassoziierten Morbiditäten und Mortalitäten in der steirischen Bevölkerung berichtet. Das Kapitel schließt mit einem Überblick zu Angeboten der Tabakentwöhnung.

Tabak ist als legale Droge weltweit führend verantwortlich für Todesfälle, die aufgrund des Tabak- und Nikotinkonsums eintreten und daher vermeidbar wären. Nicht nur der aktive, sondern auch der passive Konsum („Passivrauch“) führt zu Krankheiten und Todesfällen durch verschiedene Krankheiten, z. B. bösartige Neubildungen, koronare und Hirngefäßerkrankungen, Erkrankungen des Atemsystems (vgl. Mathers 2012; vgl. U. S. Department of Health and Human Services 2014). Hier sind es vor allem jüngere Altersgruppen, bei denen Todesfälle oder Krankheiten in einem hohen Ausmaß auf Tabak- und Nikotinkonsum zurückzuführen sind (Mathers 2012, 24f. & 46f.).

Die steirische Tabakpräventionsstrategie¹⁷ sieht daher eine Vielzahl von Programmen und Maßnahmen vor, damit weniger Menschen in der Steiermark mit dem Rauchen beginnen und mehr damit aufhören und vor Passivrauch geschützt werden (siehe Kapitel 11).

Für die Steiermark wurden aktuelle Zahlen zu Tabak- und Nikotinkonsum, tabakassoziierte Morbidität und Mortalität, zu Gesundheitskompetenz und zu Rahmenbedingungen, die Tabak- und Nikotinkonsum beeinflussen, in einem Themengesundheitsbericht veröffentlicht (GFSTMK 2020c). Aktuelle Daten zeigen, dass in Österreich und in der Steiermark in den letzten Jahren die Zahl der erwachsenen Raucherinnen und Raucher zurückgeht und auch die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, steigt (GFSTMK 2020c, S. 12f. & S. 39; BMSGPK 2020, S. 56f.).

Herkömmliche Zigaretten sind nicht mehr die einzigen Produkte, die konsumiert werden. Es wird eine Vielzahl an Tabak- und Nikotinprodukten konsumiert, jedoch sind die Prävalenzen dieser Produkte derzeit im Vergleich zu Zigaretten (oder Zigarren und Pfeifen) nicht sehr hoch. Trotzdem sollten sie in Zukunft weiter beobachtet werden, um einen Wandel der Konsummuster hin zu anderen Produkten frühzeitig zu erkennen. E-Zigaretten oder Wasserpfeifen (Shishas) werden derzeit nach herkömmlichen Zigaretten am häufigsten konsumiert (GFSTMK 2020c, S. 50), (Vivid)¹⁸.

Auch bei Schülerinnen und Schülern zeigt sich wie bei den Erwachsenen ein Rückgang der Raucherinnen und Raucher. Gerade die Prävalenzen bei Mädchen, die hohe Raten aufwiesen, gingen zurück und glichen sich an die Zahlen der Burschen an. Es scheint, dass das Einstiegsalter für Tabak- und Nikotinprodukte höher wird (GFSTMK 2020c, S. 17). Aber auch hier wird es wichtig sein, die Konsummuster bei verschiedenen Tabak- und Nikotinprodukten zu beobachten, um zu erkennen, wenn herkömmliche Zigaretten durch andere Produkte (z. B. E-Zigaretten) ersetzt werden (GFSTMK 2020c, S. 50).

Gesetzliche Rahmenbedingungen, die den Tabak- und Nikotinkonsum beeinflussen, haben sich in den letzten Jahren in Österreich geändert. Das Steiermärkische Jugendschutzgesetz regelt, ab welchem Alter der Erwerb, der Konsum und die Abgabe von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen erlaubt ist. Dieses Alter wurde mit 2019 in allen Bundesländern vom vollendeten 16. auf das vollendete 18. Lebensjahr angehoben.¹⁹ Weitere Gesetze, die Tabak und Tabakkonsum regeln, werden auf Bundesebene erlassen.

Seit November 2019 ist im Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz, welches z. B. Inhaltsstoffe, Art und Aussehen der Außenverpackung mit verpflichtenden Warnhinweisen oder Möglichkeiten von Werbung und Sponsoring vorgibt, ein Rauchverbot in allen Innenräumen der Gastronomie geregelt.²⁰

¹⁷ <https://www.vivid.at/angebote/tabakpraeventionsstrategie-steiermark/> (abgerufen am 23.09.2021).

¹⁸ <https://www.vivid.at/thema/tabak/produkte-mit-nikotin/> (abgerufen am 04.02.2021).

¹⁹ § 18 Abs. 2 StJG

²⁰ § 12 Abs. 1 TNRS G

In Österreich sind Tabakerzeugnisse Monopolgegenstände des Bundes, welche in der Monopolverwaltungsgesellschaft verwaltet werden. Der Verkauf von Tabakwaren darf demnach nur von Tabaktrafikantinnen und -trafikanten durchgeführt werden und auch die Preisgestaltung ist Angelegenheit der Monopolverwaltung.²¹ Die Preise werden von der Monopolverwaltungsgesellschaft veröffentlicht und dürfen von Händlern nicht unterschritten werden.²²

Das Tabaksteuergesetz beeinflusst die Preisgestaltung für Tabakwaren. Die Preisgestaltung von Tabak- und Nikotinprodukten ist ein wichtiger Faktor für deren Konsum. Vor allem Jugendliche und Personen mit niedrigem Einkommen werden durch hohe Preise vom Konsum abgehalten (U. S. National Cancer Institute und WHO 2016, 110 ff.). Österreich hat im EU-weiten Vergleich Tabakpreise, die unter dem Durchschnitt liegen (vgl. GFSTMK 2020c, S. 47f.).

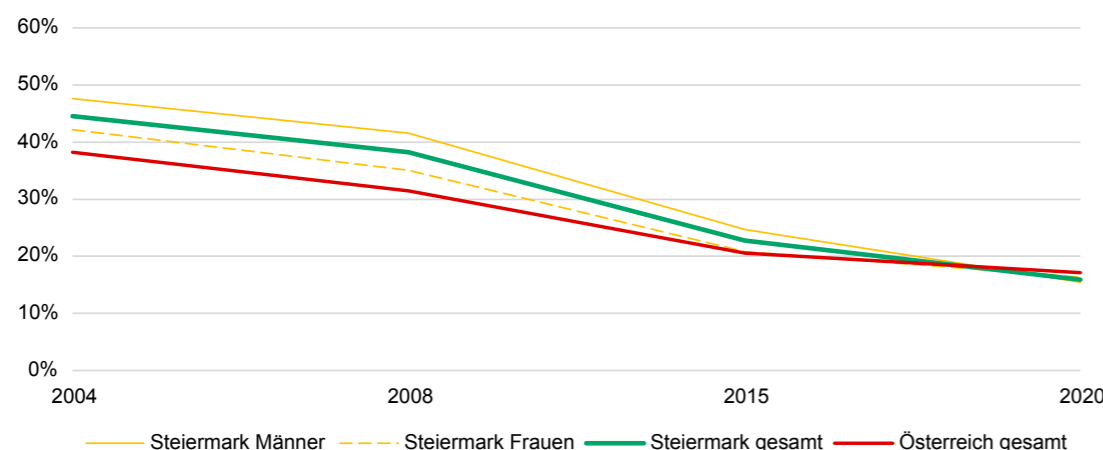


Aktuelle Prävalenzdaten für die Steiermark sind im Bericht „Tabak- und Nikotinkonsum in der Steiermark“ (GFSTMK 2020c) und im Gesundheitsbericht 2020 für die Steiermark (<https://gesundheitsbericht-steiermark.at/gesundheitsziele/tabakkonsum.php>) dargestellt. Im Folgenden werden die noch nicht berichteten aktuellsten Befragungsdaten aus der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 (General Population Survey – GPS) und aktuelle epidemiologische Daten im Sinne eines Updates der genannten Gesundheitsberichte dargestellt.

4.1 Konsum von Tabak und Nikotin in der erwachsenen Bevölkerung

Der Rückgang in der Raucherprävalenz, der sich in der Befragung 2015 zeigte, hat sich auch in den aktuellen Zahlen 2020 fortgesetzt. 15,9 % der Befragten berichten, dass sie täglich oder fast täglich Zigaretten rauchen (Männer: 15,5 %, Frauen: 16,3 %).

ABBILDUNG 12: Anteil der täglich oder fast täglich Rauchenden (Zigaretten), nach Geschlecht, 2004, 2008, 2015, 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt; 2020: n = 5.909); Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS); Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



21 §§ 1–5 TabMG
22 § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 1–6 Tabaksteuergesetz

Der regelmäßige Konsum von anderen Tabak- und Nikotinprodukten außer Zigaretten bleibt ähnlich wie im Befragungsjahr 2015 auch im Jahr 2020 vorrangig im niedrigen einstelligen Prozentbereich, wird tendenziell eher von Männern und eher von jüngeren Altersgruppen berichtet. Bei beiden Geschlechtern wird in der 12-Monats-Prävalenz der Konsum von Zigarren am häufigsten angegeben (Männer: 11,2 %, Frauen: 5,1 %). Auch Wasserpfeife (Shisha) wird von beiden Geschlechtern relativ häufig konsumiert (12-Monats-Prävalenz Männer: 10,5 %; Frauen: 4,2 %). Frauen berichten mit einer 12-Monats-Prävalenz von 3,0 % den Konsum von E-Zigaretten. Andere Produkte werden von Frauen nur sehr selten probiert oder konsumiert. Männer berichten außer den bereits genannten Produkten relativ häufig über den Konsum von Pfeife (6,9 %), Schnupftabak (6,3 %) und Snus (5,6 %). Neben der E-Zigarette konsumieren Männer auch andere Produkte (z. B. E-Pfeife, E-Shisha, Heated Tobacco Products, Nikotinsäckchen) im Ausmaß von jeweils rund 3 % (jeweils 12-Monats-Prävalenz).

Der Einstieg ins Rauchen – wann zum ersten Mal eine (ganze) Zigarette geraucht wurde – wird von den erwachsenen Befragten weiterhin vorrangig mit 15 oder 16 Jahren berichtet. Auch der Einstieg ins regelmäßige Rauchen – Rauchen mindestens einmal pro Woche – geschieht vor allem ab 16 Jahren. Bei beiden Geschlechtern berichtet etwa ein Drittel der Befragten, 18 Jahre oder älter gewesen zu sein, als sie mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen hatten.

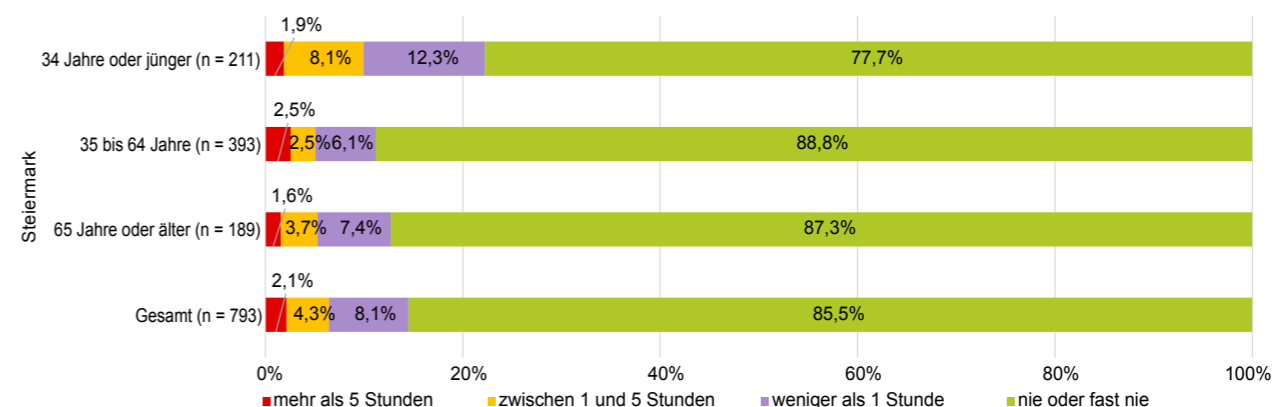
2015 waren gesundheitliche Überlegungen für den Konsum von elektronischen Rauchwaren für knapp 80 % der Befragten relevant. Diese Überlegungen waren 2020 für rund 60 % ausschlaggebend, um elektronische Rauchwaren zu konsumieren.

Etwas mehr als ein Viertel der befragten Raucherinnen und Raucher in der Steiermark gaben 2020 an, im letzten Jahr ernsthaft einen Aufhörversuch gestartet zu haben. Österreichweit gaben 35,3 % an, dass sie im letzten Jahr ernsthaft versucht hätten, mit dem Rauchen aufzuhören.

Aktuelle Daten zur Konsumprävalenz bei Schülerinnen und Schülern sind im Themenbericht Tabak und Nikotinkonsum (GFSTMK 2020c) sowie im webbasierten Gesundheitsbericht 2020 für die Steiermark (<https://gesundheitsbericht-steiermark.at/gesundheitsziele/tabakkonsum.php>) dargestellt und in der Einleitung zu diesem Kapitel kurz zusammengefasst.

Seit 2019 gilt in der Gastronomie ein gesetzlich geregeltes Rauchverbot in Innenräumen.²³ Daher wurde in der aktuellen Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS) keine Frage nach einer Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz mehr gestellt. Durch Passivrauch zu Hause belastet zu sein, geben 14,5 % der Befragten an. Dies liegt im österreichischen Durchschnitt und ist im Vergleich zu 2015 sowohl in der Steiermark als auch in Österreich um etwa einen Prozentpunkt gestiegen. Die Altersgruppe jünger als 34 Jahre berichtet häufiger über eine Belastung durch Passivrauch als ältere Befragte.

ABBILDUNG 13: Passivrauchbelastung zu Hause, nach Altersgruppen, Steiermark, 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS), 1. Erhebungswelle, Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



23 § 12 Abs. 1 TNRSRG

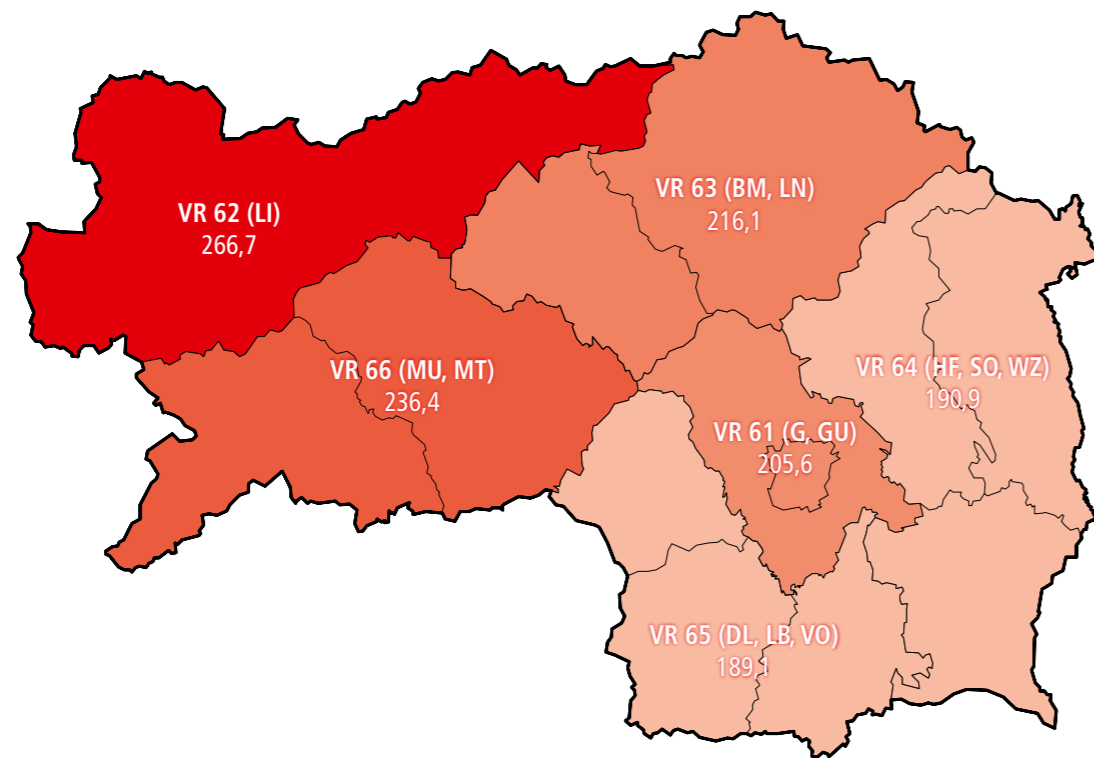
4.2 Tabakassoziierte Morbidität

Zur tabakassoziierten Morbidität zählen Krebserkrankungen, ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten und periphere Gefäßkrankheiten sowie chronische Krankheiten der unteren Atemwege.²⁴ Dargestellt wird die Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte von Steirerinnen und Steirern in einem österreichischen Krankenhaus mit einer solchen Diagnose. Der limitierende Faktor liegt darin, dass diese Daten grundsätzlich zu Verrechnungszwecken und nicht zur Dokumentation der Krankheitslast erstellt werden.

Im Jahr 2019 gab es aufgrund einer tabakassoziierten Diagnose 27.456 Krankenhausaufnahmen von Steirerinnen und Steirern in einem österreichischen Krankenhaus. In 61 % der Fälle (16.734 Aufnahmen) waren es männliche Patienten, in 39 % der Fälle (10.722) weibliche.

Ein Vergleich ist über die Alters- und Geschlechtsstandardisierung möglich. Diese standardisierten Daten wurden je 10.000 EW normiert und sind in der nachfolgenden Landkarte dargestellt. Aus der VR 62 (LI) gab es mit rund 267 Aufenthalten je 10.000 EW die meisten betroffenen Personen. Aus den östlichen und südlichen VR wurden deutlich weniger Steirerinnen und Steirer aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung stationär aufgenommen.

ABBILDUNG 14: Krankenhausaufenthalte aufgrund von einer tabakassoziierten Erkrankung je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen; Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



²⁴ C00-C16 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle, des Pharynx, des Ösophagus, des Magens, C18-20 Bösartige Neubildungen des Kolons, am Rektosigmoid, des Rektums, C22 Bösartige Neubildungen der Leber, C25 Bösartige Neubildung des Pankreas, C32- C34 Bösartige Neubildung des Larynx, der Trachea, der Bronchien und der Lunge, C53 Bösartige Neubildung der Cervix uteri, C64-67 Bösartige Neubildungen der Harnorgane, I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten, I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten, I73.9 Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet, J40-47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

Die beiden folgenden Grafiken zeigen die regionale Verteilung von tabakassoziierten Erkrankungen bei Männern und Frauen nach Altersgruppen.

ABBILDUNG 15: Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen, (n = 16.734); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH

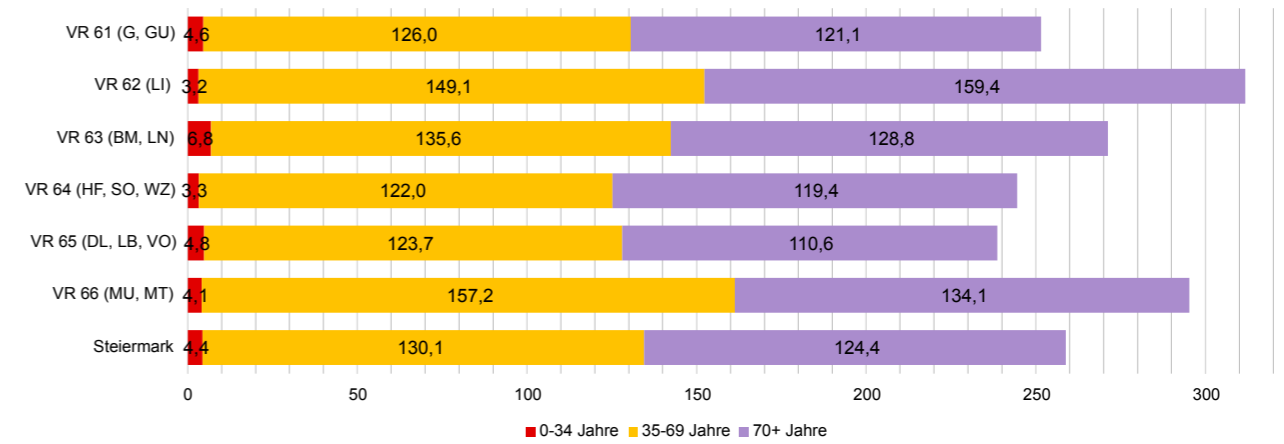
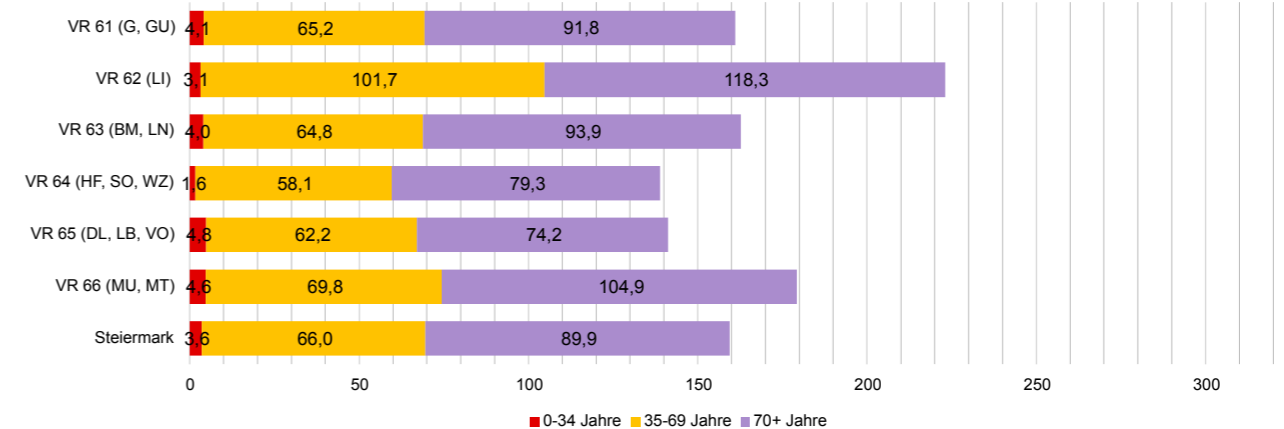


ABBILDUNG 16: Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen, (n = 10.722); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Insgesamt ist in den letzten Jahren ein Rückgang der tabakassoziierten Morbidität zu erkennen. Vor 2018 waren jeweils noch mehr als 30.000 Krankenhausaufenthalte von Steirerinnen und Steirern notwendig.

Tabakassoziierte Mortalität und vorzeitige tabakassoziierte Mortalität

Zur tabakassoziierten Mortalität zählen Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen²⁵, ischämischen Herzkrankheiten, Hirngefäßerkrankungen, peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) sowie chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (COPD, Asthma).

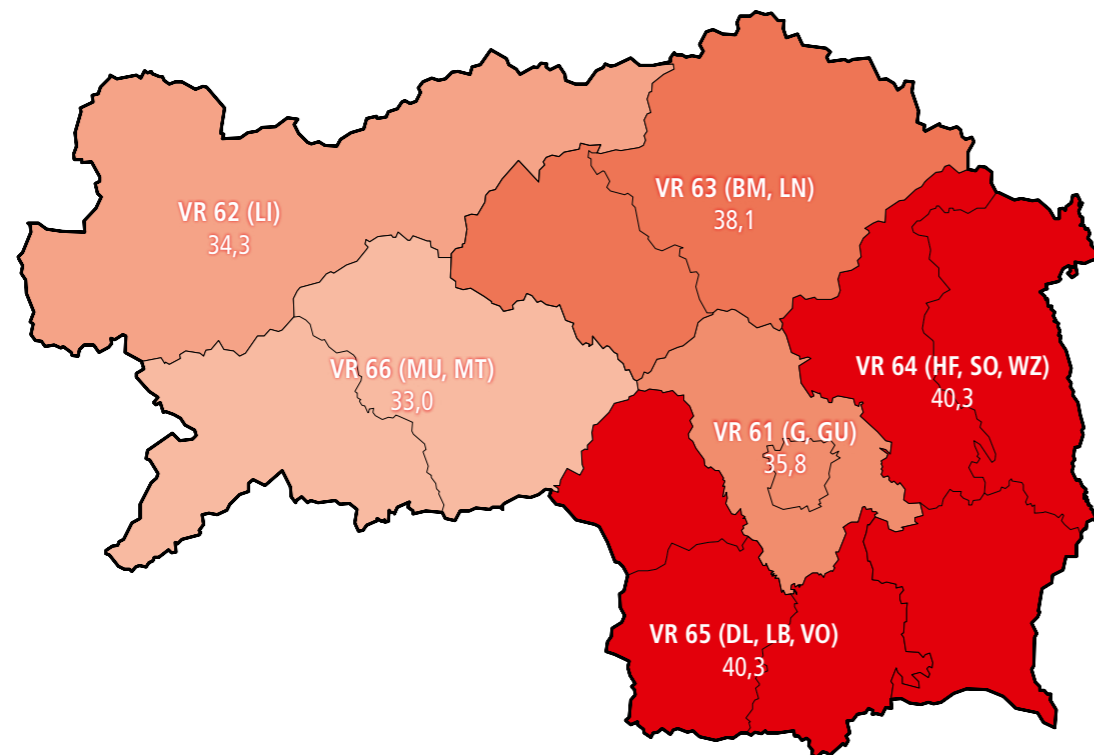
Im Jahr 2019 sind 4.820 Steirerinnen und Steirer an tabakassoziierten Erkrankungen verstorben. 649 dieser Personen starben vor ihrem 65. Geburtstag und sind daher als vorzeitige Todesfälle einzustufen.

²⁵ Krebserkrankungen der Lippe, der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre, des Magens, des Enddarms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, des Gebärmutterhalses, der Harnorgane

39,4 % der Todesfälle sind auf ischämische Herzerkrankungen zurückzuführen, 35,5 % auf Krebserkrankungen, 16,3 % auf Hirngefäßerkrankungen und 8,7 % auf chronische Krankheiten der unteren Atemwege.

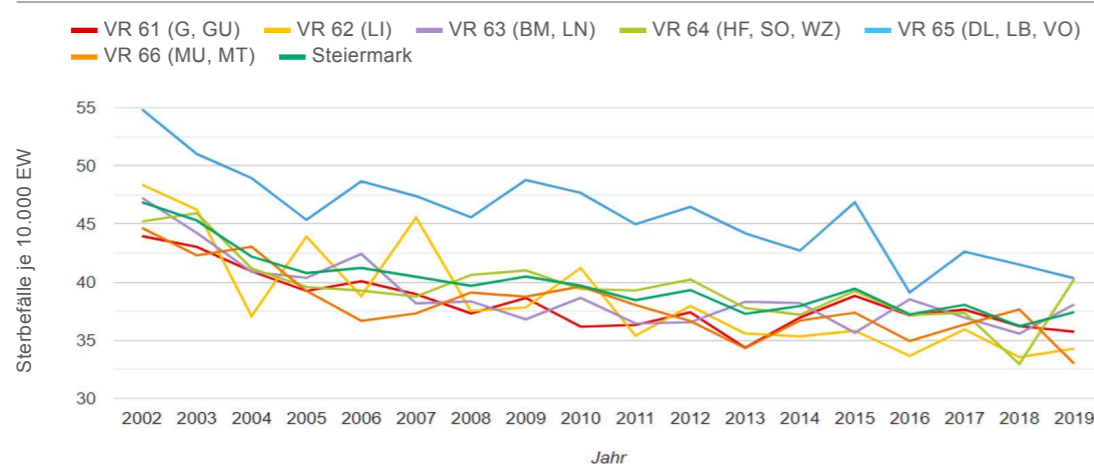
Im regionalen Vergleich mit alters- und geschlechtsstandardisierten Daten je 10.000 EW wird deutlich, dass es in den Versorgungsregionen 64 (HF, SO, WZ) und 65 (DL, LB, VO) häufiger zu tabakassoziierten Todesfällen kommt. Insgesamt waren es in der Steiermark 37,4 Todesfälle je 10.000 EW im Jahr 2019.

ABBILDUNG 17:
Tabakassoziierte Sterbefälle alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen 2019; Quelle: Todesursachenstatistik; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Im zeitlichen Verlauf zeigt sich für die Steiermark trotz einer leichten Zunahme der Todesfälle im Jahr 2019 insgesamt eine positive Entwicklung. Im Jahr 2002 lag die Zahl der tabakassoziierten Todesfälle noch bei 46,9 je 10.000 EW, 2019 waren es 37,4 Todesfälle je 10.000 EW.

ABBILDUNG 18:
Tabakassoziierte Sterbefälle alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach steirischen Versorgungsregionen für die Jahre 2002 bis 2019; Quelle: Todesursachenstatistik; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Angebote zur Tabak-Entwöhnung

Die Tabakpräventionsstrategie (siehe Kap. 11) bearbeitet in der Steiermark seit Jahren das Thema Tabak und Nikotin in umfassender Weise. Für Raucherinnen und Raucher stehen verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten der Entwöhnung zur Verfügung. So bieten alle gesetzlichen Krankenversicherungen Entwöhnungsmöglichkeiten an, die von ambulanten Gruppen- und Einzelangeboten bis hin zu mehrwöchigen stationären Aufenthalten reichen. Telefonberatung wird über das österreichweite „Rauchfrei-Telefon“ angeboten. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Neu ist es das Ziel, Beratung und Kurzinterventionen bezüglich eines Rauchstatus durchzuführen. Zu all diesen Angeboten und zur Entwicklung der rauchfreien Gesundheitseinrichtungen in der Steiermark stehen aktuelle Auswertungen für die Steiermark im Bericht „Tabak- und Nikotinkonsum in der Steiermark“ (GFSTMK 2020c) zur Verfügung.

Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Tabak in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

370 Personen wurden im Jahr 2020 im Hauptbetreuungsschwerpunkt Tabak betreut, 348 davon im Rahmen von Tabakentwöhnangeboten der ÖGK.²⁶ 60 % waren Frauen, 40 % Männer. Etwa ein Fünftel (21,4 %) der Klientinnen und Klienten war jünger als 35 Jahre, der Großteil kam mit 69,2 % aus der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen.

Fazit

Nicht zuletzt aufgrund umfassender Maßnahmen mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen vor allem zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern zu verbessern, gehen die Prävalenzzahlen in allen Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zurück. Derzeit geben knapp 16 % der Steirerinnen und Steirer an, täglich oder fast täglich (herkömmliche) Zigaretten zu rauchen (Quelle: GPS, 2020).

Trotzdem ist Tabak als legale Droge weltweit führend verantwortlich für Todesfälle, die aufgrund des Tabak- und Nikotinkonsums eintreten und vermeidbar wären. Tabak und Nikotin sind daher auch weiterhin ein großes Themenfeld in der Suchtprävention. Im Jahr 2019 lag die Zahl der tabakassoziierten Todesfälle in der Steiermark bei 37,4 je 10.000 EW, 2002 waren es noch 46,9 Todesfälle je 10.000 EW.

Neben der Tabakprävention sind Tabakentwöhn-Angebote wesentlich. Ein Großteil davon wird in der Steiermark von der ÖGK im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie durchgeführt.

Das Gesundheitsziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ und die Steirische Tabakpräventionsstrategie²⁷ haben sich ursprünglich vor allem auf Tabakkonsum im Sinne von Zigarettenrauchen konzentriert. Die Palette an Tabak- und Nikotinprodukten hat sich in den letzten Jahren jedoch verbreitert, und diverse Tabak- und Nikotinprodukte sind im Konsumalltag angekommen. Allen voran sind hier Wasserpfeifen (Shishas) und E-Zigaretten zu nennen. Aus diesem Grund sollte detailliert und systematisch beobachtet werden, wie sich die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten diverser Tabak- und Nikotinprodukte nach Zielgruppen entwickelt. Auf dieser Basis lassen sich gezielte Programme für die Präventionsarbeit ausarbeiten.

²⁶ In den Jahren davor haben wesentlich mehr Personen die Angebote der Tabakentwöhnung in Anspruch genommen (vgl. GFSTMK 2020c, S. 32). Der Rückgang der Inanspruchnahme kann auf die Einschränkungen im Rahmen der Pandemie zurückgeführt werden. Es waren kaum Gruppenentwöhnungen möglich, und die Einzelentwöhnungen wurden telefonisch durchgeführt.

²⁷ <https://www.vivid.at/angebote/tabakpraeventionsstrategie-steiermark/> (abgerufen am 23.09.2021).

5 ■ Illegalisierte Substanzen



Dieses Kapitel beinhaltet Datenauswertungen zum Konsum von illegalisierten Substanzen (Cannabis und Opioide) sowie die Betreuung der von solchen Substanzen abhängigen Personen in der Steiermark. Die Opioidsubstitutionstherapie (OST) wird in diesem Kapitel in einem Gastbeitrag von der Gesundheit Österreich GmbH beschrieben. Weiters werden aktuelle Daten zu gesundheitlichen Folgen sowie zu Todesfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum für die Steiermark dargestellt.

Der Konsum von psychoaktiven (sowohl legalen als auch illegalisierten) Substanzen entspringt vielfachen Motiven wie z. B. Entspannung, Bewusstseinerweiterung, Enthemmung, Leistungsbeeinflussung, Gruppenerlebnisse, Grenzüberschreitungen, Schmerzen. Neben individuellen beeinflussen auch gesellschaftliche und strukturelle Faktoren die Entstehung eines Suchtgeschehens. Im Rahmen der indizierten Prävention und der Verhältnisprävention ist das Angebot von schadensminimierenden Maßnahmen bei kontrolliertem Konsum ein wichtiger Baustein in der Suchthilfe (Zeder, Urban GFSTMK 2020b, S. 64–65). Das Vermitteln und der individuelle Aufbau einer Risikokompetenz im Sinne eines „gekonnten Umgangs mit Drogen“ bzw. eines ausreichenden Wissens darüber ist daher im Rahmen des Konzepts der Gesundheitsförderung bzw. der Gesundheitskompetenz ein wichtiger Arbeitsbereich.²⁸

Unter „risikoreichem Drogenkonsum“ wird der wiederholte Drogenkonsum verstanden, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychisch oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“.²⁹ Damit wird der Fokus eher auf das Konsumverhalten gelegt, statt primär einzelne Substanzen als problematisch oder unproblematisch einzustufen (GÖG 2020a, S. 1).

Cannabis ist die illegalisierte Substanz, die am häufigsten konsumiert wird. Im folgenden Teilkapitel wird diese Substanz betrachtet, in einem weiteren Teilkapitel werden Themen rund um Opioide und andere illegalisierte Substanzen erläutert. Den Abschluss bildet ein Kapitel zur Opioidsubstitutionstherapie. Diese wird in diesem Bericht in einem Gastbeitrag unter der Autorschaft der Gesundheit Österreich GmbH beschrieben, insbesondere deswegen, da die Steirische Suchtkoordination nicht auf die eSuchtmittel-Datenbank zurückgreifen kann und Daten zur Auswertung für diesen Bericht daher nicht zur Verfügung standen.

Cannabis

Cannabis wird in Europa sowohl produziert als auch importiert (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2020, S. 15). Es wird in Europa hauptsächlich in Form der getrockneten Pflanze (als Marihuana) und in Form des Harzes (Haschisch) konsumiert (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2019, S. 3). Mindestens 144 Inhaltsstoffe der Cannabispflanze sind bekannt. Die beiden wichtigsten Inhaltsstoffe sind Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). THC ist die wesentliche psychoaktive Substanz, während CBD nicht psychoaktiv wirkt. Der THC-Gehalt in den Pflanzen ist abhängig von den Wachstumsbedingungen. In den letzten Jahren wird ein Anstieg der THC-Konzentration in Cannabisprodukten von rund 3 % auf bis zu 16 % beobachtet (WHO 2016b, S. 3). CBD hat keine berauschende Wirkung, beeinflusst aber je nach dem Mengenverhältnis zum THC dessen Wirkung (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2019, S. 3).

5.1

²⁸ <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenskompetenzen-und-kompetenzfoerderung/> (abgerufen am 11.08.2021).

²⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Statistical Bulletin 2021 – methods and definitions for problem drug use, Statistical Bulletin 2021 — methods and definitions for problem drug use | www.emcdda.europa.eu (abgerufen am 11.08.2021).

Kurzzeitige Wirkungen von Cannabis hängen in großem Ausmaß mit dem Setting und der Ausgangsstimmung der konsumierenden Person zusammen. Die Wirkungen sind euphorisierend und entspannend, es kommt zu Störungen der psychophysiologischen Funktionen, z. B. Störungen bzw. Veränderungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Bewusstseins (WHO 2016b, S. 6). Mit diesen Auswirkungen des Cannabiskonsums geht beispielsweise ein erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle einher (WHO 2016b, S. 20f.).

Auswirkungen eines langfristigen und regelmäßigen Cannabiskonsums sind Abhängigkeit, mentale Störungen (z. B. Depression, Angststörungen, Psychosen, suizidales Verhalten), kognitive Störungen sowie körperliche Folgen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, COPD oder bösartige Neubildungen (WHO 2016b, S. 6).

(Schwerer) Cannabiskonsum im Alter unter 15 Jahren dürfte ein beeinflussender Faktor dafür sein, dass die Schule eher abgebrochen wird. Zudem stehen damit ein niedrigeres Einkommen, niedrigere Schulabschlüsse, ein höheres Risiko für Arbeitslosigkeit, ein höherer Bedarf an ökonomischen Unterstützungsleistungen sowie der Konsum von anderen Drogen in Verbindung (WHO 2016b, S. 25).

Die Diskussion um eine Legalisierung von Cannabis für den nicht-medizinischen Gebrauch ist quer durch Europa ein anhaltendes Thema. Gesetze zum nichtmedizinischen Gebrauch sowie die Schwere der Strafen sind in den Ländern unterschiedlich und werden auch unterschiedlich gehandhabt und exekutiert. Allen Ländern gemeinsam ist, dass das Lenken eines Fahrzeugs unter Cannabiseinfluss strafbar ist. In den letzten 20 Jahren geht der Trend hin zu einer Reduktion von Höchststrafen. Eine vollkommene Legalisierung von Cannabis wird derzeit von keinem der europäischen Länder angestrebt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018a, S. 5).

Cannabis unterliegt in Österreich dem Suchtmittelgesetz.³⁰ Straffbar ist der unerlaubte Umgang mit Suchtmitteln, d. h. wer Suchtgift erwirbt, besitzt, erzeugt, befördert, einführt, ausführt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft sowie – im Falle des Cannabis – Cannabispflanzen zum Zweck der Suchtgiftgewinnung anbaut, ist in Österreich mit einer Freiheitsstrafe oder Geldstrafe zu bestrafen.³¹ Ein geringeres Strafausmaß besteht dann, wenn ausschließlich zum persönlichen Gebrauch gehandelt wird.³² Mit 1. Jänner 2016 wurde neben „Therapie statt Strafe“ und „Therapie statt Strafvollzug“ das Prinzip „Therapie statt Strafverfahren“ eingeführt, der bislang für den Schul- und Militärbereich vorgesehen war (§§ 12 ff. SMG), und auf sämtliche Verstöße gegen § 27 Abs. 1 und 2 SMG ausgedehnt, bei denen die Tathandlung ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den vorteilslosen persönlichen Gebrauch eines anderen begangen wurde. Für diesen Bereich sind nun primär die Gesundheitsbehörden und nicht die Strafverfolgungsbehörden zuständig. Dies zieht Konsequenzen der Gesundheitsbehörde (gesundheitsbezogene Maßnahmen) nach sich, die Staatsanwaltschaft hat unter Bestimmung einer Probezeit von einem bis zu zwei Jahren vorläufig zurückzutreten.³³

Ein Vergleich von Cannabis-Konsumdaten in verschiedenen europäischen Ländern vor und nach Veränderungen der Rechtslage zeigen, dass es keinen eindeutigen und nachvollziehbaren Zusammenhang von Straferleichterungen oder -befreiungen und einem Anstieg des Konsums – und auch umgekehrt keinen Rückgang des Konsums bei Verschärfungen – gibt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018a, S. 22f.).

Das Drogenfachgremium Steiermark vertritt zur Frage der Regulierung von Cannabis eine Position, die darauf abzielt durch Entkriminalisierung und sachliche und systematische Entscheidungsfindung einen guten Weg zwischen einem selbstverantwortlichen Konsum und der Unterstützung und Beratung für riskant konsumierende Menschen zu finden.³⁴ Behandlungs- und Beratungsplätze müssten verfügbar bleiben.

30 SMG 1997 idF vom 09.02.2021

31 § 27, Abs. 1, Z 1 und 2 SMG 1997 idF vom 09.02.2021

32 § 27, Abs. 2 SMG 1997 idF vom 09.02.2021

33 § 35 SMG 1997 idF vom 22.09.2021

34 Arbeitstreffen des Drogenfachgremiums Steiermark (DFG) zum Thema „Cannabis-Position des DFG“ am 15.07.2019

Besonderes Augenmerk wird auf den Jugendschutz gelegt, da die Auswirkungen von Cannabiskonsum auf Jugendliche nachweislich schädlich sein können. Auch ist es wichtig, den steigenden THC-Gehalt in Produkten und damit einhergehende problematische Konsumerfahrungen und Konsumfolgen zu berücksichtigen.

Cannabis wurde im 19. Jahrhundert als Medikament in Form von Tinkturen verwendet. Es wurde jedoch aufgrund der Herstellung von anderen Medizinprodukten, die durch orale Verabreichungsformen in der Dosis besser kontrolliert werden konnten, im 20. Jahrhundert als Medikament verdrängt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018b, S. 7). 1961 wurde Cannabis in die Suchtgiftkonvention aufgenommen. Diese Konvention zielt auf die internationale Zusammenarbeit und Kontrolle von Suchtgiftgebrauch und die Beschränkung von Suchtmitteln auf die Verwendung in Medizin und Forschung ab.³⁵ Suchtgifte sind in dieser Konvention in vier verschiedenen Anhängen mit unterschiedlichen Kontrollmaßnahmen gelistet.³⁶ Cannabis und Cannabisharz sind im Anhang IV in der Gruppe der Suchtgifte mit besonders gefährlichen Eigenschaften gelistet (auf gleicher Ebene wie z. B. Heroin).³⁷ Diese Einstufung machte es lange Zeit schwierig, Cannabis für den Einsatz in der Medizin zu beforschen.

Der Anbau von Cannabis für medizinische und Forschungszwecke ist in Österreich ausschließlich der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit vorbehalten.³⁸ Der Verkehr und die Gebarung mit Cannabis ist in der Suchtgiftverordnung geregelt.³⁹

Das Interesse für den Einsatz von Cannabinoiden als Medikamente wurde im Laufe der 1990er-Jahre wieder größer. Evidenz in unterschiedlichem Ausmaß liegt für die Anwendung in der Behandlung von Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie vor, weiters für den Einsatz als Appetitstimulanz bei Personen, die an AIDS erkrankt sind, zur Behandlung von Multipler Sklerose, für die Behandlung von chronischen Schmerzen, die nicht durch Krebs verursacht sind, und bei bestimmten Epilepsieformen in der Kindheit. Für die Anwendung in der palliativen Krebstherapie, bei Schlafstörungen, Angststörungen, Depressionen, bei degenerativen neurologischen Erkrankungen und bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist die Studienlage derzeit nicht ausreichend, um gesicherte Aussagen für die Anwendung treffen zu können (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018b, S. 11–14). Nicht nur die Wirkungen, auch die Nebenwirkungen einer medizinischen Anwendung von Cannabis inklusive eines schädlichen oder abhängigen Gebrauchs entsprechender Medikamente sind noch nicht ausreichend erforscht, um gesicherte Aussagen dazu treffen zu können (DGPPN und DG-Sucht 2020, S. 135). Auf Empfehlung der WHO reklassifizierte die UN-Kommission am 2. Dezember 2020 Cannabis und Cannabisharz vom Anhang IV der Suchtgiftkonvention in den Anhang I der Konvention. Dies wird die Beforschung für medizinische Zwecke erleichtern, während die Verwendung von Cannabis für nichtmedizinische Zwecke weiterhin illegal bleibt.⁴⁰

Cannabisprodukte können als Medikamente, die den Zulassungsprozess durchlaufen haben, erhältlich sein oder als standardisierte magistrale Zubereitungen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018b, S. 8). In Österreich sind nur standardisierte magistrale Zubereitungen erlaubt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018b, S. 26).

CBD als Reinsubstanz ist in Österreich nicht als Suchtmittel definiert und unterliegt somit nicht dem Suchtmittelgesetz. Cannabisextrakte gelten aber als Suchtgift, außer der THC-Gehalt liegt unter 0,3 %.

35 Suchtgiftkonvention 1961, Präambel, idF vom 09.02.2021

36 Absatz 2 Suchtgiftkonvention 1961 idF vom 09.02.2021

37 Liste der in Anhang IV aufgenommenen Suchtgifte, Suchtgiftkonvention 1961 idF vom 09.02.2021

38 § 6a SMG 1997 idF vom 09.02.2021

39 Vgl. SV 1997 idF vom 09.02.2021

40 WHO, 2021, UN Commission on narcotic drugs reclassifies cannabis to recognize its therapeutic uses. UN Commission on Narcotic Drugs reclassifies cannabis to recognize its therapeutic uses (www.who.int), (abgerufen am 11.02.2021).

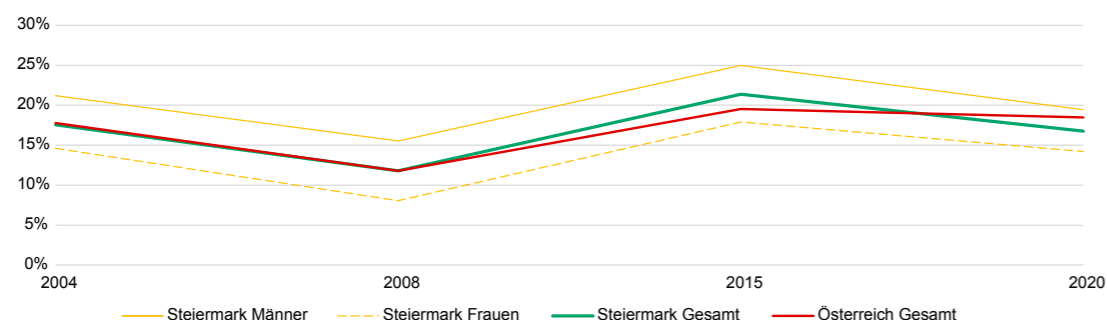
Daher dürfen nur CBD-Produkte, bei denen der THC-Gehalt unter 0,3 % liegt, in Verkehr gebracht werden, jedoch derzeit nicht als „Lebensmittel“. ⁴¹ CBD-Produkte (THC-Gehalt unter 0,3 %) sind nämlich derzeit als Neuartige Lebensmittel (Novel Food)^{42,43} eingestuft und müssen eine Sicherheitsprüfung bestehen, bevor sie als Lebensmittel verkauft werden dürfen. Der jeweilige aktuelle Stand der Einstufung von CBD-Produkten in der EU kann im Novel-Food-Katalog der Europäischen Kommission eingesehen werden.⁴⁴ Ende 2020 wurde am Europäischen Gerichtshof entschieden, dass der Wirkstoff CBD nicht der Suchtgiftkonvention unterliegt und daher als Nahrungsmittel definiert werden kann.⁴⁵

5.1.1 Konsumprävalenz von Cannabis in der erwachsenen Bevölkerung

In der Europäischen Union geben rund 27 % der 15- bis 64-Jährigen an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Eingeschränkt auf jüngere Altersgruppen variiert in Europa die 12-Monats-Prävalenz zwischen 3,5 % bei den 15- bis 34-Jährigen in Ungarn und 21,8 % in Frankreich. Der Konsum im Hochrisikobereich zeigt in Europa ein eher stabiles Bild. Etwa 1 % der Erwachsenen in der EU berichten einen täglichen oder fast täglichen Cannabiskonsum, der Großteil ist jünger als 35 Jahre, etwa drei Viertel sind Männer (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2020, S. 17f.).

Im Zeitverlauf seit 2004 zeigen die Befragungsdaten der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS), dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in der Steiermark und in Österreich etwas schwankend ist, jedoch rund um 15–20 % der Bevölkerung liegt. Männer geben etwas häufiger einen Cannabiskonsum an als Frauen. Die 30-Tage-Prävalenz lag in der Befragung im Jahr 2020 bei den steirischen Männern bei 3,4 %, dies liegt im österreichischen Durchschnitt. Bei den Frauen lag die 30-Tage-Prävalenz in der Steiermark bei 1,7 % (Österreich: 2,3 %).

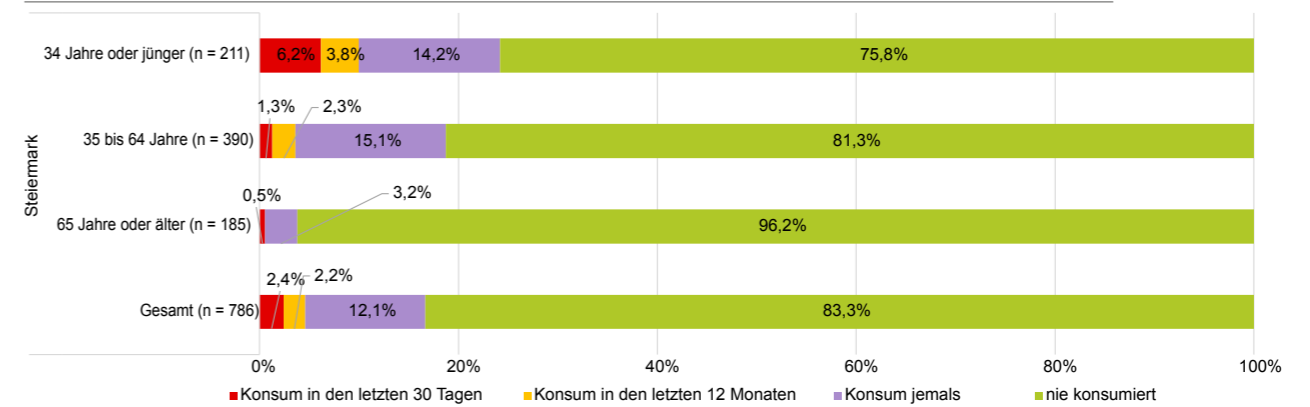
ABBILDUNG 19: Lebenszeitprävalenz Cannabiskonsum, nach Geschlecht, Steiermark und Österreich gesamt, 2004, 2008, 2015, 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt; 2020: n = 5.834); Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS), Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



41 BMASGK, 2018, CBD- und Hanfprodukte – anzuwendende Bestimmungen und rechtliche Beurteilung, vom 19. Oktober 2018, Information_-_Hanf_und_CBD-Produkte_(19.10.18).pdf (www.verbrauchergesundheit.gv.at), (abgerufen am 10.02.2021).
 42 Unter Novel Food fallen Lebensmittel, die vor dem 15. Mai 1997 nicht in nennenswertem Umfang in der EU für den menschlichen Verzehr verwendet wurden und mindestens eine der in Abs. 3 der Verordnung definierten Kriterien erfüllen (vgl. Kommunikationsplattform VerbraucherInnengesundheit, 2021, Neuartige Lebensmittel, Neuartige Lebensmittel - KVG (www.verbrauchergesundheit.gv.at), (abgerufen am 22.09.2021).
 43 Verordnung (EU) 2015/2283 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2015 über neuartige Lebensmittel, VERORDNUNG (EU) 2015/ 2283 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES - vom 25. November 2015 - über neuartige Lebensmittel, zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1169/ 2011 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 258/ 97 des Europäischen Parlaments und des Rates und der Verordnung (EG) Nr. 1852/ 2001 der Kommission (www.europa.eu), (abgerufen am 22.09.2021).
 44 EU Novel Food Catalogue, o. D., Cannabinoids, EU Novel food catalogue (v.1.2) (www.europa.eu), (abgerufen am 22.09.2021).
 45 Case C 663/18, Judgement of the Court (Fourth Chamber), 19. November 2020

Cannabis wird eher in jüngeren Altersgruppen konsumiert, wie in folgender Abbildung zu sehen ist.

ABBILDUNG 20: Prävalenz Cannabis, Steiermark, gesamt, nach Altersgruppen; 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS), Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH

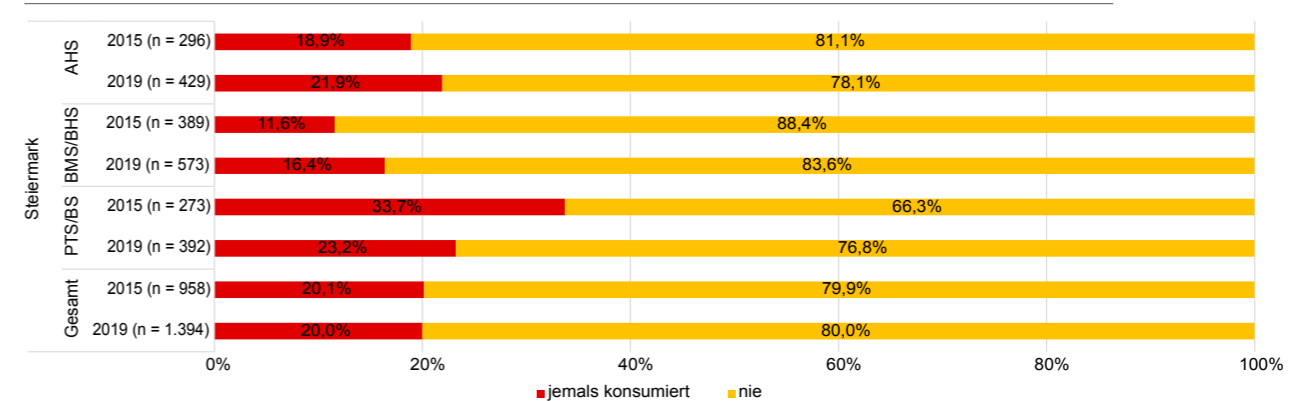


Konsumprävalenz von Cannabis bei Schülerinnen und Schülern

5.1.2

Die Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (ESPAD) zeigt, dass sowohl 2015 als auch 2019 etwa 20 % der Schülerinnen und Schüler angaben, jemals Cannabis konsumiert haben. Die steirischen Burschen liegen 2019 mit 22,9 % etwas über dem Durchschnitt von 20,1 %, die Mädchen mit 17,2% etwas darunter. Die Steiermark liegt damit im österreichischen Schnitt. Nach Alter betrachtet gab im Jahr 2019 etwa ein Viertel (25,3 %) der Schülerinnen und Schüler älter als 16 Jahre an, Cannabis konsumiert zu haben. Von den Befragten jünger als 16 Jahre waren es 17 %. Dies liegt genau im österreichischen Schnitt. Nach Schultyp betrachtet, ist – wie auch beim Konsum von Alkohol und Tabak – eine Angleichung zwischen den Schultypen zu erkennen. Schülerinnen und Schüler von Polytechnischen Schulen und Berufsschulen (PTS/BS) gaben 2019 in einem geringeren Ausmaß als 2015 einen Cannabiskonsum an, bei den Schultypen Allgemeinbildende höhere Schule (AHS) und Berufsbildende mittlere und höhere Schule (BMS/BHS) stiegen hingegen die Anteile leicht an. Diese Bewegungen sind auch auf Österreichebene zu erkennen, jedoch bei PTS/BS nicht in dem Ausmaß wie in der Steiermark.

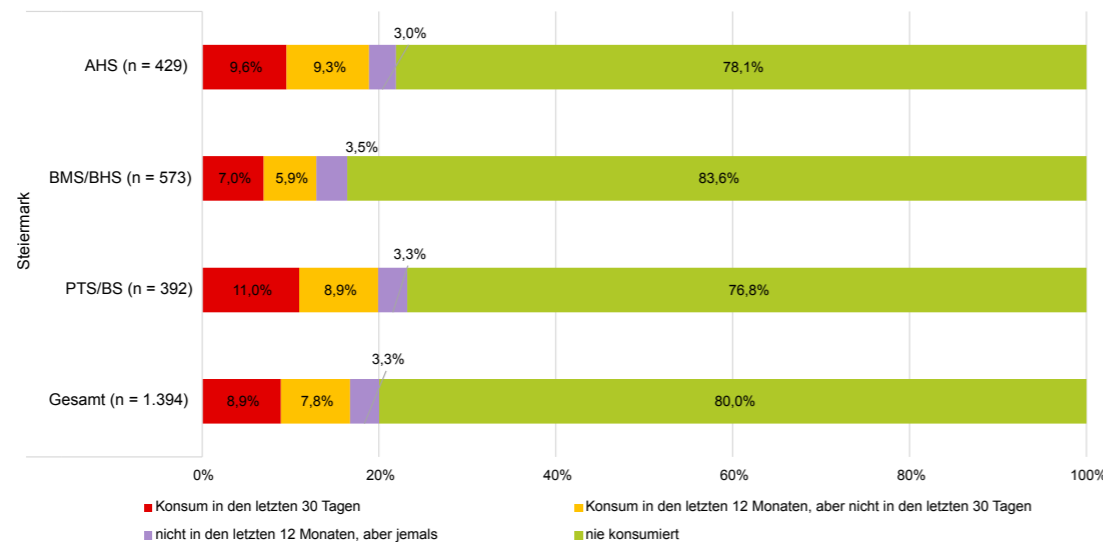
ABBILDUNG 21: Lebenszeitprävalenz Cannabis bei Schülerinnen und Schülern, nach Schultyp, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Einen Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen gaben im Jahr 2019 8,9 % der steirischen Schülerinnen und Schüler an, dies liegt unter dem Österreichschnitt von 10,8 %. Schülerinnen und Schüler von PTS/BS zeigen hier die höchsten Anteile, gefolgt von Schülerinnen und Schülern von AHS.

ABBILDUNG 22:

Konsumprävalenz Cannabiskonsum bei Schülerinnen und Schülern nach Schultyp, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



5.1.3 Betreuung von Personen mit Abhängigkeit von Cannabinoiden

Die Abhängigkeit von Cannabinoiden kann stationäre Krankenhausaufenthalte notwendig machen. Die Zahl dieser Aufenthalte wird anhand der Entlassungsdiagnose mit dem ICD-10-Code „F12.2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit“ ermittelt. 2019 waren 12 Krankenhausaufenthalte von Steirerinnen und Steirern aufgrund dieser Entlassungsdiagnose zu verzeichnen.

Bei 52,4 % der betreuten Personen jener Einrichtungen, die nach DOKLI dokumentieren, ist Cannabis als Leitdroge dokumentiert. Das sind rund 1.100 Klientinnen und Klienten.

Im Controlling der Suchtkoordination wird Cannabis nicht als eigener Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert, sondern ist im Betreuungsschwerpunkt „illegale Drogen“ subsumiert. Daher ist keine Auswertung darüber möglich, wie viele Personen eine ambulante Suchthilfeinrichtung in der Steiermark in Zusammenhang mit einer Cannabis-Sucht aufsuchen.

5.2 Opiode und andere illegalisierte Substanzen

Fragen nach der Lebenszeitprävalenz von psychoaktiven Substanzen werden in der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS) und in der Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (ESPAD) abgefragt. Die Ergebnisse bewegen sich außer bei Cannabis (siehe Kap. 5.1.) in

sehr geringen, meist einstelligen Prozentbereichen und sind aufgrund verschiedener limitierender Einflussfaktoren mit größter Vorsicht zu interpretieren. Eine Abschätzung einer Konsumprävalenz in der Bevölkerung auf Basis dieser Befragungsergebnisse ist nur sehr eingeschränkt möglich (GÖG 2020b, S. 45 ff., 2021b, S. 90 ff.).

Das Suchtmittelgesetz bildet die gesetzliche Grundlage zur Dokumentation des vorschriftsmäßigen Verkehrs und der Gebarung mit Suchtmitteln und Drogenausgangsstoffen, für die Information über Suchtmittelmissbrauch, entsprechende gesundheitsbezogene Maßnahmen, zur Führung eines bundesweiten Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen und zur Dokumentation der drogenbezogenen Todesfälle.⁴⁶

Eine Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums erfolgt mittels einer Dunkelzifferschätzung, welche eine Annäherung an das tatsächliche Geschehen, aber keine genauen Zahlen liefern kann. Die Berechnung erfolgt für die Personengruppe der 15- bis 64-Jährigen und zeigt für die Steiermark für das Jahr 2019 eine Untergrenze von 270 und eine Obergrenze von 700 Personen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (GÖG 2020a, S. 8). Diese Schätzung ist höher als jene aus dem Jahr 2017 (2017: 227–440 je 100.000 EW) (Gesundheit Österreich GmbH 2019, S. 7). Grundsätzlich ist in Österreich im Zeitverlauf der letzten Jahre kein großer Anstieg der Prävalenzschätzungen zu erkennen, jedoch sieht man gewisse Veränderungen in Untergruppen. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern mit rund drei Viertel betroffenen Männern und einem Viertel Frauen bleibt im Zeitverlauf gleich (GÖG 2020a, S. 6). Jedoch scheinen sich die Zahlen aus der Bundeshauptstadt Wien und die Zahlen aus den anderen Regionen in Österreich anzugleichen. Besonders auffällig ist eine Veränderung der Altersstruktur mit rückläufigen Zahlen in der jungen Altersgruppe der bis 25-Jährigen und Anstiegen in der Altersgruppe der ab 35-Jährigen. In der Dunkelzifferschätzung der Prävalenz werden auch diejenigen Personen mitberechnet, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden und damit ein stabiles – chronisches – Verhalten haben. Damit spiegelt sich in der Schätzung wahrscheinlich auch eine langjährige Versorgung wider, in der die betroffenen Menschen älter werden können als früher, weil dadurch mehr Menschen über einen längeren Zeitraum im System verbleiben (GÖG 2020a, S. 9 ff.). Diesen Trend zeigen auch die Entwicklungen in der Substitutionstherapie in der Steiermark (vgl. Kap. 5.3.).

Ein risikoreicher Drogenkonsum erfolgt in Österreich meist mit Opioiden, die mit anderen Substanzen kombiniert werden (polytoxikomaner Konsum). Die Leitdroge ist dabei jene Droge, die dem Klienten oder der Klientin die größten Probleme verursacht (GÖG 2020a, S. 1f.).

Im Großraum Graz wurden im Rahmen von österreichweit durchgeführten Abwasseruntersuchungen zu Rückständen von illegalisierten Substanzen Werte zu Tetrahydrocannabinol (THC, die psychoaktive Substanz des Cannabis), Kokain, Amphetamin und Methylenedioxy-N-methylamphetamin (MDMA) ausgewiesen. Graz als die größte Stadt, die österreichweit in der Untersuchung berücksichtigt wurde, wies verglichen mit den anderen untersuchten Gebieten keine auffälligen Werte auf (Zeder o. J., S. 29).⁴⁷

Leitdrogen in der Steiermark

2019 wurden in jenen Einrichtungen, die nach DOKLI dokumentieren, 2.088 Personen betreut. Die meisten dieser Personen (56,8 %) sind in ambulant längerfristiger Betreuung.

5.2.1

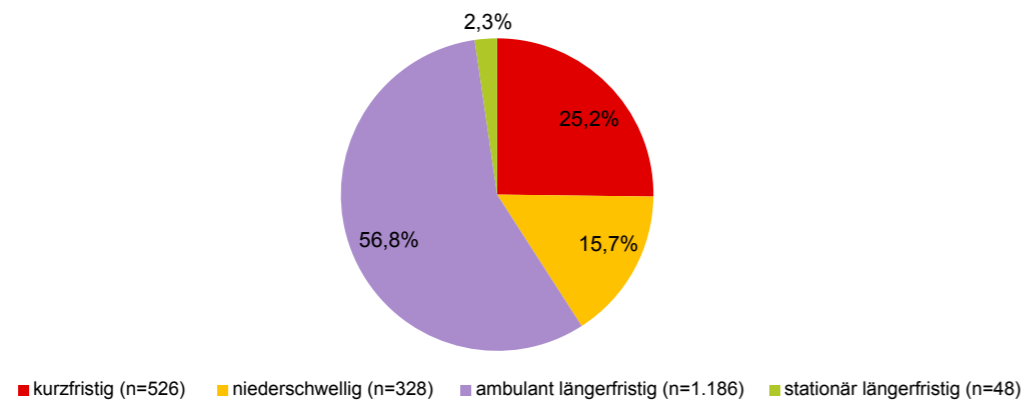
⁴⁶ § 23 ff. SMG 1997 idF vom 22.09.2021

⁴⁷ Folgende Städte bzw. Regionen nahmen an der Abwasseranalyse teil: Hofsteig (Vorarlberg), Innsbruck, Fritzens, Strass (Tirol), Graz, Kapfenberg, Langenwang (Steiermark), Erlaufthal (Niederösterreich), Spittal (Kärnten), Bozen, Bruneck (Südtirol)

ABBILDUNG 23:

Betreute Personen von Einrichtungen, die in DOKLI dokumentieren, nach Art der Betreuung 2019;

Quelle: DOKLI Steiermark (n = 2.088); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Definitionen DOKLI:

- **Kurzfristig:** Unverbindliche erste Kontakte, bei denen noch nicht klar ist, ob es zu einem regelmäßigen Betreuungsverhältnis kommt.
- **Niederschwellig:** Relativ regelmäßige Inanspruchnahme von informationsorientierter Beratung oder von schadensminimierenden, strukturunterstützenden Angeboten.
- **Längerfristig ambulant:** Problemorientierte Beratung, therapeutischer Prozess, Substitutionsbehandlung im ambulanten Setting.
- **Längerfristig stationär:** Problemorientierte Beratung, therapeutischer Prozess, Entzug, Substitutionsbehandlung im stationären Setting.

Quelle: GFSTMK 2020a, S. 6

Im Rahmen der DOKLI-Dokumentation⁴⁸ wird die dominante Leitdroge erfasst, allerdings sind Mehrfachnennungen möglich. Je Klientin oder Klient können mehrere dominante Leitdrogen dokumentiert werden. Bei mehr als der Hälfte der betreuten Personen (52,4 %) ist Cannabis als Leitdroge dokumentiert. In 23,0 % der Fälle ist Heroin die Leitdroge. 12,6 % der betreuten Personen sind aufgrund eines schädlichen Alkoholkonsums in Betreuung. Morphine und Amphetamine spielen mit 11,8 % bzw. 7,5 % eher eine untergeordnete Rolle. Kokain ist bei 7 % die dominante Leitdroge, und Benzodiazepine sind bei 5,6 % der betreuten Personen der ausschlaggebende Grund für eine Betreuung bzw. Behandlung.

5.2.2 Morbidität durch Konsum von illegalisierten Substanzen

Der Konsum von Opioiden, Kokain und anderen Drogen kann stationäre Krankenhausaufenthalte notwendig machen. Diese Fälle werden anhand der Krankenhausentlassungsstatistik dargestellt. Die Limitationen dazu sind im Kapitel 15.1. beschrieben.

5.2.2.1 Abhängigkeit von Opioiden

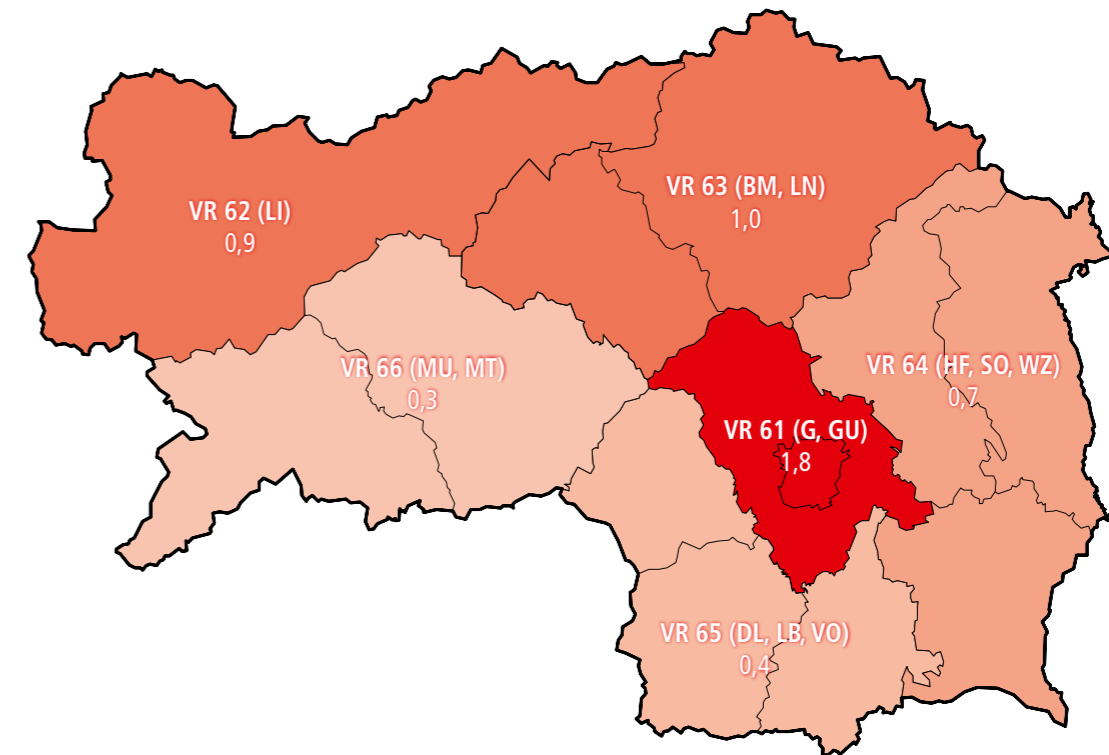
Im Jahr 2019 wurden aufgrund einer Abhängigkeit von illegalisierten Opioiden⁴⁹ 138 Aufenthalte von Steirerinnen und Steirern in österreichischen Krankenhäusern notwendig. In der Mehrzahl der Aufnahmen waren Männer betroffen (105 Aufenthalte von Männern, 33 Aufenthalte von Frauen).

48 b.a.s., Drogenberatung des Landes Steiermark, Grüner Kreis, I.K.A., PSD, PSN, SERA, SMZ Liebenau, Suchtberatung Obersteiermark
 49 F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit; F11.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Opioiden

Im standardisierten Vergleich wird deutlich, dass die Zahl in der VR 61 (G, GU) am höchsten ist. In absoluten Zahlen gab es 2019 90 Aufenthalte von Personen aus Graz und Graz-Umgebung.

ABBILDUNG 24:

Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Abhängigkeit von Opioiden je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen; Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Aufgrund der insgesamt relativ niedrigen Zahl liefert die standardisierte Auswertung lediglich Anhaltspunkte und Tendenzen. Jedenfalls geht aus dem nachfolgenden Balkendiagramm hervor, dass die Abhängigkeit von Opioiden bzw. daraus resultierende stationäre Krankenhausaufenthalte nicht nur die jüngere Altersgruppe, sondern auch die 35- bis 69-Jährigen betreffen.

ABBILDUNG 25:

Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund von einer Abhängigkeit von Opioiden je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen, (n = 105); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH

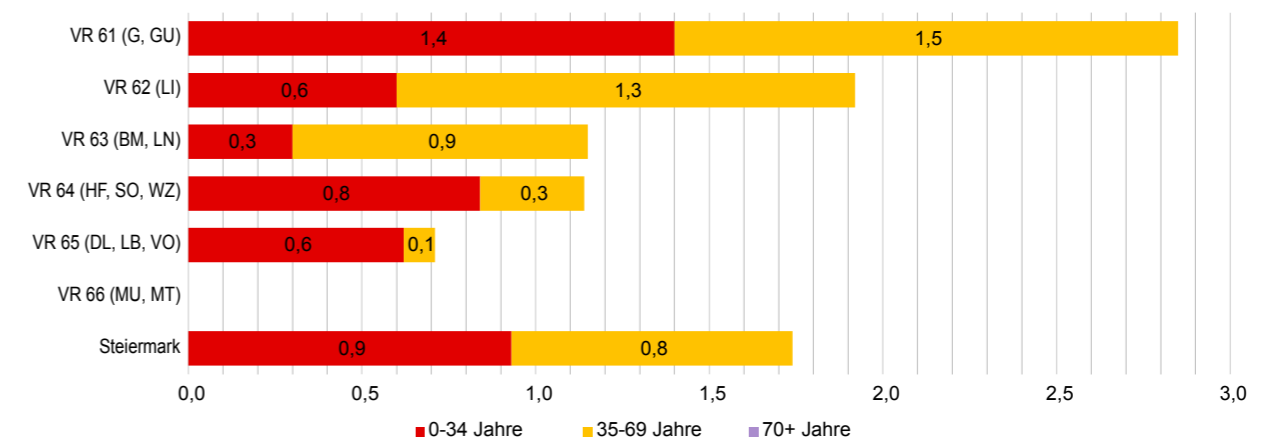
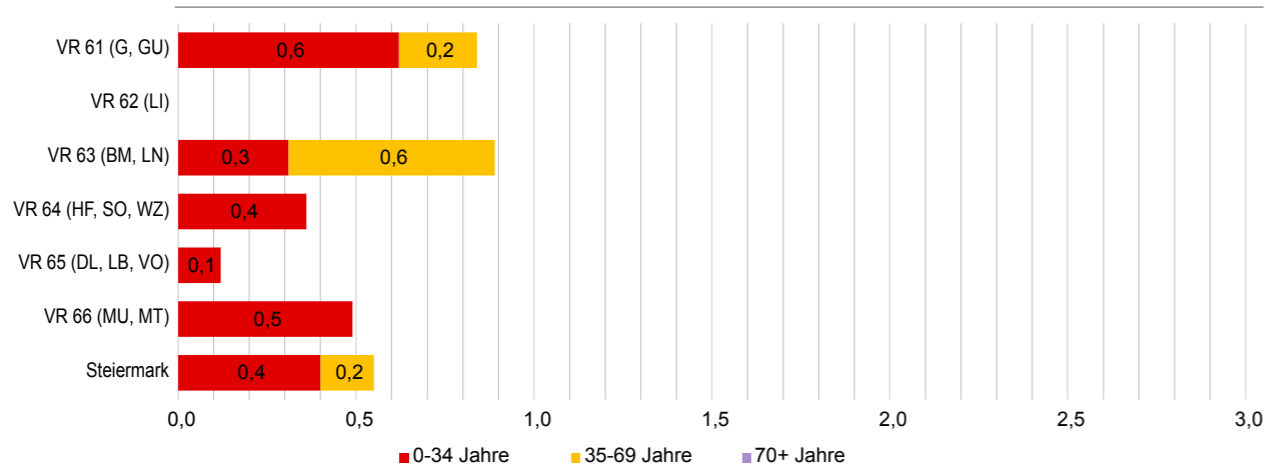


ABBILDUNG 26:

Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund einer Abhängigkeit von Opioiden je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen, (n = 33); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



5.2.2.2 Drogenassoziierte Krankenhausaufenthalte

Die Abhängigkeit von Kokain und anderen Stimulanzien⁵⁰ machte im Jahr 2019 6 Krankenhausaufenthalte von Steirerinnen und Steirern in österreichischen Krankenhäusern nötig.

112 Krankenhausaufnahmen fanden aufgrund einer Abhängigkeit von multiplen Substanzen und anderen psychotropen Substanzen⁵¹ statt. Die Zahl der Männer überwiegt. In 90 dieser Fälle wurden Steirer aufgenommen, in 22 Fällen Steirerinnen.

Zur Vergiftung durch Drogenmissbrauch zählt die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund der ICD-10-Diagnose T40, „Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika (Halluzinogene)“. 12 Krankenhausaufenthalte von Steirerinnen und Steirern fanden 2019 aus diesem Grund statt.

Psychotische Störungen durch Drogenmissbrauch⁵² waren 2019 Ursache von 104 stationären Krankenhausaufenthalten. Überwiegend waren Männer betroffen (87 Aufnahmen von Männern, 17 Aufnahmen von Frauen).

5.2.3 Drogenbezogene Mortalität in der Steiermark

Drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge einer akuten Intoxikation. Dabei muss ein zeitlicher und medizinischer Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod von einem Arzt oder einer Ärztin festgestellt werden. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tod (GÖG 2020a, S. 54).

In Österreich gab es im Jahr 2019 118 drogenbezogene Sterbefälle, wobei Männer mit rund 75 % deutlich häufiger betroffen waren als Frauen. 15 dieser Todesfälle betrafen Steirerinnen und Steirer (9 Männer, 6 Frauen).

⁵⁰ F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit, F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
⁵¹ F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen – Abhängigkeit
⁵² F12.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Cannabinoiden, F16.5 Psychotische Störung nach Gebrauch von Halluzinogenen, F19.5 Psychotische Störung nach multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

2015 war die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle gleich hoch wie 2019. In den Jahren dazwischen wurden etwas weniger drogenbezogene Todesfälle verzeichnet.

Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

5.2.4

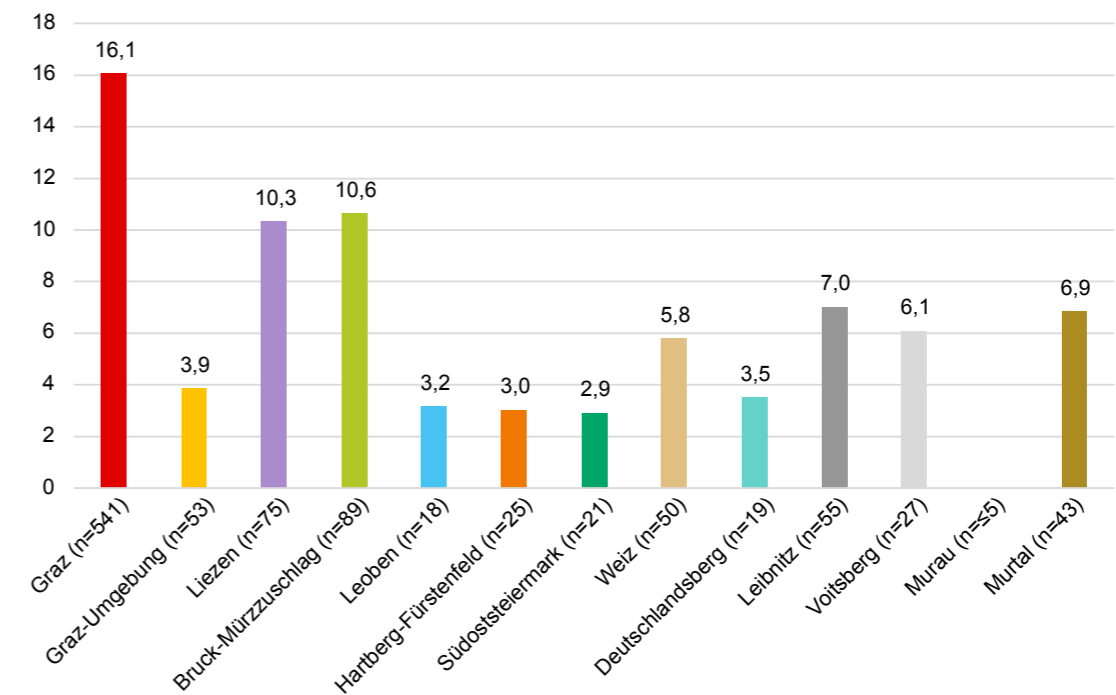
1.571 der Klientinnen und Klienten wurden in ambulanten steirischen Suchthilfeeinrichtungen im Jahr 2020 mit dem Hauptbetreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen (außer Substitution) behandelt.⁵³ Dies entspricht 26,8 % aller Klientinnen und Klienten, bei denen ein Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde. Davon sind mehr als drei Viertel (78,6 %) männlich. Ein knappes Fünftel jener Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen (außer Substitution), deren Alter bekannt war, war zwischen 35 und 64 Jahre alt. Mit 80,7 % war der Großteil der Betreuten jünger als 35 Jahre.

Im Hauptbetreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen (außer Substitution) stammen mit 16,1 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW die meisten Personen aus Graz. Die Unterschiede in den Bezirken lassen nur eingeschränkt einen Rückschluss auf regionale Prävalenzen zu. Unterschiede können im Bereich der illegalisierten Drogen auch mit heterogener behördlicher Zuweisungspraxis in Verbindung stehen.

ABBILDUNG 27:

Herkunft der Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen (außer Substitution), alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk (n = 1.016);

Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



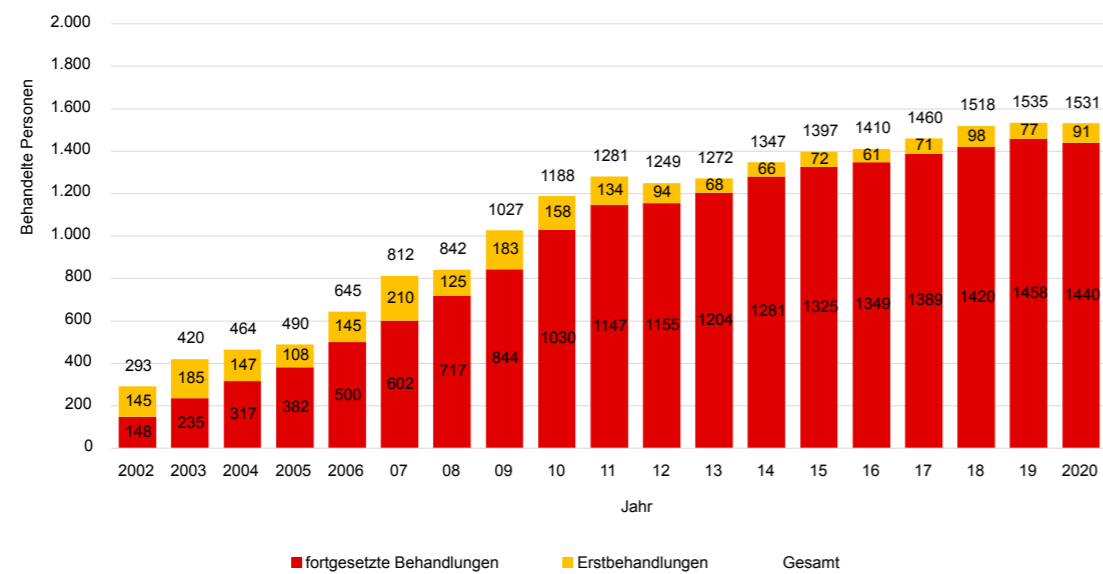
⁵³ Inklusive der Klientinnen und Klienten, die aufgrund von Cannabis betreut wurden.

5.3 Opioidsubstitutionstherapie (Gastbeitrag von Charlotte Klein, Martin Busch, Judith Anzenberger, Gesundheit Österreich GmbH)

5.3.1 Versorgungslage

Die Inanspruchnahme von Opioidsubstitutionstherapie in der Steiermark stieg bis 2011 kontinuierlich stark an, seitdem zeigt sich ein Abflachen des Anstiegs. Im Jahr 2020 haben 91 Personen zum ersten Mal in ihrem Leben eine Substitutionsbehandlung begonnen. Dieser Wert liegt – trotz der COVID-19-Pandemie – über dem Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 und kann als großer Erfolg gewertet werden.

ABBILDUNG 28: Entwicklung der Zahl jährlicher Meldungen aktuell in Opioidsubstitutionsbehandlung befindlicher Steirerinnen und Steirer nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2006–2020; Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG⁵⁴

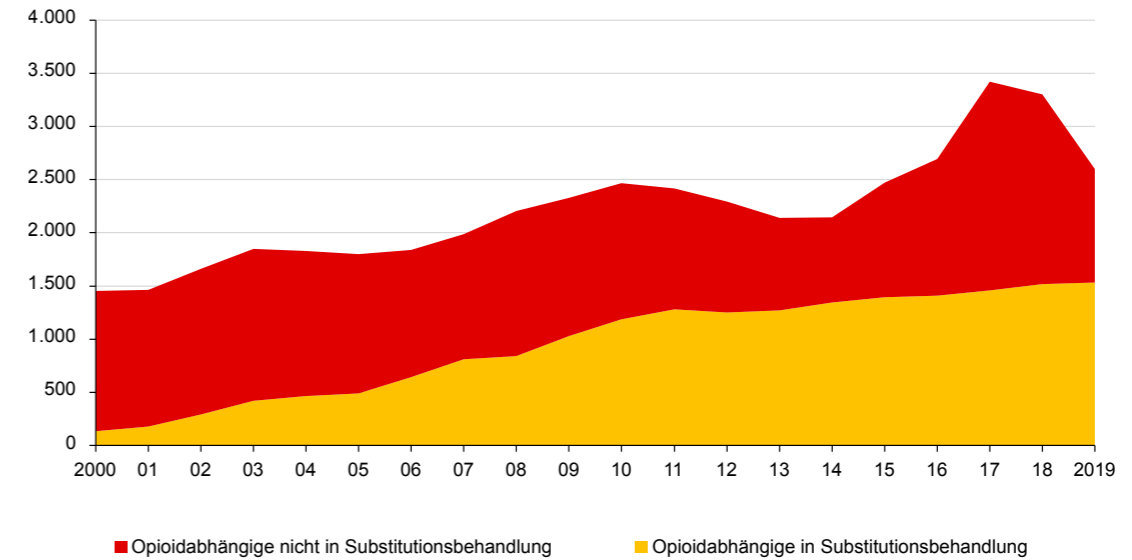


Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zur geschätzten Prävalenz⁵⁵, zeigt sich, dass sich die Haltequote über die Jahre stark erhöht hat. Bei Prävalenzschätzungen auf Bundeslandebene handelt es sich um grobe Schätzungen, die aufgrund der kleinen Absolutzahlen starken Schwankungen unterliegen. So zeigte sich im Jahr 2018 eine stark erhöhte Prävalenz, die in den Folgejahren wieder aufs durchschnittliche Niveau sank. Für das Jahr 2019 wird geschätzt, dass in der Steiermark 2.225 bis 2.976 Personen einen risikoreichen Opioidkonsum aufweisen. Mit 315 (Schwankungsbreite 270 bis 700) risikoreich Opioidkonsumierenden pro 100.000 EW liegt die Steiermark im niedrigsten Drittel in Österreich.

Insgesamt wird geschätzt, dass sich über die Hälfte der Menschen mit risikoreichem Opioidkonsum in einer Substitutionsbehandlung befinden (vgl. Abbildung 29).

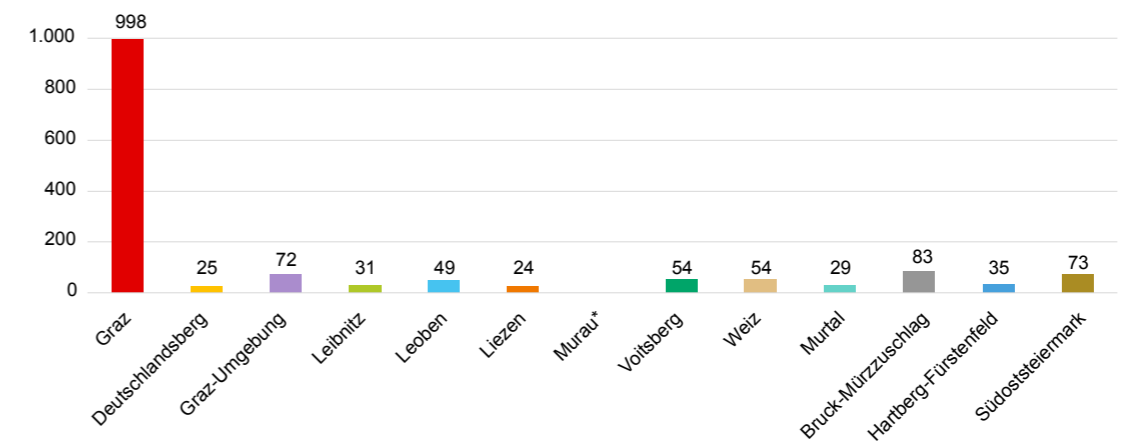
⁵⁴ Anmerkung: Fortgesetzte Behandlungen sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. Erstbehandlung bedeutet, dass die entsprechende Person bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.
⁵⁵ Die aktuellen Prävalenzschätzungen beziehen sich auf das Jahr 2019. Siehe dazu auch: Anzenberger et al. 2020, <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1557>

ABBILDUNG 29: Opioidabhängige Personen in der Steiermark nach Integration in Opioidsubstitutionsbehandlung 2000–2019; für den Zeitraum von 2000 bis 2018 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren herangezogen, für 2019 der Schätzwert für 2019 (aktuellste Schätzung); Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG



Aktuell ist die Substitutionsbehandlung in der Steiermark stark auf die Bezirke Graz und Graz-Umgebung konzentriert, wo 70 Prozent der Patientinnen und Patienten gemeldet sind (vgl. Abbildung 30). Die Opioidsubstitutionstherapie findet in 60 Prozent der Fälle in einer Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis statt, in 30 Prozent der Fälle in einer §-15-Einrichtung/Krankenanstalt. Zehn Prozent der Substitutionsbehandlungen werden in einer Haftanstalt durchgeführt.

ABBILDUNG 30: Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung nach steirischen Bezirken 2020 (*weniger als 5 Personen werden nicht dargestellt); Quelle: eSuchtmittel. Berechnung und Darstellung: GÖG



Gemäß der Liste der zur Opioidsubstitutionstherapie qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA) waren am 31.12.2020 41 Ärztinnen und Ärzte in der Steiermark zur Substitutionsbehandlung qualifiziert (2016 waren es 46).⁵⁶ Etwa ein Drittel dieser Ärztinnen und Ärzte führen eine Substitutionsbehandlung auch durch.

⁵⁶ Die Eintragung in LISA bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass die Ärztin bzw. der Arzt auch tatsächlich in der Opioidsubstitutionsbehandlung tätig ist. Ca. ein Drittel der gelisteten Ärztinnen und Ärzte nehmen Substitutionsbehandlungen vor.

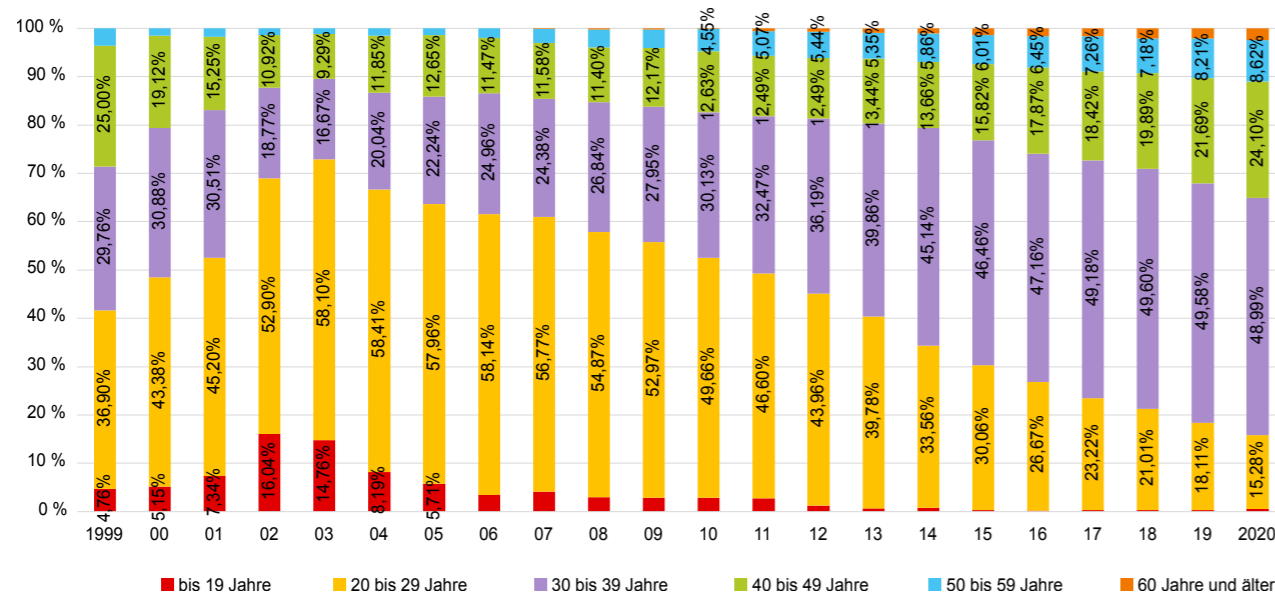
Schlussfolgerungen

- » Es ist gelungen, über die Jahre die Haltequote von Personen mit Opioidabhängigkeit stark zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2020 befanden sich 1.531 Steirerinnen und Steirer in Opioidsubstitutionstherapie.
- » Zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der Versorgungslage sind jedoch weitere Maßnahmen notwendig.

5.3.2 Beschreibung der Klientel

Während das Geschlechterverhältnis zwischen Männern und Frauen über die Jahre konstant bei 4:1 liegt, lassen sich in der Altersstruktur der behandelten Klientel große Veränderungen beobachten.

ABBILDUNG 31:
Altersstruktur der in Opioidsubstitutionsbehandlung gemeldeten Personen 1999–2020;
 Quelle: eSuchtmittel. Berechnung & Darstellung: GÖG



Hier dürften sich mehrere Tendenzen überlagern, die sich sowohl in der Steiermark als auch bundesweit zeigen: Einerseits führte der vermehrte Einstieg Jugendlicher und junger Erwachsener in den risikoreichen Opioidkonsum bis Mitte der 2000er-Jahre dazu, dass in diesen Jahren der Anteil junger Menschen in Substitutionsbehandlung stieg. Andererseits zeigt sich seit 2003 eine kontinuierliche Alterung der Klientel, verursacht durch die Verringerung der Anzahl Neueinsteiger und durch das lange Verbleiben in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 31). 2020 waren weniger als 15 Prozent der Behandelten unter 30 Jahre alt und über ein Drittel bereits 40 Jahre oder älter.

Schlussfolgerung

- » Aufgrund der epidemiologischen Situation, des chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit und der hinsichtlich der Mortalität protektiven Wirkung der Opioidsubstitutionsbehandlung kam es in den letzten Jahren in der Steiermark zu einer kontinuierlichen Alterung der Population in Substitutionsbehandlung.

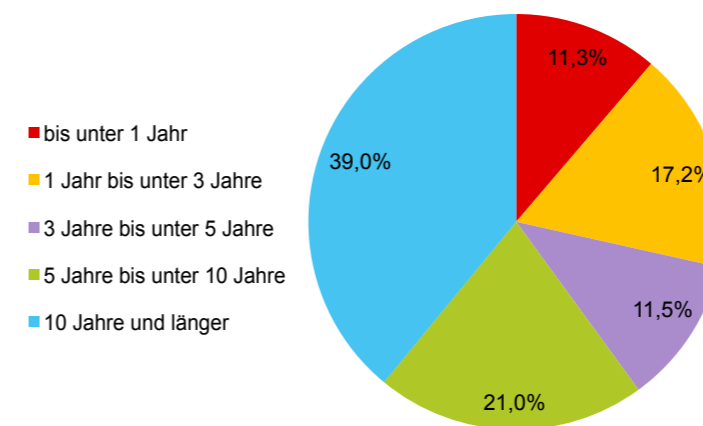
Erfolgskriterium Haltequoten

5.3.3

Aufgrund des meist chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit wird die Haltequote in Behandlung⁵⁷ in der wissenschaftlichen Literatur als wichtiges Erfolgskriterium angesehen (Bammer 2000; Mattick, R. P., et al. 2004; Busch 2007).

Informationen zu längerfristigen Haltequoten liefert Abbildung 32 auf der Basis von Daten aus der eSuchtmittel-Datenbank. Von 1.386 Steirerinnen und Steirern, die sich am 31.12.2020 in einer offenen Behandlung befanden, war mehr als die Hälfte bereits fünf Jahre oder länger in Substitutionsbehandlung. In den meisten Fällen handelt es sich bei der Substitutionsbehandlung demnach um eine Langzeitbehandlung.

ABBILDUNG 32:
Dauer der bisherigen Behandlung der insgesamt 1.386 Steirerinnen und Steirer, die sich am 31.12.2020 in Substitutionsbehandlung befanden⁵⁸;
 Quelle: eSuchtmittel; Berechnung: GÖG



⁵⁷ Unter Haltequote wird der Prozentsatz von Patientinnen und Patienten verstanden, die nach einem definierten Zeitintervall noch in Behandlung sind.

⁵⁸ Anmerkung: Eine Behandlung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung ihres Endes keine Meldung eines weiteren Behandlungsbeginns erfolgt. Das Bundesland bezieht sich auf den aktuellsten Ort der verordnenden Stelle.

Schlussfolgerung

- » Etwas weniger als 60 Prozent der Personen, die eine Substitutionsbehandlung beginnen, sind nach zwei Jahren noch ohne Unterbrechung in Behandlung. Die Substitutionsbehandlung in der Steiermark weist demnach eine sehr hohe Haltequote auf. Für viele Betroffene stellt die Substitutionsbehandlung eine Langzeitbehandlung dar.

5.3 Fazit

Cannabis und Opioide sind die am weitesten verbreiteten illegalisierten Substanzen, daher werden sie im vorliegenden Bericht vorrangig betrachtet. Der Fokus liegt dabei stärker auf risikoreichen Konsummustern und weniger auf dem Einmal- oder Probierkonsum. Unter „risikoreichem Drogenkonsum“ wird der wiederholte Drogenkonsum verstanden, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko aussetzt, einen solchen Schaden zu erleiden.⁵⁹ Schadensminimierende Maßnahmen sind generell neben einem niederschweligen Zugang zu Angeboten der Suchtbehandlung und Therapie im Bereich der illegalisierten Drogen von zentraler Bedeutung. Dies gilt insbesondere auch für die Gruppe der polytoxikoman Konsumierenden. Schadensminimierende Angebote wie z. B. Spritzentausch oder Hepatitis-Impfungen sollen daher neben der Beratung und Therapie in allen Regionen der Steiermark vorgehalten werden.

Cannabis ist jene illegalisierte Substanz, die in der Steiermark (und in Österreich) von allen illegalisierten Substanzen am häufigsten konsumiert wird. Die 30-Tage-Prävalenz lag laut der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen im Jahr 2020 bei den steirischen Männern bei 3,4 % und bei den steirischen Frauen bei 1,7 %.

Die Frage der Legalisierung für den nicht-medizinischen Gebrauch ist ein anhaltendes Thema. Das Drogenfachgremium Steiermark vertritt zur Frage der Regulierung von Cannabis eine Position, die darauf abzielt, durch Entkriminalisierung und sachliche und systematische Entscheidungsfindung einen guten Weg zu finden zwischen einem selbstverantwortlichen Konsum und der Unterstützung und Beratung für riskant konsumierende Menschen.⁶⁰ Besonderes Augenmerk wird auf den Jugendschutz gelegt, da die Auswirkungen von Cannabiskonsum auf Jugendliche nachweislich schädlich sein können. Auch werden der immer höher werdende THC-Gehalt in Produkten und damit einhergehende problematische Konsumerfahrungen und Konsumfolgen sehr kritisch beobachtet.

Eine Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums (von Opioiden) erfolgt mittels Dunkelzifferschätzung. Die Berechnung erfolgt für die Personengruppe der 15- bis 64-Jährigen und zeigt für die Steiermark für das Jahr 2019 eine Untergrenze von 270 und eine Obergrenze von 700 Personen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (GÖG 2020a, S. 8). Während die geschätzte Anzahl der Personen mit Drogenproblemen (bezogen auf Opioide) in den letzten Jahren stabil ist, hat sich die Zahl der Menschen in Substitutionsbehandlung mehr als verzehnfacht. Für Betroffene wurde mit www.substituieren.at eine Seite geschaffen, die ein einfach gestalteter Wegweiser zu Möglichkeiten der Substitutionsbehandlung in der Steiermark ist. Diese und der Ausbau von mehr Angeboten zur Substitutionsbehandlung in Suchthilfeeinrichtungen, aber auch in der Primärversorgung tragen zu einem Anstieg der Menschen in Substitutionsbehandlung bei.

Insgesamt wird geschätzt, dass sich über die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum in einer Substitutionsbehandlung befinden. Menschen in Substitutionsbehandlung werden immer älter, was vor allem auf eine lange Verweildauer in der Opioidsubstitutionstherapie zurückzuführen ist. Diese erfreuliche Entwicklung zieht allerdings – gleich wie in anderen Bereichen auch – Handlungsbedarf nach sich, was die Thematik Sucht im Alter betrifft.

Zur Verbesserung der Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlung ergeben sich folgende Ansätze aus Sicht des Zentrums für Suchtmedizin in Graz:

- Ein Hemmnis für die sozialpsychiatrische Versorgung sind die fehlenden (beziehungsweise mit eingeschränkten Kapazitäten vorhandenen) Betreuungsplätze in der Wohnversorgung (Pflegerheimplätze, sozialpsychiatrische vollzeit- bzw. teilzeitbetreute Wohnplätze, niederschwellig betreute Notunterkünfte, niederschwellige mobile Betreuung) und in der Tagesstruktur.
- Aus heutiger Sicht ist für die Verbesserung der Behandlung von Substitutionspatientinnen und -patienten die vermehrte Versorgung stabiler Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich anzustreben. Dadurch werden Kapazitäten in spezialisierten Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit höherem Betreuungsbedarf frei, und der Zugang zur Behandlung würde erleichtert werden. Diese sollte nach etablierten Stufenmodellen erfolgen (s. Substitutionsmodell Steiermark 2015).
- Es besteht zusätzlicher Bedarf bei den Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Substitutionstherapie und grundsätzlich in der Suchtmedizin für alle in die Behandlung involvierten Berufsgruppen.

⁵⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Statistical Bulletin 2021 – methods and definitions for problem drug use, Statistical Bulletin 2021 – methods and definitions for problem drug use | www.emcdda.europa.eu (abgerufen am 11.08.2021).

⁶⁰ Arbeitstreffen des Drogenfachgremiums Steiermark (DFG) zum Thema „Cannabis-Position des DFG“ am 15.7.2019

6 ■ Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Schmerzmitteln



Das Kapitel beinhaltet Daten über den Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente in der Bevölkerung. Es folgt ein Bericht über Verordnungen von ausgewählten Psychopharmaka. Das Kapitel schließt mit Daten zur Morbidität aufgrund von Medikamentenmissbrauch und zur Inanspruchnahme der Betreuung in Suchthilfeeinrichtungen.

Medikamente werden dann eingenommen und verschrieben, wenn ein medizinischer oder subjektiv erlebter Bedarf dafür (z. B. aufgrund von Schmerzen, wegen Schlafstörungen etc.) vorliegt. Mit steigendem Lebensalter wird dieser Bedarf häufiger. Daher kommen die missbräuchliche Verwendung und Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Medikamenten in höherem Ausmaß bei älteren Menschen vor (siehe Kapitel 10). Nach Geschlecht betrachtet, sind Frauen häufiger von Medikamentensucht betroffen als Männer (vgl. GÖG 2021, S. 74 ff.).

Medikamentengruppen mit hohem Suchtpotenzial sind Benzodiazepine, Z-Drugs (benzodiazepinähnliche Wirkstoffe), verschreibungspflichtige (vor allem opioidhaltige) Schmerzmittel und Weck- und Aufputschmittel (vgl. Leitlinie DGPPN und DG Sucht).

Die Wirkstoffe aller dieser Medikamente sind in der Suchtgiftkonvention⁶¹ bzw. im Übereinkommen über psychotrope Stoffe⁶² gelistet. Sie unterliegen in Österreich dem Suchtmittelgesetz und dürfen nur gegen ärztliche Verschreibung an Patientinnen und Patienten abgegeben oder zur Anwendung gebracht werden.⁶³ Die genaue Gebahrung mit diesen Stoffen ist – je nach Wirkstoff - entweder in der Suchtgiftverordnung⁶⁴ oder in der Psychotropenverordnung festgelegt. Medikamente, die der Psychotropenverordnung unterliegen, dürfen jeweils maximal für den Bedarf von 2 Monaten verschrieben werden.⁶⁵ Bei der Verschreibung von Stoffen aus der Gruppe der Benzodiazepine darf außerdem keine wiederholte Abgabe von einem Rezept verordnet werden⁶⁶.

Der Übergang zwischen dem verschriebenen, bestimmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten hin zur Abhängigkeit ist fließend. Es gibt folgende Möglichkeiten eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs (risikoarmer Gebrauch, absichtlicher oder unabsichtlicher Fehlgebrauch) (DGPPN und DG-Sucht 2020, S. 18 ff.):

- **Off-label-Use:** Verschreibung eines Medikaments außerhalb einer zugelassenen Indikation oder eine individuelle Veränderung der zugelassenen Dosierung durch den Arzt/die Ärztin.
- **Medikationsfehler:** Abweichen vom vorgegebenen Anwendungsschema, wobei das Risiko eines Schadens für den Patienten oder die Patientin in Kauf genommen wird.
- **Unabsichtlicher Fehlgebrauch:** z. B. Missverständnis in der Umsetzung der Anordnung.
- **Absichtlicher Fehlgebrauch:** z. B. Verwendung eines Medikaments aufgrund einer Wirkung, die primär nicht intendiert ist.

Als Missbrauch oder schädlicher Gebrauch wird in der ICD-10 und im DSM-4 der übermäßige nicht bestimmungsgemäße Konsum eines Medikaments bezeichnet, der zu klinisch bedeutsamen Schäden führt. Ziele der konsumierenden Person sind dabei das Erleben der psychotropen Wirkung oder das Beseitigen von Entzugssymptomen.

Als Abhängigkeitssyndrom wird das Vorliegen von bestimmten Kriterien diagnostiziert, z. B. Craving, eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums, anhaltender Konsum trotz Schädigungen etc.

Als Entzugssyndrom wird der Zustand diagnostiziert, der beim Absetzen oder der Reduktion der Substanz auftritt und mit substanzspezifischen psychovegetativen Symptomen einhergeht.

61 Anhänge, Suchtgiftkonvention 1961 idF vom 01.03.2021

62 Liste der Substanzen in den Anhängen, Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe idF vom 01.03.2021

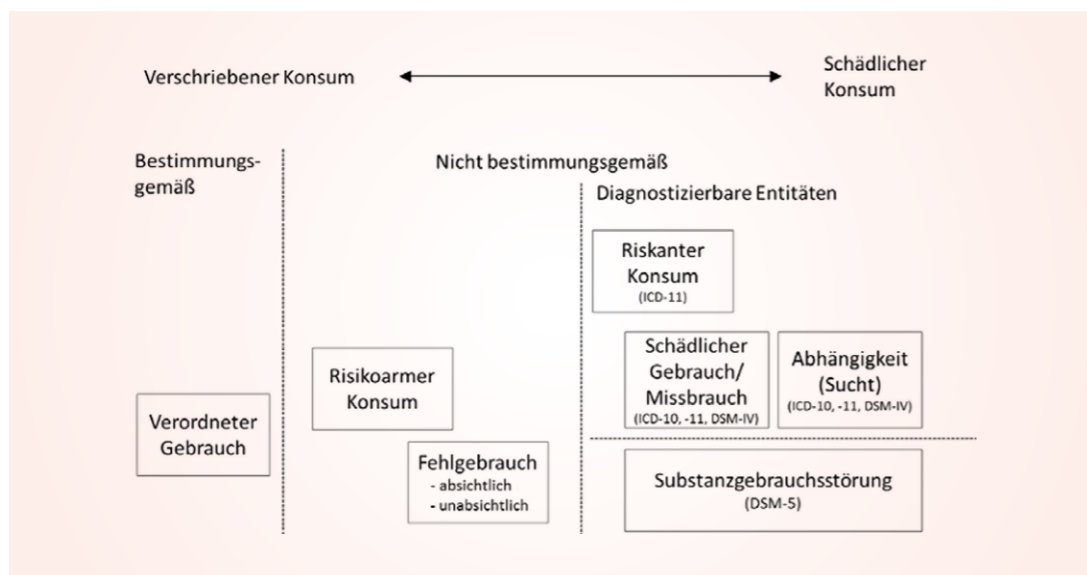
63 § 8 SMG 1997 idF vom 01.03.2021

64 SV 1997 idF vom 01.03.2021

65 § 10, Abs. 2 PV 1997 idF vom 01.03.2021

66 § 10, Abs. 4 PV 1997 idF vom 01.03.2021

ABBILDUNG 33:
Definitionen medikamentenbezogener Störungen. Quelle: DGPPN und DG-Sucht 2020, S. 18.



Medikamentensucht wird oft lange nicht erkannt. Die für die Entstehung einer Sucht relevanten Medikamente unterliegen grundsätzlich der Rezeptpflicht. Eine wichtige Rolle kommt den Hausärztinnen und Hausärzten zu, die häufig jene Medikamente verschreiben, welche Suchtpotenzial haben. Hier benötigt es eine besondere Sensibilität bezüglich einer strengen Indikationsstellung sowie der Überwachung hinsichtlich Dosis und Anwendungsdauer (zitiert nach H. Haltmayer, GFSTMK 2020b, S. 58).

Ein Blick in den Erstattungskodex zeigt, dass die Kassenverkaufspreise für Benzodiazepin-Derivate und Z-Drugs zum größten Teil unter der Rezeptgebühr von derzeit 6,50 Euro liegen.⁶⁷ Die kleinsten Packungsgrößen liegen immer unter der Rezeptgebühr, die größeren Packungen liegen in einigen wenigen Fällen über der Rezeptgebühr.⁶⁸ Für die Interpretation von Verordnungszahlen bedeutet das, dass der Bezug von Medikamenten, die unter der Rezeptgebühr liegen, nur für von der Rezeptgebühr befreite Versicherte ersichtlich ist (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2017, S. 51).

Apothekerinnen und Apotheker haben neben den Ärztinnen und Ärzten auch eine wichtige Rolle im Erkennen und Ansprechen einer Medikamentensucht bei ihren Kundinnen und Kunden. Die Möglichkeiten der E-Medikation können dazu beitragen, diese Aufgabe noch zielgerichteter umzusetzen (zitiert nach I. Bauer-Rupp, GFSTMK 2020b, S. 59).

Durch die E-Medikation als Teil der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) ist es möglich, die in Apotheken bezogenen Medikamente über ein Jahr lang zu listen und einsehbar zu machen. Es können sowohl die verschreibungspflichtigen als auch die privat bezogenen Medikamente gelistet werden, wenn beim Kauf in der Apotheke die E-Card gesteckt wird. – Nur dann kann in der Apotheke die gesamte Medikationsliste eingesehen werden. Behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern ist es dadurch besser möglich, unerwünschte Wechselwirkungen oder Doppelverschreibungen zu vermeiden bzw. die Beratung gut auf den individuellen Bedarf der Kundin oder des Kunden abzustimmen. Patientinnen und Patienten können selbst über das ELGA-Portal auf ihre Medikamentenliste zugreifen.⁶⁹

⁶⁷ Österreich.gv.at (2021). Rezeptgebühren. Rezeptgebühren (www.oesterreich.gv.at), (abgerufen am 01.03.2021).
⁶⁸ Österreichische Sozialversicherung (2021). Infotool zum Erstattungskodex, Datenstand: März 2021. (<https://www.sozialversicherung.at/oeko/views/index.xhtml>), (abgerufen am 01.03.2021).
⁶⁹ Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (2021). ELGA: e-Medikation (<https://www.gesundheit.gv.at/elga/was-ist-elga/e-medikation>), (abgerufen am 27.07.2021).

Empfehlungen zur Prävention von Medikamentenmissbrauch, seine Diagnose und Behandlung sind für verschiedene Medikamentengruppen in einer medizinischen Leitlinie festgeschrieben (DGPPN und DG-Sucht 2020). Eine weitere Leitlinie beinhaltet Empfehlungen für das Vermeiden, Erkennen und Behandeln von Missbrauch und Abhängigkeit durch opioidhaltige Schmerzmittel (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. 2020). Spezielle Empfehlungen werden in diesen Leitlinien zur Zielgruppe der älteren Menschen ausgesprochen (siehe Kapitel 10).

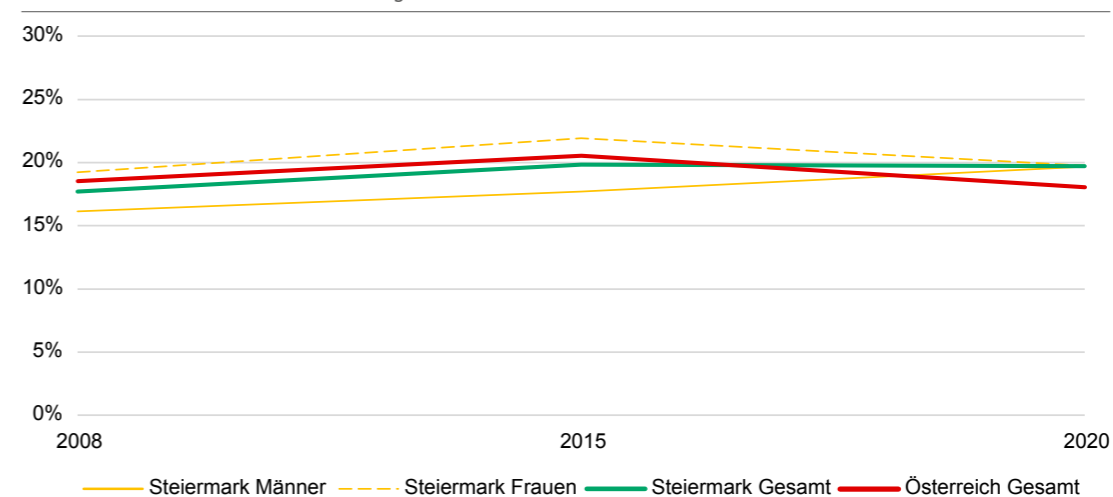
Die Abschätzung einer missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten durch eine Bevölkerungsbefragung ist nur mit Einschränkungen möglich. Die Einnahme von entsprechenden Medikamenten ist in vielen Fällen indiziert und daher nicht mit Missbrauch gleichzusetzen. Die Einschätzung, welche Medikamente in der Befragung angegeben werden sollen (z. B. keine homöopathischen Mittel, Hausmittel etc.) ist für die Befragten nicht immer eindeutig einzuordnen. Wie bei vielen Befragungen sind die Medikamentenabhängigkeit und auch andere Suchtformen in der Stichprobe wahrscheinlich unterrepräsentiert (GÖG 2021, S. 74). Dementsprechend vorsichtig sollen die berichteten Daten sowohl für die erwachsene Bevölkerung und im Besonderen auch für Schülerinnen und Schüler interpretiert werden.

Prävalenz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Erwachsenen

6.1

Über den Zeitverlauf betrachtet bleibt der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Leben in etwa konstant. Knapp ein Viertel der Bevölkerung berichtet, jemals verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen zu haben, Frauen etwas häufiger als Männer, wobei sich die Geschlechterunterschiede seit 2015 eher angeglichen haben:

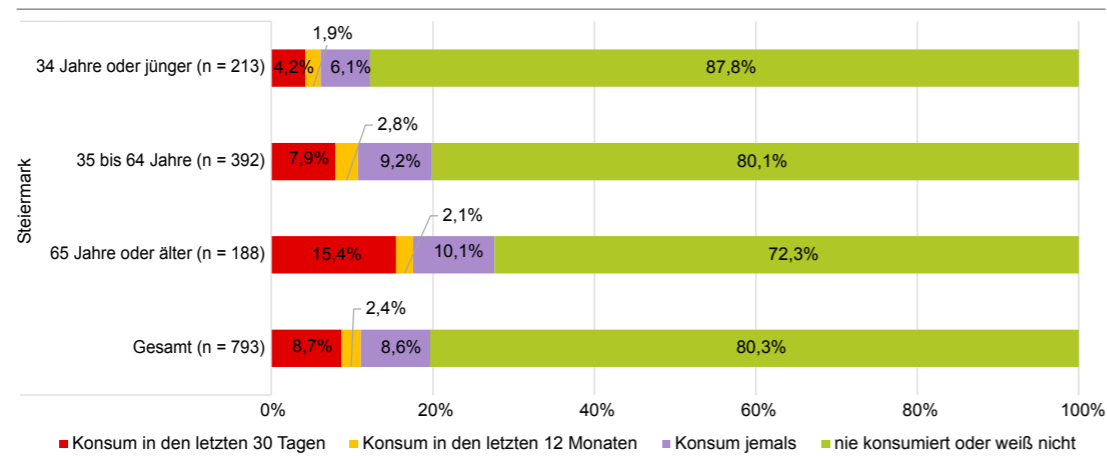
ABBILDUNG 34:
Lebenszeitprävalenz Schlaf- und Beruhigungsmittel, nach Geschlecht, Steiermark und Österreich gesamt, 2008, 2015, 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet (Stichprobe: Steiermark gesamt 2020: 5.921); Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS); Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Die 30-Tage-Prävalenz liegt in der Steiermark sowohl bei Frauen als auch bei Männern im Jahr 2020 rund um den Durchschnitt von 8,7 % (Männer: 8,4 %; Frauen: 9,0 %), dies liegt über dem österreichischen Schnitt von 6,7 %. Geschlechtsunterschiede in der 12-Monats-Prävalenz sind in den Daten kaum feststellbar. Die Frage nach einem Konsum jemals im Leben bejahen steirische Frauen mit 9,1 % etwas häufiger als Männer (8,2 %). Dass der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit dem Alter zunimmt, ist aus der folgenden Grafik ersichtlich:

ABBILDUNG 35:

Konsumprävalenz Schlaf- und Beruhigungsmittel, Steiermark, gesamt, nach Altersgruppen; 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS); Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



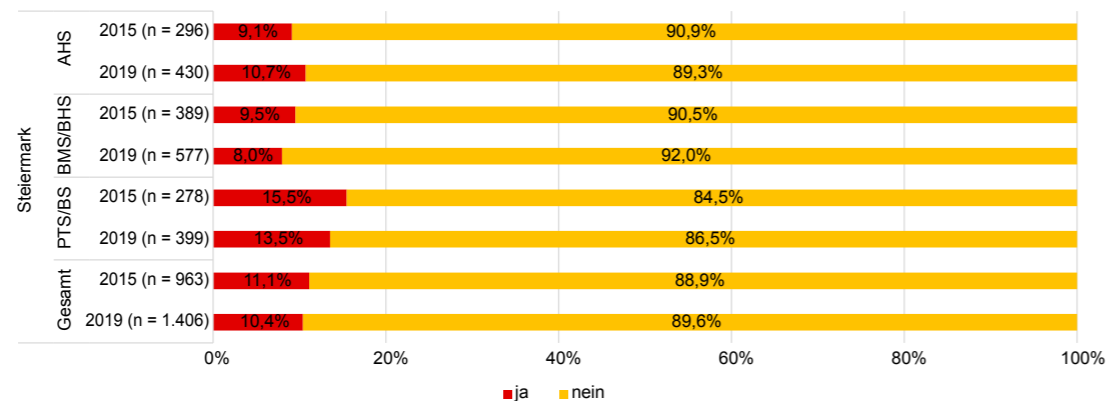
Auch die Frage nach dem Alter der ersten Einnahme bestätigt ein eher höheres Alter beim ersten Konsum. Bis auf wenige Ausnahmen wird ein Alter von 18 Jahren oder älter beim ersten Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln angegeben.

6.2 Prävalenz von Schlaf und Beruhigungsmitteln bei Schülerinnen und Schülern

In der Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (ESPAD) wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, ob sie auf ärztliche Verordnung verschreibungspflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel genommen haben. Rund 10 % geben sowohl in der Steiermark als auch im österreichischen Durchschnitt an, solche Medikamente konsumiert zu haben. 2015 waren etwas mehr Mädchen als Burschen betroffen, 2019 gab es nur wenig Unterschied zwischen den Geschlechtern. Auch nach Altersgruppen gibt es kaum Unterschiede, jedoch sieht man größere Anteile von Schülerinnen und Schülern aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen, die von einem entsprechenden Medikamentenkonsum berichten:

ABBILDUNG 36:

Konsumprävalenz verschreibungspflichtiger Schlaf- und Beruhigungsmittel bei Schülerinnen und Schülern, nach Schultyp, 2015 und 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Inwieweit aus diesen Daten eine suchtrelevante Thematik abgeleitet werden kann, ist sehr genau zu überlegen und von der indizierten Verschreibung und der richtig angewendeten und zeitlich passend abgestimmten Therapie sorgfältig abzugrenzen.

Verordnung ausgewählter Psychopharmaka

In diesem Kapitel wird die Anzahl der Personen dargestellt, die Psychopharmaka konsumieren. Dazu liegen Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) Landesstelle Steiermark sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) vor. Nicht dargestellt werden können die Verschreibungen von Psychopharmaka für Personen, die bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) versichert sind.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass die Preise von Benzodiazepinen und Z-Drugs häufig unter der Rezeptgebühr liegen. Daher scheinen hier nur die Verordnungen auf, die von Personen eingelöst werden, welche von der Rezeptgebühr befreit sind.

Dargestellt wird die Zahl der Personen, die mindestens eine Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen⁷⁰ oder mindestens eine Verordnung für Z-Substanzen⁷¹ eingelöst haben. Die Summe der Verordnungen pro Person kann nicht abgebildet werden.

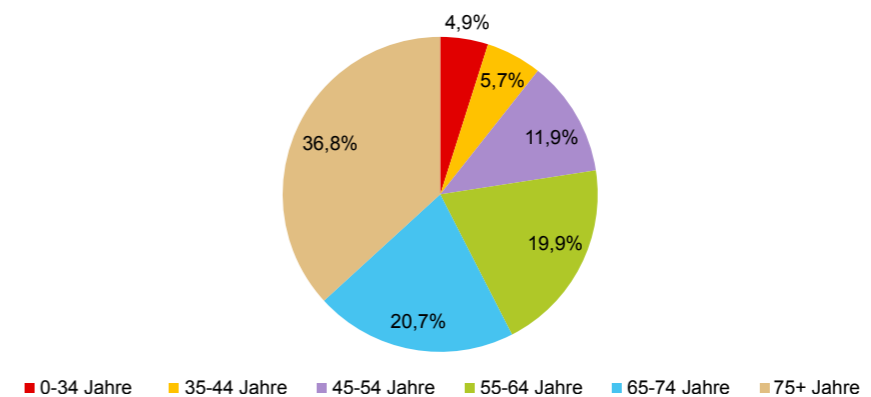
Benzodiazepine und Medikamente mit ähnlichen Wirkstoffen

Im Jahr 2020 wurden 24.121 Personen Benzodiazepine oder Medikamente mit ähnlichen Wirkstoffen verordnet. 565 dieser Personen erhielten zusätzlich ein Substitutionsmedikament⁷², diese Subgruppe wurde aus den weiteren Analysen exkludiert. Rund ein Drittel der Personen mit einer Verschreibung eines Beruhigungs- oder Schlafmittels sind Männer (31,2 %), Frauen weisen mit 68,8 % den weitaus höheren Anteil auf.

Die Verordnung von Beruhigungs- und Schlafmitteln spielt in höheren Altersgruppen die größte Rolle. So sind über die Hälfte der Frauen (54,8 %), welche mindestens eine Verordnung einlösten, 75 Jahre alt oder älter, bei den Männern sind es mehr als ein Drittel (36,8 %). Bei Männern ist jedoch mit über 10 % ein höherer Anteil von Verschreibungen in den Altersgruppen jünger als 45 Jahre zu erkennen (Frauen: 5,3 %).

ABBILDUNG 37:

Verteilung der Altersgruppen bei Männern mit mindestens einer Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen, 2020, quellbezogen, (n=7.354); Limitation: Daten waren nicht von allen Versicherungen verfügbar; bei Medikamentenpreisen, die niedriger als die Rezeptgebühr sind, scheinen nur die Verordnungen von Personen, die rezeptgebührenbefreit sind, auf; Quelle: Medikamentenverschreibungen (ÖGK, BVAEB); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



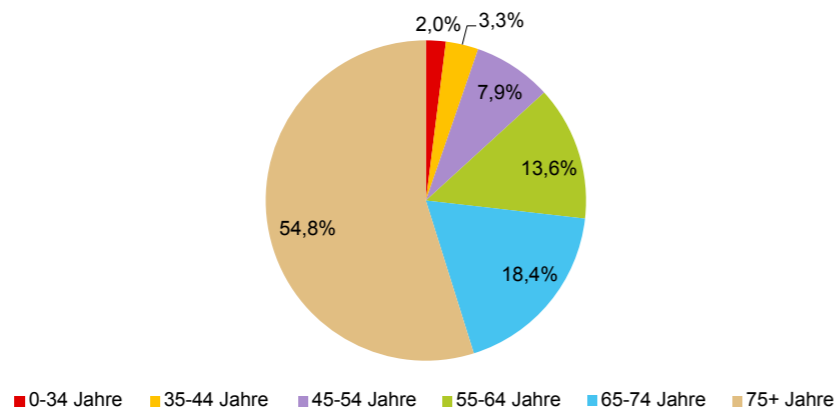
⁷⁰ Benzodiazepine (N05BA und N05CD) oder Medikamente mit ähnlichen Wirkstoffen (N05CF), Rivotril (N03AE01); davon exkludiert: Personen mit einer Verschreibung von Stesolit (N05BA01)

⁷¹ Zaleplon N05CD03, Zolpidem N05CF02, Zopiclon N05CF01

⁷² Benzodiazepine UND ein Substitutionsmedikament (N07BC) oder eine magistrale Substitutionsdauererschreibung exkl. Methadon (9012022) oder eine magistrale Substitutionsdauererschreibung mit Methadon (9006300) oder sonstige magistrale Zubereitungen mit Methadon (9013010) oder eine sonstige magistrale Zubereitung mit Suchtgift (ohne Methadon; 9009988) oder eine Compensan-Verschreibung

ABBILDUNG 38:

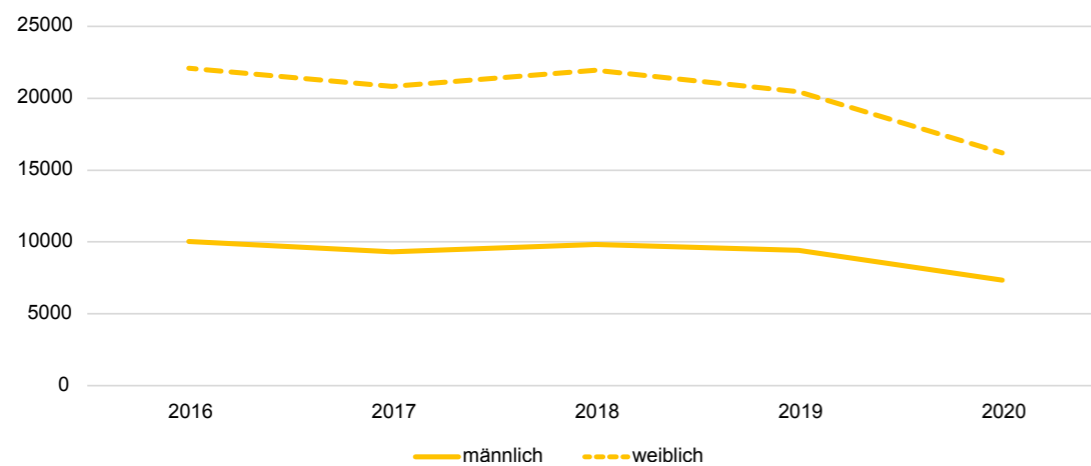
Verteilung der Altersgruppen bei Frauen mit mindestens einer Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen, 2020, quellbezogen, (n = 16.202); Limitation: Daten waren nicht von allen Versicherungen verfügbar; bei Medikamentenpreisen, die niedriger als die Rezeptgebühr sind, scheinen nur die Verordnungen von Personen, die rezeptgebührenbefreit sind, auf; Quelle: Medikamentenverschreibungen (ÖGK, BVAEB); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass die Anzahl der Verordnungen von Benzodiazepinen und Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen zurückgeht. Besonders bei den Frauen ist der Rückgang der Verordnungen deutlich bemerkbar. 2016 wurden noch 22.089 Steirerinnen diese Medikamente verschrieben, 2020 waren es 16.202 Frauen. Die Zahl der Männer, die eine Verordnung für diese Medikamente eingeleistet hat, lag 2016 bei 10.028 und ist 2020 auf 7.354 gesunken.

ABBILDUNG 39:

Anzahl der Steirerinnen und Steirer mit mindestens einer Verordnung von Benzodiazepinen oder Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen, 2016–2020, quellbezogen; Limitation: Daten waren nicht von allen Versicherungen verfügbar; bei Medikamentenpreisen, die niedriger als die Rezeptgebühr sind, scheinen nur die Verordnungen von Personen, die rezeptgebührenbefreit sind, auf; Quelle: Medikamentenverschreibungen (ÖGK, BVAEB); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



6.3.2

Z-Substanzen

Der Konsum von Z-Substanzen ist ebenfalls ein Thema, das Frauen häufiger betrifft als Männer. 2020 waren es insgesamt 4.404 Steirerinnen und Steirer, die mindestens eine Verordnung aus dieser Medikamentengruppe hatten. 3.056 davon für Steirerinnen (69,4 %) und 1.348 für Steirer (30,6 %).

Die Verteilung nach dem Alter der Personen weist große Ähnlichkeiten zur Altersverteilung der Personen mit mindestens einer Verschreibung von Benzodiazepinen und benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen auf. 49,2 % der Frauen und 33,5 % der Männer mit einer solchen Verschreibung waren 75 Jahre alt oder älter.

ABBILDUNG 40:

Verteilung der Altersgruppen bei Männern mit mindestens einer Verordnung von Z-Substanzen, 2020, quellbezogen, (n = 1.348); Limitation: Daten waren nicht von allen Versicherungen verfügbar; bei Medikamentenpreisen, die niedriger als die Rezeptgebühr sind, scheinen nur die Verordnungen von Personen, die rezeptgebührenbefreit sind, auf; Quelle: Medikamentenverschreibungen (ÖGK, BVAEB); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH

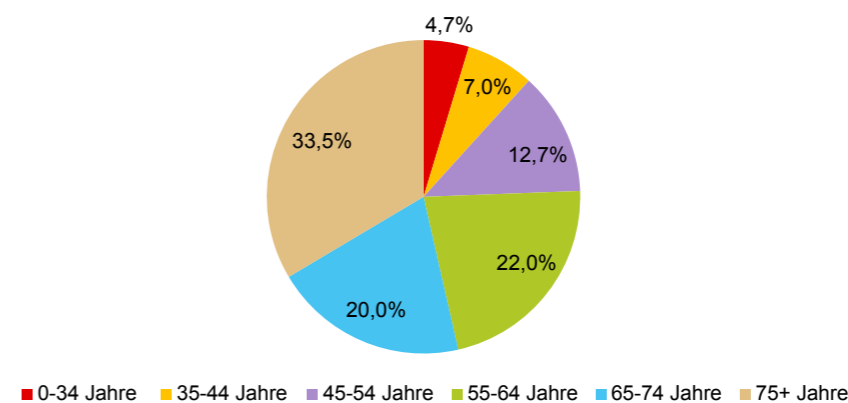
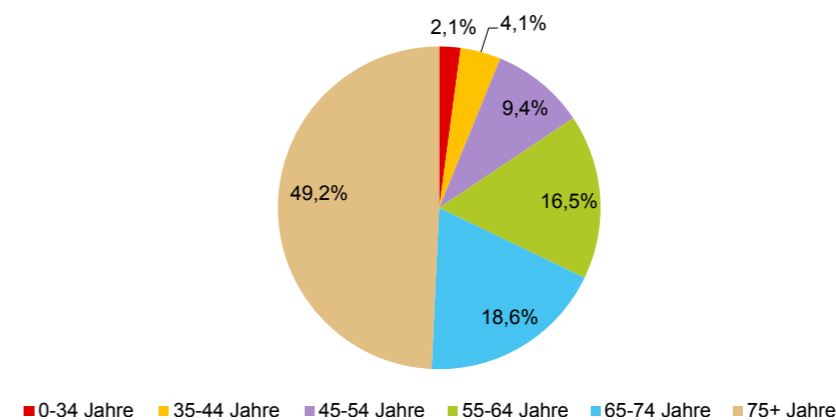


ABBILDUNG 41:

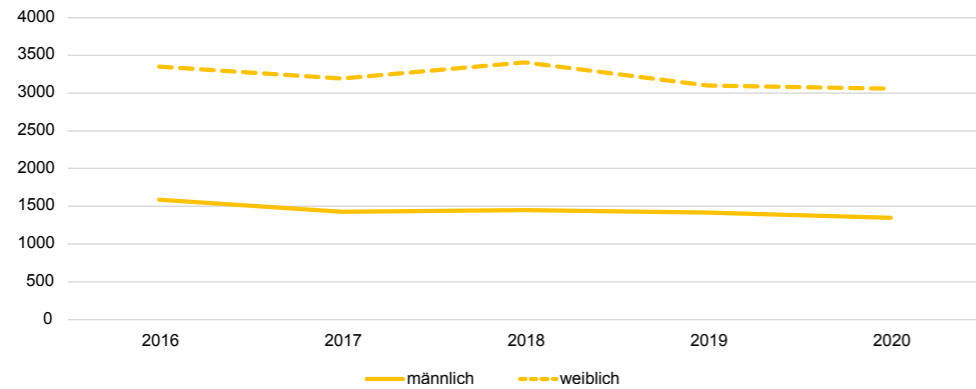
Verteilung der Altersgruppen bei Frauen mit mindestens einer Verordnung von Z-Substanzen, 2020, quellbezogen, (n = 3.056); Limitation: Daten waren nicht von allen Versicherungen verfügbar; bei Medikamentenpreisen, die niedriger als die Rezeptgebühr sind, scheinen nur die Verordnungen von Personen, die rezeptgebührenbefreit sind, auf; Quelle: Medikamentenverschreibungen (ÖGK, BVAEB); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine geringe Abnahme der Personen mit mindestens einer Verschreibung einer Z-Substanz.

ABBILDUNG 42:

Anzahl der Steirerinnen und Steirer mit mindestens einer Verordnung von Z-Substanzen, 2016–2020, quellbezogen; Limitation: Daten waren nicht von allen Versicherungen verfügbar; bei Medikamentenpreisen, die niedriger als die Rezeptgebühr sind, scheinen nur die Verordnungen von Personen, die rezeptgebührenbefreit sind, auf; Quelle: Medikamentenverschreibungen (ÖGK, BVAEB); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



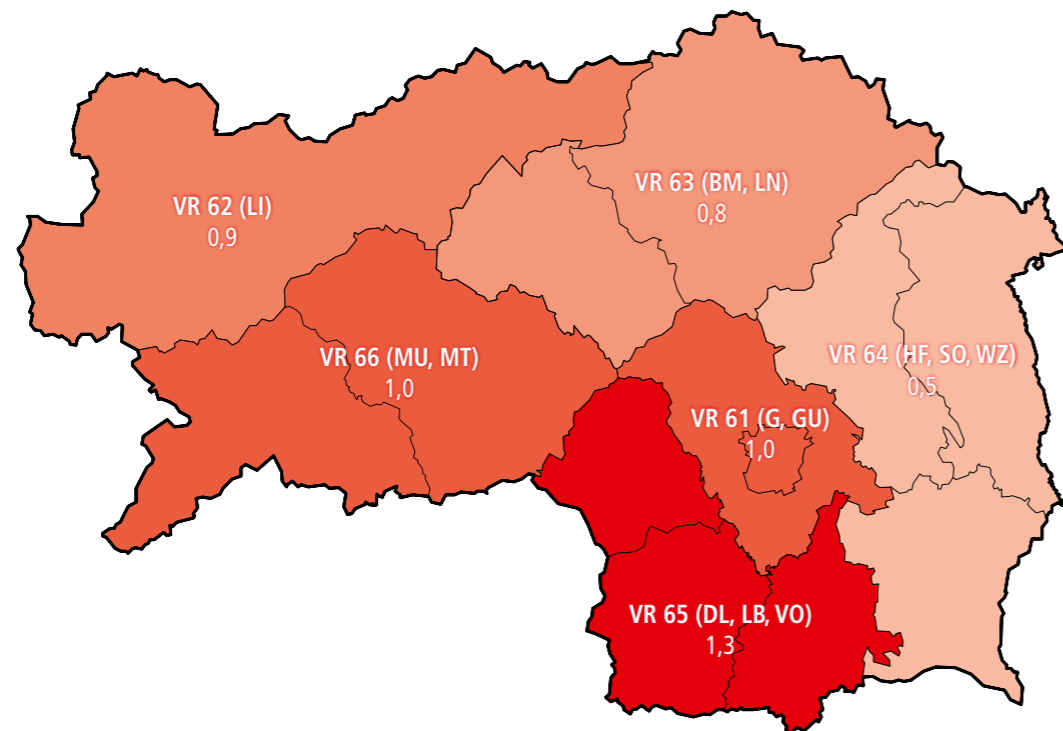
6.4 Morbidität durch Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten

Die Abhängigkeit von Psychopharmaka und Medikamenten kann stationäre Krankenhausaufenthalte verursachen. Diese werden aus der Krankenhausentlassungsstatistik berichtet. Die Limitation dazu wurde bereits in den Kapiteln zu den alkohol- und den tabakassoziierten Erkrankungen beschrieben.

2019 gab es 112 Krankenhausaufenthalte von Steirerinnen und Steirern aufgrund von einem Medikamentenmissbrauch bzw. einer -abhängigkeit. Der regionale alters- und geschlechtsstandardisierte Vergleich zeigt eine etwas höhere Zahl von Krankenaufnahmen von Personen aus der VR 65 (DL, LB, VO). Dort waren es 1,3 Aufenthalte je 10.000 EW.

ABBILDUNG 43:

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit je 10.000 EW, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen; Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Bei diesen Krankenhausentlassungsdiagnosen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht so stark ausgeprägt wie bei der alkohol- oder der tabakassoziierten Morbidität. In Absolutzahlen wurden in 62 Fällen Männer aufgenommen, in 50 Fällen waren Frauen betroffen.

ABBILDUNG 44:

Krankenhausaufenthalte von Männern aufgrund von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen, (n = 62); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH

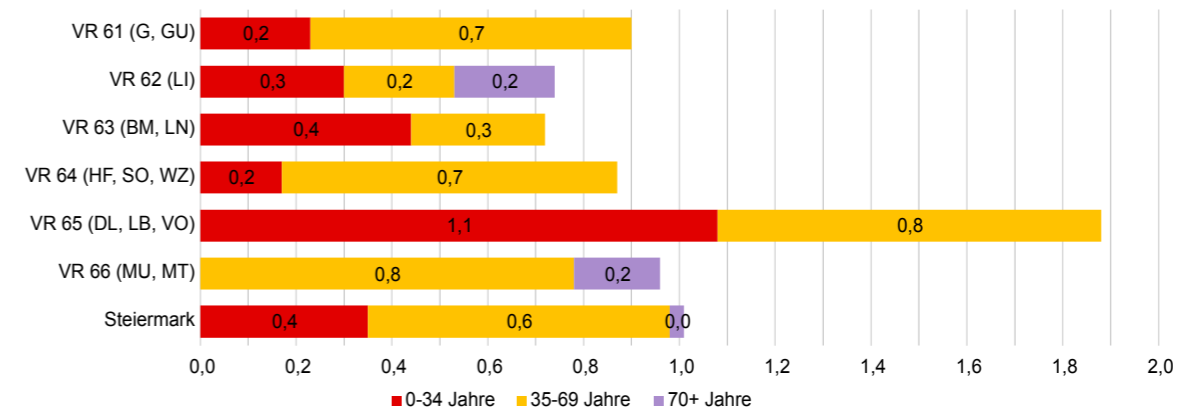
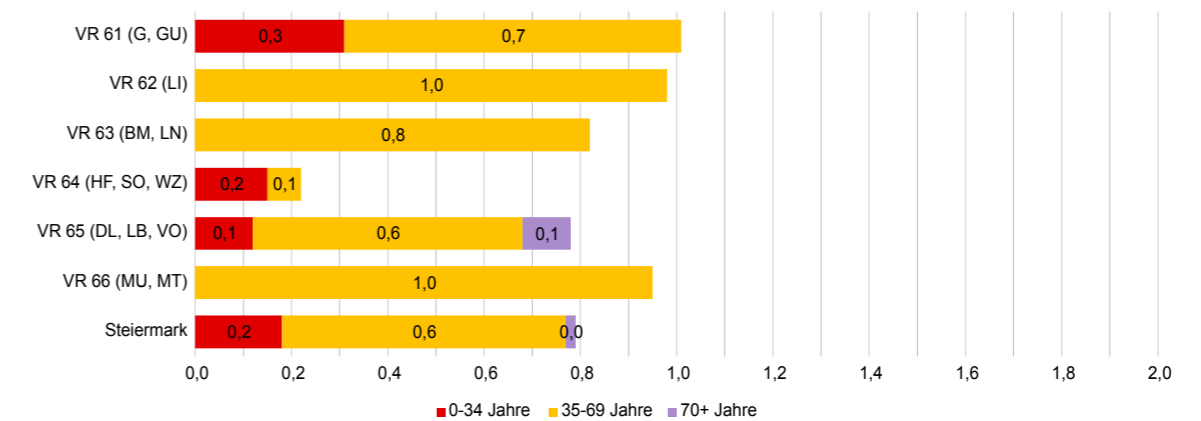


ABBILDUNG 45:

Krankenhausaufenthalte von Frauen aufgrund von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit je 10.000 EW nach Alter, Geschlecht und Region, alters- und geschlechtsstandardisiert, 2019, quellbezogen, (n = 50); Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik (K-Dok); Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



In den letzten Jahren ist die Zahl geringfügig zurückgegangen. Daraus lässt sich jedoch aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen maximal eine grobe Tendenz ableiten.

Im Jahr 2019 gab es 11 Krankenaufnahmen von Steirerinnen und Steirern aufgrund einer Vergiftung durch Medikamentenmissbrauch oder eines Missbrauchs von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen.⁷³

73 F13.0 Akute Intoxikation durch Sedativa und Hypnotika, F55 Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen.

6.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Medikamente in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

Von den 5.857 Personen, für die 2020 im Controlling der Suchtkoordination ein Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde, hatten 111 Personen den Hauptbetreuungsschwerpunkt Medikamente. Das sind 1,9 % aller Klientinnen und Klienten, bei denen ein Betreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde. 55 % dieser betreuten Personen waren weiblich, 45 % männlich.

Von 90 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Medikamentensucht wurde das Alter dokumentiert. 23,3 % befinden sich in der Altersgruppe der 0- bis 34-Jährigen, 71,1 % sind zwischen 35 und 64 Jahre alt und ein kleiner Anteil mit 5,6 % befindet sich in der Altersgruppe der über 65-Jährigen.

Der regionale alters- und geschlechtsstandardisierte Vergleich zeigt, dass mit 1,8 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW die meisten der mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Medikamente betreuten Personen aus dem Bezirk Graz stammen, gefolgt von Leoben mit 1,3 behandelten Klientinnen und Klienten je 10.000 EW. Aus allen weiteren Wohnbezirken werden maximal eine Person oder weniger je 10.000 EW mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Medikamente in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der Steiermark behandelt.

6.6

Fazit

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass die Anzahl der Verordnungen von Benzodiazepinen und Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen zurückgeht. Besonders bei Frauen ist der Rückgang der Daten deutlich bemerkbar. 2016 wurden noch 22.089 Steirerinnen diese Medikamente verschrieben, 2020 waren es 16.202 Frauen. Die Zahl der Männer, die eine Verordnung für diese Medikamente eingelöst haben, lag 2016 bei 10.028 und ist 2020 auf 7.354 gesunken.

Die Abschätzung einer missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten durch eine Bevölkerungsbefragung oder durch die Analyse von Medikamentenverschreibungen ist aber nur mit Einschränkungen möglich. Dies vor allem, weil die Einnahme von entsprechenden Medikamenten in vielen Fällen indiziert und daher nicht mit Missbrauch im Sinne eines suchthaften Verhaltens gleichzusetzen ist. Die Erarbeitung einer besseren Datenlage zu suchthaftem Medikamentenkonsum sowohl im High-dose- als auch im Low-dose-Bereich ist für die Weiterentwicklung spezifischer Angebote jedenfalls erstrebenswert. Diese sollten insbesondere die Beschreibung relevanter Zielgruppen beinhalten – betrachtet nach Älteren, Menschen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund sowie nach Geschlecht.

Ein Handlungsfeld im Zusammenhang mit Medikamentensucht ist die Enttabuisierung vor allem in der Regelversorgung im Gesundheitssystem. Speziell Akteurinnen und Akteure in der Primärversorgung sowie Apothekerinnen und Apotheker sind Schlüsselpersonen, die eine potenzielle Medikamentensucht erkennen und einen Anstoß zu ihrer Behandlung geben können.

Medikamentensucht als „Sucht im Verborgenen“ scheint sich vor allem bei Frauen und älteren Menschen zu bestätigen. In dem Zusammenhang ist auch der Pflegebereich besonders angesprochen, Kompetenz im Bereich Medikamentensucht aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln.

Das Projekt „Die verschwiegene Sucht 2.1 – Medikamentenabhängigkeit kann jeden treffen“, das geplanter Weise 2022 starten wird, greift dieses Thema auf und setzt sich unter anderem zum Ziel, den gesellschaftlichen Diskurs zur Medikamentenabhängigkeit anzuregen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Gesundheitsbereich und dem Sozialbereich zu sensibilisieren.

7 ■ Pathologisches Spielen



Dieses Kapitel befasst sich mit Glücksspiel und Sportwetten um Geld. Aktuelle Prävalenzdaten in der erwachsenen Bevölkerung können nicht berichtet werden, Daten von Schülerinnen und Schülern werden dargestellt. Es folgt eine Auswertung zu Straftaten und Verschuldungen sowie zu Krankenhausaufenthalten aufgrund von Spielsucht. Am Schluss folgt die Beschreibung der Inanspruchnahme von ambulanten Suchthilfeinrichtungen aufgrund von Glücksspielsucht.

Glücksspielsucht ist stoffungebunden und zeigt wenige sichtbare Veränderungen, die die Entwicklung einer Spielsucht frühzeitig erkennen lassen würden. Gespielt wird meist im Geheimen, dies geht mit Schuld- und Schamgefühlen und mit hohem finanziellem Druck einher. Auswirkungen des Spielens zeigen sich vor allem in der psychischen Gesundheit (Versagensgefühle, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen, erhöhtes Suizidrisiko) und in existenzbedrohenden finanziellen Krisen aufgrund hoher Verschuldung (vgl. M. Lierzer, in GFSTMK 2020b, S. 55).

Pathologisches oder zwanghaftes Spielen ist als Code F63.0 in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) festgelegt. Es ist definiert als wiederholtes, episodenhaftes Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Menschen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (DIMDI 2019).

In Österreich obliegt das Recht zur Durchführung von Glücksspielen (Glücksspielmonopol) dem Bund.⁷⁴ Ausnahmen betreffen Spiele zum Zeitvertreib, kleine Spielbeträge, Landesausspielungen mit Glücksspielautomaten, Warenausspielungen, Glückshäfen und Ähnliches. Diese Ausnahmen sind im Glücksspielgesetz geregelt.⁷⁵

Das Steiermärkische Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz regelt Ausspielungen mit Glücksspielautomaten, die nicht dem Glücksspielmonopol unterliegen.⁷⁶ Das Steiermärkische Wettengesetz regelt das Anbieten, den Abschluss und die Vermittlung von Wetten sowie die Vermittlung von Wett-kundinnen und -kunden durch Wettunternehmen.⁷⁷

Die Teilnahme an Glücksspielen, Sportwetten und die Nutzung von Glücksspielautomaten ist für Jugendliche im Steiermärkischen Jugendschutzgesetz geregelt.⁷⁸ Spielapparate dürfen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr benützt werden, wenn sie nicht laut Jugendschutzgesetz als jugendgefährdend eingestuft sind⁷⁹. Die Benützung von Glücksspielautomaten und die Teilnahme an Glücksspielen jeder Art sind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verboten (ausgenommen sind Zahlenlotto, Klassenlotterie, Lotto, Sporttoto, Zusatzspiel, Tombola, Glückshäfen und Ähnliches). Das Verbot von Wetten für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist auch im Steiermärkischen Wettengesetz geregelt.⁸⁰

Keine gesetzliche Regelung in Österreich gibt es für Onlineglücksspiele, die keine Bundeslizenz haben und für alle Sportwettenanbieter im Internet.⁸¹

Die Fachstelle Glücksspielsucht wurde vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark eingerichtet. Sie koordiniert ein interdisziplinäres Netzwerk, welches für die Behandlung von Glücksspielsucht erforderlich ist.⁸²

Als ein Aktivitätsfeld in der Suchtprävention in der 2011 veröffentlichten „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ wurde die Etablierung gemeinschaftlicher politikfelderübergreifender Anstrengungen durch Entwicklung und Umsetzung von Aktionsplänen zur Alkohol- und Spielsuchtprävention definiert (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011, S. 26).

74 § 3 GSpG 1989 idF vom 03.08.2021

75 § 4 GSpG 1989 idF vom 03.08.2021

76 StGG 2014 idF vom 03.08.2021

77 § 1 StWtTG 2018 idF vom 03.08.2021

78 § 17 StJG 2013 idF vom 03.08.2021

79 § 20 StJG 2013 idF vom 03.08.2021

80 § 8 StWtTG 2018 idF vom 03.08.2021

81 Fachstelle für Glücksspielsucht, Rechtliche Grundlagen. Rechtliche Grundlagen – Fachstelle Glücksspielsucht (www.fachstelle-gluecksspielsucht.at), (abgerufen am 03.08.2021).

82 Fachstelle für Glücksspielsucht. Home – Fachstelle Glücksspielsucht (www.fachstelle-gluecksspielsucht.at), (abgerufen am 03.08.2021).

Das wichtigste Ziel der Behandlung von Betroffenen ist meist die Glücksspielabstinenz. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Einleitung eines Geld- und Schuldenmanagements. In der Steiermark besteht hierfür eine Kooperation mit der Schuldnerberatung, welche das Behandlungsmodul „Existenzsicherungsberatung für Glücksspielerinnen und Glücksspieler und deren Angehörige“ entwickelt hat. Betroffene können sich außerdem für Glücksspiel sperren lassen.⁸³

In diesem Kapitel wird ein Schwerpunkt auf das Spielen um und mit Geld gelegt. Im Kapitel zum suchtassoziierten Internetverhalten werden Daten zum Gaming berichtet (siehe Kapitel 8).

7.1 Prävalenz Glücksspiel und Sportwetten bei Erwachsenen

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Berichts war die Freigabe der Daten zu Glücksspiel und Sportwetten bei Erwachsenen aus der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS) durch das Bundesministerium für Finanzen noch nicht erfolgt. Daher können die Daten an dieser Stelle nicht publiziert werden.

7.2 Prävalenz Glücksspiel und Sportwetten bei Schülerinnen und Schülern

Bei Schülerinnen und Schülern ist das Spielen um Geld unter Burschen weiter verbreitet als unter Mädchen. 16,4 % der steirischen Schüler gaben 2019 in der Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen⁸⁴ an, in den letzten 12 Monaten um Geld gespielt zu haben (Österreich: 15 %). Bei den Mädchen in der Steiermark waren es 3,8 % (Österreich: 3,3 %). Im Vergleich zur Befragung 2015 hat sich der Anteil bei den Burschen, die spielen, um etwa 3 % vergrößert, bei den Mädchen ist er annähernd gleichgeblieben. Nach Schultyp sind es Schülerinnen und Schüler von PTS/BS, die häufiger angeben, um Geld zu spielen. Hier ist auch der Anteil derer, die angeben, dass sie 2- bis 3-mal oder öfter pro Woche spielen, mit rund 3 % größer als in den anderen Schulformen, in denen weniger als 1 % der Schülerinnen und Schüler angeben, so oft zu spielen.

Das Spielen an Spielautomaten, an denen man Geld gewinnen kann, ist zwischen 2015 und 2019 mit knapp 8 % in etwa gleichgeblieben. Damit liegen die steirischen Schülerinnen und Schüler im österreichischen Durchschnitt. Auch hier spielen mit rund 11 % mehr Burschen als Mädchen (rund 4 %). Gespielt wird unabhängig vom Alter in ähnlichem Ausmaß. Nach Schultyp sind es wieder die Schülerinnen und Schüler von PTS/BS, die mit knapp 11 % häufiger als der Durchschnitt angeben, an Spielautomaten um Geld zu spielen. Auch eine höhere Frequenz des Spielens kommt in diesem Schultyp öfter vor mit 1,8 %, die 2019 einmal pro Woche oder öfter spielten (Steiermark: 1,1 %; Österreich: 1,1 %).

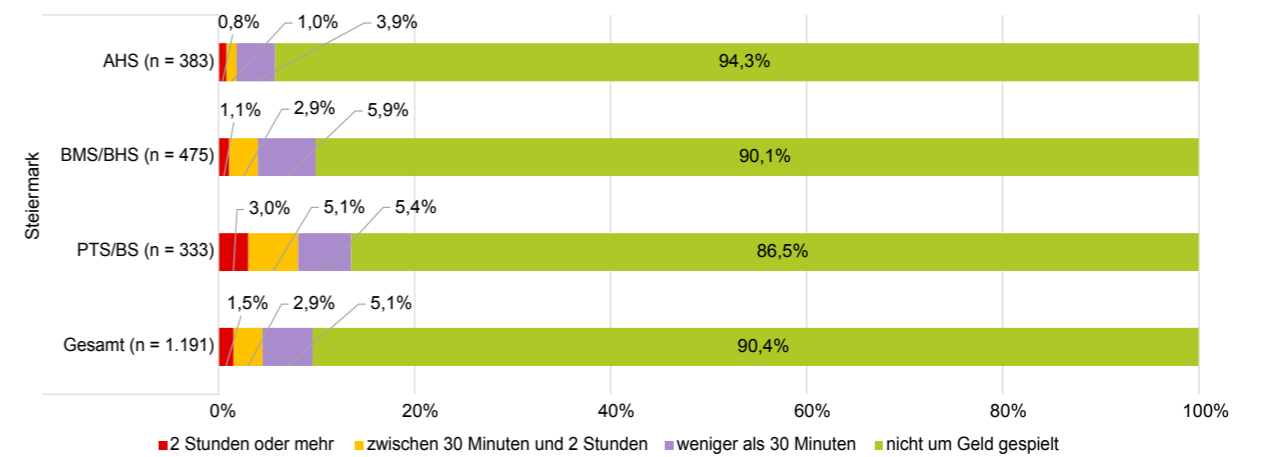
Zu einem großen Teil wird weniger als 30 Minuten am Stück um Geld gespielt, Burschen im Allgemeinen und Schülerinnen und Schüler von PTS/BS geben zu größeren Anteilen an, länger als 30 Minuten oder auch mehr als zwei Stunden bei einer Gelegenheit um Geld zu spielen.

⁸³ Fachstelle für Glücksspielsucht, Behandlungsleitlinien. Behandlungsleitlinien – Fachstelle Glücksspielsucht (www.fachstelle-glueckspielsucht.at), (abgerufen am 03.08.2021).

⁸⁴ Neben substanzgebundenen Süchten werden in der ESPAD-Befragung auch Verhaltenssüchte abgefragt (Computerspielen, Social Media, Glücksspiel).

ABBILDUNG 46:

Typische Spieldauer von Schülerinnen und Schülern beim Spielen um Geld an einem Spieltag, nach Schultyp, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



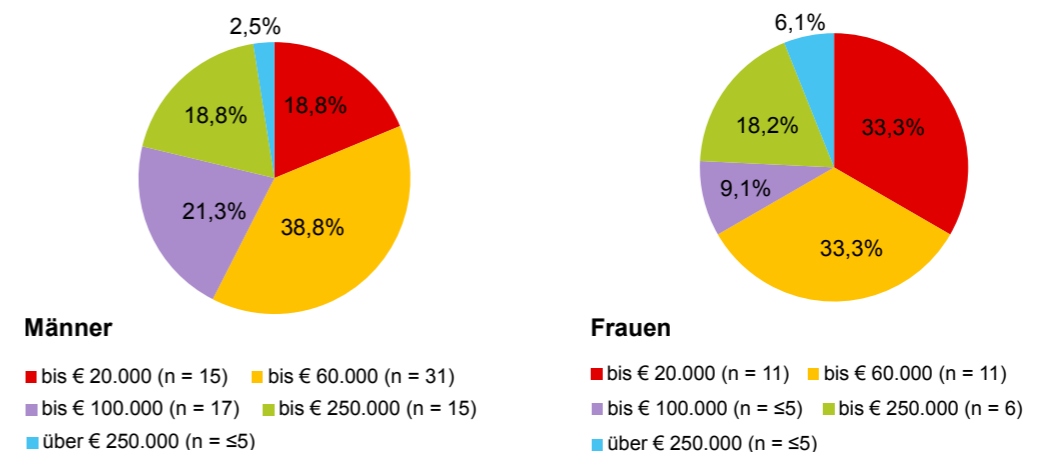
Straftaten und Verschuldungen

Aus der Fachstelle Glücksspielsucht wurde übermittelt, dass 2019 61 Personen in ambulanten Einrichtungen betreut wurden, die im Rahmen ihrer Spielsucht eine Straftat begangen hatten. 8-mal wurden diese Straftaten auch angezeigt. Diese Zahlen werden seit 2017 erhoben. Damals waren es 57 spielsüchtige Personen, welche Straftaten begangen haben, 2018 waren es 62 Personen.

Für Klientinnen und Klienten der Existenzsicherungsberatung liegen Zahlen zur Höhe der Spielschulden vor. Das waren im Jahr 2019 78 Männer und 31 Frauen.

ABBILDUNG 47:

Höhe der Spielschulden von Personen, die sich in Existenzsicherungsberatung befinden, nach Geschlecht 2019; Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



7.3

7.4 Morbidität durch pathologisches Spielen

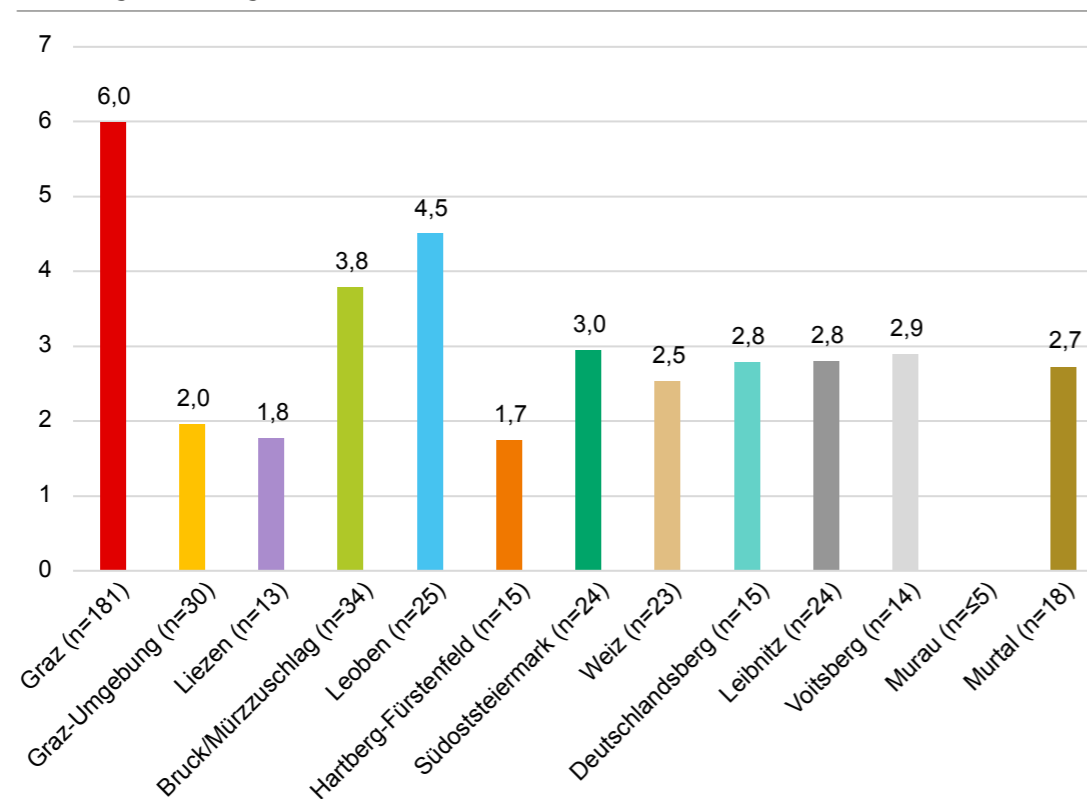
Im Jahr 2019 führte die Spielsucht⁸⁵ zu 14 stationären Krankenhausaufenthalten von Steirerinnen und Steirern. Limitierend ist anzumerken, dass Spielsucht oft erst in einem nächsten Behandlungsschritt erkannt wird (z. B. bei Hauptdiagnose Depression) und daher oft nicht als Hauptdiagnose geführt wird.

7.5 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Glücksspielsucht in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

Von den insgesamt 5.857 Personen, für die im Controlling der Suchtkoordination ein Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde, wurden 544 Klientinnen und Klienten (9,3 %) aufgrund von Glücksspielsucht betreut bzw. behandelt. Über drei Viertel dieser Personen waren männlich (77,8 %). Etwa ein Drittel (34,3 %) der betreuten Personen, bei denen auch das Alter bekannt war, befand sich in der Altersgruppe jünger als 35 Jahre, mit 62,0 % befand sich der größte Teil in der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen, 3,6 % waren 65 Jahre oder älter.

Der regionale alters- und geschlechtsstandardisierte Vergleich bezogen auf jeweils 10.000 EW der Bevölkerung ist in folgender Abbildung ersichtlich.

ABBILDUNG 48:
Herkunft der Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Glücksspiel alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk (n = 416); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



85 F63.0 Pathologisches Spielen

7.6

Fazit

In der Steiermark wird der Problematik rund um die Glücksspielsucht bereits seit der Verabschiedung der „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ 2011 ein besonderes Augenmerk geschenkt, und das sowohl in der Suchtprävention als auch der Beratung und Behandlung von Betroffenen.

Ähnlich wie im Bereich der Tabaksucht zeigt sich auch im Bereich des pathologischen Spielens, dass Präventionsmaßnahmen insbesondere auf der Verhältnisebene zu einem Rückgang der Prävalenz führen können. Von der Fachstelle für Glücksspielsucht liegt eine Einschätzung auf Basis von Erhebungsdaten vor, dass seit 2016 mit dem Steiermärkischen Glücksspielautomaten- und Spielapparategesetz⁸⁶ die Prävalenz bei den problematischen Automatenspielerinnen und -spielern um etwa 20 % zurückgegangen ist. Beobachtet wird in Fachkreisen eine Steigerung der Teilnahme an Sportwetten und an Online-Glücksspielen ohne Bundeslizenz: Diese Felder der Spielsucht unterliegen derzeit keiner gesetzlichen Regelung und sollten in der nächsten Zeit genau beobachtet werden.

Durch die breite Thematisierung der Glücksspielsucht ist es in den letzten Jahren in der Steiermark gelungen, dass viele betroffene Menschen Behandlung und Therapie in Anspruch nehmen. Knapp 10 % aller Klientinnen und Klienten (N = 544), die 2020 in steirischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen behandelt und beraten wurden, hatten Glücksspielsucht als Hauptbetreuungsschwerpunkt. Das Beratungsangebot ist flächendeckend in der Steiermark etabliert. Mit Ausnahme des Bezirks Murau haben Menschen mit Glücksspielsucht aus allen Bezirken Beratungen und Betreuungen in den Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch genommen. Ein Augenmerk bei Behandlungsmaßnahmen wird gegenwärtig und zukünftig auf die Entwicklung und den Ausbau von Online-Beratungsangeboten für pathologische Spielerinnen und Spieler gelenkt.

86 StGG, 2014, idF vom 05.10.2021

8 ■ Internetassoziiertes Suchtverhalten



Dieses Kapitel startet mit einem Gastbeitrag zur Prävalenzschätzung von internetassoziiertem Suchtverhalten und Entwicklung einer Versorgungs- und Präventionsstrategie. Im Anschluss werden Daten zum Gaming und zur Nutzung von Social-Media-Kanälen berichtet.

Prävalenzschätzung von internetassoziiertem Suchtverhalten und Entwicklung einer Versorgungs- und Präventionsstrategie (Thomas Lederer-Hutsteiner, x-sample Sozialforschung, Marktforschung, Evaluation)

8.1

Der Ausdruck „internetassoziiertes Suchtverhalten“ ist eine alternative Bezeichnung für ein modernes Phänomen, das gemeinhin als „Internetsucht“ bezeichnet wird und dem Umstand Rechnung trägt, dass suchthafte Internetnutzung in der Regel auf bestimmte Anwendungen konzentriert ist (z. B. Glücksspiel, Gaming, Social Networking, Shopping, Pornografie usw.) und dass eine generalisierte anwendungsunabhängige Abhängigkeit vom Internet als Medium an sich – wie sie durch die Bezeichnung „Internetsucht“ suggeriert wird – wenig plausibel erscheint. Auch empirische Befunde sprechen für eine Konzeptualisierung im ersteren Sinne als Suchtphänomen im Internet, assoziiert mit einer oder mehreren der erwähnten Verhaltensweisen und weniger als Suchtphänomen vom Internet (Griffiths und Szabo 2014; Griffiths 2000).

Trotz einer überbordenden Vielfalt an unterschiedlichen Bezeichnungen wird auf phänomenologischer Ebene für gewöhnlich versucht, eine exzessive Internetnutzung zu beschreiben, deren Ausmaß von den Betroffenen nicht mehr kontrolliert werden kann, obwohl sie negative Konsequenzen in unterschiedlicher Form erfahren, wie z. B. beeinträchtigte soziale Beziehungen, schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit (Kuss et al. 2014), psychische Belastungen und Leidensdruck.

Obwohl das Phänomen anfangs als Störung der Impulskontrolle konzeptualisiert wurde, hat sich nach 25 Jahren intensiver Forschungstätigkeit eine suchtassoziierte Konzeptualisierung durchgesetzt. Dies einerseits aufgrund von Forschungsergebnissen, die starke Ähnlichkeiten zu substanzassoziierten Suchtstörungen hinsichtlich neurobiopsychosozialer Merkmale zeigen (Kuss et al. 2014), andererseits war diese Veränderung in der Klassifikation auch das Ergebnis von klinischen Beobachtungen, dass bei exzessiven Nutzerinnen und Nutzern ähnliche Phänomene wie bei substanzassoziierten Suchtstörungen auftreten können, wie bspw. Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen oder obsessive Tendenzen in einem Ausmaß, in dem das Leben junger Menschen vollständig z. B. von Onlinespielen dominiert wird. Onlinezeiten von mehr als zehn Stunden pro Tag können zu ernsthaften Schäden durch Schlafentzug, Tag-Nacht-Umkehr, Dehydrierung, Mangelernährung usw. führen. Auch eine Todesfolge ist belegt (Saunders et al. 2017): Beschrieben wird ein 24-jähriger südkoreanischer Mann ohne dokumentierte klinische Vorschädigungen, der während des Spielens an vier aufeinanderfolgenden Tagen in einem Internetcafé plötzlich verstarb. Die gerichtsmedizinische Untersuchung ergab Thromboembolien und tiefe Venenthromben in den unteren Extremitäten als Todesursache, hervorgerufen durch das lange Sitzen am Computer (Lee 2004).

Die Relevanz als Public-Health-Problem wurde in mehreren Ländern aller Kontinente (insbesondere aber in asiatischen aufgrund der dort stärkeren Verbreitung) erkannt. Eine aktuelle Meta-Analyse, die 113 epidemiologische Studien mit insgesamt fast 700.000 Probandinnen und Probanden aus 31 Nationen umfasst, errechnete eine gepoolte Prävalenz von 7 %, wobei einzelne Studien in bestimmten Subgruppen Prävalenzen von bis zu 20 % aufwiesen (Pan et al. 2020). Dass insbesondere jugendliche Populationen besonders davon betroffen sind, ist dabei ein Befund, der in nahezu allen Studien bestätigt wird. Die Mehrzahl der publizierten epidemiologischen Studien sind Querschnittstudien und einige weisen methodische Mängel auf. Diese beziehen sich z. B. auf die Repräsentativität von Stichproben, Stichprobengrößen, Screening-Instrumente, diagnostische Kriterien, Cut-off-Scores usw. (Moreno et al. 2011; Rumpf et al. 2019). Außerdem besteht für ätiologische Grundlagenforschung zu diesem Phänomen ein Mangel an Längsschnittstudien (Lam 2014).

Die vorhandenen epidemiologischen Erkenntnisse haben jedoch zu erheblicher Besorgnis und in manchen Ländern bereits zu nationalen und/oder regionalen Strategien geführt, um dieser Problematik zu begegnen, bspw. „The program of comprehensive prevention and intervention for online games addiction among juveniles“ in China oder die Nationale Suchtstrategie 2017–2024 der Schweiz und der dazugehörige Politikplan 2021–2024, der auch internetbezogene Themen zu Verhaltenssuchten beinhaltet (Saunders et al. 2017). In Deutschland hat sich die Anzahl der spezialisierten Dienste für internetbezogene Störungen einschließlich Gaming Disorder von 2008 bis 2015 vervierfacht (Rumpf et al. 2019).

In Anbetracht der oben erwähnten Evidenz kam eine internationale und multidisziplinäre Gruppe von 66 Forscherinnen und Forschern sowie klinischen Medizinerinnen und Medizinern zum konsensualen Beschluss, Gaming Disorder auch in die kommende ICD-11 aufzunehmen (WHO 2015). Dies trotz vorhandener Kritik, die sich u. a. auf das Fehlen einer einheitlichen Konzeptualisierung und Klassifizierung dieses Phänomens (Duong et al. 2020) bezieht, vor allem aber auf die Aufnahme der (Internet-)Gaming Disorder als Forschungsdiagnose in das 2013 erschienene DSM-5, und die insbesondere mit der Gefahr moralischer Panik, Stigmatisierung und Pathologisierung von nicht problematischen Gamern argumentiert wird (Aarseth et al. 2017; van Rooij et al. 2018; Dullur und Starcevic 2018). Eingegliedert wird die Diagnose „Gaming Disorder“ im Abschnitt der Störungen aufgrund von Substanzgebrauch oder süchtigem Verhalten (WHO 2018). Obwohl der zuständigen Gruppe bewusst ist, dass noch viel Forschungsarbeit zu leisten ist, sind somit ab 2022 internetassoziierte Suchtstörungen in allen diagnostischen Klassifikationssystemen psychiatrischer und psychischer Erkrankungen enthalten.

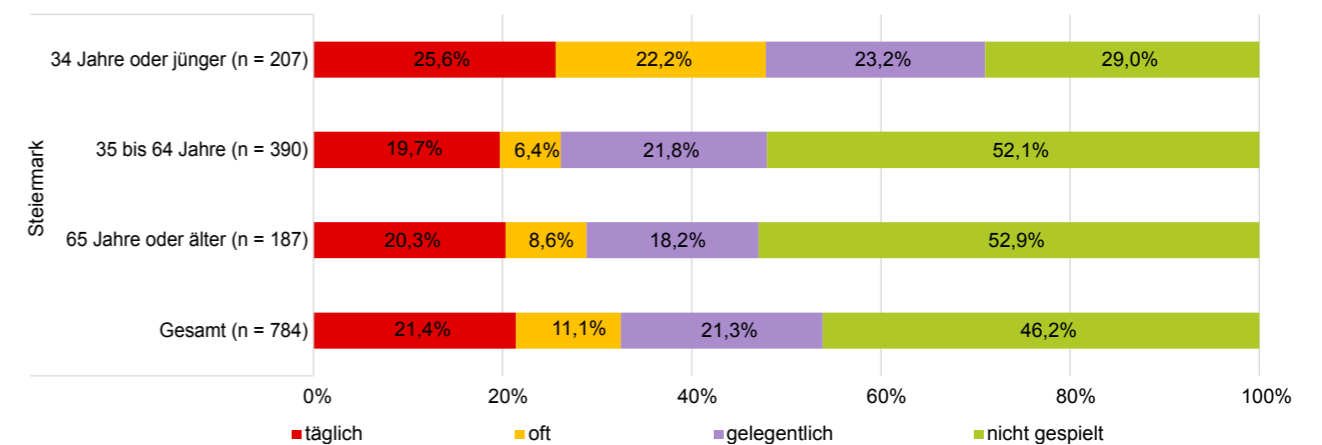
In Österreich wurden bislang kaum repräsentative Studien durchgeführt, die sich mit der Prävalenzabschätzung dieser Problematik unter Schülerinnen und Schülern befassen. Für die Steiermark existiert eine mittlerweile rund zehn Jahre alte repräsentative Erhebung in dieser Zielgruppe (Lederer-Hutsteiner und Hinterreiter 2012). Nun, etwa ein Jahrzehnt später, soll diese Studie im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark nicht nur unter Schülerinnen und Schülern, sondern auch unter Erwachsenen wiederholt werden, um auf Basis einer fundierten Datengrundlage einen Entwicklungsprozess für eine Versorgungs- und Präventionsstrategie zu schaffen. Zu diesem Zweck erfolgt im Frühjahr 2022 eine umfangreiche Datenerhebung in den Zielgruppen Schülerinnen und Schüler sowie Erwachsene. Anschließend wird auf der Grundlage dieser Ergebnisse sowie auf Basis von Literaturrecherchen, Analysen des Angebotsbedarfs und Interviews mit Expertinnen und Experten eine Strategie für Versorgungs- und Präventionsmaßnahmen entwickelt und im Zuge eines Delphi-Prozesses konsensualisiert. Der Abschluss des Gesamtprojektes ist Ende 2022 geplant.

8.2 Prävalenz von Gaming bei Erwachsenen

56 % der erwachsenen Steirerinnen und Steirer berichten in der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS), im letzten Jahr Games bzw. Computerspiele gespielt zu haben (Österreich: 63,5 %). Zwischen den Geschlechtern gibt es dabei keinen wesentlichen Unterschied. Knapp ein Drittel sowohl der Männer als auch der Frauen gab auch an, in den letzten 30 Tagen täglich oder oft gespielt zu haben (Österreich: 37,9 %). Nach Altersgruppen betrachtet, spielt die Altersgruppe der Befragten jünger als 34 Jahre in einem höheren Ausmaß als ältere Altersgruppen:

ABBILDUNG 49:

30-Tage-Prävalenz Gaming, Steiermark, gesamt, nach Altersgruppen; 2020; Daten nach Geschlecht und Alter gewichtet und hochgerechnet; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS); Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Im Durchschnitt berichten Männer, in den letzten 30 Tagen 6,5 Stunden pro Woche und die Altersgruppe der Befragten jünger als 34 Jahre 8,1 Stunden pro Woche mit Gaming verbracht zu haben. (Steiermark gesamt: 5,9 Stunden; Österreich: 6,3 Stunden). Männer spielten in überdurchschnittlichem Ausmaß mehr als 10 oder 20 Stunden pro Woche. Auch die Altersgruppe der Befragten jünger als 34 Jahre spielt mit 10,5 % in größeren Anteilen mehr als 20 Stunden pro Woche (Steiermark gesamt: 7,9 %; Österreich gesamt: 8,4 %) oder zwischen 10 und 19 Stunden pro Woche (17,1 %; Steiermark gesamt: 13,9 %; Österreich gesamt: 14,2 %).

Lootboxen sind virtuelle Boxen in einem Spiel. Sie enthalten eine zufällige Sammlung virtueller Gegenstände. Die Boxen können entweder kostenlos, gegen Spielwährung oder auch gegen echte Währung erworben werden. Sie könnten als Anreiz zu intensiverem Spielen wirken bzw. Elemente des Glücksspiels ins Online-Gaming einführen. Beim häufigen Kauf von Lootboxen kann es trotz geringer Einzelbeträge zu hohen Ausgaben kommen (GÖG 2021, S. 94).

Nur ein kleiner Teil derer, die spielen, gibt an, im letzten Jahr Geld für Lootboxen ausgegeben zu haben, eher sind es Männer und eher die jüngere Altersgruppe (jünger als 34 Jahre). Die österreichweite Auswertung der Befragten zeigte, dass Lootboxen zu größeren Anteilen von denjenigen Spielerinnen und Spielern konsumiert werden, die intensivere Spieldauern (mehr als 10 Stunden und mehr als 20 Stunden Spielzeit pro Woche) angeben (vgl. GÖG 2021, S. 96).

Prävalenz von Gaming bei Schülerinnen und Schülern

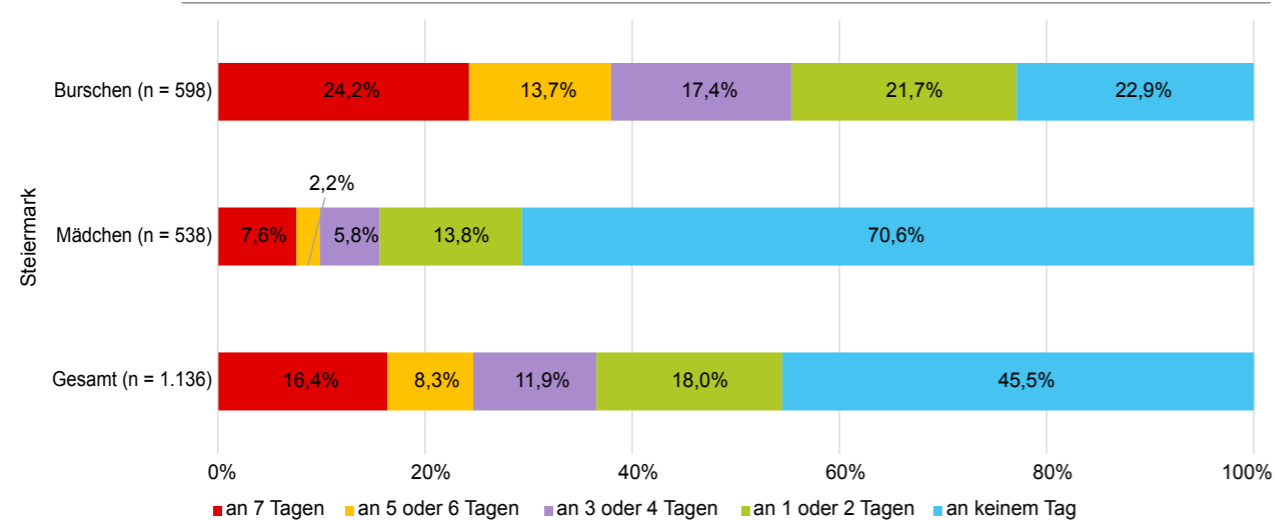
In der Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen⁸⁷ (ESPAD-Befragung) wurde für die Befragung nach der Nutzung von Computerspielen und Social-Media-Kanälen ein Zugang aus mehreren Perspektiven gewählt. Fragen zur Dauer und Intensität der Nutzung wurden mit der Selbsteinschätzung der Zeit, die damit verbracht wird, ergänzt. Außerdem wurde danach gefragt, wie die Eltern das Nutzungsverhalten einschätzen (GÖG 2020b, S. 51 ff.).

⁸⁷ In der ESPAD-Befragung werden den Schülerinnen und Schülern zwischen 14 und 17 Jahren Fragen nach Alkoholkonsum, Konsum von Nikotinprodukten, Cannabiskonsum, Konsum anderer psychoaktiver Substanzen und aus dem Bereich der Verhaltenssuchten (Glücksspiel, Gaming und Social Media) gestellt.

Im Zeitverlauf zwischen 2015 und 2019 geben in der ESPAD 2019 mehr Schülerinnen und Schüler als im Jahr 2015 an, nie Computerspiele zu spielen. Jedoch sind die Anteile derer, die fast jeden Tag spielen, in etwa gleich hoch geblieben. Bei den Burschen sind es mehr als ein Drittel der Befragten, bei den Mädchen 4 %. Nach Alter betrachtet, gibt ein etwas größerer Anteil der Schülerinnen und Schüler unter 16 Jahren an, Computer zu spielen (22,0 % spielen im Jahr 2019 täglich), als solche über 16 Jahre (17,7 %). Nach Schultyp spielen Schülerinnen und Schüler von Polytechnischen Schulen und Berufsschulen (PTS/BS) mit 25,9 % häufiger täglich als Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen.

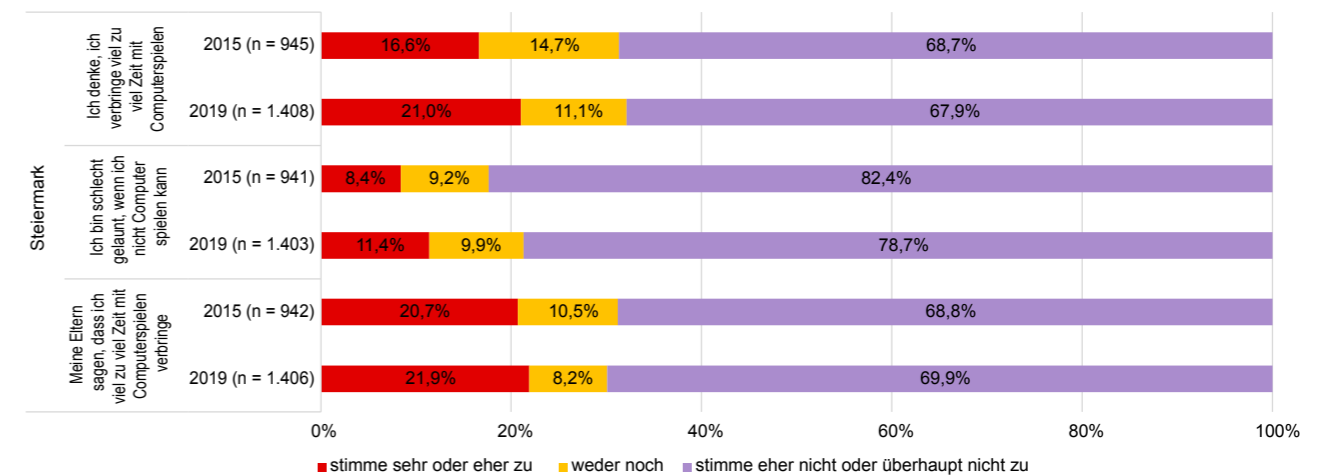
Etwa ein Viertel der Burschen gibt an, in den letzten sieben Tagen jeden Tag gespielt zu haben. Bei den Mädchen sind es 7,6 %. Damit liegt die Steiermark mit 16,4 % über dem Österreichschnitt von 13,7 %. Gar nicht gespielt zu haben, berichten 70,6 % der Mädchen im Gegensatz zu 22,9 % der Burschen. Was das Spielen angeht, ist das Alter bei den Schülerinnen und Schülern kaum relevant. Nach Schultypen sind es wiederum die Schülerinnen und Schüler von PTS/BS, die mit 25,2 % in einem höheren Ausmaß täglich spielen als jene von anderen Schulformen (AHS: 14,7 %; BMS/BHS: 11,5 %). Die folgende Abbildung zeigt die 7-Tages-Prävalenz nach Geschlecht:

ABBILDUNG 50: 7-Tagesprävalenz bei Schülerinnen und Schülern zu „Gaming mit anderen Personen“, nach Geschlecht, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



In der ESPAD-Befragung werden die Schülerinnen und Schüler auch danach gefragt, wie sie ihr Spielverhalten einschätzen, z. B. danach, wie sie die Zeit einschätzen, die sie mit Spielen verbringen, wie das Spielen ihre Stimmung beeinflusst oder was ihre Eltern zum Spielverhalten sagen. Zwischen 2015 und 2019 haben sich die Anteile etwas verändert, wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist. Die Steiermark liegt mit den Ergebnissen im österreichischen Durchschnitt und zeigt, dass die Selbsteinschätzung zur Nutzung der Zeit bei den Befragten recht kritisch ist.

ABBILDUNG 51: Selbstbewertung der Zeit, die von Schülerinnen und Schülern mit Gaming verbracht wird, 2015 und 2019, Steiermark gesamt; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



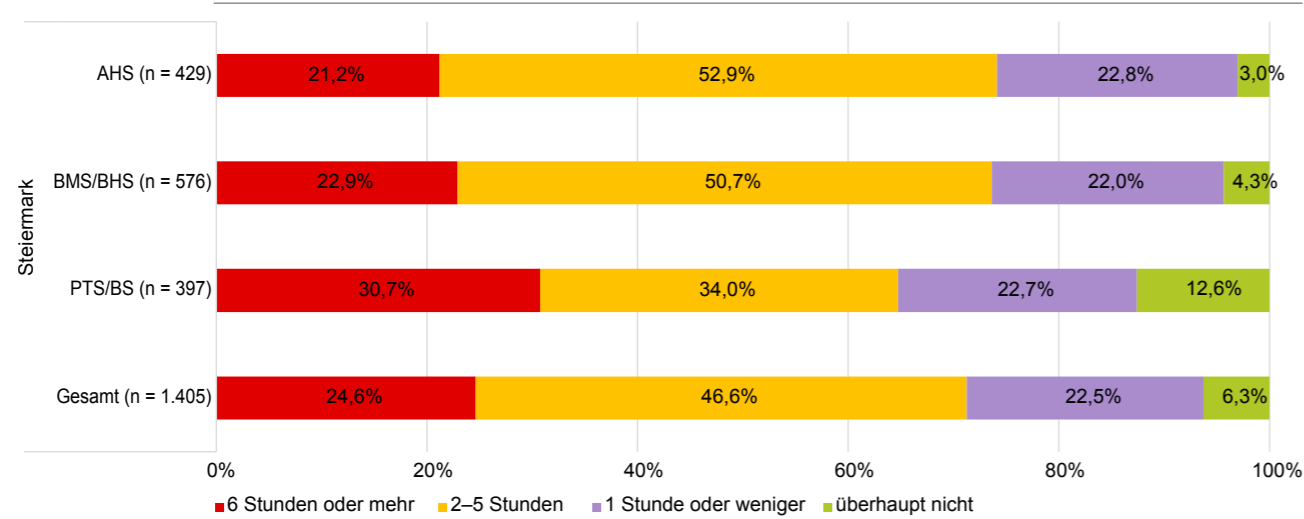
Nutzung von Social Media bei Schülerinnen und Schülern

8.4

In der ESPAD-Befragung wurde danach gefragt, wie viele Stunden an einem typischen Schultag und einem typischen Wochenendtag über soziale Medien (z. B. WhatsApp, Twitter etc.) kommuniziert wird. Mit 8,3 % geben etwas mehr Burschen als Mädchen (3,2 %) an, an einem typischen Schultag überhaupt nicht zu kommunizieren. Mehr als 6 Stunden pro Tag kommunizieren 15,9 % der Befragten, Burschen in einem vergleichbaren Ausmaß wie Mädchen. Mehr Mädchen (58,1 %) geben an, zwischen 2 und 5 Stunden zu kommunizieren (Burschen: 38,7 %). 37,3 % der Burschen geben an, weniger als eine Stunde zu kommunizieren (Mädchen: 22,6 %). Unter 16-Jährige nutzen soziale Medien in einem vergleichbaren Ausmaß wie Schülerinnen und Schüler über 16 Jahre. Nach Schultyp betrachtet, nutzt verglichen mit dem Durchschnitt ein größerer Anteil der Schülerinnen und Schüler von PTS/BS keine sozialen Medien (12,3 %), in dieser Schulform ist aber gleichzeitig der Anteil derer, die angeben, mehr als 6 Stunden soziale Medien zu nutzen, mit 23,1 % nahezu doppelt so hoch wie in den anderen Schulformen.

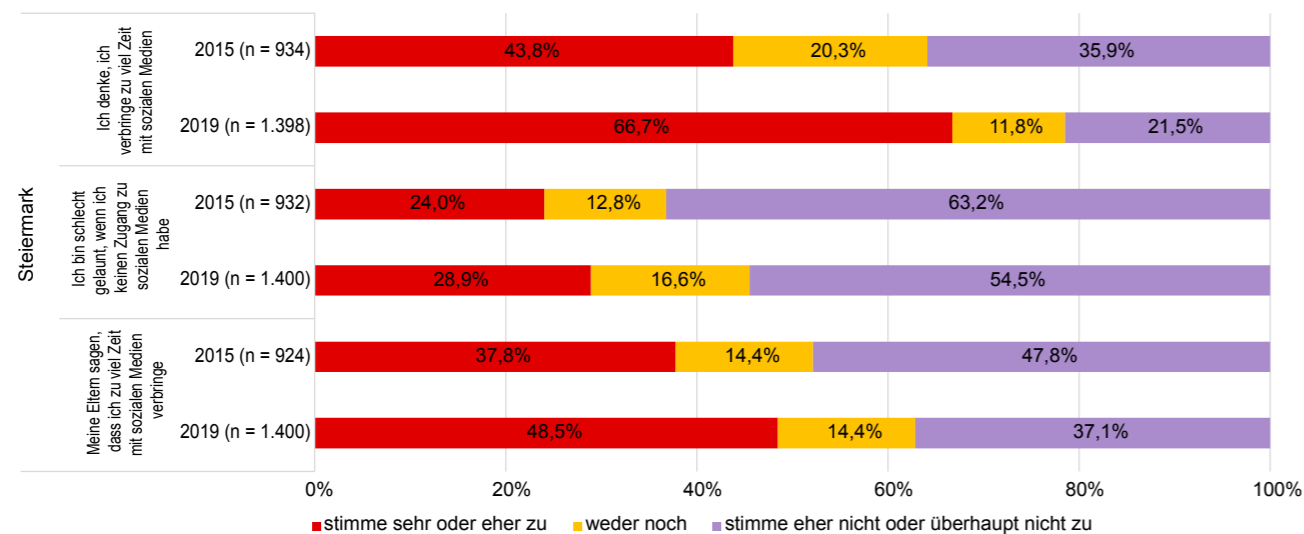
An einem typischen Wochenendtag werden soziale Medien von rund einem Viertel der Schülerinnen und Schüler mehr als 6 Stunden pro Tag genutzt (Burschen: 22,1 %; Mädchen: 27,3 %). Das Alter spielt wiederum keine Rolle im Nutzungsverhalten. Folgende Abbildung zeigt die Nutzung von sozialen Medien an einem typischen Wochenendtag nach Schultyp:

ABBILDUNG 52:
Nutzung von sozialen Medien durch Schülerinnen und Schüler an einem typischen Wochentag, nach Schultyp, 2019; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Eine Selbstbewertung der Zeit, die mit sozialen Medien verbracht wird, zeigt zwischen 2015 und 2019 einen Anstieg der Meinung, dass (zu) viel Zeit damit verbracht wird:

ABBILDUNG 53:
Selbstbewertung der Zeit, die von Schülerinnen und Schülern mit sozialen Medien verbracht wird, 2015 und 2019, Steiermark gesamt; Befragungsdaten gewichtet nach Geschlecht und Schultyp; Limitation: Undersampling und Underreporting aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten bei suchtspezifischen Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden; Quelle: Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, Österreich; Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: EPIG GmbH



Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Neue Medien in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

30 Klientinnen und Klienten der ambulanten steirischen Suchthilfeeinrichtungen, das entspricht 0,5 % aller betreuten Personen, bei denen ein Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde, wurden im Jahr 2020 im Schwerpunkt Neue Medien betreut. Davon waren 90 % männlich und 10 % weiblich. Knapp drei Viertel (73,1 %) der betreuten Personen befanden sich in der Altersgruppe jünger als 35 Jahre, die weiteren Klientinnen und Klienten waren zwischen 35 und 64 Jahre alt. Normiert auf 10.000 EW ist zu erkennen, dass Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Neue Medien relativ gleichmäßig über die gesamte Steiermark verteilt wohnen.

Aus der geringen Zahl an Klientinnen und Klienten in diesem Betreuungsschwerpunkt sollte nicht abgeleitet werden, dass dies ein vernachlässigbares Problem ist. Die entsprechenden Angebote sind noch wenig etabliert oder bekannt. Für Eltern von betroffenen Jugendlichen ist es außerdem schwer, eine entsprechende Suchtproblematik einzuordnen. Ein höherer Betreuungsbedarf in der Suchthilfe scheint gegeben zu sein.

Fazit

Thomas Lederer-Hutsteiner beschreibt in seinem Beitrag, dass der Ausdruck „internetassoziiertes Suchtverhalten“ eine Bezeichnung für ein modernes Phänomen ist, das gemeinhin als „Internetsucht“ bezeichnet wird und dem Umstand Rechnung trägt, dass suchthafte Internetnutzung sich in der Regel auf bestimmte Anwendungen wie z. B. Glücksspiel, Gaming, Social Networking, Shopping, Pornografie bezieht und weniger als Sucht nach dem Internet verstanden wird. Eine generalisierte, anwendungsunabhängige Abhängigkeit vom Internet als Medium an sich erscheint wenig plausibel.

In Österreich wurden bislang kaum repräsentative Studien durchgeführt, die sich mit der Prävalenzabschätzung dieser Problematik unter Schülerinnen und Schülern befassen. Für die Steiermark existiert eine mittlerweile rund zehn Jahre alte repräsentative Erhebung in dieser Zielgruppe (Lederer-Hutsteiner und Hinterreiter 2012). Sie soll nun im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark nicht nur unter Schülerinnen und Schülern wiederholt, sondern auch unter Erwachsenen durchgeführt werden. Ziel ist es, auf Basis einer fundierten Datengrundlage eine Versorgungs- und Präventionsstrategie zu entwickeln.

Immerhin 30 Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark sind aufgrund einer Sucht im Zusammenhang mit Neuen Medien in Behandlung und Betreuung. Sie bilden damit in diesen Einrichtungen einen Betreuungsschwerpunkt, der auf einen in den nächsten Jahren möglicherweise gesteigerten Bedarf hinweist und jedenfalls zu beobachten sein wird.

9 ■ Essstörungen



Dieses Kapitel umreißt das inhaltliche Feld der Essstörungen mit aktuellen Entwicklungen zur Versorgung Betroffener in der Steiermark. Krankenhausentlassungsdaten und Daten zur Betreuung von Betroffenen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen werden berichtet.

In der Steiermark werden Angebote für Menschen mit Essstörungen zum Teil im Rahmen der Suchtkoordination gefördert. Durch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe erfolgen Beratungen zu diesen Problematiken, auch wenn Essstörungen nicht als Suchterkrankung definiert sind. Neben der Darstellung der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen kann daher erstmalig für das Jahr 2020 aus dem Controlling der Suchtkoordination eine Auswertung zu den Tätigkeiten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit diesen Störungsbildern präsentiert werden.

Die wichtigsten Formen von Essstörungen sind Anorexie (Magersucht), Bulimie (Ess-Brechsucht), Binge-Eating-Disorder (Esssucht) und weitere nicht näher bezeichnete Essstörungen. Unterformen sind z. B. Orthorexia nervosa, Sportanorexie oder -bulimie und das Night-Eating-Syndrom.⁸⁸

Frauen sind um ein Vielfaches häufiger von Essstörungen betroffen als Männer. Eine Abschätzung der Prävalenz in der Bevölkerung ist schwierig. In Österreich geht man davon aus, dass rund 200.000 Frauen im Laufe ihres Lebens an einer Essstörung erkranken. Dies bedeutet für die Steiermark rund 30.000 Betroffene, die in ihrem Leben eine entsprechende Erkrankung entwickeln.⁸⁹

Zur Früherkennung von Essstörungen sind vor allem Ärztinnen und Ärzte wichtig, die im niedergelassenen Bereich in der Primärversorgung oder fachärztlich tätig sind, z. B. aus der Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Frauenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin. Hinweise können relativ unspezifische Anzeichen sein, wie starker Gewichtsverlust oder starke Gewichtszunahme, Amenorrhoe, Infertilität, Zahnschäden, nicht näher erklärbare gastrointestinale Probleme, Wachstumsverzögerungen im Kindes- und Jugendalter, exzessive Sportbetätigung oder Eltern sowie Patientinnen und Patienten, die sich besorgt über Gewicht und/oder Essverhalten zeigen (DGPM 2020, S. 16 f.).

Die Therapie ist langdauernd, multimodal und settingübergreifend. Ein individueller Gesamtbehandlungsplan beinhaltet medizinische, psychotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Enge Vernetzung über Schnittstellen hinweg ist eine wichtige Voraussetzung für die Festigung von Therapieerfolgen.⁹⁰

In der Steiermark sind Einrichtungen, die zum Thema Essstörungen arbeiten, im „Steirischen Netzwerk Essprobleme“ vernetzt, welches vom Frauengesundheitszentrum Graz koordiniert wird.⁹¹

Seit Juli 2021 gibt es mit „LeLi – Tageszentrum für Menschen mit Essstörungen“ der Lebenshilfen Soziale Dienste GmbH ein Behandlungsangebot für Menschen mit Essstörungen, das es ermöglicht, neben der Behandlung den Alltag weiterleben zu können. Der überwiegende Teil des Tageszentrums wird vom Gesundheitsfonds Steiermark finanziert.⁹² Neben der Behandlung von Betroffenen setzt es auch auf Unterstützungsangebote für Angehörige und auf Aufklärung und Prävention.

Morbidität aufgrund von Essstörungen

Aufgrund einer Essstörung⁹³ gab es im Jahr 2019 168 stationäre Krankenhausaufenthalte von Steierinnen und Steirern. Bei dieser Erkrankung sind deutlich mehr Frauen als Männer betroffen: Nur in 2 Fällen wurden Männer stationär aufgenommen.

9.1

88 LeLi, 2021, Welche Essstörungen gibt es? FAQs – LeLi: Lebens.Liebe (www.levli-tageszentrum.at), (abgerufen am 23.09.2021).

89 Vgl. Drogenberatung des Landes Steiermark, Essstörungen (https://www.drogenberatung.steiermark.at/cms/ziel/29027628/DE/), (abgerufen am 10.08.2021); Konzept LeLi (unveröffentlicht).

90 Konzept LeLi (unveröffentlicht)

91 <http://www.frauengesundheitszentrum.eu/essprobleme/> (abgerufen am 10.08.2021).

92 LeLi Lebensliebe, 2021, Tageszentrum für Menschen mit Essstörungen. Startseite – LeLi: Lebens.Liebe (www.levli-tageszentrum.at), (abgerufen am 23.09.2021).

93 F50.0-1 Anorexia nervosa, F50.2-3 Bulimia nervosa

Aufgrund der insgesamt relativ niedrigen Fallzahl liefern regionale, standardisierte Auswertungen lediglich grobe Anhaltspunkte: In der VR 63 (BM, LN) gab es mit 3,0 Aufnahmen je 10.000 EW die höchste Zahl, in der VR 66 (MU, MT) mit 0,4 die niedrigste.

Auch eine Aussage zum zeitlichen Verlauf ist nur bedingt möglich. 2017 und 2018 lag die Anzahl der Krankenhausaufenthalte mit 123 bzw. 110 relativ deutlich unter den Aufnahmen im Jahr 2019.

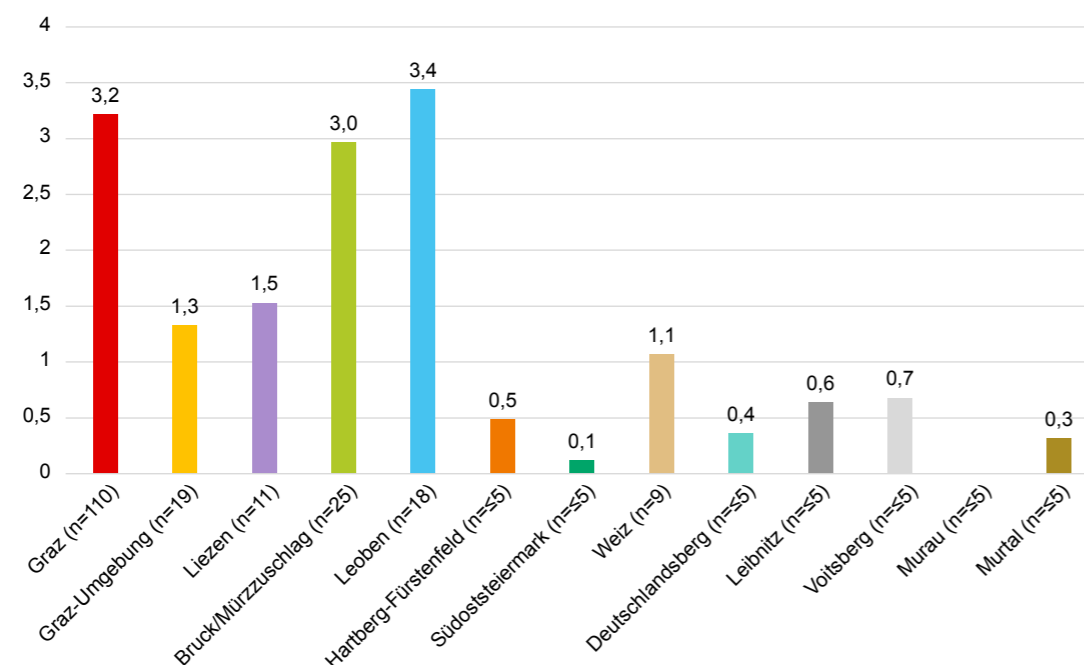
9.2 Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Essstörungen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

268 Klientinnen und Klienten, das sind 4,6 % aller Personen, bei denen ein Hauptbetreuungsschwerpunkt dokumentiert wurde, wurden aufgrund von Essstörungen betreut. Mit 88,2 % war der Großteil der betreuten Personen weiblich, 11,8 % waren männlich. Von den Personen, bei denen das Alter dokumentiert wurde, waren 71,1 % jünger als 35 Jahre, 28,4 % befanden sich in der Altersgruppe zwischen 35 und 64 Jahren, 0,5 % der Betreuten waren älter als 65 Jahre.

Die alters- und geschlechtsstandardisierten Daten der Klientinnen und Klienten im Hauptbetreuungsschwerpunkt Essstörungen zeigen im regionalen Vergleich bezogen auf jeweils 10.000 EW folgende Verteilung:

ABBILDUNG 54:

Herkunft der Klientinnen und Klienten mit Hauptbetreuungsschwerpunkt Essstörungen alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk (n = 209); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



9.3

Fazit

In der Steiermark werden Angebote für Menschen mit Essstörungen zum Teil im Rahmen der Suchtkoordination gefördert. Durch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe erfolgen Beratungen zu dieser Problematik, auch wenn Essstörungen nicht als Suchterkrankung definiert sind. In der Steiermark sind Einrichtungen, die zum Thema Essstörungen arbeiten, im Steirischen Netzwerk Essprobleme vernetzt, welches vom Frauengesundheitszentrum Graz koordiniert wird.⁹⁴

Neben der Darstellung der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen kann daher erstmalig für das Jahr 2020 aus dem Controlling der Suchtkoordination eine Auswertung zu den Tätigkeiten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen mit diesen Störungsbildern präsentiert werden. In Summe sind 268 Klientinnen und Klienten mit Essstörungen in ambulanten steirischen Suchthilfeeinrichtungen in Betreuung. Der überwiegende Teil davon sind Frauen oder Mädchen (88,2 %). Im Rahmen der Suchtkoordination wird somit ein wesentliches Versorgungsangebot für Menschen mit Essstörungen vorgehalten.

2021 wurde als ergänzendes Angebot für Menschen mit Essstörungen ein Tageszentrum eröffnet, das v. a. die Angebotslücken zwischen stationärer und ambulanter bzw. psychotherapeutischer Versorgung schließen soll.⁹⁵

94 <http://www.frauengesundheitszentrum.eu/essprobleme/> (abgerufen am 10.08.2021).

95 <https://leli-tageszentrum.at/> (abgerufen am 14.10.2021)

10 ■ Sucht im Alter



In diesem Kapitel wird ein Blitzlicht auf die Zielgruppe der älteren Menschen im Kontext Sucht und daraus resultierende Herausforderungen für die Versorgung und Betreuung geworfen. Eine inhaltliche Einleitung zu den wichtigsten Suchtformen bei älteren Menschen wird ergänzt durch den Bericht altersspezifischer Prävalenzdaten sowie der Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durch ältere Menschen.

Suchterkrankungen in höherem Lebensalter treten vorrangig als substanzgebundene Süchte auf. Alkohol, Medikamente und Tabak sind dabei die häufigsten Substanzen, die konsumiert werden. Substanzungebundene Süchte treten im Alter nicht so häufig auf, immer wieder ist aber das Glücksspiel ein Thema in höherem Lebensalter (zitiert nach M. Musalek, GFSTMK 2020b, S. 78). Auch illegale Substanzen dürften zukünftig mit steigendem Alter vermehrt konsumiert werden. Dafür sprechen die demografische Veränderung, eine gesteigerte Lebenserwartung, veränderte Lebensentwürfe und eine grundsätzlich tolerantere Haltung gegenüber dem Konsum legaler und illegalisierter Drogen. Der zeitliche Trend zeigt, dass von Opiaten abhängige Personen durch eine moderne Substitutionsbehandlung älter werden (zitiert nach M. Musalek, GFSTMK 2020b, S. 78). Dies ist auch in der aktuellen Auswertung zur Opioidsubstitutionstherapie für die Steiermark gut zu erkennen (vgl. Kap. 5.3.).

Häufige Suchtformen im Alter: Alkohol und Medikamente

10.1

Während Alkohol im Alter eher von Männern missbraucht wird, sind Frauen im Alter vermehrt von Medikamentensucht betroffen.

Im Alter wird sowohl die durchschnittliche Menge des konsumierten Alkohols höher als auch der tägliche Alkoholkonsum häufiger. Dies zeigt sich vor allem bei Männern (vgl. GFSTMK 2020b, S. 77). Ein großer Anteil der älteren Befragten gibt in der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS) im Vergleich zu anderen Altersgruppen an, an mindestens fünf Tagen pro Woche Alkohol zu konsumieren. 17,3 % der ab 65-jährigen Steirerinnen und Steirer trinken an fünf, sechs oder sieben Tagen pro Woche Alkohol (ab 65-Jährige in Österreich gesamt: 22,7 %). Dies liegt in der Steiermark knapp über dem Durchschnitt von 16,3 %. Von den ab 65-jährigen Steirerinnen und Steirern berichten 9,9 % über einen problematischen Alkoholkonsum, dies ist der höchste Anteil im Vergleich mit anderen Altersgruppen (Steiermark gesamt: 7,8 %). Die Daten österreichweit zeigen in dieser Altersgruppe mit 12,3 % einen höheren Anteil als in der Steiermark. Alkoholabhängigkeit kommt aber insgesamt in jüngeren Altersgruppen häufiger vor als im Alter.

Ältere Menschen, die alkoholabhängig sind, bringen ihre Sucht entweder aus jüngeren Jahren mit (Early-Onset-Trinker), andere entwickeln erst mit dem Alter ein Suchtgeschehen (Late-Onset-Trinker) (zitiert nach M. Musalek & R. Mader GFSTMK 2020b, S. 78). Early-Onset-Trinker haben mit dem schädlichen Konsum in jungen Jahren begonnen und führen diesen im Alter weiter. Kennzeichnende Merkmale von Early-Onset-Trinkern – überwiegend Männer – sind: eher un stabile Persönlichkeit, häufig alleinstehend und geschieden, eher niedriger sozioökonomischer Status und eher niedriges Bildungsniveau, familiäre Erfahrungen mit Alkoholkonsum, vermeidendes Konfliktverhalten, kognitive Beeinträchtigungen, langjähriger Tabakkonsum, mäßige Therapieprognose. Personen, die erst in späten Jahren (älter als 60 Jahre) mit schädlichem Alkoholkonsum beginnen, sind überwiegend Frauen und zeigen im Allgemeinen andere Merkmale: eher stabile Persönlichkeit, konstante Wohnsituation, höherer sozioökonomischer Status und höheres Bildungsniveau, seltener familiäre Erfahrungen mit Alkoholkonsum, eher nicht rauchend, gute Therapieprognose (Savaskan und Laimbacher 2021, S. 41). Es wird geschätzt, dass sich bei jedem dritten alkoholabhängigen älteren Menschen eine Sucht erst nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben entwickelt (Vivid 2020, S. 7).

Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Schmerzmittel werden dann verschrieben, wenn entsprechende körperliche oder psychische Symptome aufzutreten beginnen. Biologische und soziale Veränderungen, die mit dem normalen Alterungsprozess einhergehen, wie der Übertritt in die Pension, eine Zunahme von Schlafstörungen, Depressionen und kognitiven Störungen begünstigen die Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Savaskan und Laimbacher 2021, S. 59). Jedoch ist es schwierig, entsprechende Daten dazu zu erfassen, weil die Abhängigkeit sich in vielen Fällen über Jahre und Jahrzehnte im Niedrigdosisbereich abspielt und daher epidemiologisch kaum in Erscheinung tritt. Für Österreich wird geschätzt, dass 150.000 Personen arzneimittelabhängig sind, man geht jedoch von einer Dunkelziffer von bis zu 300.000 Personen aus (Musalek, GFSTMK 2020b, S. 78 f.).

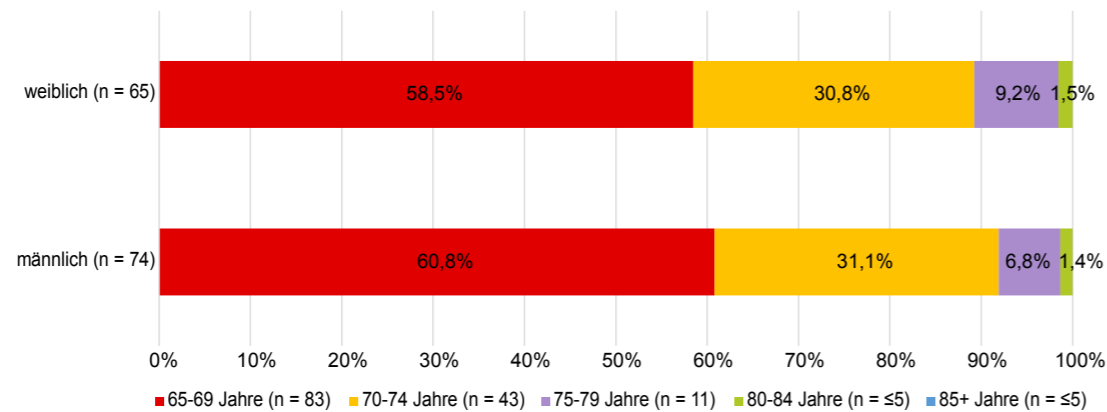
Der Anteil der über 65-Jährigen, der in der Österreichischen Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 (General Population Survey – GPS) angab, in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel konsumiert zu haben, liegt in der Steiermark mit 15,4 % weit über dem gesamtsteirischen Durchschnitt aller Altersgruppen von 8,7 %. Rund 28 % der Befragten dieser Altersgruppe geben an, jemals im Leben solche Mittel konsumiert zu haben, im steirischen Durchschnitt sind es knapp 20 %.

10.2 Alterspezifische Auswertung aus dem Controlling der Suchtkoordination

Die Auswertung aus dem Controlling der Suchtkoordination zeigt, dass von den insgesamt 5.857 Klientinnen und Klienten 139 Personen in die Altersgruppe der ab 65-Jährigen fallen, dies entspricht 2,3 %.

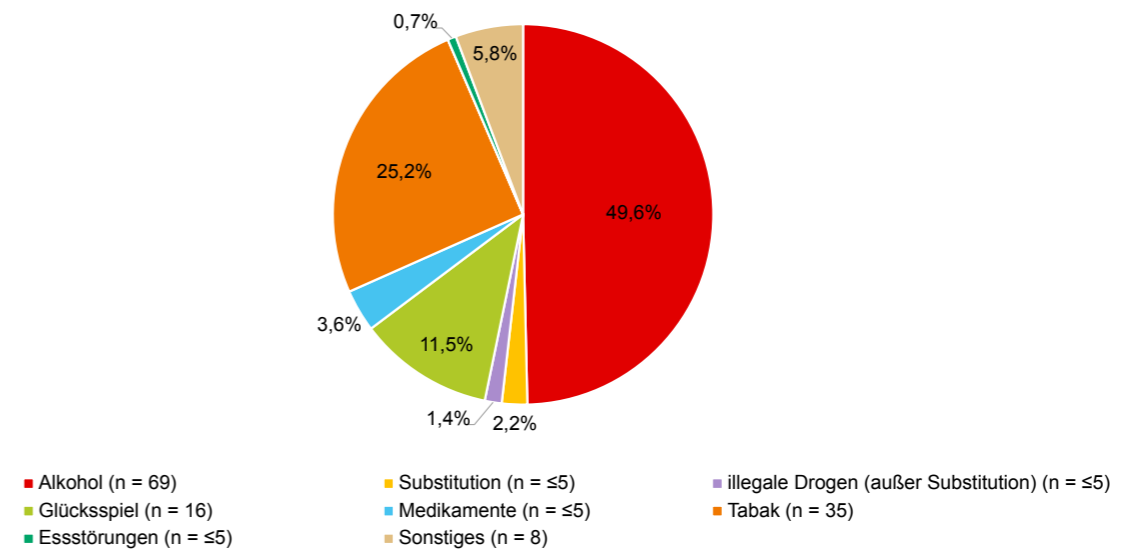
Die Geschlechter verteilen sich dabei wie folgt: 53,2 % der Klientinnen und Klienten sind männlich, 46,8 % sind weiblich.

ABBILDUNG 55:
In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreute Klientinnen und Klienten der Altersgruppe über 65 Jahre nach Geschlecht und Altersgruppen (n = 139); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



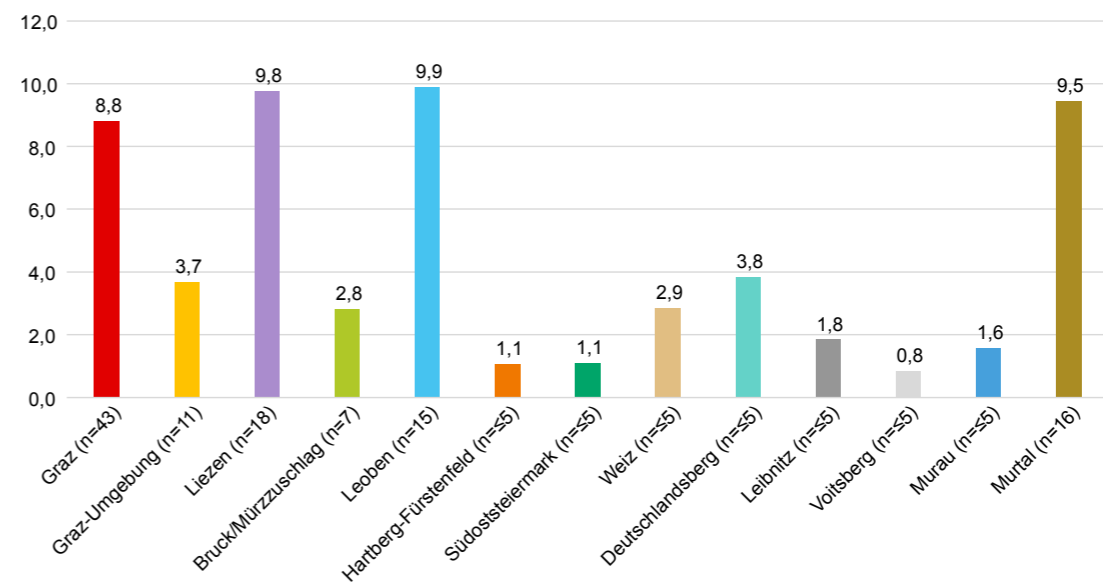
Betrachtet man die Klientinnen und Klienten ab 65 Jahren nach ihrem Hauptbetreuungsschwerpunkt, so wird beinahe die Hälfte der Personen (49,6 %; n = 69) aufgrund von Alkoholsucht behandelt. Rund ein Viertel der Klientinnen und Klienten (25,2 %; n = 35) wurde im Hauptbetreuungsschwerpunkt Tabak dokumentiert, an dritter Stelle wird mit 11,5 % (n = 16) Glücksspiel ausgewiesen. Keine Klientin bzw. kein Klient wurde aufgrund von Abhängigkeit von Neuen Medien betreut.

ABBILDUNG 56:
In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreute Klientinnen und Klienten der Altersgruppe über 65 Jahre nach Hauptbetreuungsschwerpunkt (n = 139); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Der Vergleich zwischen den steirischen Bezirken zeigt, dass die meisten Klientinnen und Klienten im Alter ab 65 Jahren, die eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in der Steiermark aufsuchen, aus dem Bezirk Leoben mit 9,9 Personen je 10.000 EW stammen, gefolgt von Liezen mit 9,8 und Murtal mit 9,5 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW. Die wenigsten Personen kommen aus dem Wohnbezirk Voitsberg mit 0,8 Klientinnen und Klienten. Der Wert für die Steiermark beläuft sich auf 5,0 Klientinnen und Klienten je 10.000 EW.

ABBILDUNG 57:
Herkunft der in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten im Alter von 65 Jahren und älter nach Wohnbezirk je 10.000 EW (n=129); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



10.3 Sucht im Alter: eine Herausforderung

Mögliche auslösende Faktoren für eine Sucht im Alter sind neben den körperlichen altersbedingten Veränderungen und der Zunahme von Krankheiten und Schmerzen auch veränderte Lebenssituationen wie z. B. Pensionierung, Verlusterfahrungen oder kleiner werdende soziale Netze. Auch Veränderungen der Lebenssituation wie Heimaufnahme, Hospitalisationen und zunehmende physische Einschränkungen können dazu beitragen. Die Folgen eines Suchtgeschehens können sich wiederum in Symptomen äußern, die sehr schwer von „normalen“ altersbedingten Veränderung und Prozessen abgegrenzt werden können. Stürze, Vergesslichkeit, Schlafstörungen oder Antriebslosigkeit können sowohl normale Prozesse als auch Anzeichen für Medikamentensucht oder Alkoholkonsum sein (Vivid 2020, S. 6; Savaskan und Laimbacher 2021, S. 59).

Häufig wird daher ein Suchtgeschehen sowohl von Betroffenen und deren Angehörigen als auch von Fachpersonen nicht erkannt, falsch eingeschätzt oder ignoriert (Savaskan und Laimbacher 2021, S. 156). Sucht im Alter ist ein Feld, das lange Zeit sowohl in der Forschung als auch in der Praxis kaum thematisiert wurde. Trotzdem zählt es sich in jedem Lebensalter aus, missbräuchlichen Konsum anzusprechen und – nach gründlicher Abwägung der Vor- und Nachteile – auch in höherem Lebensalter zu behandeln (vgl. H. Haltmayer GFSTMK 2020b, S. 59). Eine vollständige Abstinenz ist jedoch oft unrealistisch. Eine Dosisreduktion oder Umstellung auf eine besser geeignete Medikamenten-Substanz kann daher in manchen Fällen auch als Erfolg gewertet werden (Savaskan und Laimbacher 2021, S. 62).

Nach der Entzugsbehandlung hat sich auch bei älteren Menschen eine Behandlung der Sucht und die Neugestaltung des Lebens vor allem auf die Bedingungskonstellationen zu beziehen (zitiert nach M. Musalek & R. Mader GFSTMK 2020b, S. 79), und zwar auf:

- Komorbiditäten,
- körperliche und psychische Erkrankungen,
- psychosoziale Probleme,
- Traumatisierungen,
- Beziehungsstörungen.

Mögliche Behandlungsziele bei älteren Menschen können z. B. die Verbesserung der Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit sein, die Bearbeitung von Trauerprozessen, Änderung der Vorstellung über einen guten Schlaf, Kompetenzen in sozialen Situationen, Angstbewältigung, Strukturierung des Tagesprogramms, Wiederbelebung von Beziehungen, Überwindung sozialer Isolation, Lösung von finanziellen Problemen, Änderung der Wohnsituation etc. (Savaskan und Laimbacher 2021, S. 49).

Neben der (haus-)ärztlichen Versorgung, einer Sensibilität in Apotheken dem Thema gegenüber und den Angehörigen oder nahen Bezugspersonen als mögliches Bindeglied zum Versorgungssystem sind nicht zuletzt auch die Pflegepersonen sowohl im Akutbereich als auch in der stationären und mobilen Langzeitpflege herausgefordert, mit dem Thema Sucht im Alter umzugehen (GFSTMK 2020b, S. 80 f.). Auch die Suchtprävention erkennt ältere Menschen als wichtige Zielgruppe und informiert in der Steiermark gezielt über Medikamentenmissbrauch, Alkoholsucht und auch die Gefahren bei kombiniertem Konsum dieser Substanzen (Vivid 2020).

Institutionen der Versorgung sind gerade bei älteren Menschen herausgefordert, das richtige Maß im Spannungsfeld zwischen der Würdigung der Selbstautonomie und der fürsorglichen und solidarischen Haltung in der Pflege und medizinischen Versorgung von Sucht und Krankheit zu finden. Die Verfügbarkeit von Suchtmitteln wird z. B. in einer medizinischen oder Pflegeeinrichtung gewissen Regeln unterliegen müssen, die die Autonomie einer einzelnen Person beschränken, jedoch Mitarbeitenden und anderen Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern Orientierung geben können. Wenn ein langjähriges Suchtverhalten die Autonomiefähigkeit einer betroffenen Person beeinträchtigt und das süchtige Verhalten die Gesundheit über die Maßen schädigt, stellt sich die Frage, inwiefern hier mögliche Ziele oder therapeutische Schritte in adäquater Weise gesetzt werden können (Savaskan und Laimbacher 2021, S. 187 ff.).

Fazit

Suchterkrankungen in höherem Lebensalter treten vorrangig als substanzgebundene Süchte auf (v. a. Alkohol, Medikamente und Tabak), immer wieder ist aber auch Glücksspiel ein Thema in dieser Altersgruppe. Auch illegale Substanzen dürften künftig vermehrt von älteren Menschen konsumiert werden. Dafür sprechen die demografische Veränderung, eine gesteigerte Lebenserwartung, veränderte Lebensentwürfe und eine grundsätzlich tolerantere Haltung gegenüber dem Konsum legaler und illegalisierter Substanzen. Der zeitliche Trend zeigt, dass von Opiaten abhängige Personen durch die Opioidsubstitutionstherapie ein höheres Alter erreichen als noch vor wenigen Jahrzehnten.

Die Folgen eines Suchtgeschehens in höherem Lebensalter können sich u. a. in Symptomen äußern, die sehr schwer von herkömmlichen altersbedingten Veränderungen und Prozessen abgegrenzt werden können. Stürze, Vergesslichkeit, Schlafstörungen oder Antriebslosigkeit können sowohl normale Prozesse als auch Anzeichen für Medikamentensucht oder Alkoholkonsum sein (Vivid 2020, S. 6; Savaskan und Laimbacher 2021, S. 59). Gerade bei älteren Menschen sind daher Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens herausgefordert, eine Sucht zu erkennen, diese anzusprechen und das richtige Maß im Spannungsfeld zwischen der Würdigung der Selbstautonomie und der fürsorglichen und solidarischen Haltung in der Pflege und medizinischen Versorgung von Sucht und Krankheit zu finden.

Ältere Menschen nehmen auch die Angebote der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark in Anspruch. Obwohl der Anteil der über 65-Jährigen an allen Klientinnen und Klienten nur 2,3 % ausmacht (139 Personen), zeigt diese Zahl doch, dass ein Bedarf gegeben ist und die Zielgruppe den Zugang zu Beratung und Therapie findet. Ein großer Anteil sollte jedoch auch im Rahmen einer auf die Thematik sensibilisierten Regelversorgung im Gesundheitswesen aufgefangen werden.

11 ■ Suchtprävention in der Steiermark



In diesem Kapitel folgt eine Beschreibung der Rahmenbedingungen, Strukturen, Strategien und Maßnahmen, innerhalb derer Suchtprävention in der Steiermark umgesetzt wird.

Den strategischen Rahmen für die Suchtprävention in der Steiermark bietet auf Bundesebene die „Österreichische Suchtpräventionsstrategie“ und auf steirischer Ebene die bis heute gültige „Neue Steirische Suchtpolitik“ (Bundesministerium für Gesundheit 2015; Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011). Beide Grundlagendokumente betonen, dass Suchtpolitik vor allem Präventionspolitik ist und durch eine Kombination struktureller und individueller Maßnahmen in allen gesellschaftlichen Bereichen und Politikfeldern umgesetzt werden soll. Insbesondere für die Bereiche Alkohol und Tabak bzw. Nikotin bieten die steirischen Gesundheitsziele einen wesentlichen Anknüpfungspunkt für Präventionsarbeit.

Mit VIVID – Fachstelle für Suchtprävention⁹⁶ besteht in der Steiermark eine langjährige und fachlich sowohl regional als auch national und international etablierte Einrichtung, die in der Steiermark ein breites zielgruppen- und settingorientiertes Angebot an Programmen, Projekten und Maßnahmen zur Suchtprävention abdeckt.

VIVID bietet Suchtprävention v. a. für Kinder und Jugendliche in den für sie relevanten Settings wie Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schule, der außerschulischen Jugendarbeit und im familiären Setting an. VIVID spricht neben den Kindern und Jugendlichen selbst auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Pädagoginnen und Pädagogen) an. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der universellen Prävention, die sich an die gesamte Bevölkerung bzw. an spezifische Zielgruppen, wie eben Kinder- und Jugendliche, richtet. Die Zielgruppen in der universellen Prävention weisen kein spezifisches Risiko für eine Suchtentwicklung auf. Ein inhaltlicher Fokus in den Angeboten der universellen Prävention ist die Förderung der Lebenskompetenzen. Präventionsarbeit für gefährdete Zielgruppen wird als selektive Prävention bezeichnet. Darunter fallen beispielsweise Angebote für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. In der indizierten Prävention werden Personen mit manifestem Risikoverhalten angesprochen (GFSTMK 2020b, 16 f.).

„Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ ist eines der Steirischen Gesundheitsziele, die seit 2007 eine Grundlage für die Gesundheitsförderung, Prävention und die Gesundheitsversorgung bilden. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde für die Steiermark eine umfassende Tabakpräventionsstrategie erarbeitet. Diese Strategie wird seit 2007 von VIVID koordiniert und umgesetzt. Die Strategie zielt auf vier Bereiche ab (Land Steiermark 2011):

- Weniger Menschen, die zu rauchen beginnen.
- Mehr Menschen, die mit dem Rauchen aufhören.
- Schutz der Menschen vor den Folgen des Tabakrauchs.
- Verbessertes Informationsstand der Bevölkerung zu Folgen des Rauchens und Passivrauchens.

Im Jahr 2020 wurde VIVID für diese Arbeit von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem „World No Tobacco Day Award 2020“ ausgezeichnet.⁹⁷

Ausgehend von der „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011) werden zwei Aktivitäten der Suchtprävention priorisiert. Diese sind der Aktionsplan Alkoholprävention⁹⁸ mit der Initiative „Weniger Alkohol – Mehr vom Leben!“, der seit 2016 vom Gesundheitsfonds Steiermark umgesetzt wird, und die Spielsuchtprävention, die von der Fachstelle für Glücksspielsucht fachlich begleitet bzw. koordiniert wird.

⁹⁶ <http://www.vivid.at/> (abgerufen am 19.07.2021).

⁹⁷ <http://www.vivid.at/who-award> (abgerufen am 19.07.2021).

⁹⁸ <https://www.mehr-vom-leben.jetzt/> (abgerufen am 05.08.2021).

Die Initiative „Weniger Alkohol – Mehr vom Leben!“ schafft Bewusstsein für die Folgen von übermäßigem und missbräuchlichem Alkoholkonsum und macht die steirische Bevölkerung durch unterschiedliche Maßnahmen und Aktivitäten auf einen genussvollen Umgang mit Alkohol aufmerksam. Sensibilisierung und Information rund um das Thema Alkohol stehen im Vordergrund, ohne dabei den Alkohol verbieten zu wollen.

Der Aktionsplan Alkoholprävention (APA) bearbeitet folgende Schwerpunkte:

- **Schwerpunkt 1:** Investitionen in Suchtprävention bei Kindern & Jugendlichen, Familien und älteren Menschen.
- **Schwerpunkt 2:** Investitionen in betriebliche Alkoholprävention.
- **Schwerpunkt 3:** Selbstverpflichtung, Anreize und Schulungen in Gastronomie, Handel und Tankstellen.
- **Schwerpunkt 4:** Aktivierende Maßnahmen in Bezug auf Feste und Feiern.
- **Schwerpunkt 5:** Sicherstellen von Kapazitäten für steigenden Beratungs- und Therapiebedarf.
- **Schwerpunkt 6:** Kommunikationskonzept des Steirischen Aktionsplans Alkoholprävention.
- **Schwerpunkt 7:** Politische Gesundheitsarbeit.

Ein Teil der Angebote und Maßnahmen im Kontext des Aktionsplans Alkoholprävention wird von VIVID angeboten. Darüber hinaus werden Aktivitäten mit anderen strategischen Partnern wie der Abteilung 6 „Bildung und Gesellschaft“ des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung zum Thema Jugendschutz und mit der Arbeiterkammer im Bereich der Alkoholprävention am Arbeitsplatz umgesetzt.

Nicht zuletzt aufgrund der zwei großen Suchtpräventionsstrategien im Bereich Tabak und Alkohol sind suchtpreventive Angebote in der Steiermark auch auf einzelne Suchtarten ausgerichtet.

Im Kontext der indizierten Prävention werden auch die sozialintegrativen Maßnahmen des Vereins Fensterplatz (Projekt „heidenspass“)⁹⁹ und des Vereins „Erfa“¹⁰⁰ gefördert, um Menschen mit Suchterkrankungen auch in diesem Bereich unterstützen zu können.

11.1 Helfen statt strafen

Paragraph 13 Abs. 1 des Suchtmittelgesetzes verpflichtet Schulen, jenen Schülern und Schülerinnen, die illegale Suchtmittel konsumieren, gezielte Hilfe anzubieten.¹⁰¹ Dadurch soll jungen Menschen unter dem Motto „Helfen statt strafen“ frühzeitig Unterstützung angeboten werden – ohne zu strafen, ohne Anzeige und ohne Stigmatisierung. Im Rahmen der Präventionsarbeit der Polizei werden auch in steirischen Schulen einige suchtpreventive Projekte umgesetzt, um strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum vorzubeugen.

Sämtliche Angebote, Projekte bzw. Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention in der Steiermark werden im Überblick in der Tabelle im Kapitel 11.3 dargestellt.

99 <https://www.heidenspass.cc/> (abgerufen am 22.09.2021).

100 <https://steiermark.arbeitplus.at/> (abgerufen am 22.09.2021).

101 § 13 Abs. 1 SMG

Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

11.2

2002 legte das Innenministerium mittels Erlass die verpflichtende Kooperation der Fachstellen für Suchtprävention und der Exekutive zur Suchtprävention an Schulen fest. Unter Federführung der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark gemeinsam mit VIVID bildete sich daraufhin die Arbeitsgruppe Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe (SAG), die sich aktuell aus folgenden Einrichtungen und Institutionen zusammensetzt:

Amt der Steiermärkischen Landesregierung

- **Abteilung 6** – Referat Kinderbildung und -betreuung
- **Abteilung 6** – Fachabteilung Gesellschaft und Diversität
- **Abteilung 6** – Fachabteilung Berufsbildendes Schulwesen
- **Abteilung 6** – Kinder- und Jugendanwaltschaft
- **Abteilung 8** – Referat Sanitätsdirektion – Gesundheitswesen
- **Abteilung 8** – Referat Gesundheitsberufe
- **Abteilung 8** – Drogenberatung des Landes
- **Abteilung 11** – Referat Kinder- und Jugendhilfe
- **Abteilung 16** – Referat Verkehrsbehörde

Bildungsdirektion Steiermark

- **Abteilung Präs/6** – Schulpsychologie und Schulärztlicher Dienst

Steiermärkische Landesregierung

- **Ressort:** Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege
- **Ressort:** Soziales, Arbeit und Integration

Landespolizeidirektion

- **Landesverkehrsabteilung**
- **Landeskriminalamt**
- **Sicherheits- und verwaltungspolizeiliche Abteilung**

Abteilung Kriminalprävention

Stadt Graz – Gesundheitsamt

Steirischer Landesverband der Elternvereine

Drogenfachgremium

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention

Gesundheitsfonds Steiermark

- **Bereich:** Gesundheitsplanung, Steuerung, Qualität / Suchtkoordination
- **Bereich:** Gesundheitsförderung / Public Health

Durch kontinuierliche interinstitutionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit entwickeln und vernetzen Vertreterinnen und Vertreter der Suchtprävention, Exekutive, Suchthilfe, Bildungseinrichtungen und Behörden in der Steiermark suchtpreventive Angebote auf Grundlage einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Arbeitsgruppe hat in den vergangenen Jahren Qualitätskriterien für suchtpreventive Maßnahmen erstellt sowie eine Checkliste zur Überprüfung der Qualität von suchtpreventiven Programmen in der Schule entwickelt. Eine Artikelserie in der Zeitschrift „Schule“ wurde ebenso verfasst, wie aktuelle Trends und Themen der Suchtvorbeugung diskutiert wurden.

11.3 Angebote und Maßnahmen der Suchtprävention

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über suchtpreventive Angebote in der Steiermark.

Titel des Projektes/ der Maßnahme	Setting	Zielgruppen ¹	Sucht/ Substanz	Kurzbeschreibung (Themen/Ziele/ Art der Maßnahme)	2017 2018 2019 2020				Umsetzende Einrichtung
					2017	2018	2019	2020	
Universelle Prävention									
Spielzeugfreier Kindergarten / Spielzeugfreie Kinderkrippe	Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	Pädagoginnen & Pädagogen / Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter	übergreifend	Stärkung der Lebenskompetenz Projektbegleitung & Seminar	x	x	x	x	VIVID
Seminare Tageseltern	Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	Tageseltern	übergreifend	Stärkung der Lebenskompetenz Bindung Prävention Essstörungen Medienkompetenz Kommunikation etc. Seminare	x	x	x	x	VIVID
Seminare Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen	Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	Pädagoginnen & Pädagogen / Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter	übergreifend	Bindung Prävention Essstörungen Medienkompetenz Kommunikation Potenzialentfaltung etc. Seminare	x	x	x	x	VIVID
Seminarreihe „Suchtprävention im Kindesalter“ (Kigafo)	Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	Pädagoginnen & Pädagogen / Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter	übergreifend	Stärkung der Lebenskompetenz Suchtvorbeugende pädagogische Kompetenz Seminarreihe	x	x	x	x	VIVID
Programm Gemeinsam stark werden	Volksschule	Pädagoginnen & Pädagogen	übergreifend	Stärkung der Lebenskompetenz Seminarreihen & Reflexionstreffen			x	x	VIVID
Programm Eigenständig werden	Volksschule	Pädagoginnen & Pädagogen	übergreifend	Stärkung der Lebenskompetenz Seminarreihe und Reflexionstreffen	x	x			VIVID
Schulbegleitendes Projekt	Volksschule	Schülerinnen & Schüler Eltern Pädagoginnen & Pädagogen	Medien Tabak	Stärkung der Medienkompetenz Tabakprävention Vortrag, Workshop, Projektberatung	x	x	x	x	VIVID

¹ Genannt ist die Zielgruppe, mit der im Projekt direkt gearbeitet wird.

Titel des Projektes/ der Maßnahme	Setting	Zielgruppen ¹	Sucht/ Substanz	Kurzbeschreibung (Themen/Ziele/ Art der Maßnahme)	2017 2018 2019 2020				Umsetzende Einrichtung
					2017	2018	2019	2020	
Programm plus	Schule ab der 5. Schulstufe	Pädagoginnen & Pädagogen	übergreifend	Stärkung der Lebenskompetenz Gewaltprävention Seminarreihe und Reflexionstreffen	x	x	x	x	VIVID
SCHULE SUCHT VORBEUGUNG	Schule ab der 5. Schulstufe	Pädagoginnen & Pädagogen Schülerinnen & Schüler	übergreifend und spezifisch Alkohol Tabak Essstörungen Medien	Projektberatung und Workshop Grundlagen der Sucht und spezifische Themen	x	x	x	x	VIVID
Seminare Schulen	Schule	Pädagoginnen & Pädagogen	übergreifend und spezifisch Alkohol Tabak Medien Essstörungen etc.	Grundlagen schulischer Suchtprävention Stärkung der Lebenskompetenz Seminare	x	x	x	x	VIVID
Gesunde Schulen Tabak	Schule	Pädagoginnen & Pädagogen Schülerinnen & Schüler	Tabak	Begleitung und Umsetzung ausgewählter Maßnahmen	x	x			VIVID
Gesunde Schulen Tabak, Alkohol, Medien	Schule	Pädagoginnen & Pädagogen und Schülerinnen & Schüler	Tabak Alkohol Medien	Begleitung und Umsetzung ausgewählter Maßnahmen			x	x	VIVID
Sozialpädagogische Einrichtungen Tabak	Sozialpädagogische Einrichtungen	Pädagoginnen & Pädagogen Multiplikatorinnen & Multiplikatoren der Einrichtungen	Tabak	Begleitung strukturelle Tabakprävention	x	x	x	x	VIVID
Elternseminare	Familie	Eltern/Bezugspersonen aller Altersstufen	übergreifend und spezifisch Alkohol Tabak Medien Essstörungen etc.	Erziehungsfragen aus suchtpreventiver Sicht Stärkung der Lebenskompetenz Seminare	x	x	x	x	VIVID
Elternvorträge	Familie	Eltern Bezugspersonen aller Altersstufen	übergreifend und spezifisch Alkohol Tabak Medien Essstörungen etc.	Stärkung der Lebenskompetenz Vorträge	x	x	x	x	VIVID
Seminare außerschulischer Bereich	Außerschulische Jugendarbeit	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in der außerschulischen Jugendarbeit in Vereinen und Verbänden	übergreifend und spezifisch Alkohol Tabak Cannabis Glücksspiel Medien Essstörungen	Stärkung von Lebenskompetenzen Verhältnispräventive Maßnahmen Grundlagen zur Suchtvorbeugung und suchtspezifische Themen Seminare	x	x	x	x	VIVID

Titel des Projektes/ der Maßnahme	Setting	Zielgruppen ¹	Sucht/ Substanz	Kurzbeschreibung (Themen/Ziele/ Art der Maßnahme)	2017 2018 2019 2020				Umsetzende Einrichtung
					2017	2018	2019	2020	
Glücksspielpaket	Außerschulische Jugendarbeit Schule	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in der außerschulischen Jugendarbeit und PädagogInnen Jugendliche	Glücksspielsucht	Projektberatung für Multiplikatorinnen & Multiplikatoren Workshops für Jugendliche	x	x	x	x	VIVID
Fachliche Beratung	Außerschulische Jugendarbeit Schule	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in der außerschulischen Jugendarbeit und PädagogInnen	übergreifend und spezifisch	Projektberatung	x	x	x	x	VIVID
Fortbildungen Ausbildungseinrichtungen	Ausbildungseinrichtungen wie Pädagogische Hochschulen, Universitäten, Fachhochschulen	Studierende	übergreifend und spezifisch	Kompetenzaufbau in der Ausbildung Seminare	x	x	x	x	VIVID
Fortbildungen Ausbildungseinrichtungen Gesundheitsberufe	Angehende Angehörige von Gesundheitsberufen	Studierende/Gesundheitsberufe	Tabak	Seminare	x	x	x	x	VIVID
Gesundheitsberufe Fortbildungen	Gesundheitseinrichtungen	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in Gesundheitsberufen	Tabak	Begleitung „Rauchfreies Krankenhaus“ Vorträge Seminare	x	x	x	x	VIVID
Fest im Griff	Freizeit / Vereine	Organisatorinnen und Organisatoren von Festen	übergreifend und spezifisch Alkohol Tabak	Ideensammlung für eine verantwortungsvolle Festkultur Projektberatung und Website	x	x	x	x	VIVID
Gemeindepaket	Kommunales Setting	Entscheidungsträgerinnen & Entscheidungsträger in Gemeinden	übergreifend und spezifisch	Beratung und Unterstützung von Gemeinden bei der Umsetzung suchtpreventiver Ideen und Projekte	x	x			VIVID
Feel ok	Online-Raum	Jugendliche Pädagoginnen & Pädagogen Eltern	Tabak Alkohol	Laufende Wartung und Betreuung der Website	x	x	x	x	VIVID
Leitfaden Medien	übergreifend – Medien	Medienschaffende	übergreifend	Leitfaden für Medienschaffende Beobachtung der Berichterstattung zu Sucht und Suchtprevention Kontaktaufnahme bei fachlich verbesserungswürdiger Berichterstattung	x	x	x	x	VIVID
Alkoholprävention im Lehrlingswesen	übergreifend	Lehrlinge Lehrlingsverantwortliche in Betrieben Berufsschullehrerinnen & -lehrer Betreuerinnen & Betreuer in Lehrlingsheimen	Alkohol	Konzipierung, Broschüreneinstellung und Umsetzung Sensibilisierung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol Methoden der Alkoholprävention im Lehrlingswesen			x	x	VIVID

Titel des Projektes/ der Maßnahme	Setting	Zielgruppen ¹	Sucht/ Substanz	Kurzbeschreibung (Themen/Ziele/ Art der Maßnahme)	2017 2018 2019 2020				Umsetzende Einrichtung
					2017	2018	2019	2020	
Alkoholprävention im Alter	übergreifend	Ältere Menschen (60+) und deren Bezugspersonen Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in der Beratung, Betreuung und Pflege älterer Menschen	Alkohol	Konzipierung, Broschüreneinstellung und Umsetzung Sensibilisierung für die gesundheitlichen Risiken von Alkoholkonsum im Alter Steigerung der Handlungskompetenz und Sicherheit im Umgang mit den Themen Sucht und Alkohol im eigenen (Arbeits-)Umfeld			x	x	VIVID
Elternkurzintervention Tabak (EKI)	Familien	Eltern	Tabak	Stärkung der ablehnenden Haltung von Eltern/Bezugspersonen dem Rauchen der Kinder gegenüber Vortrag		x	x	x	VIVID
Mehr vom Leben für Betriebe	Betriebe	Führungskräfte, Schlüsselkräfte aus Betrieben, MitarbeiterInnen	Alkohol	Einstiegsgespräch und Bausteine der betrieblichen Alkoholprävention		x	x	x	GFSTMK
Mehr vom Leben für Vereine	Vereine	Leitungsorgane	Alkohol	Leitfaden „Weniger Promille – Mehr vom Fest“	x	x	x	x	GFSTMK
Seminar Alkoholprävention am Arbeitsplatz	Betriebe	Betriebsratskörperschaften, Sicherheitsvertrauenspersonen, Sicherheitsfachkräfte, Präventivfachkräfte	Alkohol	Alkoholprävention am Arbeitsplatz Seminar		x	x	x	GFSTMK, Arbeiterkammer
Vortrag und Workshop, Mehr vom Leben für Betriebe	Betriebe	Betriebe, Stakeholder, Fachgruppen	Alkohol	Vortrag und Workshops		x	x	x	GFSTMK
Seminar Jugendschutz	Handel und Gastronomie		Alkohol	Seminar		x	x	x	GFSTMK, Fachabteilung 6A
Vortrag Jugendschutz, Mehr vom Leben	Event-Veranstalter mit Personal, Caterer, Volunteers		Alkohol	Vortrag		x	x	x	GFSTMK, Fachabteilung 6A
Website „Weniger Alkohol – Mehr vom Leben“ Informationen, Selbsttest, Wissenscenter, Beratungsstellen	Medien – Website	Gesamtbevölkerung	Alkohol	Website	x	x	x	x	GFSTMK
Look @ your life	Schulen	Pädagoginnen & Pädagogen Erziehungsberechtigte Schülerinnen und Schüler (13–17 Jahre)	übergreifend	Ziel ist es, Jugendliche bei den verschiedenen Herausforderungen, die das Miteinander sowie die Konsum- und Medienwelt an sie stellen, zu unterstützen und tiefergehende Maßnahmen anzuregen.	x	x	x	x	Präventionsbedienstete des Landeskriminalamtes Präventionskräfte der Polizeidienststellen
Selektive Prävention									
Wirbelkiste	Familien	Kinder in suchtbelasteten Familien Eltern	übergreifend und spezifisch	Seminarreihe für Kinder Stärkung von Lebenskompetenzen	x	x	x		VIVID
Kinder aus alkoholbelasteten Familien	Kinder- und Jugendhilfe	Kinder	Alkohol	Kapazitätsaufbau bei Multiplikatorinnen & Multiplikatoren			x	x	Drogenberatung Steiermark

Titel des Projektes/ der Maßnahme	Setting	Zielgruppen ¹	Sucht/ Substanz	Kurzbeschreibung (Themen/Ziele/ Art der Maßnahme)	2017	2018	2019	2020	Umsetzende Einrichtung
					x	x	x	x	
ENCARE-Fortbildungen	Schulen Kinderbildungs- und -betreuungseinrich- tungen Kinder- und Jugend- hilfe	Pädagoginnen & Pädagogen Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe	übergreifend	Kinder in suchtbelasteten Familien Grundlagen zur Suchtvor- beugung und suchtspezifi- schen Themen Kompetenzaufbau Seminare und Seminarreihe	x	x	x	x	VIVID
PRÄKOM – Präventionskom- petenz in der Jugendarbeit und Jugendhilfe	Außerschulische Jugendarbeit und Kinder- und Jugend- hilfe	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in der Jugend(sozial)- arbeit und Kinder- und Jugendhilfe	übergreifend und spezifisch	Grundlagen zur Suchtvor- beugung und suchtspezifi- sche Themen Kompetenz- aufbau Seminare	x	x	x	x	VIVID
Choice	Arbeitsmarktpolitische Einrichtungen und Beschäftigtenprojekte	Jugendliche	übergreifend	Anregung der Selbst- wahrnehmung und der Regulationsfähigkeit von Gefühlen Seminarreihe	x	x	x	x	VIVID
Suchtprävention in Jugend- ausbildung und -beschäfti- gung (Ampol)	Arbeitsmarktpolitische Einrichtungen und Be- schäftigungsprojekte	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in arbeitsmarkt- politischen Einrichtungen und Beschäftigungs- projekten	übergreifend und spezifisch	Seminarreihe	x	x	x	x	VIVID
Seminare Glücksspielan- bieter	Arbeitswelt / Automa- tensalons	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter in Automatensalons	Glücksspielsucht	Seminare in Abstimmung mit der Fachstelle für Glücksspielsucht	x	x	x	x	VIVID
Indizierte Prävention									
Movin – Motivational Inter- viewing	Außerschulische Jugend(sozial)arbeit und Jugendhilfe	Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter der außerschulischen Jugend(sozial)- arbeit und Jugendhilfe	übergreifend	Erreichung von riskant kon- sumierenden Jugendlichen Seminarreihe	x	x	x	x	VIVID
Movin – Motivational Inter- viewing	Medizinische Versor- gung	Gesundheits- und Sozialberufe						x	VIVID
§ 13 SMG Step by Step – Früherken- nung und Krisenintervention an Schulen	Schulen ab der 5. Schulstufe	Pädagoginnen & Pädagogen	Illegale Süchte (SMG)	Aufzeigen von Möglichkei- ten zur Unterstützung von „Helfen statt strafen“ Seminare	x	x	x	x	VIVID
Angebot der Tabakentwöhnung									
Take Control – Tabakent- wöhnung für jugendliche Raucherinnen & Raucher	Schule Betrieb Außerschulische Jugendarbeit	Jugendliche	Tabak	Seminarreihe Tabakentwöhnung, Re- duktion von Tabakkonsum, Konsumreflexion	x	x	x	x	VIVID

Auswertung aus dem Controlling der Suchtkoordination

11.4

Eine der zentralen Empfehlungen aus dem Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkran-
ker Menschen in der Steiermark (EPIG GmbH 2019) war die Implementierung eines einheitlichen Cont-
rollings der Suchtkoordination. Dieses wurde 2019 unter Einbeziehung der Akteurinnen und Akteure
der Suchtprävention und Suchthilfe in der Steiermark entwickelt und im Jahr 2020 erstmals vollständig
implementiert. Damit liegt für das Jahr 2020 erstmals eine einheitliche Datenbasis für Angebote der
Suchtprävention vor, die aus Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark über die Suchtkoordination Stei-
ermark gefördert werden.¹⁰² In Summe wurden für das Jahr 532 präventive Angebote in der Steiermark
erfasst, die grundsätzlich auch nach Art der Prävention (universell, selektiv und indiziert), nach Settings
und Zielgruppen ausgewertet werden können.

Insbesondere im Bereich der Suchtprävention ist das Jahr 2020 im Zusammenhang mit der Corona-Pan-
demie allerdings nicht repräsentativ. Präventionsangebote v. a. an Schulen und in anderen Bildungsein-
richtungen konnten aufgrund von COVID-19-Maßnahmenverordnungen nicht oder nur eingeschränkt
durchgeführt werden. Von einer vertiefenden Analyse der Daten zu den Angeboten der Suchtprävention
wird daher in diesem Bericht abgesehen.

Fazit

11.5

Die Suchtprävention hat in der Steiermark einen hohen Stellenwert. Dieser zeigt sich unter anderem
darin, dass vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark und dem Gesundheitsfonds Steiermark mit
VIVID eine eigene Fachstelle zur Vorbeugung von Suchtverhalten beauftragt ist.¹⁰³

Im Bereich Alkohol- und Tabakprävention werden breit angelegte Strategien bzw. Aktionspläne umge-
setzt, ebenso im Bereich der Spielsucht. Die Strategien und Aktionspläne sind intersektoral und deter-
minantenorientiert angesetzt. Dadurch arbeiten und wirken sie nicht nur auf der individuellen Verhal-
tensebene.

Angeregt wird für künftige Schwerpunktsetzungen in der Suchtprävention, noch intensiver auf vulne-
rable Zielgruppen und Settings zuzugehen, die im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit
anzusprechen wären. In diesem Zusammenhang wird angeregt, verstärkt mit Multiplikatorinnen und
Multiplikatoren zu arbeiten und einen stärkeren Fokus auf selektive und indizierte Präventionsangebote
zu legen. Beispielhaft sei hier für den Bereich der indizierten Prävention ein neues Projekt der Caritas
„Workshop mit Folgen – Lebensweltnahe Präventionsarbeit“ genannt.

¹⁰² vgl. Kap. 15

¹⁰³ <https://www.vivid.at/> (abgerufen am 13.09.2021).

12. Suchtspezifische Einrichtungen in der Steiermark und deren Angebote

In diesem Kapitel zeigt eine Landkarte die Anzahl und Art der Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark; sämtliche Suchthilfeeinrichtungen werden mit Kontaktdaten im Anhang (15.2) aufgelistet.

Die Auswertung aus dem Controlling der Suchtkoordination in diesem Kapitel stellt die Verteilung der Hauptbetreuungsschwerpunkte in den steirischen Versorgungsregionen dar.

Einrichtungen der Suchthilfe werden grundsätzlich unterteilt in niederschwellige, ambulante und stationäre Angebote. Niederschwellige Angebote sind u. a. auch solche, die Risikogruppen und Betroffene in unterschiedlichen Settings aufsuchen. So ist beispielsweise Streetwork zu den niederschweligen Angeboten zu zählen. Ambulante Angebote sind im Wesentlichen Beratungsstellen der Suchthilfe, in denen Betroffene von einem interdisziplinären Team begleitet, betreut und behandelt werden. Zu den ambulanten Angeboten zählen weiters die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Opioidsubstitutionstherapie (OST) anbieten, und Krankenhausambulanzen. Neben der akutmedizinischen Behandlung in stationären Einrichtungen werden dort auch mehrwöchige Entwöhnprogramme angeboten. Grundsätzlich gibt es in allen steirischen Bezirken und Versorgungsregionen suchtspezifische Angebote im niederschweligen und ambulanten Bereich, wenn auch die Versorgungsdichte eine unterschiedliche ist.

Steirische stationäre Einrichtungen mit mehrwöchigen Entzugs- und Entwöhnungsangeboten haben, genauso wie vergleichbare Einrichtungen in anderen Bundesländern auch, eine überregionale Versorgungswirksamkeit.

Unter schadensminimierenden Angeboten versteht man solche, die das Ausmaß möglicher gesundheitlicher und psychischer Schäden durch den Konsum von Abhängigkeit erzeugenden Substanzen begrenzen. Dabei muss der Konsum nicht dauerhaft beendet werden.

Ein Großteil der Suchthilfeeinrichtungen sind Einrichtungen nach § 15 des Suchtmittelgesetzes (SMG).¹⁰⁴ Der Anwendungsbereich des §15 SMG geht über die Umsetzung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ hinaus und ist in Verbindung mit §11 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch) zu sehen. Es muss ein entsprechendes Angebot für alle Anlassfälle zur Verfügung stehen, d. h. für

- freiwillig in Betreuung kommende Klientinnen und Klienten,
- über Hinwirken der Gesundheitsbehörde in Betreuung kommende Klientinnen und Klienten,
- Klientinnen und Klienten, die im Zusammenhang mit einem Strafverfahren wegen eines Suchtgiftdelikts in Betreuung kommen.

Einrichtungen nach §15 SMG müssen

- bei ihrer Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungstätigkeit im Rahmen von Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 die Abstinenz von Suchtgift und die soziale Reintegration des Suchtkranken zum Ziel haben,
- über einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt verfügen und
- nach Maßgabe ihres Betreuungsangebots alle oder einzelne der im §11 Abs. 2 Z3 bis 5 genannten Maßnahmen durch entsprechend qualifiziertes und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrautes Personal sicherstellen.

¹⁰⁴ §§ 11 und 15 SMG



Suchthilfeeinrichtungen in den Versorgungsregionen, Steiermark

Stand: August 2021

LEGENDE

Angebote:

niederschwellig

- Streetwork
- Sozialarbeit
- Betreuung in Krisensituationen
- Einzelfallhilfe
- schadensminimierende Angebote
- Rechtsberatung
- Onlineberatung
- Suchtprävention (Kooperationen mit Schulen und Jugendzentren)
- lebensweltorientierte Unterstützung

ambulant

- psychotherapeutische Beratung, Behandlung und Begleitbetreuung
- Gruppenangebote
- rechtliche Beratung
- Suchtprävention

§-15-Einrichtungen:

Einrichtung nach § 15 des Suchtmittelgesetzes (SMG) – diese verfügen über eine/n mit Fragen des Suchtgiftmisbrauchs hinreichend vertraute/n Ärztin/Arzt

stationär

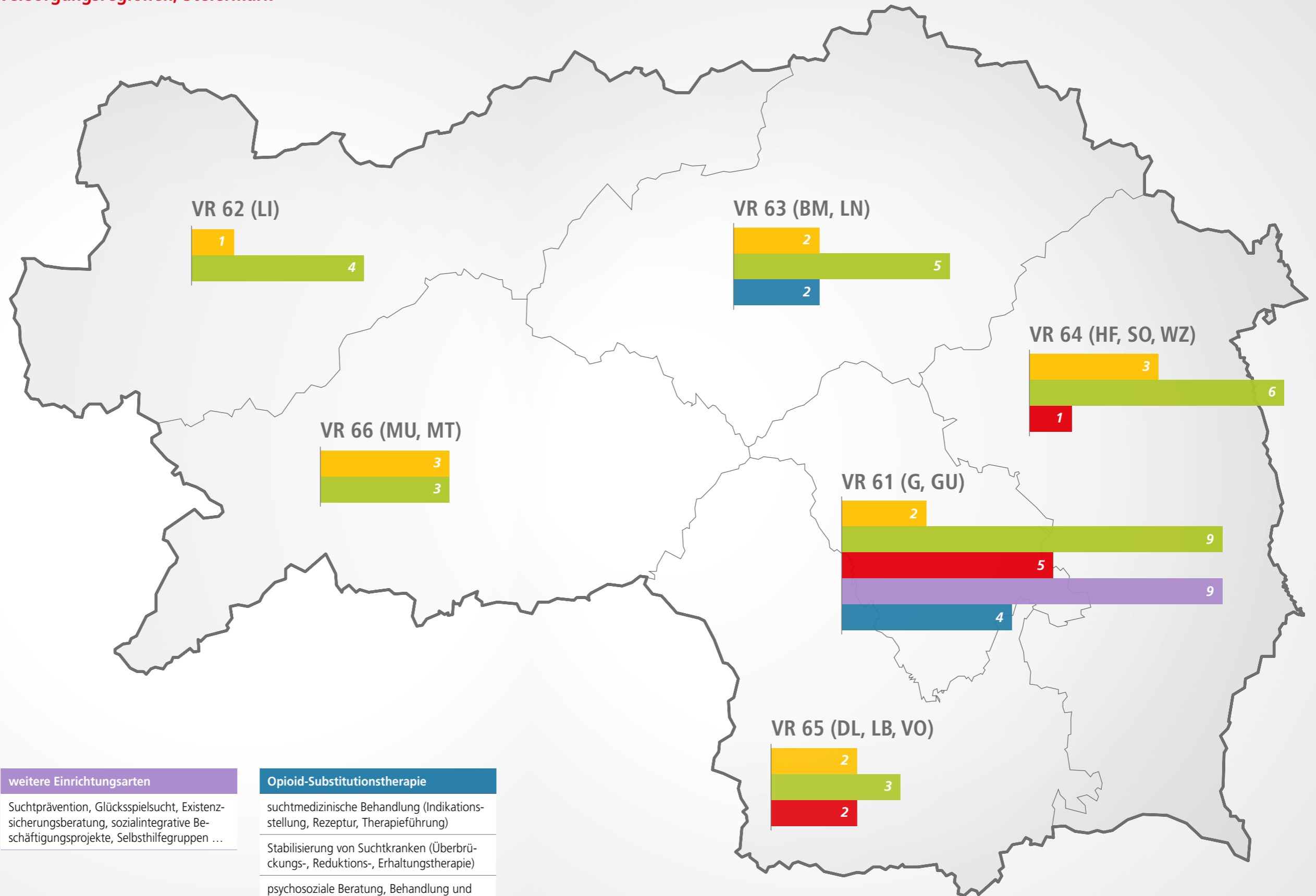
- stationäre Kurz- und Langzeittherapie
- Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung
- regelmäßige Tagesprogramme
- Psychotherapie, Einzel- und Gruppentherapie

weitere Einrichtungsarten

Suchtprävention, Glücksspielsucht, Existenzsicherungsberatung, sozialintegrative Beschäftigungsprojekte, Selbsthilfegruppen ...

Opioid-Substitutionstherapie

- suchtmedizinische Behandlung (Indikationsstellung, Rezeptur, Therapieführung)
- Stabilisierung von Suchtkranken (Überbrückungs-, Reduktions-, Erhaltungstherapie)
- psychosoziale Beratung, Behandlung und Begleitbetreuung (Case- und Care-Management)



* Nicht auf der Landkarte enthalten sind Tabakentwöhnprogramme der gesetzlichen Krankenversicherungen.

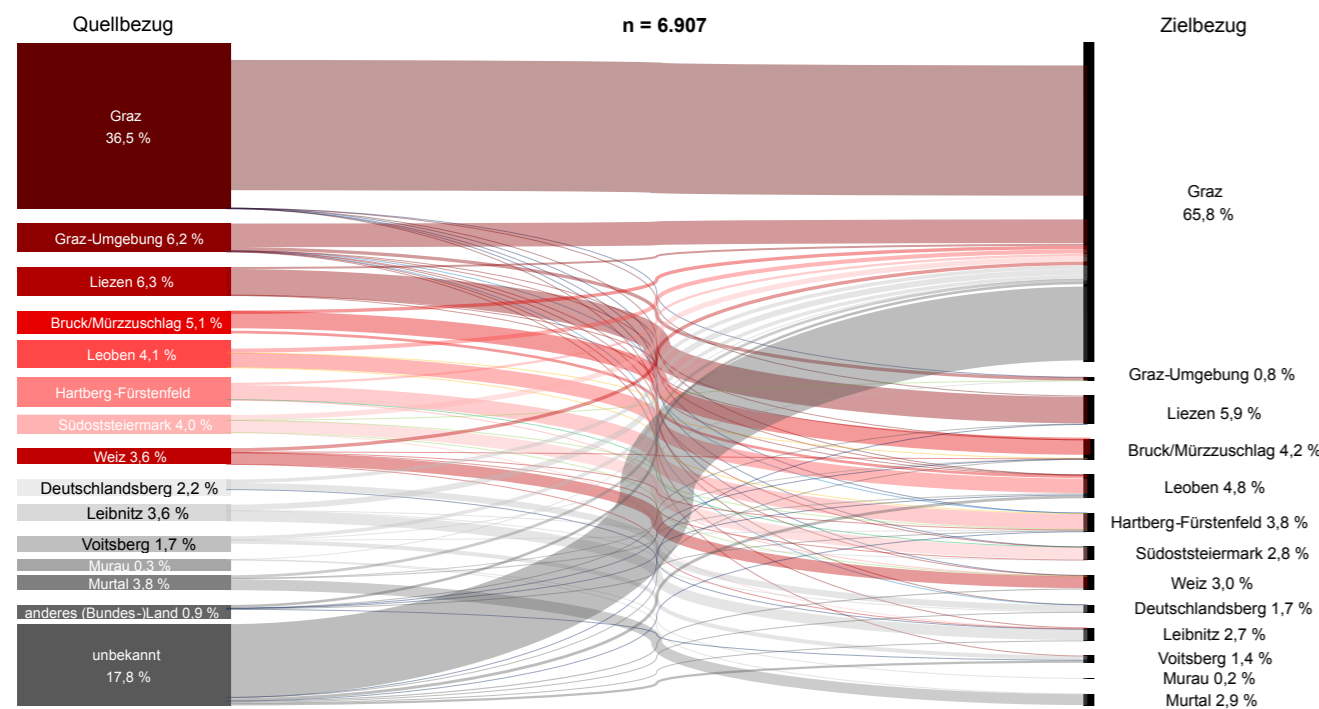
* Nicht auf der Landkarte enthalten sind Opioid-Substitutionsangebote bei ngl. Ärztinnen und Ärzten.

12.1 Versorgungslage in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen

Aus dem Controlling der Suchtkoordination geht für das Jahr 2020 hervor, dass 6.907 Personen in den ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe beraten und betreut wurden.¹⁰⁵ Ein Großteil davon sind mit 84,9 % Personen mit Suchterkrankungen oder Suchtproblemen, 15,1 % waren betreute Angehörige von betroffenen Personen. Bei den direkt betroffenen Klientinnen und Klienten, bei denen das Geschlecht dokumentiert ist (n = 5.828), zeigt die Verteilung, dass 65,4 % der Personen männlich, 34,6 % weiblich sind. Bei etwa vier Fünftel der Klientinnen und Klienten ist das Alter bekannt (n = 5.861). Die Hälfte (50,8 %) befindet sich in der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen, 46,2 % sind jünger als 35 Jahre, 3,0 % sind älter als 65 Jahre.

Die folgende Abbildung zeigt – von links nach rechts gelesen –, aus welchen Wohnbezirken die Klientinnen und Klienten kommen, und in welchem Bezirk sie sich betreuen lassen. Ein Großteil der Klientinnen und Klienten bleibt für die Betreuung im eigenen Wohnbezirk. Personen, von denen der Wohnbezirk nicht bekannt ist, lassen sich größtenteils in Graz betreuen.

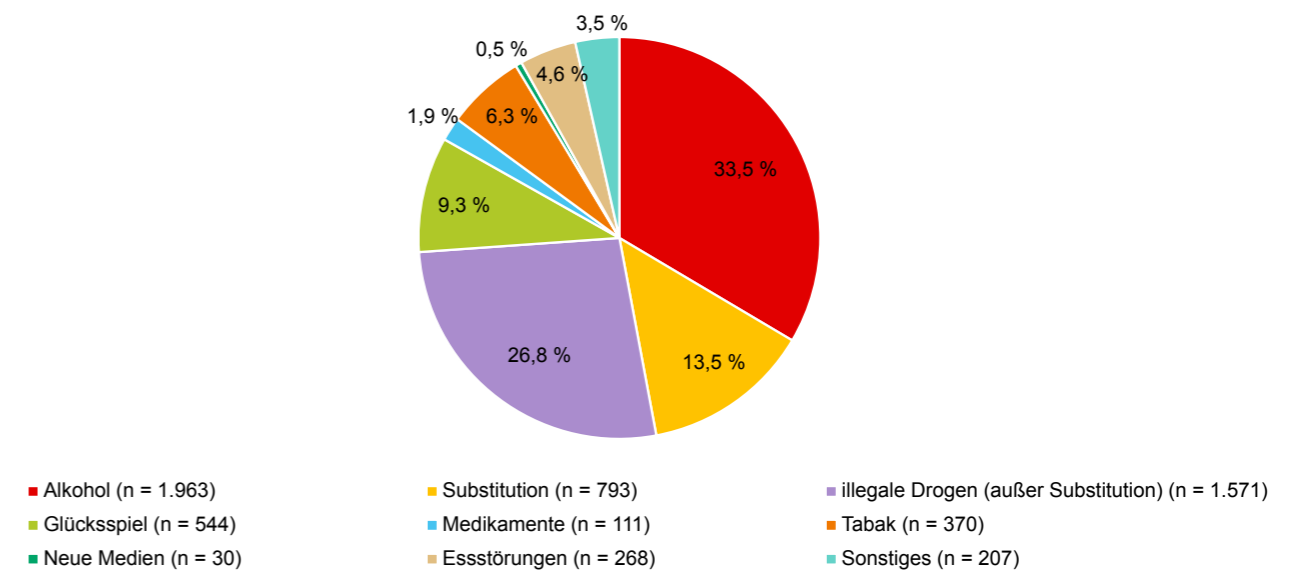
ABBILDUNG 58: In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreute Personen (Klientinnen und Klienten sowie Angehörige) nach Wohn- und Behandlungsbezirk (n = 6.907); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Aus dem Controlling der Suchtkoordination in der Steiermark geht hervor, dass von insgesamt 5.861 Klientinnen und Klienten 5.857 Personen einem Hauptbetreuungsschwerpunkt zugewiesen wurden. Die Betreuungsschwerpunkte verteilen sich innerhalb der Klientinnen und Klienten wie folgt:

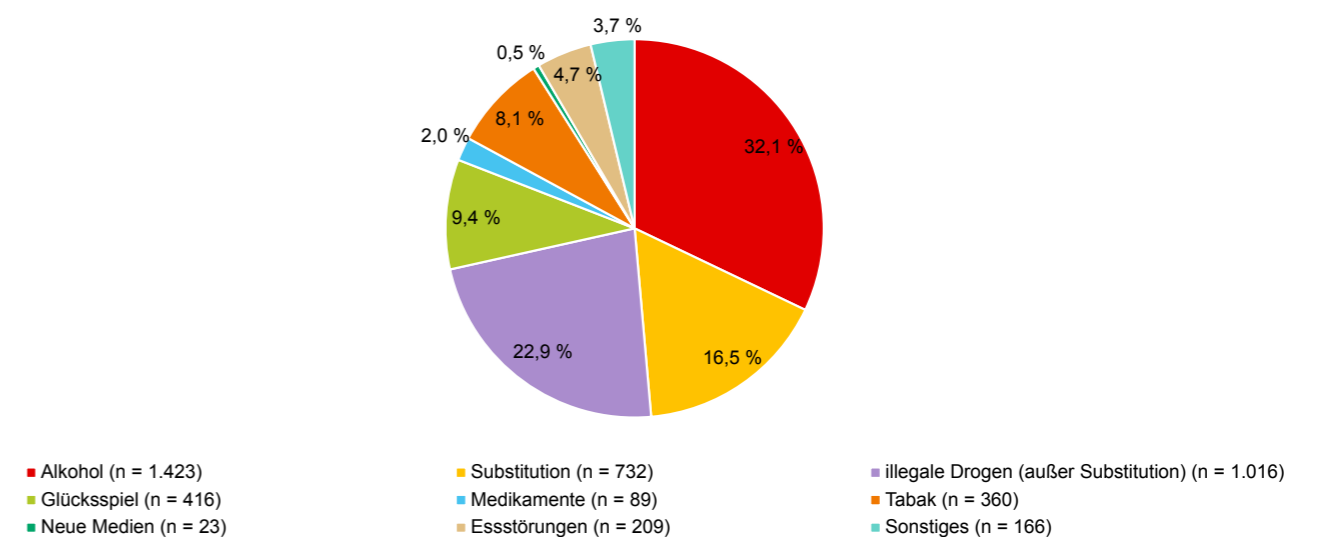
¹⁰⁵ Folgende Einrichtungen sind über das Controlling erfasst: Allgemeinmedizin Graz Gries OG, b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Caritas – Kontaktladen, Streetwork, Notschlafstelle, Drogenberatung des Landes Steiermark, ERFÄ – Erfahrung für Alle, Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark (b.a.s.), Grüner Kreis, Hilfswerk Steiermark GmbH, I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle für medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung, ISOP – Streetwork, Jugend am Werk Steiermark GmbH, JUKUS – Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport, Österreichische Gesundheitskasse, PSN – Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Schuldnerberatung Steiermark, Sera Soziale Dienste gGmbH, SMZ Liebenau, Sozialverein Schilcherland, Suchtberatung Obersteiermark, Verein Fensterplatz, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Weiz Sozial

ABBILDUNG 59: Verteilung der in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten nach Hauptbetreuungsschwerpunkten (n = 5.857); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Wenn man die anonym betreuten Personen aus der Auswertung nach Hauptbetreuungsschwerpunkt ausschließt, ist zu erkennen, dass sich die Verteilung der Betreuungsschwerpunkte kaum verändert. Das heißt, dass die Klienten und Klientinnen, die keine Angaben zu Alter, Geschlecht oder Wohnort machen, sich ähnlich über die Betreuungsschwerpunkte verteilen dürften wie diejenigen, zu denen persönliche Angaben dokumentiert sind.

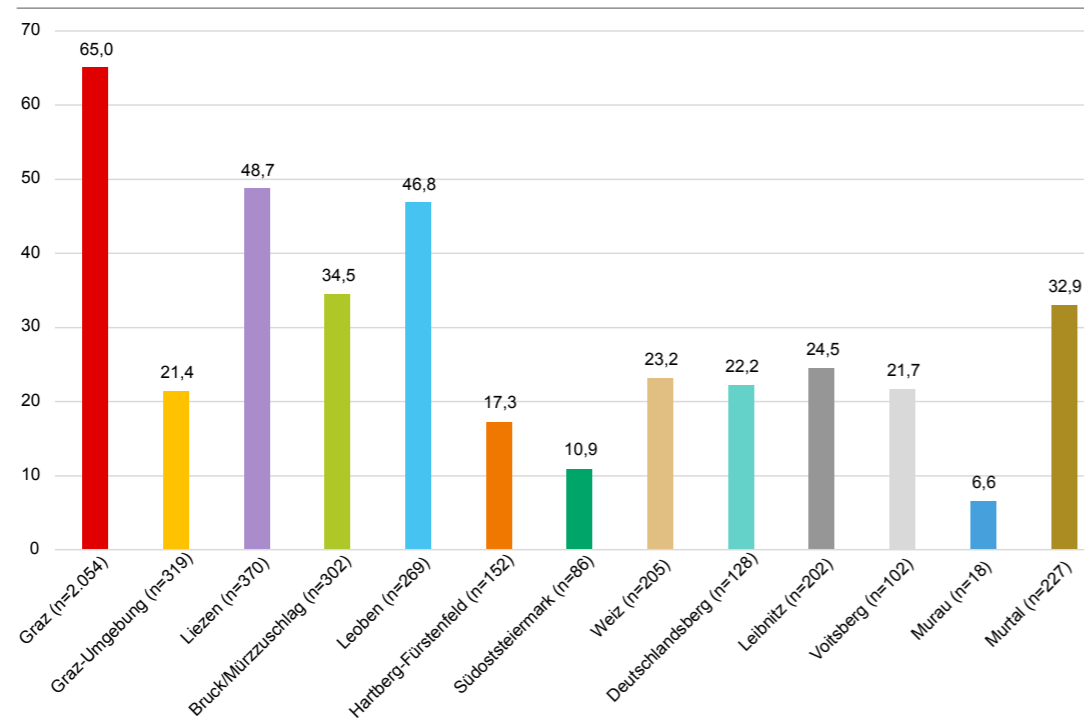
ABBILDUNG 60: Verteilung der Hauptbetreuungsschwerpunkte jener Klientinnen und Klienten, bei denen die Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnort bekannt sind (n = 4.434); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Auf den jeweiligen Wohnbezirk bezogen sowie alters- und geschlechtsstandardisiert ist zu erkennen, dass mit 65 Personen je 10.000 EW die meisten Klientinnen und Klienten aus Graz stammen, gefolgt von Liezen und Leoben. Die geringste Anzahl an betreuten Personen findet sich – bezogen auf die Wohnbevölkerung – im Bezirk Murau und in der Südoststeiermark.

ABBILDUNG 61:

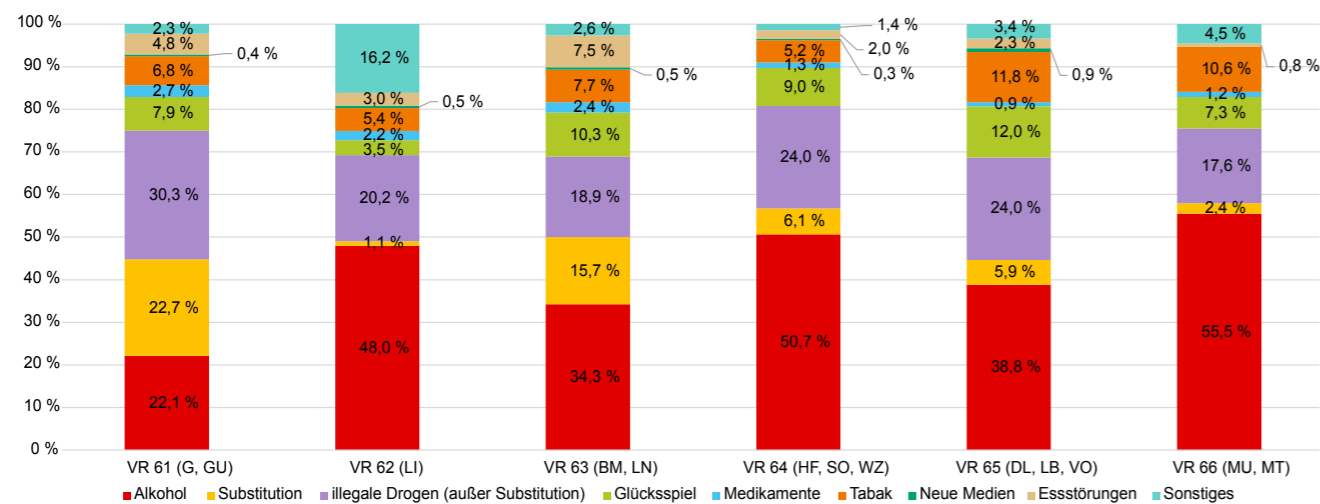
Herkunft der in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten aller Hauptbetreuungsschwerpunkte alters- und geschlechtsstandardisiert je 10.000 EW nach Wohnbezirk (n = 4.434); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Folgende Abbildung aus dem Controlling der Suchtkoordination zeigt anteilig die Verteilung der Hauptbetreuungsschwerpunkte nach Versorgungsregionen.

ABBILDUNG 62:

Verteilung der Hauptbetreuungsschwerpunkte von Klientinnen und Klienten innerhalb der steirischen Versorgungsregionen, quellbezogen (n=4.990); Methodik & Quelle: Deskriptive Auswertung der klientenbezogenen Daten aus dem Controlling der Suchtkoordination Steiermark, 2020, N = 6.907; Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH



Integrierte Versorgung

Menschen mit Suchterkrankungen benötigen neben adäquaten medizinischen Angeboten und Angeboten im Bereich der suchtspezifischen Beratung und Begleitung gegebenenfalls psychosoziale und sozialintegrative Angebote sowie eine adäquate Wohnversorgung. Eine integrierte Versorgung sieht die Patientin und den Patienten mit deren individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt und organisiert und koordiniert bedarfsadäquat die erforderlichen Versorgungsangebote. Um für die Bedürfnisse der Betroffenen eine gleichwertige Versorgung anbieten zu können, ist es erforderlich, die entsprechenden Prozesse an den Übergängen der einzelnen Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen nach fachlichen Standards zu gestalten.

Der Umgang mit der gesellschaftlichen Toleranz v. a. im Bereich der Alkoholsucht sowie der Tabak- bzw. Nikotinsucht auf der einen Seite und der Tabuisierung von Suchterkrankungen andererseits stellt hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem. Im Gesundheitswesen tätige Personen sind im Kontext der integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen herausgefordert, zunächst eine Suchtproblematik zu erkennen bzw. eine Suchterkrankung zu diagnostizieren und eine suchtmmedizinische Behandlung oder eine suchtspezifische Betreuung und Begleitung in die Wege zu leiten. Ein verstärkter Know-how-Transfer von Akteurinnen und Akteuren in der Suchthilfe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen z. B. in Suchthilfekonferenzen oder in spezifischen Fort- und Weiterbildungen kann an dieser Stelle angeregt werden.

Am Beispiel der Alkoholsucht wurden von Fachleuten in Österreich u.a. folgende Ziele für eine integrierte Versorgung definiert:

- Ziel ist, dass alkoholranke Personen in die bestehenden Systeme integriert werden und kein Parallelsystem aufgebaut wird.
- Bereits erprobte Modelle der integrierten Versorgung sollen dafür als Vorbild dienen und bedarfsadäquat angepasst werden, darüber hinaus sollen auch neue Lösungen erarbeitet werden.
- Der niedergelassene ärztliche Bereich soll als erste Anlaufstelle für Betroffene hinsichtlich der Früherkennung, der Kurzintervention und der Nachbetreuung dienen.
- Die suchtspezifische Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation erfolgt multiprofessionell im Bereich der ambulanten und stationären spezialisierten Suchtkrankenhilfe.
- Die Vermittlung in die spezialisierte Betreuung der Suchtkrankenhilfe erfolgt durch Liaisondienste, die je nach struktureller Ausgestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems an unterschiedlichsten Nahtstellen einbezogen werden können.
- Das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem wird so einerseits entlastet und andererseits gelingt durch die enge Kooperation die Adaptierung bestehender Angebote für die spezifischen Bedürfnisse von alkoholkranken Menschen.
- Die Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation erfolgt auf Basis bedarfsorientierter Betreuungspläne. Betreuungspläne können sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen beinhalten. Die bedarfsorientierte Betreuungsplanung orientiert sich am Schweregrad der Abhängigkeit und wird individuell an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst.
- Die Leistungserbringung erfolgt immer multiprofessionell auf Basis einheitlicher Qualitätsstandards.

Die Ausrichtung des Systems orientiert sich an der zu erzielenden Wirkung basierend auf dem Bedarf unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

Im Bereich der illegalisierten Substanzen spielt die Opioidsubstitutionsbehandlung (OST) eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen. Eine wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit in regionalen Suchthilfeeinrichtungen und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie in Primärversorgungseinrichtungen wurde in den letzten Jahren verstärkt realisiert. Dies zeigt sich u. a. darin, dass immer mehr Menschen über viele Jahre eine Opioidsubstitutionsbehandlung in Anspruch nehmen. Damit kann es gelingen, trotz einer Opiatabhängigkeit Betroffenen eine individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen und die Überlebensdauer positiv zu beeinflussen. Integrierte Versorgung im Sinne von gut abgestimmten Prozessen zwischen Gesundheitsdiensteanbietern ist in diesem Zusammenhang insbesondere in der Phase der Einstellung der OST erforderlich. Neben den medizinischen Aspekten ist häufig eine suchtspezifische Betreuung und Begleitung erforderlich, damit die Betroffenen in das Substitutionsprogramm kommen und dort auch langfristig in Behandlung bleiben.

Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen bedingen sich oft wechselseitig und die Übergänge sind oft fließend. In einem gut integrierten Versorgungssystem ist die Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den Bereichen der Suchthilfe und der psychosozialen Versorgung eng. Die im Gesundheitsfonds Steiermark angesiedelte Suchtkoordination sowie die Psychiatriekoordination des Landes haben u. a. mit der Anpassung und Weiterentwicklung der Prozessqualitätskriterien in den letzten Jahren zu einer entsprechenden Verbesserung der Zusammenarbeit beigetragen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Frage, wie eine abgestimmte gemeinsame Betreuung und Begleitung der Klientinnen und Klienten stattfindet. Auch das ist Gegenstand der Weiterentwicklung der Prozessqualität im Bereich der Suchthilfe und der psychosozialen Einrichtungen.

12.3 Fazit

Die Steiermark verfügt über ein flächendeckendes Angebot im Bereich der Suchthilfe. Menschen mit Suchterkrankungen oder suchtspezifischen Problemen suchen im Wesentlichen eine entsprechende ambulante Einrichtung in ihrer Wohnregionen auf. Betrachtet man die unterschiedlichen Angebote nach Suchtart, so ist hier auch über die Regionen hinweg ein weitestgehend gleichwertiges Angebot zu erkennen. Nach Hauptbetreuungsschwerpunkten nehmen Menschen mit Alkoholsucht den größten Anteil in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ein, gefolgt von illegalisierten Drogen, Menschen in Substitutionsbehandlung und an vierter Stelle Menschen mit pathologischer Glücksspielsucht.

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Suchthilfeinrichtungen alters- und geschlechtsstandardisiert, so sieht man, dass aus den Bezirken Murau, der Südoststeiermark und in Hartberg-Fürstenfeld am wenigsten Menschen in Einrichtungen der Suchthilfe in Betreuung sind. Eine Anpassung der Angebote wäre daher in diesen Regionen in den nächsten Jahren anzudenken.

Angeregt wird, in den kommenden Jahren noch verstärkt ein Augenmerk auf die integrierte Versorgung zu legen, da die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Suchterkrankungen komplex sind und daher Versorgungsprozesse zwischen Suchthilfe, Gesundheitswesen und psychosozialer Versorgung weiterentwickelt werden sollten.

12.4

Exkurs zur COVID-19-Pandemie

Der Zeitraum der Erstellung dieses Suchtberichtes fiel mitten in die COVID-19-Pandemie, die zur Finalisierung dieses Berichtes immer noch andauerte. Auswirkungen der Pandemie auf Suchterkrankungen werden daher mittel- und langfristig jedenfalls im Rahmen der Suchtberichterstattung zu berücksichtigen sein. Für die Analyse unmittelbarer Auswirkungen ist der Beobachtungszeitraum aber zu kurz. Um diesem Thema dennoch einen Raum in diesem Bericht zu geben, darf eine Zusammenfassung eines Positionspapiers des Steirischen Drogenfachgremiums vom Juli 2021 mit dem Fokus auf Alkoholsucht zitiert werden.

Aus Wahrnehmung der Versorgung am Zentrum für Suchtmedizin kam es zu einer spürbaren Reduktion der geplanten ambulanten Kontakte während des ersten Lockdowns. Im Akutbereich fanden vermehrt Aufnahmen statt, insbesondere im Unterbringungsbereich. Bei diesen Personengruppen wurde eine Zunahme an erstmaligen Patientinnen und Patienten verzeichnet, während bei Wiederaufnahmen ein Rückgang bemerkbar war. Auf Grund der Einführung von einrichtungsinternen COVID-19-Konzepten und den damit verbundenen Beschränkungen war während des ersten Lockdowns die Möglichkeit massiv eingeschränkt, Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich in eine nachfolgende Betreuungseinrichtung vermitteln zu können. Die vorübergehenden Sperren von Therapiestationen während des ersten Lockdowns reduzierten das Angebot für Patientinnen und Patienten, welche qualifizierte Entzugsbehandlungen und Entwöhnungen in Anspruch nehmen wollten. Strukturelle Auswirkungen der Schutzmaßnahmen, wie z. B. die Reduktion von Gruppengrößen, führten dazu, dass diese therapeutischen Angebote durch den veränderten Personalschlüssel nicht im selben Ausmaß aufrechterhalten werden konnten.

In der ambulanten Suchtberatung und -behandlung wurden unter anderem die Aufrechterhaltung des Regelbetriebs unter den Kontakteinschränkungen, die Weitervermittlung an stationäre Einrichtungen und die Kontinuität der Behandlungen als Herausforderungen gesehen. Das „Coronamanagement“ hat viele Ressourcen gebunden. Die Installation von Remotocounseling ermöglichte es dennoch, gewisse Zielgruppen zu erreichen; eine gleichwertige Kompensation konnte dadurch allerdings nicht erreicht werden. Rückfälle waren massiver, Komorbiditäten verschlechterten sich in ihrer Symptomatik, und es wurden vermehrt Angehörige vorstellig. Trotz der Kontaktbeschränkungen wurde ein Anstieg der erbrachten Leistungen verzeichnet, insbesondere alkoholassoziiert.

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigte sich, dass Klientinnen und Klienten, die sich während des ersten Lockdowns bereits in einem Setting befanden, eher wenig von den coronabedingten Veränderungen betroffen waren, da das stationäre Setting als geschützter Rahmen und gewissermaßen als eine „Blase“ wahrgenommen wurde. Es fanden wenig Außenkontakte statt, Gastronomiebetriebe konnten nicht aufgesucht werden und Heimfahrten wurden nicht unternommen. Die getroffenen Schutzmaßnahmen, wie z. B. Aufteilung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in separierte Teams, Telefonberatungen als Alternative, kaum Gruppenangebote, Wegfall von Maßnahmen zur Tagesstruktur (z. B. Beschäftigungsprojekte) und auch das „physical distancing“ erschwerten die Beziehungsarbeit und somit auch teilweise das Aufrechterhalten und Vertiefen der therapeutischen Beziehung.

Erstkontakte mit Klientinnen und Klienten waren von den Einschränkungen stärker betroffen, und es kam zwischenzeitlich zu weniger Neuaufnahmen auch aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten. Nach den ersten Lockerungen kam es bei einigen Klientinnen und Klienten zu heftigen Rückfällen und Abbrüchen, was eine Verschlechterung der Gesamtsituation zur Folge hatte.

Bezüglich der Abschätzung der mittelfristigen und langfristigen Folgen der Pandemie auf Abhängigkeitserkrankungen werden diese aufgrund der langen Latenzzeit und multikausalen Genese erst zeitverzögert eintreten.

13 ■ Fazit und Empfehlungen



Mit Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung vom 17.12.2018 wurden die Agenden der Suchtkoordination Steiermark dem Gesundheitsfonds Steiermark zugewiesen. Teilbereiche der Suchtkoordination des Landes werden auf Grund des engen thematischen Zusammenhanges mit anderen Aufgaben des Fonds – wie beispielsweise im Bereich der Psychiatriekoordination – seit 01.01.2019 im Gesundheitsfonds Steiermark wahrgenommen. Der Aufgabenbereich umfasst unter anderem die Erstellung von regelmäßigen Berichten zu den unterschiedlichen Suchtformen. Im Sinne der inhaltlichen und strategischen Kontinuität wird hier eine Zusammenschau der Empfehlungen und deren Umsetzung für die Weiterentwicklung der steirischen Suchtversorgung seit der Präsentation des Strategiepapiers „Neue steirische Suchtpolitik“ im Jahr 2011 vorgenommen. Zusätzlich zu diesem Strategiepapier wurden der „Suchtbericht Steiermark“ 2017 und der „Bedarfs- und Entwicklungsplan Sucht für die Steiermark“ (BEP-Sucht-St) 2019 berücksichtigt. Die Empfehlungen aus diesen Publikationen lassen sich thematisch in vier Punkten zusammenfassen:

1. Weiterentwicklung von **Datengrundlagen** für das Monitoring und die datenbasierte Steuerung der Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark.
2. Weiterentwicklung der **Suchtprävention** im Hinblick auf spezifische Zielgruppen.
3. (Regionale) Anpassungen in den **Versorgungsstrukturen und Versorgungsangeboten** für Menschen mit Suchterkrankungen.
4. Weiterentwicklung von **Qualitätskriterien**, deren Fokus auf Prozessen der integrierten Versorgung liegt.

Im Folgenden wird eine Einschätzung zu diesen zentralen Themen abgegeben, und es werden Aktivitäten oder geplante Aktivitäten der Suchtkoordination Steiermark in diesen Bereichen kurz angesprochen.

Datengrundlagen¹⁰⁶

Die Datengrundlagen weiterzuentwickeln, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Planung und Steuerung der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sowie für die Suchtberichterstattung.

Die Daten, mit denen die Versorgungssituation, aber auch die Krankheitslast von Menschen mit Suchterkrankungen abgebildet werden, sind sehr heterogen und gewähren nur ein eingeschränktes Gesamtbild. Bisher konnte in den Suchthilfeeinrichtungen auf Basis der DOKLI-Daten (vergleiche Kap. 15) das Versorgungsgeschehen von Klientinnen und Klienten nur im Betreuungsschwerpunkt illegalisierte Drogen vergleichend abgebildet werden. Ausgehend von der Neuen steirischen Suchtpolitik, die unter dem Ziel 3 „Steuerung“ unter anderem eine einheitliche Basisdokumentation als Maßnahme definiert, wird auch im Suchtbericht Steiermark 2017 und im BEP-Sucht-St 2019 angeregt, eine einheitliche Dokumentation im Bereich der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zu implementieren.

Letztlich wurde ausgehend vom BEP-Sucht-St ein einheitliches Controlling der Suchtkoordination pilotiert, wobei die Suchthilfeeinrichtungen in die Entwicklung und Ausgestaltung des Erhebungsinstrumentes eingebunden wurden.

Für das Jahr 2020 liegen erstmals Daten vor, die ein systematisches und vollständiges Bild über die betreuten Klientinnen und Klienten nach Hauptbetreuungsschwerpunkt, Diagnosen, Alter, Geschlecht, Wohnbezirk etc. in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der Steiermark ermöglichen. Die Daten werden erstmalig im vorliegenden Suchtbericht veröffentlicht. Es wird empfohlen, diese Dokumentationsgrundlage für das Controlling der Suchtkoordination laufend weiterzuentwickeln, dabei Suchthilfeeinrichtungen einzubinden und auch andere verfügbare Datenquellen zu berücksichtigen. Für den Bereich der Suchtprävention wurde ebenfalls ein einheitliches Dokumentationssystem im Rahmen des Controllings der Suchtkoordination erarbeitet. Auch hier wird die Weiterentwicklung unter Beteiligung der Akteurinnen und Akteure der Suchtprävention angeregt. Die Weiterentwicklung der Datengrundlagen aus dem Controlling der Suchtkoordination soll zur Validierung und zur Erhöhung der Datenqualität dienen.

¹⁰⁶ Vergleiche dazu auch das Kapitel 15, in dem die Datengrundlagen für diesen Bericht, aber auch die Limitationen der Datengrundlagen ausgeführt sind.

Es wird zudem angeregt, weiter an Rahmenbedingungen für die Implementierung der „Basisdokumentation Sucht“ (BADOS) zu arbeiten. Dabei sollte jedenfalls auf die Integration des Controllings der Suchtkoordination Bedacht genommen werden, aber auch auf die Schnittstelle zur Dokumentation im Bereich der Psychosozialen Dienste im Sinne der integrierten Versorgung.

Angeregt wird auch, dass die Suchtkoordination auf direktem Wege und kurzfristig Auswertungen aus der Datenbank eSuchtmittel erhält, damit diese Daten in die Weiterentwicklung der Suchthilfe einfließen können.

Suchtprävention

Die Suchtprävention hat in der Steiermark einen hohen Stellenwert. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark und dem Gesundheitsfonds Steiermark mit VIVID eine eigene Fachstelle zur Vorbeugung von Suchtverhalten beauftragt ist.¹⁰⁷

Im Bereich Alkohol- und Tabakprävention werden breit angelegte Strategien bzw. Aktionspläne umgesetzt, ebenso im Bereich der Spielsucht. Die Strategien und Aktionspläne sind intersektoral und determinantenorientiert angesetzt. Dadurch wirken sie nicht nur auf der individuellen Verhaltensebene. Bundesweit wird derzeit eine Tabak- und Nikotinstrategie 2022–2027 erarbeitet, in die Erfahrungen aus der steirischen Tabakpräventionsstrategie wesentlich einfließen.

Für künftige Schwerpunkte in der Suchtprävention wird angeregt, noch stärker auf vulnerable Zielgruppen und Settings zuzugehen, die im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit anzusprechen wären. Empfohlen wird daher, die Suchtprävention mit einem Schwerpunkt auf vulnerablen Zielgruppen weiterzuentwickeln, um diese im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit noch besser zu erreichen. In diesem Zusammenhang werden die verstärkte Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und ein stärkerer Fokus auch auf selektiven und indizierten Präventionsangeboten angeregt. Beispielhaft sei für den Bereich der indizierten Prävention ein neues Projekt der Caritas genannt, nämlich „Workshop mit Folgen – Lebensweltnahe Präventionsarbeit“.

Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -angebote soll nach dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Versorgung in den Regionen erfolgen. Menschen mit Suchterkrankungen sollten in der Steiermark unabhängig von ihrer Wohnregion Zugang zu einem vergleichbaren Versorgungsangebot vorfinden.

Diesem Grundsatz wurde vor allem im Bereich der Substitutionsbehandlung entsprochen. So wurde 2019 die Aufstockung einer ärztlichen Stelle im LKH Hochsteiermark veranlasst und der §-15-Einrichtung „Suchtberatung Obersteiermark“ die Genehmigung zur Substitution erteilt. Die Suchtkoordination verfolgt das Ziel, dass eine wohnortnahe Versorgung im Bereich der Substitutionstherapie durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verstärkt stattfindet.

¹⁰⁷ <https://www.vivid.at/> (abgerufen am 13.09.2021).

Dem Grundsatz, die Suchtversorgung besser in der Regelversorgung im Gesundheitswesen zu verankern, wird unter anderem damit Sorge getragen, dass Substitutionsbehandlungen in den Primärversorgungseinrichtungen (PVE) angeboten werden, wie beispielsweise in der PVE Allgemeinmedizin Graz Gries.¹⁰⁸ Primärversorgungseinrichtungen sind generell jene Einrichtungen im Gesundheitswesen, die niederschwellig für alle gesundheitlichen Belange zugänglich sind. Daher soll beim weiteren Ausbau der Primärversorgungsstrukturen ein Augenmerk darauf gelegt werden, dass Suchterkrankungen in der Primärversorgung besser erkannt werden und dass im Sinne der integrierten Versorgung abgestimmte Prozesse zwischen medizinischer Behandlung, suchtspezifischer Betreuung und psychosozialer Versorgung etabliert werden. Dieses Anliegen wird durch gemeinsame Ausbildungen für Tätige in der Sozialpsychiatrie und der Suchtkoordination zur Komorbidität von psychiatrischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen unterstützt, die vom Gesundheitsfonds Steiermark finanziell gefördert werden. Auch Kooperationen mit der Ärztekammer in der Weiterführung der Basisausbildung zur Substitutionsbehandlung gemäß Weiterbildungsverordnung zur oralen Substitution zählen zu den Maßnahmen, die zur Verankerung der Suchtbehandlung in der Regelversorgung beitragen.

Weiters wurden von der Suchtkoordination Steiermark Maßnahmen geplant, die im BEP-Sucht-St 2019 empfohlen wurden, um Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen stärker auf die Bedarfslage in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen anzusprechen, z. B. regionale Suchthilfekonferenzen. Diese konnten aber bedingt durch die Corona-Pandemie noch nicht vollumfänglich umgesetzt werden.

Qualitätskriterien für die Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen und suchtspezifischen Problemlagen

Der Bedarfs- und Entwicklungsplans Sucht für die Steiermark 2019 empfiehlt, steiermarkweite Qualitätskriterien für die Versorgung von suchtkranken Menschen zu entwickeln. Diese sollen künftig in der Versorgung von suchtkranken Menschen einrichtungsübergreifend einen fachlichen Rahmen für die Ausgestaltung der Betreuungsangebote und Versorgungsprozesse bilden. Sie dienen als Grundlage für die Förderungskriterien im Bereich der öffentlich geförderten Suchthilfeeinrichtungen und -angebote und bilden generell den Rahmen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe in der Steiermark. Ausgehend von den Empfehlungen aus dem BEP-Sucht-St 2019 wird derzeit auf Initiative der Suchtkoordination ein Qualitätsstandard für ambulante Angebote in der steirischen Suchthilfe als ergänzende Förderungsvorgabe im Qualitätsbereich erarbeitet. Der 2021 gegründete Dachverband der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ist dabei als wesentlicher Ansprech- und Abstimmungspartner zu nennen. Als einer der Tätigkeitsbereiche ist in dessen Statuten die Erarbeitung von Standards der Betreuungsangebote definiert, verbunden mit den Standards der Qualifikation, Ausbildung sowie Fortbildung der Mitarbeitenden in den ambulanten Suchthilfe-Einrichtungen.

Die hier kurz abgehandelten vier Bereiche sind zentral für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen in der Steiermark. Die Suchtkoordination hat in den letzten Jahren in jedem dieser Bereiche Maßnahmen und Aktivitäten gesetzt, die zu einer kontinuierlichen Anpassung der Strukturen, Angebote und Prozesse in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen in der Steiermark beitragen.

¹⁰⁸ <https://www.allgemeinmedizin.gries.at/about#angebot> (abgerufen am 13.10.2021).

14. Literaturverzeichnis

Aarseth, Espen; Bean, Anthony M.; Boonen, Huub; Colder Carras, Michelle; Coulson, Mark; Das, Dimitri et al. (2017): Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. In: *Journal of behavioral addictions* 6 (3), S. 267–270. DOI: 10.1556/2006.5.2016.088.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg.) (2011): Die neue steirische Suchtpolitik. Graz.

Bammer, G. et al. (2000): The impact on retention of expansion of an Australian public methadone program. In: *Drug Alcohol Depend* (58 (1-2)), S. 173–180.

BMSGPK (Hg.) (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategien für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Wien.

Busch, M. et al. (2007): Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: *Health technology assesment* (53).

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (Hg.) (2020): Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS). 2. Aktualisierung der Leitlinie LONTS 2020. Leitlinie.

DGPM (Hg.) (2020): Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3-Leitlinie.

DGPPN; DG-Sucht (2020): S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. Langfassung. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Bundesärztekammer (BÄK); DGPPN (2017): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Berlin, Heidelberg, s. l.: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-53541-7>.

DIMDI (2019): ICD-10-GM Version 2019. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Hg. v. DIMDI. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/index.htm#v>.

Dullur, Pravin; Starcevic, Vladan (2018): Internet gaming disorder does not qualify as a mental disorder. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (52), S. 110–111.

Duong, Xuan-Lam; Liaw, Shu-Yi; Augustin, Jean-Luc Pradel Mathurin (2020): How has Internet Addiction been Tracked Over the Last Decade? A Literature Review and 3C Paradigm for Future Research. In: *International journal of preventive medicine* 11, S. 175. DOI: 10.4103/ijpvm.IJPVM_212_20.

EPIG GmbH (2019): Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St). Unveröffentlichter Endbericht. Graz.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hg.) (2018a): Cannabis legislation in Europe. An overview. Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hg.) (2018b): Medical use of cannabis and cannabinoids. Questions and answers for policymaking. Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hg.) (2019): Developments in the European cannabis market. Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hg.) (2020): European Drug Report. Emergencies, Trends and Developments. Luxembourg.

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (Hg.) (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Wien, zuletzt geprüft am 31.08.2018.

GFSTMK (Hg.) (2011): Gesundheitsziele Steiermark. Unser Ziel, Gesundheit gemeinsam gestalten. Graz.

GFSTMK (Hg.) (2017): Alkohol und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung Steiermark_Im Blickpunkt. 1. Auflage. Graz.

GFSTMK (Hg.) (2020a): DOKLI Steiermark. Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark. Berichtsjahr 2019. Kommentarband. Graz.

GFSTMK (Hg.) (2020b): Sucht. Daten. Fakten. Fachbeiträge. Statements. Hilfsangebote. Graz.

GFSTMK (Hg.) (2020c): Tabak- und Nikotinkonsum in der Steiermark. Gesundheitsberichterstattung Steiermark_Im Blickpunkt. Graz.

GÖG (Hg.) (2020a): Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wissenschaftlicher Bericht. Wien.

GÖG (Hg.) (2020b): ESPAD Österreich 2019. Ergebnisbericht. Wien.

GÖG (Hg.) (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS). Wissenschaftlicher Bericht. Wien.

GÖG (Hg.) (voraussichtliches Publikationsdatum 2021): Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien.

Griffiths, M. D. (2000): Internet addiction – Time to be taken seriously? In: *Addiction Research* (8), S. 413–418.

Griffiths, M. D.; Szabo, A. (2014): Is excessive online usage a function of medium or activity? An empirical pilot study. In: *Journal of behavioral addictions* (3 (1)), S. 74–77.

Kuss, D. J.; Griffiths, M. D.; Karila, L.; Billieux, J. (2014): Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. In: *Current Pharmaceutical Design* (20), S. 4026–4052.

Lam, L. T. (2014): Risk factors of Internet addiction and the health effect of internet addiction on adolescents: a systematic review of longitudinal and prospective studies. In: *Curr Psychiatry Rep* (16 (11)), S. 508.

Land Steiermark (Hg.) (2011): Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Grundlagen Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010.

Lederer-Hutsteiner, T.; Hinterreiter, R. (2012): Internetsucht und Internetnutzung unter steirischen Schülerinnen und Schülern. Eine repräsentative Untersuchung ab der 9. Schulstufe. Studie im Auftrag der Steirischen Gesellschaft für Suchtfragen, b.a.s. Graz.

Lee, Ho (2004): A new case of fatal pulmonary thromboembolism associated with prolonged sitting at computer in Korea. In: *Yonsei medical journal* 45 (2), S. 349–351. DOI: 10.3349/ymj.2004.45.2.349.

Mathers, Colin (2012): WHO global report. Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Mattick, R. P., et al. (2004): Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. In: *Cochrane Database Syst Rev* (3).

Moreno, M. A.; Jelenchick, L.; Cox, E.; Young, H.; Christakis, D. A. (2011): Problematic Internet Use Among US Youth. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* (165 (9)), S. 797.

Pan, Y.-C.; Chiu, Y.-H.; Lin, Y.-H. (2020): Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. In: *Neurosci. Biobehav. Rev* (118), S. 612–622.

Rumpf, H. J.; Brandt, D.; Demetrovics, Z. et al. (2019): Epidemiological Challenges in the Study of Behavioral Addictions: a Call for High Standard Methodologies. In: *Curr Addict Rep* (6), S. 331–337.

Saunders, J.; Hao, W.; Long, J.; King, D. L.; Mann, K. et al. (2017): Gaming disorder: Its delineation as a serious condition for diagnosis, management and prevention. In: *Journal of behavioral addictions* (6), S. 271–279.

Savaskan, Egemen; Laimbacher, Sabrina (Hg.) (2021): Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie. Bern: Hogrefe.

U. S. Department of Health and Human Services (Hg.) (2014): The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta.

U. S. National Cancer Institute; WHO (Hg.) (2016): The Economics of Tobacco and Tobacco Control. NCI Tobacco Control Monograph Series 21.

Van Rooij, Antonius J.; Ferguson, Christopher J.; Colder Carras, Michelle; Kardefelt-Winther, Daniel; Shi, Jing; Aarseth, Espen et al. (2018): A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. In: *Journal of behavioral addictions* 7 (1), S. 1–9. DOI: 10.1556/2006.7.2018.19.

Vivid (Hg.) (2020): Gesund im Alter. Informationen zum Umgang mit Alkohol und Medikamenten.

WHO (Hg.) (2015): Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices. Meeting Report. Tokyo, Geneva.

WHO (Hg.) (2016a): Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014.

WHO (Hg.) (2016b): The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva.

WHO (Hg.) (2018): ICD-11 beta draft – Mortality and morbidity statistics. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Online verfügbar unter <https://bit.ly/36kWN6W>.

WHO (Hg.) (2020): Alcohol consumption and sustainable development. Factsheet – Sustainable Development Goals: health targets. Kopenhagen.

WHO Europe (Hg.) (2011): European action plan to reduce the harmful use of alcohol. 2012–2020.

Zeder, Ulf (o. J.): Suchtprävention. Informationsunterlage für die Kommission für Suchtprävention und Ergebnisse der Kommission.

15. Anhang

15.1 Datenquellen

Der vorliegende Suchtbericht für die Steiermark basiert auf allen verfügbaren Daten, die zur Beschreibung der aktuellen epidemiologischen Situation, zu suchtspezifischen Verhaltensweisen und über die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Angeboten in der Steiermark herangezogen werden können.

Als Datenquellen wurden Routinedokumentationen im Gesundheitswesen verwendet (Krankenhausentlassungsstatistik, Medikamentenverschreibungen), Daten von suchtspezifischen Einrichtungen (Controlling der Suchtkoordination, DOKLI), die eSuchtmittel-Datenbank und amtliche Statistiken (z. B. Todesursachenstatistik, allgemeine Bevölkerungsstatistik). Als Grundlage für die Annäherung an Prävalenzen von Suchterkrankungen und zu problematischem Konsumverhalten wurden v. a. Daten aus Befragungen herangezogen (GPS, ESPAD).

Im Folgenden werden die wesentlichen Datenquellen, die im gegenständlichen Bericht verwendet wurden, kurz beschrieben. Dabei werden auch die Limitationen der Daten kurz beleuchtet.

Viele Routinedaten im Gesundheitswesen sind Informationen, die vorrangig zu Abrechnungszwecken von Leistungserbringern erhoben werden. Der Vorteil solcher Daten besteht darin, dass eine Vollerfassung vorliegt. Da die Daten aber nicht primär für wissenschaftliche Zwecke (z. B. für epidemiologische Kennzahlen) erhoben wurden, sind vertiefende epidemiologische Analysen nur eingeschränkt möglich.

15.1.1 Krankenhausentlassungsstatistik

Ziel bei der Analyse der Krankenhausentlassungsstatistik ist es, zu erfassen, wie viele Personen aufgrund einer Suchterkrankung stationär versorgt werden. Die vorliegenden Daten weisen aus, bei wie vielen Krankenhausentlassungen eine suchtasoziierte Hauptdiagnose vorlag. Berücksichtigt werden Fälle von Steirerinnen und Steirern in österreichischen Akutkrankenanstalten. Die Limitierung besteht darin, dass diese Daten zu Abrechnungszwecken erstellt wurden und nicht zur medizinischen Dokumentation. Die Darstellung der Hauptdiagnosen führt vor allem im Bereich der alkoholbezogenen Entlassungsdiagnosen zu einer Untererfassung. Es ist nicht möglich, die in der Krankenhausentlassungsstatistik erfassten Fälle bestimmten Personen zuzuordnen. Daher kann nur abgebildet werden, wie häufig Steirerinnen und Steirer einen stationären Aufenthalt hatten, und nicht, wie viele Personen stationär aufgenommen werden mussten. In diesem Bericht sind aus der Krankenhausentlassungsstatistik Daten aus den Jahren 2019 berücksichtigt worden.

Medikamentenverschreibungen

15.1.2

Daten zu den Medikamentenverschreibungen wurden von den Sozialversicherungen angefordert. Das Ziel ist dabei die Abschätzung, wie viele Personen von einer Medikamentensucht betroffen sein könnten. Mit den Daten ist die Quantifizierung möglich, wie viele Personen mindestens eine Verschreibung eines Medikamentes der jeweils relevanten Wirkstoffgruppe in einem bestimmten Zeitraum eingelöst haben. Für diesen Bericht konnten Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) inkludiert werden. Daten der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) standen für diesen Bericht nicht zur Verfügung. Eine weitere Limitation besteht darin, dass nur über die Sozialversicherung abgerechnete Medikamente erfasst sind. Für Medikamente, deren Preis niedriger ist als die Rezeptgebühr, liegen nur Zahlen zu eingelösten Verordnungen von Personen vor, die von der Rezeptgebühr befreit sind. Insgesamt ist daher von einer nicht quantifizierbaren Untererfassung der Personengruppe mit einer potenziellen Medikamentensucht auszugehen. Von den Medikamentenverschreibungen wurden für diesen Bericht Daten aus den Jahren 2016–2020 herangezogen.

Controlling der Suchtkoordination

15.1.3

Der Gesundheitsfonds Steiermark fördert Einrichtungen, die Menschen mit Suchtproblemen und Suchterkrankungen betreuen. Einerseits zu Zwecken des Fördercontrollings und andererseits zur quantitativen Erfassung der betreuten Personen wurde 2019 eine verbindliche Dokumentation für ambulante Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark eingeführt. Nach einer einjährigen Probephase im Jahr 2019 stehen nun für das Jahr 2020 erstmals valide Daten auf Ebene der betreuten Personen (Klientinnen und Klienten sowie betreute Angehörige) bzw. zu niederschweligen Angeboten aggregierte Daten auf Ebene einzelner Maßnahmen zur Verfügung. Auch Daten aus dem Bereich der Suchtprävention werden über dieses Controlling steiermarkweit erfasst. Die Limitation bei diesem Datensatz besteht darin, dass aufgrund anonymer Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten die Wohnorte, das Alter und teilweise auch das Geschlecht der Klientinnen und Klienten nicht durchgehend dokumentiert sind.

Im Controlling der Suchtkoordination sind Daten folgender Einrichtungen berücksichtigt:

- Allgemeinmedizin Graz Gries OG – Primärversorgungseinheit
- b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
- Caritas – Kontaktladen, Streetwork, Notschlafstelle
- Drogenberatung des Landes Steiermark
- ERfA – Erfahrung für Alle, Verein für gemeinnützige Beschäftigung
- Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark (b.a.s.)
- Grüner Kreis, Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum
- Hilfswerk Steiermark GmbH, Psychosoziale Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle und Streetwork
- I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle für medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung
- ISOP – Streetwork
- Jugend am Werk Steiermark GmbH – Streetwork Voitsberg
- JUKUS – Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport – Medikamentenabhängigkeit
- Österreichische Gesundheitskasse, Rauchfrei Telefon
- PSN - Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Psychosoziale Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle und Streetwork
- Schuldnerberatung Steiermark – Existenzsicherungsberatung für GlücksspielerInnen
- Sera Soziale Dienste gGmbH – Streetwork
- SMZ Liebenau – Sozialmedizinisches Zentrum
- Sozialverein Schilcherland (Deutschlandsberg) – Streetwork
- Suchtberatung Obersteiermark
- Verein Fensterplatz – Jugendarbeitsprojekt „heidenspass“
- VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
- Weiz Sozial, Streetwork und Notschlafstelle „BIWAK“

15.1.4 eSuchtmittel-Datenbank

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden in die bundesweite eSuchtmittel-Datenbank (GÖG, voraussichtliches Publikationsdatum 2021). Da die Suchtkoordination Steiermark keinen Zugriff auf diese Datenquelle hat, wurde für Auswertungen der eSuchtmittel-Datenbank die Gesundheit Österreich GmbH beauftragt. Es wurden die Jahre 1999–2020 berücksichtigt.

15.1.5 DOKLI – Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen

Die Routinedatensammlung durch das Einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) wird österreichweit seit 2006 durchgeführt. Die steirischen Daten werden vom Institut x-sample¹⁰⁹ als Länderzentralstelle der Steiermark gesammelt, qualitätsgesichert und jährlich berichtet. DOKLI enthält Daten zu Konsumentinnen und Konsumenten von Drogen, die institutionell in §-15-Einrichtungen¹¹⁰ erfasst sind, und erlaubt daher keine direkten Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller Konsumentinnen und Konsumenten. Für diesen Bericht wurden DOKLI-Daten aus dem Jahr 2019 berücksichtigt.

Von folgenden Einrichtungen liegen DOKLI-Daten vor:

- b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
- Drogenberatung des Landes Steiermark
- Grüner Kreis, Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum
- Grüner Kreis, Johnsdorf – Rehabilitationseinrichtung
- Hilfswerk Steiermark GmbH, Psychosoziale Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle und Streetwork
- I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle für medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung
- PSN – Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Psychosoziale Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle und Streetwork
- Sera Soziale Dienste gGmbH – Streetwork
- SMZ Liebenau – Sozialmedizinisches Zentrum
- Suchtberatung Obersteiermark
- Walkabout – Ambulanz Mariahilf, Therapiestation für Drogenkranke der Barmherzigen Brüder Graz-Kainbach

15.1.6 Todesursachenstatistik

Die Angaben zur Todesursache werden durch amtlich bestellte Totenbeschauärztinnen und -ärzte, Pathologinnen und Pathologen oder Gerichtsmedizinerinnen und -mediziner eingetragen. Auf Basis dieser Daten wird die Todesursachenstatistik von der Statistik Austria geführt. Die Todesursachenstatistik wurde zur Quantifizierung von suchtasoziierten Todesfällen herangezogen. Für diesen Bericht wurde aus der Todesursachenstatistik das Jahr 2019 berücksichtigt.

¹⁰⁹ <https://x-sample.at/> (abgerufen am 15.09.2021).

¹¹⁰ Das sind jene Einrichtungen, die die Voraussetzungen erfüllen, welche in den §§ 11, 12, 35, 37 und 39 des Suchtmittelgesetzes (Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe BGBl. I Nr. 112/1997) aufgelistet sind.

Befragungsdaten

In Österreich werden in regelmäßigen Abständen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Schülerinnen und Schülern international abgestimmte Befragungen zum Konsum von psychoaktiven Substanzen bzw. zu substanzungebundenen Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial durchgeführt. Diese Befragungen sind eine wesentliche Datengrundlage für den vorliegenden Suchtbericht für die Steiermark.

Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial

Die Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (General Population Survey – GPS) wird wiederkehrend in der österreichischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt. Die Stichprobe wird nach Alter und Geschlecht gewichtet und ist damit in diesen Variablen repräsentativ für die Wohnbevölkerung. Die Erhebung bietet Daten zu Konsummustern bei legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sowie zum Nutzungsverhalten von Glücksspiel und Computerspielen, und auch die Einstellungen dazu werden abgefragt. Tendenziell werden Personen mit suchtrelevanten Verhaltensweisen bei Bevölkerungsbefragungen eher untererfasst. Gleichzeitig ist von einer Überrepräsentativität von sozial erwünschten Aussagen auszugehen. Suchtrelevantes Verhalten in einer Bevölkerungsbefragung wird eher unterschätzt. Daten zur Alkoholkonsummenge wurden daher mittels Verkaufsdaten adjustiert (GÖG 2021, S. 2–13). Für diesen Bericht wurden Daten aus der Befragung 2020 berücksichtigt. Für die Darstellung von Zeitverläufen wurden Daten aus den Befragungsjahren 2004, 2008, 2015 und 2020 ausgewertet.

Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen

Die Europäische Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) wird in allen Schulformen (außer Sonderschulen) in der 9. und 10. Schulstufe durchgeführt. Die befragten Schülerinnen und Schüler sind damit zwischen 14 und 17 Jahre alt. Die Befragungsdaten wurden nachträglich nach Schultyp und Geschlecht gewichtet. Da aus diesen Schulstufen nicht einzelne Schülerinnen oder Schüler zufällig ausgewählt wurden, ist die jeweils teilnehmende Klasse die relevante Untersuchungseinheit. Dies entspricht einer repräsentativen Klumpenstichprobe (GÖG 2020b, S. 2–15). Für diesen Bericht wurden Daten aus der Befragung 2015 und 2019 berücksichtigt.

15.1.7

15.1.7.1

15.1.7.2

15.2 Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark (Stand August 2021)

Versorgungsregion: VR 61 (G, GU)

Drogenberatung des Landes Steiermark

0316/326044
drogenberatung@stmk.gv.at
www.drogenberatung.steiermark.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

0316/821199
office@bas.at
www.bas.at

SMZ Liebenau – Sozialmedizinisches Zentrum

0316/462340
smz@smz.at
www.smz.at

Grüner Kreis – Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum

0316/760196
ambulanz.graz@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at

Caritas – Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich

0316/772238
streetwork@caritas-steiermark.at
www.caritas-steiermark.at

Caritas – Schlupfhaus, Notschlafstelle für Jugendliche

0316/482959
schlupfhaus@caritas-steiermark.at
www.caritas-steiermark.at

I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle für medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung

0316/714309
office@ika.or.at
www.ika.or.at

Allgemeinmedizin Graz Gries OG – Primärversorgungseinheit

0316/931272
hausarztinnen@allgemeinmedizingries.at
www.allgemeinmedizingries.at

Verein Fensterplatz – Jugendarbeitsprojekt „heidenspass“

0316/764078
office@heidenspass.cc
www.heidenspass.cc

ERfA – Erfahrung für Alle, Verein für gemeinnützige Beschäftigung

0660/7100710
office@erfa-graz.at
www.erfa-graz.at

JUKUS – Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport – Medikamentenabhängigkeit

0316/722865
office@jukus.at
www.jukus.at/sucht

Lebenshilfen Soziale Dienste GmbH – Tageszentrum für Essstörungen

0676/847155580
nina.baumgartner@lebenshilfen-sd.at
www.lebenshilfen-sd.at

Offline – Beschäftigungsprojekt für Menschen mit einer Suchterkrankung

0676/88015237
offline@caritas-steiermark.at
www.projekt-offline.org

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention

0316/823300
info@vivid.at
www.vivid.at

Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark (b.a.s.)

0664/9643692
office@fachstelle-gluecksspielsucht.at
www.fachstelle-gluecksspielsucht.at

Schuldnerberatung Steiermark – Existenzsicherungsberatung für Glücksspieler & Glücksspielerinnen

0316/372507
office@sbstmk.at
www.sbstmk.at

Aloisianum – Therapeutische stationäre Wohngemeinschaft zur Rehabilitation alkoholabhängiger Männer und Frauen

0316/8015630
aloisianum@caritas-steiermark.at
www.caritas-steiermark.at

Walkabout – Ambulanz Mariahilf, Therapiestation für Drogenkranke der Barmherzigen Brüder Graz-Kainbach

0316/712343
sekretariat@bbwalkabout.at
www.barmherzige-brueder.at

LKH Graz II, Standort Süd – Zentrum für Suchtmedizin, Ambulante Entzugsbehandlung, Suchtmedizinische Ambulanz, Substitutionsambulanz

0316/2191-2222, 0316/2191-2239
suchtmedizin@lkh-graz-sw.at
www.lkh-graz2.at

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz/Eggenberg

0316/5989-22000
psych.chefsek@bbgraz.at
www.barmherzige-brueder.at

Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

0316/385-13612
psychiatrie@klinikum-graz.at
www.psychiatrie.uniklinikumgraz.at

Anonyme Alkoholiker Graz

0650/7512153
stmk.ktn@anonyme-alkoholiker.at
www.anonyme-alkoholiker.at

Blaues Kreuz – Selbsthilfegruppen (Alkohol-)Sucht

0664/3007315
info@blaueskreuz.at
www.blaueskreuz.at

Hilfswerk Steiermark GmbH – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Hausmannstätten

03135/47474
journaldienst.gu@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Versorgungsregion: VR 62 (LI)

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Liezen

0664/8368560
office@bas.at
www.bas.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Gröbming

0664/8538853
office@bas.at
www.bas.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Bad Aussee

0664/8538853
office@bas.at
www.bas.at

PSN – Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Liezen

03612/26322
li@psn.or.at
www.psn.or.at

Sera Soziale Dienste gGmbH – Streetwork

0660/3738549
office@sera-liezen.at
www.sera-liezen.at

Versorgungsregion: VR 63 (BM, LN)

LKH Hochsteiermark – Standort Bruck a. d. Mur, Dislozierte Suchtmedizinische Ambulanz

03862/8955451
birgit.poltensteiner@kages.at
www.lkh-hochsteiermark.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Bruck a. d. Mur

0664/9683240
office@bas.at
www.bas.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Mürzzuschlag

0664/9683240
office@bas.at
www.bas.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Kapfenberg

0664/8467677
office@bas.at
www.bas.at

ISOP – Streetwork Bruck/Kapfenberg

0650/8217882
joerg.ebner-schwarzenegger@isop.at
www.isop.at

ISOP – Streetwork Oberes Mürztal

0699/14600026
achim.lernbass@isop.at
www.isop.at

Suchtberatung Obersteiermark

03842/44474
office@sb-o.at
www.suchtberatung-obersteiermark.at

Versorgungsregion: VR 64 (HF, SO, WZ)

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Hartberg

03332/61699
office@bas.at
www.bas.at

Hilfswerk Steiermark GmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Fürstenfeld und Streetwork Hartberg/Fürstenfeld
03382/51850
journaldienst.so@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Weiz
0664/8368308
office@bas.at
www.bas.at

Weiz Sozial, Streetwork und Notschlafstelle „BIWAK“
03172/46023
office@weiz-sozial.net
www.weiz-sozial.net

Grüner Kreis Johnsdorf – Rehabilitationseinrichtung
03155/51979
johnsdorf@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at

Hilfswerk Steiermark GmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Feldbach und Streetwork Südoststeiermark
03152/5887
journaldienst.so@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Hilfswerk Steiermark GmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Mureck
03472/40485
journaldienst.so@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Hilfswerk Steiermark GmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Bad Radkersburg
03476/3868
journaldienst.so@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Versorgungsregion: VR 65 (DL, LB, VO)

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Leibnitz
0664/8368561
office@bas.at
www.bas.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Deutschlandsberg
0664/9645042
office@bas.at
www.bas.at

Sozialverein Schilcherland – Streetwork
03462/21172
office@schilcherland-sozial.at
www.schilcherland-sozial.at

Verein ReethiRa, Das Wohnhaus
03463/62160
office@reethira.at
www.reethira.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Suchtberatungsstelle Voitsberg
0664/8538852
office@bas.at
www.bas.at

Jugend am Werk Steiermark GmbH – Streetwork Voitsberg
0664/800064682
elke.maurer@jaw.or.at
www.jaw.or.at

Facheinrichtung ubuntu
03142/28626
office@ubuntu.or.at
www.ubuntu.or.at

Versorgungsregion: VR 66 (MU, MT)

PSN – Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Judenburg und Streetwork
03572/44888
ju@psn.or.at
www.psn.or.at

PSN – Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Knittelfeld und Streetwork
03512/74450
kf@psn.or.at
www.psn.or.at

PSN – Psychosoziales Netzwerk gGmbH, Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Murau und Streetwork
03532/3243
mu@psn.or.at
www.psn.or.at



Impressum:
Herausgeber und Medieninhaber:
Gesundheitsfonds Steiermark
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark
Herrengasse 28, 8010 Graz
E-Mail: gfst@gfstmk.at
Website: www.gesundheitsfonds-steiermark.at

1. Auflage 2021

Gesamtkoordination und Redaktion:
Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit:



Projektleitung EPIG GmbH:
Mag.^a Christa Peinhaupt, MBA
Projektmitarbeit EPIG GmbH:
Mag.^a (FH) Maria Plank
Mag.^a Eva Robl
Melanie Wallner, MA, BA

Gesamtkoordination Gesundheitsfonds Steiermark:
Juliane Cichy, MSc
Dr. Johannes Koinig

Projektmitarbeit Gesundheitsfonds Steiermark:
Dr.ⁱⁿ Birgit Gossar-Summer, MA
Angelika Jöbstl

Gestaltung: Peter Michael Schaffer, TORDREI
Lektorat: Agentur Textbox. Mag. Werner Schandor
Druck: Offsetdruck Bernd Dorrang e.U.

Zitiervorschlag für diesen Bericht:
Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2021):
Suchtbericht Steiermark 2021. Graz.

Gendering:
Die Berücksichtigung der gleichen Rechte von allen Menschen ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Ausgewogenheit von Personenbezeichnungen.

