

DIVERSE THEMEN

Schweizer Suchtpolitik | Österreichischer «Suchtwürfel» | EU-Drogenmarkt | Filmprojekt «Mein perfekter Tag» | Schadensminderung und Strafverfolgung | Latenzkinder in suchtgefährdeten Familien | EU-Projekt «Take Care» | Suchtarbeit auf dem Sozialdienst | Case Management in der Suchthilfe | Plädoyer für den stationären Aufenthalt |

SuchtMagazin

5|2013



Therapie von Alkoholabhängigkeit

Naltrexin

(Naltrexon HCl)

Reduktion des übermässigen Verlangens nach Alkohol (Craving)



**Fordern Sie Ihre persönliche Weiterbildung,
sowie vollumfängliche Informationen und
Patientenpässe an:**

OrPha Swiss

OrPha Swiss GmbH
Untere Heslibachstrasse 41a, 8700 Küsnacht
Tel: +41 44 910 33 33, Fax: +41 44 910 34 54
info@orpha.ch, www.orpha.ch

Naltrexin Filmtabletten

Z: Naltrexon (HCl), Filmtabletten (teilbar): 50 mg. **I:** Medikamentöse Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung Alkohol- oder Opiatabhängiger. **D:** Alkoholabhängigkeit: 50 mg/Tag. Opiatabhängigkeit: Nach erfolgter Entgiftung am 1. Tag 25 mg, wenn keine Entzugssymptome, nach 1 h weitere 25 mg einnehmen. Danach 50 mg pro Tag oder alternativ: Montag und Mittwoch 100 mg/Tag, Freitag 150 mg/Tag. **KI:** Opioidgabe bzw. opioidpositive Urinprobe, schwere Leberinsuffizienz, Schwangerschaft. **UW:** Schlafstörungen, gastrointestinale Störungen sowie Symptome der Entwöhnung. **IA:** Es sollten keine opioidhaltigen Medikamente gegeben werden. **P:** Naltrexin Filmtabl 28; Abgabekategorie A, kassenzulässig. Für weiterführende Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz resp. www.swissmedinfo.ch.

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|----------|--|
| 4 | Suchtpolitik Schweiz: aus der Vergangenheit lernen
Petra Baumberger |
| 11 | Österreich: Der Weg zum «erweiterten Suchtwürfel»
Alfred Uhl |
| 16 | EU-Drogenmarkt: Neue Erkenntnisse
Franz Trautmann |
| 21 | Schadensminderung und Strafverfolgung
in der UNO-Drogenpolitik
Christian Schneider |
| 26 | «Mein perfekter Tag»: Ein innovatives Filmprojekt
Larissa Hauser, Severin Haug |
| 30 | Latenzkinder in suchgefährdeten Familien
Oliver Bilke-Hentsch, François Gremaud |
| 34 | TAKE CARE: EU-Projekt für Jugendliche
mit riskantem Alkoholkonsum
Liliane Pfister, Roger Keller,
Walter Kern-Scheffeldt, Esther Kirchhoff |
| 37 | Suchtarbeit auf dem Sozialdienst
Heike Güdel |
| 42 | Case Management in der ambulanten Suchthilfe
Karin Stoop |
| 45 | Ein Plädoyer für den stationären Aufenthalt
Eric Vuille, Herbert Müller |
| 51 | Fotoserie: HAPPY HOUR(S)
Mischa Christen |
| 33,36,52 | Neue Bücher |
| 53 | Veranstaltungen |
| 55 | Newsflash |

Bilder dieser Ausgabe

Mischa Christen, Luzern, www.mischachristen.ch

Österreich: Der Weg zum «erweiterten Suchtwürfel»

Eine Delphi-Studie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit als Grundlage für die Entwicklung einer nationalen österreichischen Suchtpräventionsstrategie konzipiert war, orientiert sich am «Schweizer Würfel-Modell der Suchtpolitik», wobei sich im Verlauf der Studie einige Anpassungen und Ergänzungen ergaben, die dann zum «erweiterten Suchtwürfelmodell» führten. Dabei wurden u. a. «Therapie» und «Schadensminderung» zum Bereich «Suchthilfe» zusammengefasst, die Dimension «Konsummuster» um die Kategorie «Abstinenz» erweitert, die unmittelbar mit der Klientel interagierenden Interventionsfeldern durch mittelbar agierende ergänzt und auf die zentrale Basis der Suchtpolitik (Rahmenbedingungen) hingewiesen.

Alfred Uhl

Dr., Koordinator des Bereichs Suchtforschung und -dokumentation (SucFoDok) des Anton Proksch Instituts, Graefin Zichy Strasse 6, A-1230 Wien, Tel. +43 (0)18 801 029 51, alfred.uhl@api.or.at, www.api.or.at/sp

Schlagwörter: Suchtpolitik | Suchtstrategie | Österreich |

Hintergrund

Zwischen Herbst 2011 und Frühling 2013 wurde vom Bereich Suchtforschung und -dokumentation (SucFoDok) des Anton Proksch Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Delphi-Studie durchgeführt, die als Grundlage für die Entwicklung einer nationalen österreichischen Suchtpräventionsstrategie konzipiert war und 100 wichtige österreichische ExpertInnen aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis einbezog. Die Ergebnisse liegen seit kurzem vor.¹

Die inhaltliche Struktur dieser Delphi-Studie orientiert sich am «Schweizer Würfel-Modell der Suchtpolitik», dessen Differenziertheit als ideale Grundlage für diese Studie gesehen wurde. Im Zuge der Studiendurchführung ergaben sich allerdings gewisse Anpassungen und Ergänzungen, die wir in der Folge als «erweiterten Suchtwürfel» bezeichneten. Der vorliegende Text erläutert die Entwicklung vom «Drei-Säulen-Modell» der Suchtpolitik über das «Vier-Säulen-Modell» und dem «Schweizer Würfel-Modell» bis hin zum «erweiterten Suchtwürfel». Ein Blick auf die inhaltliche Entwicklung des suchtpolitischen Diskurses der letzten Jahrzehnte zeigt, dass sich dahinter ein langsamer aber konsequenter Paradigmenwechsel in der Suchtpolitik abzeichnet.

Das «Drei-Säulen-Modell» des alten suchtpolitischen Paradigmas

In den 1960er und 1970er Jahren galt die Vorstellung, dass es grundsätzlich nur drei adäquate Zugänge zum Umgang mit Substanzmissbrauch und Suchtproblemen gibt, unter den meisten SuchtexpertInnen und wichtigen EntscheidungsträgerInnen als Dogma des Common-Sense. Diese drei Zugänge waren:

1. auf Abschreckung zielende Vorbeugung (Prävention),
2. abstinenzorientierte Behandlung durch spezialisierte SuchttherapeutInnen (Therapie),
3. im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen das

kompromisslose Bekämpfen von Angebot und Nachfrage mit den Mitteln des Strafrechts (Repression).

Um zu zeigen, dass Suchtpolitik nicht primär auf einen dieser drei Zugänge setzen soll, sondern das Zusammenspiel dieser drei Zugänge relevant ist, wurde vom «Drei-Säulen-Modell» der Suchtpolitik gesprochen.

Sprachliche Verwirrung entstand mitunter dadurch, dass nicht nur die RepräsentantInnen der Säule «Prävention», sondern auch RepräsentantInnen der Säulen «Repression» und «Therapie» das Wort «Prävention» für ihren Tätigkeitsbereich reklamierten und auch heute noch reklamieren. Polizei und Gerichte unterscheiden bei ihren Zielen zwischen «Generalprävention»² und «Spezialprävention»³. ÄrztInnen und TherapeutInnen bezeichnen ihre therapeutische Tätigkeit oft als «Sekundär-»⁴ oder als «Tertiärprävention»⁵. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, im Diskurs immer klarzumachen, auf welches Klassifikationssystem man sich nun bezieht. Ausserdem ist es zweckmässig, ausdrücklich zwischen «Prävention im weiteren Sinn», als Überbegriff für jegliches suchtpolitisches Handeln, und «Prävention im engeren Sinn» für «alle nicht repressiven Interventionen an Personen, bei denen (noch) keine therapeutische Intervention nötig ist» zu unterscheiden. Wenn in suchtpolitischen Diskursen allerdings undifferenziert von «Suchtprävention» die Rede ist, so ist fast ausnahmslos «Suchtprävention im engeren Sinn» gemeint.⁶

Das gnadenlose Scheitern des «Drei-Säulen-Modells»

Die drei Säulen «Prävention», «Repression» und «Therapie» sind, wie sich immer deutlicher herausstellte, in ihren ursprünglichen Konzeptionen konsequent gescheitert.

Das Scheitern der «Prävention»

Abschreckende Präventionsmassnahmen, die von undifferenzierten Ängsten vor bzw. stigmatisierenden Darstellungen der SubstanzmissbraucherInnen und Süchtigen geprägt war, wird in der Suchtprävention inzwischen als unwirksam bis kontraproduktiv abgelehnt. Die SuchtexpertInnen lernten in ihrer täglichen Arbeit sukzessive dazu und die Paradigmen ihres Vorgehens änderten sich. Überzeichnete Darstellungen von Schäden und Ge-

fahren, die der Erfahrungswelt der KonsumentInnen stark widersprechen, werden von jenen, die angesprochen werden sollten, als lächerlich zurückgewiesen und untergraben so die Reputation jener Personen, die diese Positionen vertreten. Der Institution «Suchtprävention» wurde klar, dass es darum gehen muss, im Sinne von Gesundheitsförderung Kompetenzen zu stärken, und dass es unerlässlich ist, den Zielpersonen akzeptanzorientiert mit einer positiven Grundhaltung gegenüberzutreten.

Das Scheitern der «Repression»

Das konsequente Vertrauen in das Strafrecht im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen erhöhte das Problemausmass für die Betroffenen selbst, für deren Umfeld und für die unbeteiligte Bevölkerung, anstatt die Probleme zu minimieren. Immer mehr zeichnete sich ab, dass der kompromisslose «Krieg gegen Drogen» mit strafrechtlichen Mitteln nicht zur «Schadensreduktion» beiträgt, sondern eher als «Schadensproduktion» zu bezeichnen ist. Im Umgang mit den KonsumentInnen illegalisierter Drogen setzte sich zusehends das Prinzip «Therapie statt Strafe» durch und es kam zu einer stärkeren Fokussierung der polizeilichen und gerichtlichen Aktivitäten auf den gross angelegten, gewerbsmässigen Drogenhandel. Der für Laien oft nicht nachvollziehbare Umstand, dass es selbst im Gefängnis nicht gelingt, illegalen Drogenkonsum zu verhindern, und dass ein Grossteil der wegen Drogendelikten einsitzenden Süchtigen nach ihrer Entlassung rasch wieder rückfällig wird, zeigt, dass die Hoffnung, mit den Methoden des Strafrechts eine «drogenfreie Gesellschaft» zu erzwingen bzw. zumindest das Ausmass des illegalen Drogenkonsums erheblich einzuschränken, auf völlig falschen Prämissen aufbaute und daher scheitern musste.

Das Scheitern der «Therapie»

Das kompromisslose Bestehen auf dem Ziel «Abstinenz um jeden Preis» und die Vorstellung, dass abstinenten Ex-Süchtige schuldhaft handeln, wenn sie rückfällig werden, bewirkte, dass sich nur ein Bruchteil der Betroffenen bereits am Anfang ihrer Suchtkarriere entschloss, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und dass nach Rückfällen oft keine weitere Behandlung mehr erfolgte oder erfolgen konnte. In der Suchthilfe setzte sich über die Jahre langsam die Erkenntnis durch, dass Sucht in der Mehrzahl der Fälle eine sekundäre Erkrankung ist – also nicht Ausgangspunkt für psychische und soziale Probleme darstellt, sondern eher deren Folge ist – und dass Sucht als häufig chronisch rezidivierende Erkrankung langfristige Betreuung und Behandlung erfordert. Non-Compliance ist, wie auch bei anderen chronischen Erkrankungen als Problem zwar zum Gegenstand der Behandlung zu machen, aber sollte – von Ausnahmen abgesehen – keinen Behandlungsabbruch nach sich ziehen. Das Ziel «lebenslange Abstinenz» ist häufig unerreichbar, und akzeptanzorientierte, niederschwellige Drogenarbeit, Strassensozialarbeit mit Substanzabhängigen, Spritzentausch, Substitutionsbehandlung und vieles mehr wurden in der Folge immer populärer.

«Schadensminderung» als vierte Säule der Suchtpolitik

Nachdem offensichtlich war, dass das alte Paradigma weit mehr Probleme produziert als verhindert («Harmproduktion» statt «Harmreduktion»), setzte sich in der Fachwelt zusehends die Überzeugung durch, dass man Substanzabhängige nicht als moralisch verwerfliche Personen oder StraftäterInnen stigmatisieren und ablehnen darf, sondern dass man sie wie andere PatientInnen als vollwertige Menschen akzeptieren muss, wenn man im Umgang mit ihnen etwas erreichen möchte: Es wurde immer offensichtlicher, dass man Süchtige, für die Abstinenz (noch) keine realistische Option darstellt, unterstützen muss, ein möglichst lebenswertes Leben führen zu können. Wie bei allen

chronisch Kranken geht es darum vermeidbare Folgeschäden zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern, das alles im Bewusstsein, dass eine vollständige Heilung – im Sinne von endgültiger Abstinenz – unrealistisch ist.

Das aus dem englischen eingedeutschte Wort «Harmreduktion» bzw. das etwas unbefriedigende⁷ deutsche Äquivalent «Schadensminderung» wurde zusehends zum Schlagwort für das modernere Paradigma in der Suchtpolitik und damit automatisch zum Unwort für jene AnhängerInnen des alten Paradigmas, die einen vehementen und sehr emotionalen Abwehrkampf gegen die sich ändernden Sichtweisen führten. Der Stellenwert des alten Paradigmas nahm langsam aber sukzessive ab – eine Entwicklung, die die berühmte These von Max Planck bestätigt, dass sich «neue wissenschaftliche Wahrheiten nicht in der Weise durchsetzen, dass ihre Gegner überzeugt werden», «sondern vielmehr dadurch, dass ihre Gegner allmählich aussterben und die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut geworden ist».⁸

Ein Meilenstein für das moderne Suchtparadigma wurde gesetzt, als es in der Schweiz gelang, die dem Paradigma immanente Begrifflichkeit «Schadensminderung» in offiziellen Dokumenten zu verankern. Der Schweizer Bundesrat räumte bereits 1991⁹ im Zuge der Verabschiedung des «Massnahmenpaketes Drogen» und der Diversifizierung des Behandlungsangebotes (wissenschaftlicher Versuch zur heroingestützten Behandlung) der Idee der «Schadensminderung» zentralen Stellenwert ein – zu einer Zeit, als die Erwähnung des Ausdrucks «Harmreduktion» bei Projektanträgen in den USA noch bewirkte, dass jegliche öffentliche Fördermittel konsequent verweigert wurden. «Schadensminderung» wurde in der Folge in der Schweiz zur vierten Säule der Suchtpolitik erklärt. Das «Vier-Säulen-Modell» war geboren und wurde von immer mehr Staaten und Regionen übernommen.

«Schadensminderung» nach dem Verständnis des «Vier-Säulen-Modells» umfasst jene Behandlungs- und Betreuungszugänge, die überwiegend der Schadensminderung dienen und die nach dem alten Paradigma kaum denkbar waren, wie akzeptanzorientierte, niederschwellige Drogenarbeit mit Abhängigen, Spritzentausch, Wohn- und Beschäftigungsprojekte für konsumierende Abhängige und nach dem Verständnis mancher ExpertInnen auch die Substitutionsbehandlung.¹⁰

Vom «Vier-Säulen-Modell» zum «Schweizer Würfel-Modell»

Auf wissenschaftliche Erfahrungen gestützte neue Strategien und Zielvorstellungen können in demokratischen Gesellschaftsstrukturen in der Regel nur dann erfolgreich implementiert werden, wenn es gelingt, die Bevölkerung von deren Vorteilen zu überzeugen – und das gilt ganz besonders in der Schweiz, wo Gesetzesänderungen der Bevölkerung zur Abstimmung vorgelegt werden müssen. Der gedankliche Umgang mit neuen komplexeren Paradigmen erfordert eine angemessene Sprache. Der simplifizierende Sprachgebrauch der Medien und der Öffentlichkeit, der im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen oft bloss zweistufig zwischen «Abstinenz» und «Konsum», der mit Abhängigkeit gleichgesetzt wird, unterscheidet und häufig undifferenziert von «Rauschgift» oder «Suchtgift» spricht, steht diesem Ziel diametral entgegen.

Ein weiterer bedeutender Schritt in Richtung Differenzierung geschah, als die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), das «Vier-Säulen-Modell» explizit um zwei weitere Dimensionen zum «Schweizer Würfel-Modell» ergänzte.¹² Dieser beinhaltet neben dem Interventionsfeld (Prävention – Therapie – Repression – Schadensminderung) noch die beiden Dimensionen «Konsummuster» (risikoarmer Konsum – problematischer Konsum – Abhängigkeit) und die Dimension «Art der psychoak-

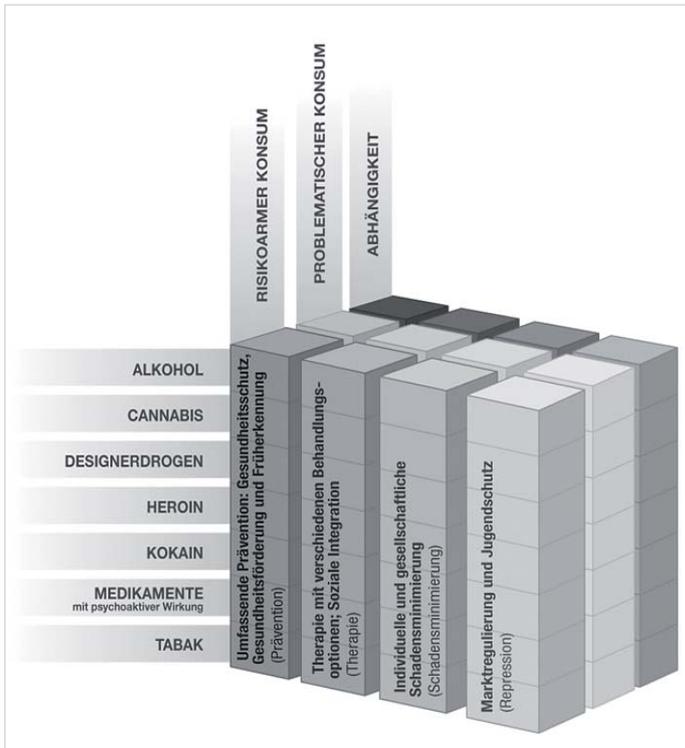


Abb. 1: Das «Schweizer Würfel-Modell». ¹¹

tiven Substanzen» (Alkohol, Amphetamine, Cannabinoide, Halluzinogene, Kokain, Medikamente mit psychoaktiver Wirkung, Opiate, Tabak – in alphabetischer Reihenfolge) und ermöglicht es damit, sich anschaulich der Komplexität suchtpolitischer Fragestellungen anzunähern.

Der «erweiterte Suchtwürfel»

Da der «Schweizer Suchtwürfel» die Komplexität der suchtpolitischen Interventionen gut abbildet, beschlossen wir, die Gliederung der Themen in der Delphi-Studie an diesem zu orientieren. Im Zuge der Durchführung ergab sich dann allerdings, dass zur erschöpfenden Behandlung des Themas einige Anpassungen und Ergänzungen zweckmässig waren. Die Gründe für die Anpassungen und Ergänzungen werden in der Folge angeführt.

Änderungen und Ergänzungen, die zum «erweiterten Suchtwürfel» führten

«Schadensminderung» als eigene Säule zu etablieren war ein wichtiger symbolischer Schritt als es darum ging, auf die suchtpolitischen Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte aufzubauen und das sich daraus ergebende moderne Paradigma der Suchtpolitik zu etablieren. Seit Schadensminimierung und Substitutionsbehandlung allerdings europaweit zum State-of-the-Art avancierten und von der EU-Drogenbeobachtungstelle in Lissabon, der Europäischen Kommission, der WHO sowie vielen anderen Institutionen bedingungslos eingefordert werden, hat diese symbolische Bedeutung ihre Funktion verloren. Nun kann man, ohne den historischen symbolischen Zusammenhang zu beachten, auch kritisch über den Ausdruck «Schadensminderung» reflektieren.

Logisch-analytisch betrachtet ergibt sich, dass die Idee der Schadensminderung – also Probleme zu reduzieren statt diese durch das ideologische Festhalten an einer überholten kompromisslosen Abstinenzorientierung zu fördern – eigentlich kein eigenes Interventionsfeld darstellt. Es handelt sich dabei um eine ethische Grundhaltung, die allen drei anderen Interventionsfeldern selbstverständlich auch zugrunde liegen sollte. Die Schäden für alle Beteiligten möglichst gering zu halten, in Verbindung mit einer an den Menschenrechten orientierten Grundhaltung, die Menschen zugesteht, Entscheidungen über ihr eigenes Leben

selbst zu treffen, sollte in einer Demokratie keiner besonderen Rechtfertigung bedürfen, sondern selbstverständlich sein. Um nicht missverstanden zu werden: Die Ablehnung einer kompromisslosen Abstinenzorientierung steht keinesfalls im Widerspruch zur «Abstinenzorientierung», die als Idealziel von vielen KlientInnen und TherapeutInnen positiv bewertet bzw. angestrebt wird. Nur wenn diese auch dort kategorisch gefordert wird, wo das Ziel unerreichbar ist, und damit den Ausschluss vieler KlientInnen von Hilfsangeboten bewirkt, ist diese Position kontraproduktiv.

Nachdem im Sinne der obigen Überlegungen das wichtige Prinzip «Schadensminderung» zum allgemeinen Grundprinzip erklärt war, beschlossen die in der Delphi-Studie involvierten ExpertInnen, die beiden Säulen «Schadensminderung» und «Therapie» zur Säule «Suchthilfe» zusammenzufassen. «Suchthilfe» umfasst demnach Beratung, abstinenzorientierte Therapie, Substitutionsbehandlung, Überlebenshilfe und die soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration.

Auch wurde angeregt, den Ausdruck «Repression», der stark negativ konnotiert ist, neutraler zu fassen und durch «Sicherheit» zu ersetzen, womit insbesondere auch legale Drogen und Verhaltenssuchte besser Berücksichtigung finden. Die Säule «Sicherheit» umfasst dabei neben «Strafverfolgung» auch «Marktregulierung/Kontrolle» und die «Vermittlung von Sicherheit in der Bevölkerung». Ein Polizeiapparat der Repression im eigentlichen Sinne des Wortes betreibt, erzeugt nicht mehr Sicherheit sondern mehr Angst und Unsicherheit in der Bevölkerung. Daher die Ablehnung des Ausdrucks «Repression» für moderne Polizeiarbeit im Rahmen zeitgemässer Suchtpolitik. Polizeiarbeit in einer Demokratie sollte grundsätzlich so konzipiert sein, dass sie sowohl mehr Sicherheit für die Bevölkerung bringt als auch zur Schadensminderung beiträgt.

Die Dimension «Konsummuster» wurde um die Kategorie «Abstinenz» erweitert, da manche Präventionsmassnahmen

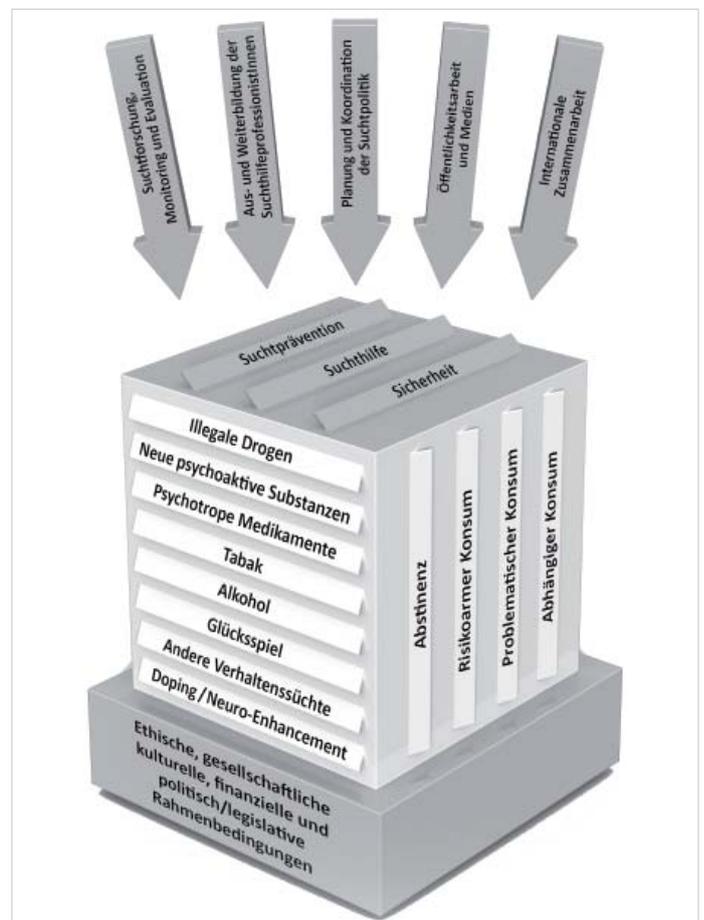


Abb. 2: Der «erweiterte Suchtwürfel». ¹³

auf eine (noch) abstinente Zielgruppe und auf «Konsummodalität» umbenannt, da die Teilnehmer an der Delphistudie den Eindruck hatten, dass dieser Ausdruck die Unterscheidung zwischen «süchtigem Konsum» und «nicht-süchtigem Konsum» treffender erfasst.

Die Dimension «Substanzen» wurde um die Verhaltenssuchte erweitert, womit diese Dimension nun «Art der psychoaktiven Substanz bzw. Verhaltensweise» heisst.

Weiter wurde angeregt, zwischen den unmittelbar bzw. mittelbar mit der Klientel interagierenden Interventionsfeldern (Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit) und andererseits den Unterstützungsprozessen bzw. Dienstleistungen – deren Stellenwert man im Zusammenhang mit suchtpolitischen Überlegungen nicht vergessen sollte – zu differenzieren.

Zu diesen Unterstützungsprozessen bzw. Dienstleistungen für diese «Interventionsfelder» zählen:

- «Suchtforschung, Monitoring und Evaluation»
- «Aus- und Weiterbildung der SuchthilfeprofessionistInnen»
- «Planung und Koordination der Suchtpolitik»
- «Öffentlichkeitsarbeit und Medien»
- «Internationale Zusammenarbeit»

Die Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen werden in dem in der Studie weiterentwickelten «erweiterten Suchtwürfel» in Form von Pfeilen dargestellt.

Darüber hinaus sollte das «erweiterte Suchtwürfel»-Modell noch abbilden, dass alle suchtpolitischen Reflexionen auf einer zentralen Basis (Rahmenbedingungen) aufbauen. Hier geht es u.a. um das zugrunde liegende Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild, welches Annahmen darüber beinhaltet, wann und wie die Gesellschaft in die Handlungsfreiheit ihrer Mitglieder intervenieren darf bzw. muss. Die darauf aufbauenden Entscheidungen sind ethischer Natur und hängen eng mit den gesellschaftlichen, kulturellen, politisch-legislativen und finanziellen Rahmenbedingungen in der jeweiligen Gesellschaft zusammen bzw. beeinflussen sich gegenseitig.

In der Grafik «erweiterter Suchtwürfel» wurden die Modifikationen des und die Ergänzungen zum «Schweizer Suchtwürfel» grafisch umgesetzt.

Inhaltliche Ergebnisse der Delphistudie

Das moderne Paradigma der Suchtpolitik, das Substanzmissbrauch und Sucht differenziert betrachtet, anstatt alles über einen Kamm zu scheren, ein Paradigma, das darauf abzielt Probleme in diesem Zusammenhang möglichst gering zu halten, statt durch rigides Festhalten an einem kategorischen Abstinenzparadigma laufend neue Probleme zu erzeugen, ist dem «erweiterten Suchtwürfelmodell» immanent und wird in den ergänzenden Ausführungen und Erläuterungen in der Delphi-Studie präzisiert.

Von grosser Bedeutung ist dabei, dass sich die Mehrzahl der an die Delphi-Studie beteiligten ExpertInnen klar zu diesen Prinzipien bekannt hat und so deren Stellenwert unterstrich. Der Gesundheitsminister hat im Vorwort der Veröffentlichung der Delphi-Studie diese als «Grundlagen für eine künftige Suchtpräventionsstrategie» dargestellt. Man kann daher hoffen, dass das der Delphi-Studie immanente Streben, die österreichische Suchtpolitik noch stärker an modernen Grundsätzen auszurichten und

der explizite Plan der Bundesregierung eine einheitliche und verbindliche nationale Suchtstrategie zu formulieren, in nächster Zukunft umgesetzt werden wird. ●

Literatur

- Commission on Chronic Illness (1957):* Chronic Illness in the United States. Published for the Commonwealth Fund. Cambridge: Harvard University Press.
- EKDF – Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2005):* «psychoaktiv.ch» Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Arbeitsversion Mai 2005. Bern. <http://tinyurl.com/kab3suz>, Zugriff: 05.09.2013.
- Kuhn, T.S. (1976):* Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, zweite revidierte und um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- NIDA – National Institute on Drug Abuse (1997):* Drug Abuse Prevention: What Works. Rockville: National Institutes of Health.
- Schweizer Bundesrat (2001):* Botschaft zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Bern: Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. www.tinyurl.com/nxhm6pr, Zugriff 05.09.2013.
- Uhl, A. (2007):* Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. SuchtMagazin 33(4): 3–11. www.tinyurl.com/nzdpwz2n, Zugriff 05.09.2013.
- Uhl, A./Schmutterer, I./Kobrna, U./Strizek, J. (2013):* Delphi-Studie zur Vorbereitung einer «nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen». Wien: Bundesministerium für Gesundheit. www.tinyurl.com/klgb767, Zugriff 05.09.2013.

Endnoten

- 1 Vgl. Uhl et al. 2013.
- 2 «Generalprävention» zielt auf die Allgemeinheit. «Negative Generalprävention» bedeutet Abschreckung der Öffentlichkeit durch Bestrafung von Tätern. «Positive Generalprävention» bedeutet Stabilisierung der Strafnorm und Schaffung von Vertrauen der Gesellschaft in die Rechtsordnung.
- 3 Spezial- oder Individualprävention zielt auf den/die TäterIn. «Negative Spezialprävention» bedeutet Gefahrenpotential der TäterInnen ausschalten durch In-Gewahrsam-Nehmen und durch individuelle Abschreckung. «Positive Spezialprävention» bedeutet Resozialisierung der TäterInnen.
- 4 Die Commission on Chronic Illness unterschied in Massnahmen vor Krankheitsmanifestation, die sie «Primärprävention» nannte, und in Massnahmen nach Krankheitsmanifestation, die sie «Sekundärprävention» nannte. Vgl. Commission on Chronic Illness 1957.
- 5 Im Suchtbereich wurde lange Zeit zwischen «Primärprävention» im Sinne von «Vorbeugung bei unselektierten Personengruppen», «Sekundärprävention» im Sinne von «Vorbeugung bei Risikogruppen» und «Tertiärprävention» im Sinne von «Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten» unterschieden. Vgl. NIDA 1997.
- 6 Vgl. Uhl 2007.
- 7 Der Fokus des englischen Wortes «Harm» liegt auf dem «Leid», das durch Unterschiedliches verursacht werden kann, und ist nur sehr bedingt mit dem deutschen Wort «Schaden» gleichzusetzen. So muss z. B. ein Parkschaden nicht unbedingt Leid beim Betroffenen verursachen und Leid als Folge einer Verletzung oder Erkrankung kann man auf Deutsch nicht wirklich mit «Schaden» umschreiben.
- 8 Vgl. Planck zit. in Kuhn 1976.
- 9 Vgl. Schweizer Bundesrat 1991.
- 10 Da Substitutionsbehandlung keine Abstinenz von allen psychoaktiven Drogen fordert, sondern die Substitutionsmedikation zur Verfügung stellt, wird sie von manchen der Säule «Schadensminderung» zugerechnet, während andere diese als anerkannte Methode zur medikamentösen Behandlung der Opioidabhängigkeit der Säule «Therapie» zuordnen. Dieser semantische Widerspruch ist jedoch kein inhaltlicher Widerspruch. Jede adäquate Therapie sollte Schäden für PatientInnen verringern und keinesfalls erhöhen.
- 11 Quelle: Bundesamt für Gesundheit, www.tinyurl.com/mwhuaub, Zugriff 06.09.2013.
- 12 Vgl. EKDF 2005.
- 13 Vgl. Uhl et al. 2013.

SuchtMagazin im Abonnement

Kontakt: abo@suchtmagazin.ch oder +41(0)31 376 04 01

Jahresabonnement

Schweiz CHF 90.–, Ausland Euro 75.–

Unterstützungsabonnement

Schweiz CHF 120.–, Ausland Euro 80.–

Kollektivabonnement ab 5 Exemplaren

Schweiz CHF 70.–, Ausland Euro 48.–

Schnupperabonnement (3 Ausgaben)

Schweiz CHF 30.–, Ausland Euro 25.–

Ausblick auf die kommenden Schwerpunkte

Nr. 6|2013: Suchtforschung

Inserateschluss: 25. November 2013

Erscheinungsdatum: ca. 15. Dezember 2013

Nr. 1|2014: Komorbidität

Inserateschluss: 25. Januar 2014

Erscheinungsdatum: ca. 15. Februar 2014

Nr. 2|2014: Schadensminderung

Inserateschluss: 25. März 2014

Erscheinungsdatum: ca. 15. April 2014

Nr. 3|2014: Internetgestützte Intervention

Inserateschluss: 25. Mai 2014

Erscheinungsdatum: ca. 15. Juni 2014

Nr. 4|2014: n.n.

Inserateschluss: 25. Juli 2014

Erscheinungsdatum: ca. 15. August 2014

Hier könnte Ihr Inserat stehen

Tarife unter www.suchtmagazin.ch/mediendaten

Kontakt: info@suchtmagazin.ch

Lieferbare Nummern des SuchtMagazin

Bestellungen direkt an abo@suchtmagazin.ch | Preis pro Einzelheft CHF 18.– | Euro 13.– (exkl. Porto)

2013	1	Substitutionsgestützte Behandlung	2007	1	Mobbing – Gefahren und Chancen
	2	Sucht im Alter		2	Früherkennung und Frühintervention
	3	Stimulanzien		3	Schule – Good Practice
	4	Selbsthilfe		4	Suchtprävention, Jugend und Alkohol
	5	Diverse Themen		5	Fussball – Fankultur und Fanarbeit
				6	«Die Kette» – Drogenmagazin – Suchtmagazin
2012	1	Angehörige	2006	1	Substitution: Methadon, Heroin, Nikotin
	2	Suchtpolitik		2	Frau, Sucht, Gender
	3&4	Tabak		3	Gesundheitsförderung in Stadtteil- und Jugendarbeit;
	5	Adoleszenz			Heroinabhängige Frauen, Femmestische
	6	Sozialraum		4	Gesundheitsförderung im Betrieb
2011	1	Alkoholpolitik		5	Hungern – Schneiden – Essen
	2	Sucht am Arbeitsplatz		6	Rasen, Rausch und Risiko
	3	Verhaltenssüchte	2005	1	Schnittstelle Schule – Beruf
	4	Kinder stärken		2	Gesundheit und Prävention in Haft
	5	Früherkennung und Frühintervention		3	Ritalinbehandlung – Pro und Contra
	6	Social Networks (Web 2.0)		4	QuaTheDA, Psychoaktiv.ch, Gender Mainstream, HIV-Therapie
2010	1	Evidenzbasierte Suchtprävention		5	Prävention mit Peer Groups
	2	Neuro-Enhancer		6	Gesundheitsförderung in der Gemeinde und im Quartier
	3	Sucht im Alter	2004	1	Surfen, Chatten, Spielen, Wetten
	4	Frühe Förderung		2	Interkulturelle Vermittlung in Suchtprävention und Beratung
	5	Club Health		3	Akzeptierende Suchtarbeit
	6	Drogenmärkte und Drogenhandel		4	Stationäre Suchttherapie – Neue Ansprüche und Herausforderungen
2009	1	Suchtarbeit und Prävention in der Bodenseeregion		5	Gender berücksichtigen in Schule, Freizeit und Erwerbsleben
	2	Qualität in der Suchtarbeit	2003	1	Gemeinden Handeln, KlientInnenzufriedenheit,
	3	Sucht im Alter – stationäre Kontexte und Wohnen		2	Präventionstheorie, Substitutionspolitik
	4	Migration und Sucht		3	Schule und Soziale Arbeit, Stationäre Alkoholismustherapie
	5	Jugendgewalt und Sucht		4	Partykultur und Pillentesting
	6	Medikamente – Heil- und Suchtmittel		5	Sucht im Alter
2008	1	Schadensminderung		6	Suizid
	2	Jugend heute			Stationäre Drogentherapie
	3	Kontrollierter Konsum			
	4	Gender Mainstreaming			
	5	Cannabispolitik			
	6	Alkohol und Jugendschutz			