



Aktualisierung und Integration der  
**Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol**  
(BLR vom 08.09.2003, Nr. 3043).

Hinweise für die Überarbeitung auf der Grundlage aktueller  
Leitlinien und wissenschaftlichen Erkenntnissen

Herausgegeben vom Amt für Gesundheitsbetreuung (Abteilung Gesundheit) und dem Amt für Menschen mit Behinderungen (Abteilung Soziales) in Zusammenarbeit und unter wissenschaftlicher Leitung der Experten der Koordinierungseinheit für Abhängigkeitserkrankungen der Autonomen Provinz Bozen (gemäß Art. 7 LG Nr. 3/2006).

gesundheitsbetreuung@provinz.bz.it– tel. 0471-418070

menschen.behinderungen@provinz.bz.it– tel. 0471-418270

## Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	4
<b>Vorwort: Ein Blick auf die Veränderungen der letzten 20 Jahre</b> .....	7
Handlungsfeld: Suchtprävention.....	7
Handlungsfeld: Therapie und Rehabilitation .....	10
Handlungsfelder: Berufliche und soziale Integration und Schadensminimierung und Überlebenshilfe .....	11
<b>Nationale und lokale epidemiologische Daten: 20 Jahre im Vergleich</b> .....	13
<b>Bedarfserhebung: eine Momentaufnahme aus einer Umfrage mit dem Netzwerk</b> .....	18
Handlungsfeld: Prävention.....	18
Handlungsfeld: Therapie und Rehabilitation .....	23
Handlungsfelder: Berufliche und soziale Integration und Schadensminimierung und Überlebenshilfe .....	24
<b>Landesgesetzgebung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen</b> .....	25
<b>Governance-Struktur für Abhängigkeitserkrankungen</b> .....	27
Öffentliche Dienste für Abhängigkeitserkrankungen der Gesundheitsdienste .....	27
Öffentliche Dienste für Abhängigkeitserkrankungen der Sozialdienste .....	28
Das Netzwerk: wichtige Akteure im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen in Südtirol.....	29
<b>Die zukünftige Entwicklung des Systems der Dienste in der Autonomen Provinz Bozen</b> .....	30
Überarbeitung der Leitlinien der Suchtpolitik.....	30
<b>Zusammenführung des Systems der Dienste im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen mit der neuen wohnortnahen Gesundheitsversorgung</b> .....	31

## Einleitung

Die „Leitlinien der Suchtpolitik“ wurden im Jahr 2003 von der Landesregierung genehmigt. Dieses Grundlagenpapier sammelt innerhalb der Südtiroler Suchtarbeit die strategischen Leitlinien und Visionen und gibt eine grundsätzliche Orientierung für alle in diesem Bereich tätigen Dienste und Einrichtungen (aber generell für alle, die mit diesen Themen in Berührung kommen), sowie für alle in der Politik, Planung und Verwaltung in Südtirol Verantwortlichen, vor. Die Leitlinien dienen allen in Südtirol im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen tätigen Dienste und Einrichtungen als Grundlage für die Zielsetzungen der eigenen Einrichtung, unter Berücksichtigung der Förderung der sozio-sanitären Integration.

Das Dokument beinhaltet 9 Leitlinien, aufgeteilt in 5 Handlungsfelder (Suchtprävention, Therapie und Rehabilitation, Berufliche und soziale Integration, Schadensminimierung und Überlebenshilfe, Sicherheit) und 4 Qualitätsstrategien (Instrumente zur zuverlässigen Erreichung von Zielen in den Handlungsfelder, aber übergreifend für das gesamte Territorium: vernetztes Arbeiten, Professionalität, Planung und Koordination, Dokumentation und Wissenschaft).

**Aufgrund der Veränderung der Schwerpunkte der Handlungsfelder, der neuen staatlichen und europäischen Bestimmung und der wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre, sind die Leitlinien aus dem Jahr 2003 nicht mehr als aktuell anzusehen.**

Bereits 2007 hatte man angefangen, eine erste Bilanz über die Umsetzung der Leitlinien zu ziehen (siehe Tagung „Leitlinien für Suchtpolitik in Südtirol - aktueller Stand der Umsetzung und Perspektiven für die Zukunft“ am 26. November 2007).

Ein erster konkreter Versuch, die Leitlinien zu überarbeiten und zu aktualisieren, wurde in den Jahren 2009-2010 durch die damalige **Koordinierungseinheit im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen**<sup>1</sup> unternommen.

Die involvierten Fachdienste hatten aber damals die Ausarbeitung eines landesweiten Fachplanes anstelle einer Überarbeitung der Leitlinien befürwortet.

---

<sup>1</sup> Dieses Gremium wird von Art. 7 des LG vom 18. Mai 2006, Nr. 3 „Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten“ vorgesehen. Die Koordinierungseinheit im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist beim Ressort für Gesundheit und Soziales eingerichtet und wird von der Landesregierung ernannt (aktuelle Ernennung mit BLR Nr. 728/2020). Zu den Aufgaben der Koordinierungseinheit gehören die Ausarbeitung von Leitlinien, Maßnahmenplänen und Projekten, die Beobachtung des Phänomens und Abfassung von periodischen Berichten über die Abhängigkeitserkrankungen, und schließlich die Gewährleistung der Koordinierung und Integration zwischen den Ämtern, Diensten und Einrichtungen.



Bild: Titelseiten der Leitlinien der Suchtpolitik 2003 (BLR Nr. 3043/2003) und des Fachplanes Suchterkrankungen 2013-2018 (BLR Nr. 106/2013 - Ziele des Fachplanes waren die Analyse der geltenden Bestimmungen und des bestehenden Angebots, die Erhebung des Bedarfs, die Definition von Prioritäten für Handlungsmaßnahmen und die Planung der Ressourcen).

Mit diesem Dokument möchten das Amt für Gesundheitsbetreuung und das Amt für Menschen mit Behinderungen als Mitglieder der Koordinierungseinheit zusammen mit drei Expertinnen und Experten der Suchtprävention/Therapie/Soziales die dringendsten Punkte aktualisieren und gleichzeitig ein Modell für die zukünftige Überarbeitung der Leitlinien bereitstellen. Die Überarbeitung soll mit Unterstützung einer externen wissenschaftlichen Begleitung in den Jahren 2023-2024 geplant werden.

Der Grund dafür ist, dass nur durch eine externe wissenschaftliche Begleitung bestimmte Qualitätskriterien garantiert werden können, die von allen Akteuren im Bereich der Abhängigkeiten anerkannt sind. Eine wissenschaftliche Beratung und Moderation haben sich bereits im Jahr 2003 als entscheidend erwiesen.

Ähnlich sieht es im Ausland aus: In Österreich wurde kürzlich das „**Tiroler Suchtkonzept 2022-2032**“ veröffentlicht. Die Ausarbeitung des Dokuments dauerte etwa eineinhalb Jahre und wurde vom GÖG-Institut (<https://goeg.at/>) betreut und wissenschaftlich begleitet.

Auch in Italien wurden im Anschluss an die VI. Nationale Drogenkonferenz (Dezember 2021) erste Schritte zur Ausarbeitung des Dokuments „Neuer Aktionsplan der Abhängigkeiten 2022-2025“ (PAND) unternommen. Der Plan ermöglicht es Italien, sich an den europäischen Rahmen anzupassen (siehe europäischer Aktionsplan 2021-2025) und Strategien, Ziele, Prioritäten und Maßnahmen zur Bekämpfung der verschiedenen Formen der Abhängigkeit auf nationaler Ebene festzulegen. Die Ausarbeitung des Plans hat mit Supervision des CNR-Instituts (Gremium für nationale Forschung - <https://www.cnr.it/>) begonnen.

**Das vorliegende Dokument wurde von der Koordinierungseinheit erstellt. In Anlehnung an die Struktur der Leitlinien von 2003 wurden einige Punkte der aktuellen Situation im Bereich der Abhängigkeiten beleuchtet und so die ersten Schritte für die vollständige Überarbeitung der Leitlinien aufgezeigt.**

**Im Laufe der letzten Jahre wurde immer deutlicher, dass eine globale Vision und die nötige Ausrichtung für die Stakeholder in diesem Bereich fehlen. Die Richtlinien von 2003 sind längst nicht mehr in der Lage, die veränderten Bedürfnisse von suchtgefährdeten Menschen und Patientinnen und Patienten, dem sozialen Umfeld, in dem sie leben, und ihren Familien Rechnung zu tragen und gleichzeitig die Arbeit der Dienste und der privaten vertragsgebundene Einrichtungen in den Bereichen Prävention, Therapie, soziale Integration und Schadensminimierung zu unterstützen.**

Auf der einen Seite haben sich der Lebensstil und das Konsumverhalten grundlegend verändert, auf der anderen Seite gab es neue technologische Entwicklungen, die es ermöglichen, bessere Instrumente zur Bekämpfung und Bewältigung des Phänomens einzusetzen. Es müssen daher neue Methoden zur Definition des Arbeitsumfelds für Abhängigkeiten und neue Formen der Zusammenarbeit mit allen Akteuren angewandt werden, die auch für die kommenden Jahre gelten sollten.

Die ersten Arbeiten in diese Richtung haben bereits im Frühjahr 2021 begonnen, mitten in der Pandemiezeit, indem zunächst Fragebögen zu den Handlungsfeldern vorbereitet und an das Netzwerk von Fragebögen zu den Handlungsfeldern „Suchtprävention“, „Therapie“ und „Rehabilitation/Berufliche und soziale Integration“ verteilt wurden. Diese Ergebnisse sind grundlegend, um den ersten Bedarf zu erheben und zu dokumentieren.

Dieses Dokument konzentriert sich auch auf den Vergleich der letzten 20 Jahre auf der Grundlage epidemiologischer Daten. Dieser Vergleich verdeutlicht die Notwendigkeit einer Veränderung in diesem Bereich und gibt auch Denkanstöße für die Zukunft.

Weitere Kapitel des Dokuments enthalten Grafiken zur Governance des Bereichs und die aktuelle Gesetzeslage.

Das schlussendliche Ziel ist es, die Grundlagen zu schaffen, um auch in der Autonomen Provinz Bozen eine Neufassung der Leitlinien der Suchtpolitik voranzutreiben, die den gesamten Bereich steuern soll.

## Vorwort: Ein Blick auf die Veränderungen der letzten 20 Jahre

### Handlungsfeld: Suchtprävention

Die Professionalisierung der Suchtprävention zu einer eigenen Fachdisziplin vollzieht sich seit über drei Jahrzehnten. Eine moderne Suchtprävention stellt sich mittlerweile auf die Basis wissenschaftlicher Forschungsergebnisse aus Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik und anderen Fachbereichen. International geteilte Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung sind genauso wie anerkannte Präventionsstrategien für unterschiedliche Zielgruppen und Settings zentrale Bestandteile einer modernen Suchtprävention.

Eine professionelle Präventionsarbeit versucht, unterschiedliche Maßnahmen in einem Gesamtkonzept zu bündeln. Das schließt den großen Bereich der Informationsvermittlung zu Wirkung und Risiken von unterschiedlichen Substanzen und/oder Verhaltensweisen ein, doch geht es auch weit darüber hinaus: Es ist unbestritten, dass die gesunde Entwicklung eines Kindes und eine konstruktive Lebensbewältigung bei Heranwachsenden und Erwachsenen wichtige Faktoren sind, um die Wahrscheinlichkeit von problematischen und (selbst)gefährdenden Verhaltensweisen zu vermindern. Die Bedeutung von Lebenskompetenzförderung, die das Erlernen von Strategien zur Bewältigung schwieriger Momente im Leben einschließt (Coping), eine daraus resultierende persönliche Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und das Zur-Verfügung-Stellen von Unterstützungsmöglichkeiten von außen ohne Verurteilung der Person sind aus einer modernen Suchtprävention nicht mehr wegzudenken.

Durch die Professionalisierung der Suchtprävention wurde Evidenzbasierung zu einem wichtigen Thema, auch wenn dessen Realisierbarkeit in der täglichen Praxis noch auf Schwierigkeiten stößt. „Suchtpräventionsarbeit ist evidenzbasiert, wenn sie auf einer systematischen Analyse relevanter Fachliteratur (z.B. wissenschaftlichen Journalen) beruht, die Evidenz aus dieser Literatur nutzt und eine Übereinstimmung mit der Evidenz sicherstellt. Der Gebrauch eines evidenzbasierten Ansatzes verhindert, dass Anbieterinnen und Anbieter Aktivitäten und Ansätze verfolgen, die bereits gezeigt haben, dass sie ineffektiv sind oder gar negative Effekte haben; gleichzeitig reduziert er Doppelarbeiten (d.h., es besteht keine Notwendigkeit „das Rad neu zu erfinden“). Der Wirksamkeitsnachweis wird normalerweise aus wissenschaftlichen Forschungsstudien, Ergebnisbewertungen, praktischen Erfahrungen, usw. abgeleitet. Je nachdem, wie die Beweise erbracht wurden, gibt es unterschiedliche Evidenzniveaus. [...] Daher soll bei der Überprüfung der Wirksamkeit Studien der Vorrang eingeräumt werden, die den höchsten verfügbaren Evidenzgrad aufweisen.“<sup>2</sup>

Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung

---

<sup>2</sup> Siehe S. 102, Europäischer Qualitätsstandard zur Suchtprävention - European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)

neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.<sup>3</sup>

Suchtprävention hat durchaus die Aufgabe, Gefahren anzusprechen und sich Gedanken darüber zu machen, wie Kinder und Jugendliche davor geschützt werden können, sich allzu großen Risiken auszusetzen. Doch genauso ist es deren Pflicht, Maßnahmen für ein gesundes Aufwachsen zu fördern, sei es beim Individuum selbst, als auch bei dessen sozialem Umfeld sowie in Bezug auf die allgemeinen Lebensbedingungen. Und insofern ist Suchtvorbeugung auch keine Angelegenheit von einigen wenigen Expertinnen und Experten, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die maßgeblich mit dem Befähigen und Integrieren von potenziell vulnerablen Personen zu tun hat.

**Der Bereich der Suchtprävention ist in den letzten 20 Jahren auf der einen Seite geprägt von Professionalisierung – beispielsweise wurde seit 2001 in Südtirol eine eigene Fachstelle für Suchtprävention ins Leben gerufen - auf der anderen Seite hat der Fachbereich auch maßgebliche Erweiterungen in mehreren Hinsichten erfahren:**

### **Inhaltlich**

Im Bereich der substanzbezogenen Abhängigkeiten wird im Vergleich zu früher den legalen Substanzen Alkohol und Nikotin heute großes Augenmerk geschenkt. Letztere sind derzeit ein größeres Problem als illegale Drogen. Der unsachgemäße Gebrauch von Psychoaktive Medikamente hingegen ist weiterhin noch wenig thematisiert.

Bei den illegalisierten Substanzen kamen viele neue (sog. Partydrogen, Ketamin, synthetische Opiate) dazu. Andere differenzierten sich, insbesondere Cannabis (CBD, edibels, hochdosiertes und synthetisches THC), wieder andere wie Kokain und Crack verbreiteten sich stark. Halluzinogene bekommen in letzter Zeit wieder neue Aufmerksamkeit, auch aufgrund der Tatsache, dass es diesbezüglich neue Studien gibt.

Im Bereich der nichtsubstanzgebundenen Abhängigkeiten kamen neben dem klassischen Glückspiel neue Formen riskanter oder problematischer Verhaltensweisen im digitalen Bereich dazu, wie der problematische Umgang PC- und Videospiele, digitalen Medien und Smartphones.

### **Methodisch**

Im Maßnahmenfeld der Informationsvermittlung kommen neue Kommunikationskanäle wie das Internet im Allgemeinen, die sozialen Medien und Smartphone-Applikationen dazu und lösen zum Teil klassische Informationsträger (z.B. Printmaterialien, Informationsveranstaltungen vor Ort) ab.

Manche Maßnahmen werden bereits über einen langen Zeitraum umgesetzt, wie die Kampagnenarbeit im Bereich Alkohol. Streetwork-Projekte und aufsuchende mobile Arbeit

---

<sup>3</sup> Hoff, T.; Schlömer, H. (2020). Für eine nachhaltig wirksame Suchtprävention sorgen: Empfehlungen für Entscheidungsverantwortliche Köln, Hamburg: Katholische Hochschule NRW und Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg (ISD Hamburg)



sind hingegen über die Zeit integraler Bestandteil der präventiven Arbeit geworden. Zudem wird der strukturellen Präventionsarbeit größeres Augenmerk geschenkt.

Insgesamt wird ein höherer Anspruch an die Präventionsarbeit gestellt und Maßnahmen und Projekte werden genauer auf ihre Evidenz geprüft. Darüber hinaus ist auch die Netzwerkarbeit bei der Planung sehr nützlich, sowohl als Informationsaustausch zwischen dem Bereich der Behandlung, des Sozialen und der Prävention als auch bei der Erhebung von Bedürfnissen.

### **Ansätze**

Die klassischen abstinenten/substanzfreien Ansätze sind immer noch aktuell – in letzter Zeit scheinen sie sogar wieder stärker in den Fokus zu rücken (natural high, Achtsamkeitsansätze, alkoholfreie Spirituosen).

Andererseits ist auch der Safer Use- und Risikokompetenz-Ansatz mittlerweile fest etabliert.

Die Ergebnisse der Trauma Forschung hatten in den letzten 10 Jahren einen großen Einfluss auf den Bereich der Prävention. Im Bereich der Gesundheitsförderung ist der Ansatz der Salutogenese von zentraler Bedeutung.

### **Zielgruppen**

Die Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wurde mittlerweile von der Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention abgelöst. Die neue Terminologie bietet eine inhaltliche Präzisierung vor allem in Bezug auf die Zielgruppen.

Die universelle Prävention wendet sich an die gesamte Bevölkerung bzw. Bevölkerungssegmente (z.B. alle Menschen im Pensionsalter). In diese Kategorie fallen zum Beispiel massenmediale Kampagnen, Maßnahmen auf Gemeindeebene oder die Arbeit mit Schulklassen.

Die selektive Prävention richtet sich an definierte Risikogruppen. Die Personen dieser Risikogruppen sind in der Regel gesund und unauffällig, die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung ist bei ihnen jedoch aufgrund empirisch bestätigter Risikofaktoren erhöht (z.B. bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien). Maßnahmen der indizierten Prävention richten sich an Personen mit manifestem Risikoverhalten, bei denen aber die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt sind. Beispiel einer solchen Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene, die an Wochenenden exzessiv Alkohol trinken.

Wenn auch die klassischen Zielgruppen der Suchtprävention gleichgeblieben sind, so wurden die Praxisfelder, in denen man Jugendliche, Fachpersonen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Eltern erreicht, ebenso vielfältiger: beispielsweise im Bereich Frühe Hilfen, der schulischen Sozialpädagogik und im Nightlife- und Feste-Kontext.

### **Drogenpolitisch**

Auch im Bereich der Drogenpolitik gab es in den letzten 20 Jahren bedeutende Veränderungen, die sich gleichzeitig auf die Arbeit im Bereich der Suchtprävention auswirkten. Alkohol wird heute stärker reglementiert, wenn es um den Straßenverkehr und

den Jugendschutz geht (Mindestalter von 16 auf 18 angehoben). Bei Tabak greift ein umfassender Nichtraucherschutz. Bei Cannabis gibt es normative Veränderungen in der medizinischen Anwendung. Zudem läuft ein gesellschaftlicher Diskurs über eine Regulierung des privaten Konsums. Auf der Basis neuer Forschungsergebnisse wird die Anwendung von Halluzinogenen im therapeutischen Kontext wieder diskutiert.

### Handlungsfeld: Therapie und Rehabilitation

Zur Entstehung von Suchterkrankungen wird häufig das *dreidimensionale Modell* herangezogen, das von unterschiedlichen Autorinnen und Autoren theoretisiert wurde: Dabei spielen sowohl das Suchtpotential der einzelnen Substanz oder Verhaltensweise wie auch Charakteristika des Individuums und der situative Kontext eine Rolle. Alle drei Faktoren zusammen tragen sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung bei und müssen daher auch bei deren Behandlung berücksichtigt werden.

Wenn man von einer ausgebildeten Suchterkrankung spricht, so meint man eine chronisch rezidivierende Erkrankung, die den Menschen in allen seinen Dimensionen betrifft, sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen und der sozialen Ebene.

Suchterkrankungen sind nicht immer heilbar, aber meist behandelbar, und die Prognose ist umso besser, je frühzeitiger eine Behandlung ansetzen kann.

Behandlungsziele sind eine Verbesserung der Lebensqualität, Verhinderung oder Verminderung der körperlichen Folgeerkrankungen, psychische Stabilisierung, Stärkung und Aufbau von Ressourcen, soziale Eingliederung und andere, je nach individueller Konstellation. Je nach Phase der Erkrankung werden die einzelnen Therapieziele mit der Betroffenen und dem Betroffenen verhandelt und angepasst.

Dabei ist meist von mittel- bis langfristigen Therapieverläufen auszugehen, die sowohl ambulante als auch stationäre Elemente, immer im multiprofessionalen Kontext, vorsehen. **Das Ziel dieser Maßnahmen ist dabei nicht notwendigerweise die Abstinenz, sondern in erster Linie eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Erhöhung der Überlebensdauer, sowie eine Reduktion konsumkorrelierter Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen. Dabei ist nicht nur die betroffene Person zu bedenken, sondern auch deren soziales Umfeld.**

In diesem Sinne sind die einzelnen Bereiche Prävention, Therapie, Rehabilitation, soziale Eingliederung und Schadensminderung **nicht als unterschiedliche und voneinander unabhängige Bereiche zu sehen, sondern als mögliche Phasen von Prozessen, die nicht unbedingt einen linearen, sondern sehr häufig einen zyklischen Verlauf haben.**

Dies erfordert eine engmaschige Koordinierung und Netzwerkarbeit, um der Komplexität und Wandelbarkeit von potentiell suchterzeugenden Phänomenen gerecht zu werden.

Seit der Herausgabe der letzten Leitlinien der Suchtpolitik haben sich in vielen Bereichen Änderungen ergeben. Es hat sich die **Gesetzeslage** zu den legalen Psychoaktiven Substanzen

dahingehend geändert, als der Jugendschutz verschärft wurde; andererseits ist die **gesellschaftliche Akzeptanz** für einige illegale Substanzen gestiegen, und in einigen europäischen Staaten wird über Legalisierung, Regulierung oder Depenalisierung von Cannabisprodukten diskutiert. Es wurden **die garantierten wesentlichen Betreuungsstandards (WBS/LEA) erweitert** und der Bereich der Glücksspielsucht sowie die Schadensminimierung als verpflichtend eingeführt.

Auch das **Spektrum der psychoaktiven Substanzen** erweitert sich ständig, einerseits durch Entwicklung neuer Suchtstoffe, andererseits durch Marktstrategien und Preispolitik auf dem Schwarzmarkt, aber es ändern sich auch die **Konsumformen** der bereits bekannten Suchtmittel, was zu einer **Erweiterung der Altersgruppen** der Betroffenen nach oben und unten führt, sowie zu einem immer häufiger auftretenden **Mischkonsum** mehrerer psychoaktiver Substanzen oder Verhaltensweisen, mit der Notwendigkeit, die therapeutischen und sozialen Angebote ständig überdenken und erweitern zu müssen.

Aber auch die **Verhaltensüchte** nehmen einen immer breiteren Raum ein. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, sowohl im Bereich der Organmedizin als auch im Bereich der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird immer notwendiger und muss geregelt werden.

Handlungsfelder: Berufliche und soziale Integration und Schadensminimierung und Überlebenshilfe

**Mit dem Landesgesetz vom 14. Juli 2015, Nr. 7 „Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen“** wurden Grundsätze, Dienste und Leistungen **auch für die Zielgruppe der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen**, falls notwendig und wenn ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft behindert wird, festgelegt.

Der Begriff **Behinderung** umfasst somit auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das Landesgesetz ist klar auf Partizipation und Inklusion ausgerichtet, überwindet die Fürsorgehaltung und nimmt die Haltung der **Selbstbestimmung** ein.

Die Ziele sind die Achtung der menschlichen Würde, Autonomie und Freiheit bei Entscheidungen, Nichtdiskriminierung, volle Teilhabe und Einbeziehung, Chancengleichheit und Zugänglichkeit.

Die allgemeinen Grundsätze sind die Selbstbestimmung, die Eigenverantwortung, die Inklusion und die personenzentrierte Lebensplanung.

Im vor kurzem genehmigten Landessozialplan werden ebenfalls diese Grundsätze wieder aufgegriffen und die Inklusion als Grundkonzept bleibt bestehen. **Das Konzept der Inklusion erfordert**, im Gegensatz zur Integration, **dass gesellschaftliche Verhältnisse, die exkludieren, überwunden werden müssen**. Die Inklusion zielt darauf ab, die Voraussetzungen dafür zu

schaffen, dass die Unterschiedlichkeit als Bereicherung wahrgenommen wird und jeder Mensch in seiner Individualität und damit unabhängig vom Vorhandensein einer Behinderung sich als gleichberechtigtes Mitglied der Gesellschaft entfalten kann.

Auf der Grundlage eines biopsychosozialen Modells, das ausgehend von den verschiedenen Beeinträchtigungen die Aufmerksamkeit auf umwelt- und einstellungsbedingte Barrieren richtet, die die gleichberechtigte Teilhabe der Menschen an der Gesellschaft behindern, sollen nicht die Defizite im Vordergrund stehen, sondern die Fähigkeiten. Die Unterstützungen zielen darauf ab, die Potenziale der Menschen zur Geltung zu bringen, die Barrieren abzubauen und somit die Entfaltung ihrer Persönlichkeit und Eigenständigkeit als Bürgerinnen und Bürger zu fördern.

Der auch im Landesgesetz Nr. 7/2015 verankerte **Grundsatz der Deinstitutionalisierung** und die damit resultierende Entwicklung **inklusive Wohnmodelle**, die einen selbstbestimmten Lebensstil ermöglichen, wird ebenfalls im neuen Landessozialplan beschrieben. Die in der Vergangenheit praktizierte Unterbringung an von der Gemeinschaft isolierten Orten muss daher zugunsten einer individuellen Betreuung innerhalb der Gemeinschaft überwunden werden. Es gilt somit, den Prozess der Deinstitutionalisierung der bereits in bestehenden stationären und teilstationären Diensten aufgenommenen Nutzerinnen und Nutzer entsprechend ihrem Wunsch und dem individuellen Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf weiter zu fördern.

In der Sozialarbeit mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen hat es in den letzten Jahren einschneidende Veränderungen gegeben. Es werden immer häufiger Konzepte der Unterstützung eines **eigenverantwortlichen und selbstkontrollierten Konsums** angewandt und das Abstinenzparadigma rückt immer weiter in den Hintergrund. Während noch vor einigen Jahren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine ziemlich gradlinige Behandlung und Rehabilitation erlebt haben, also von einer Stufe in die nächste übergegangen sind, wird aktuell beobachtet, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen den **Bedarf** haben, **breitgefächerte Angebote** zu erhalten, diese zu probieren, um dann zu entscheiden, ob die Maßnahme passend ist.

Die Schwierigkeit der Sozialdienste besteht vor allem in der **Führung der Wohngemeinschaften**, wenn die Nutzerinnen und Nutzer selbstkontrolliert konsumieren. Das gemeinsame Wohnen, wobei nur eine teilweise Begleitung in diesen Diensten vorgesehen ist, stellt alle Beteiligten vor eine große Herausforderung.

Durch diesen Paradigmenwechsel ergibt sich die Notwendigkeit der **engen Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten**, um vor allem Personen mit einem aktiven Konsumverhalten zu begleiten. **Nur durch einen ganzheitlichen therapeutisch-rehabilitativen Ansatz, der sowohl die medizinischen als auch sozialen Aspekte berücksichtigt, können Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wirksam begleitet werden. Eine intensive fachliche Zusammenarbeit zwischen den Sozial- und Gesundheitsdiensten ist daher grundlegend.**

## Nationale und lokale epidemiologische Daten: 20 Jahre im Vergleich

### 1. MARKTENTWICKLUNG

Zwischen 2003 und 2021 hat sich die Menge der beschlagnahmten Substanzen auf Landesebene fast verdreifacht und auf nationaler Ebene verdoppelt. Unter den sichergestellten Substanzen hat der Anteil von Heroin abgenommen, während jener von Kokain und Cannabinoide zugenommen hat.

MENGE DER BESCHLAGNAHMEN SUBSTANZEN	Kg		Kg	
	2003		2021	
	TRENTINO- SÜDTIROL*	ITALIEN	PROV. BOZEN*	ITALIEN
Heroin	16,1	2582,6	0,66	567,52
Kokain	29,5	3521,3	115,64	20075,39
Haschisch und Marihuana	17,9	40470,9	65,89	67712,43
Anderes	0,1	293,1	0,77	2797,08
Gesamt	63,6	46867,9	182,96	91152,42

	%		%	
	2003		2021	
	TRENTINO- SÜDTIROL*	ITALIEN	PROV. BOZEN*	ITALIEN
Heroin	25,3%	5,5%	0,4%	0,6%
Kokain	46,4%	7,5%	63,2%	22,0%
Haschisch und Marihuana	28,1%	86,4%	36,0%	74,3%
Anderes	0,2%	0,6%	0,4%	3,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*Anmerkung: Im Jahr 2003 sind die Daten auf regionaler Ebene angegeben, während die Daten im Jahr 2021 auf Ebene der Provinz angegeben sind. Ein effektiver Vergleich ist daher nur auf nationaler Ebene möglich.

### 2. GEFÄNGNIS

In absoluten Zahlen hat die Zahl der inhaftierten Gefangenen auf Landesebene abgenommen, während sie auf nationaler Ebene konstant geblieben ist. Für Gefangene gemäß Art. 73 des DPR 309/90, bei denen es sich meist um Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft handelt, hat sich der Prozentsatz der Gesamtzahl der Gefangenen verringert, während der Prozentsatz derjenigen, die in das Gefängnis eingetreten sind, zugenommen hat.

INHAFTIERTE AM 31.12	2003		2021	
	PROV. BOZEN	ITALIEN	PROV. BOZEN	ITALIEN
Insgesamt	157	54237	117	54134
- Ausländische Personen	79	17007		
Art. 73	65	21107	35	17856
- Ausländische Personen Art. 73	46	9247	29	5911
Eintritte in das Gefängnis	353	40861	267	36539
- Ausländische Personen	202	16020		

Art. 73	51	10846	61	10350
- Ausländische Personen Art. 73	27	4090	43	4335
% Inhaftierte Art. 73	41,4%	38,9%	29,9%	33,0%
% Inhaftierte ausländische Personen Art. 73	70,8%	43,8%	82,9%	33,1%
% Eintritte Art. 73	14,4%	26,5%	22,8%	28,3%
% Eintritte von ausländischen Personen Art. 73	52,9%	37,7%	70,5%	41,9%

### 3. PROZENTUALER ANTEIL DES KONSUMS VON SUBSTANZEN IN DER BEVÖLKERUNG

Die jüngste ISPAD-Umfrage (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) zum Konsum von Substanzen bei jungen Menschen (15-19 Jahre) zeigt einen Rückgang des Konsums von Substanzen, wobei nur bei Stimulanzien und Halluzinogenen ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist.

% KONSUM VON SUBSTANZEN DER BEVÖLKERUNG IM ALTER VON 15-19 JAHREN	ITALIEN	
	2003	2021
THC	25,6%	17,7%
Kokain	3,5%	1,4%
Stimulanzien	1,4%	1,9%
Halluzinogene	0,7%	2,2%
Opiate	1,7%	0,5%
Alle Substanzen	26,3%	17,8%

Die auf Landesebene durchgeführten HBSC-Erhebungen (Health Behaviour in School-aged Children) zum Gesundheitszustand und Lebensstil junger Menschen in der Prä-Covid-Phase (Umfrage 2018) und die des Bevölkerungsüberwachungssystems PASSI zum Konsum von Substanzen wie Alkohol und Tabak haben einen Rückgang des Substanzkonsums gezeigt, wobei nur bei Cannabis ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist.

RISKANTE VERHALTENSWEISEN BEI FÜNFZEHNJÄHRIGEN (HBSC)	PROV. BOZEN	
	2006	2018
Tägliches Rauchen von Tabak	21,1%	4,1%
Trunkenheit zwei oder mehr Mal im Laufe des Lebens	48,7%	25,9%
Konsum von Cannabis in den letzten 30 Tagen	14,6%	19,2%

RISKANTE VERHALTENSWEISEN IN DER BEVÖLKERUNG IM ALTER VON 18-64 JAHREN (PASSI)	PROV. BOZEN		
	2005	2020-21	
Raucher	23,3%	24,6%	
Riskanter Konsum von Alkohol	49%	34,6%	mindestens eine der riskanten Verhaltensweisen
Alkoholkonsum vorwiegend zwischen den Mahlzeiten	27%	28,4%	mindestens einmal in der Woche
Konsum binge drinking (Komasaufen)	21%	14,1%	sechs oder mehr alkoholische Einheiten auf einmal

Hoher Alkoholkonsum	8%	3,5%	mehr als drei Einheiten pro Tag für Männer oder zwei für Frauen
---------------------	----	------	---

Die folgende Tabelle zeigt die Daten über den Konsum legaler und illegalisierter Substanzen (sofern nicht anders angegeben, *lifetime*, d.h. der Prozentsatz der Bevölkerung, der mindestens einmal im Laufe des Lebens konsumiert hat), die aus den Erhebungen vom Landesinstitut für Statistik - ASTAT über Jugendliche im Zeitraum 2004-2021 hervorgehen.

<b>RISKANTE VERHALTENSWEISEN BEI 14 BIS 25-JÄHRIGEN – ASTAT JUGENDSTUDIE</b>	<b>2004</b>	<b>2009</b>	<b>2016</b>	<b>2021</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Rauchen von Zigaretten	37,0	38,4	22,3	17,5
Tägliches Rauchen von Zigaretten	-	-	-	12,2
Alkoholkonsum	89,0	84,7	76,1	76,2
Alkoholkonsum mehrmals pro Woche	-	19,7	8,1	8,6
Trunkenheit mindestens 1 Mal pro Monat in den letzten 12 Monaten	20,7	20,9	21,4	21,3
Konsum von Cannabis zurzeit (2004 und 2009), in den letzten 30 Tagen (2016 und 2021)	7,9	6,3	6,0	8,6
Konsum von Kokain zurzeit (2004 und 2009), in den letzten 30 Tagen (2016 und 2021)	1,1	1,1	***	0,8
Legalen Cannabis-Konsum in den letzten 30 Tagen	-	-	-	3,7
Konsum von Alkohol zusammen mit Drogen in den letzten 30 Tagen	-	-	2,4	4,4
- : die Daten sind nicht vorhanden				
***: Die Genauigkeit der Schätzungen ist unzureichend				

#### 4. ANFRAGE UM BEHANDLUNG

Zwischen 2002 und 2021 ist die Anzahl der Patienten der 4 Landesdienste für Abhängigkeitserkrankungen von circa 200 auf circa 250 pro 100.000 Einwohner angestiegen. Etwa ein Fünftel der Patienten sind neue Nutzerinnen und Nutzer der Dienste (Personen, die zum ersten Mal auf einen Dienst zugreifen, gelten als neue Nutzer, wobei auch überprüft wird, ob das Jahr des ersten Öffnens einer Krankengeschichte mit dem Jahr der Einschätzung übereinstimmt). Dies steht im Gegensatz zum Rest Italiens (wir haben einen höheren Prozentsatz an Patienten und der Prozentsatz der Patienten ist im Laufe der Jahre gestiegen). **Dies könnte auf die verbesserte territoriale Früherkennung und Sensibilisierung, die einen Kontakt zu den zuständigen Diensten erleichtert, zurückzuführen sein.**

	2002		2021	
	PROV. BOZEN	ITALIEN	PROV. BOZEN	ITALIEN
Übernommene Patienten	916	155096	1352	123871
Übernommene Patienten/100.000 Einw.	197,9	272,1	252,3	209,0
Bereits übernommene Patienten	745	123320	1068	108218
Neue übernommene Patienten	171	31776	284	15663
% der neuen Patienten	18,7%	20,5%	21,0%	12,6%

Sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene hat sich die Zusammensetzung nach Alter der Patienten geändert. Der Anteil der Jüngeren ist gesunken und der Anteil der über Vierzigjährigen hat zugenommen. In Bezug auf die Qualität ist es in der Autonomen Provinz Bozen möglich, Patienten früher als im nationalen Durchschnitt aufzufangen.

Patienten nach Altersgruppe	2002				2021			
	PROV. BOZEN		ITALIEN		PROV. BOZEN		ITALIEN	
<19	73	8,0%	4794	3,1%	93	6,9%	2354	1,9%
20-24	135	14,7%	20888	13,5%	174	12,9%	6441	5,2%
25-29	115	12,6%	33298	21,5%	192	14,2%	9910	8,0%
30-34	168	18,3%	38816	25,0%	178	13,2%	13502	10,9%
35-39	190	20,7%	31939	20,6%	147	10,9%	15979	12,9%
40 und mehr	235	25,7%	25361	16,4%	568	42,0%	75685	61,1%
	916	100,0%	155096	100,0%	1353	100,1%	123871	100,0%

Unter den primären Substanzen hat der Anteil der Patienten mit Opiatabhängigkeit abgenommen, während die Zahl der Patienten mit Kokain- und Cannabinoidabhängigkeit zugenommen hat.

% der Patienten nach primärer Substanz	2002		2021	
	PROV. BOZEN	ITALIEN	PROV. BOZEN	ITALIEN
Opiate	70,5%	79,5%	53,2%	63,8%
Kokain	2,6%	7,0%	18,6%	23,3%
Cannabinoide	16,7%	9,1%	24,2%	11,5%

In Bezug auf legale Substanzen (Alkohol und Nikotin) wurden auf Landesebene folgende Zahlen von Patienten in Behandlung erhoben:

	2004	2010	2021
Alkohol	2111	n.d.	2557
Nikotin	n.d.	51	138

Im Jahr 2021 sind etwa drei Viertel der erbrachten Leistungen pharmakologischer Art (hauptsächlich Verabreichung von Substitutionstherapie).

% der erbrachten Leistungen nach Art der Behandlung	2021	
	PROV. BOZEN	ITALIEN
Psychosozial	4,6%	7,6%
Pharmakologisch	74,1%	74,3%
Sanitär	17,7%	11,6%
Eingliederung in Therapiengemeinschaft	0,0%	0,1%
Anderes	3,6%	6,3%
	100,0%	99,9%

Der Anteil der Drogenabhängigen<sup>4</sup>, die aus der Freiheit eingetreten sind, ist sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene angestiegen und hat fast 40% aller Eintritte erreicht. In der Provinz Bozen ist der Anteil der Eintritte von ausländischen Drogenabhängigen gesunken. Der Anteil der drogenabhängigen Inhaftierten im Jahr 2020 in der Provinz Bozen war mehr als doppelt so hoch wie der nationale Durchschnitt und hat aufgrund des Rückgangs

<sup>4</sup> Für das Gefängnis ist „Drogenabhängige“ ein Begriff, der eine spezifische Definition hat und in Statistiken und Gesetzen enthalten ist. Aus diesem Grund kann er hier nicht durch den bevorzugten Begriff „Personen, die von illegalen Substanzen abhängig sind“ ersetzt werden.



der Anzahl der Inhaftierten von 60% der Gesamtzahl der Inhaftierten erreicht. 56 % der drogenabhängigen Inhaftierten hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit, ein Anteil, der weit über dem italienischen Durchschnitt liegt.

DROGENABHÄNGIGE IM GEFÄNGNIS	2003		2020	
	PROV. BOZEN	ITALIEN	PROV. BOZEN	ITALIEN
Gesamtzahl der Eintritte aus der Freiheit	353	40861	n.d.	35280
Drogenabhängige, die aus der Freiheit eingetreten sind	108	11867	59	14092
% der gesamten Eintritte	30,6%	29,0%	38,6%	39,9%
davon ausländische Drogenabhängige, die aus der Freiheit eingetreten sind	59	3106	14	4779
% der Eintritte der Ausländer von den gesamten Eintritten aus der Freiheit der Drogenabhängigen	54,6%	26,2%	23,7%	33,9%
Gesamtzahl der Inhaftierten	157	54237	n.d.	53364
Gesamtzahl der drogenabhängigen Inhaftierten	61	14332	57	14148
% der drogenabhängigen Inhaftierten	38,9%	26,4%	58,2%	26,5%
Drogenabhängige ausländische Inhaftierte	32	3190	n.d.	4620
% der drogenabhängigen ausländischen Inhaftierten	52,5%	22,3%	56,3%	32,7%

## 5. SCHÄDEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEM KONSUM VON SUBSTANZEN

Es hat keine offensichtlichen Veränderungen der Anzahl der Aufnahmen ins Krankenhaus wegen drogenbedingter Ursachen als Hauptdiagnose gegeben, während, wenn die sekundären Diagnosen berücksichtigt werden, ein Anstieg der Aufnahmen ins Krankenhaus zu verzeichnen ist. Der Rückgang 2020/2021 ist unter dem Gesichtspunkt der Covid-Epidemie zu interpretieren.

	2004	2005	2006	2019	2020	2021	
	PROV. BOZEN					PROV. BOZEN	ITALIEN
Aufnahmen ins Krankenhaus mit drogenbedingter Hauptdiagnose	58	60	64	82	76	65	n.d.
Anzahl pro 100.000 Einwohner	12,3	12,6	13,6	15,4	14,2	12,1	9,1
Drogenbedingte Aufnahmen ins Krankenhaus bei allen Diagnosen	130	148	159	252	217	233	n.d.
Anzahl pro 100.000 Einwohner bei allen Diagnosen	27,6	31,1	33,7	47,3	40,6	43,5	28,2

\*Anmerkung: In den jährlichen Berichten an das Parlament über das Phänomen der Drogenabhängigkeit in Italien, der Quelle, aus der die meisten Daten für die Aktualisierung der Leitlinien gesammelt wurden, werden neben Infektionskrankheiten auch Krankenhausaufenthalte, Verkehrsunfälle und Todesfälle zu den damit verbundenen Schäden gezählt.

## Bedarfserhebung: eine Momentaufnahme aus einer Umfrage mit dem Netzwerk

Zwischen Januar und März 2021 stellte die Koordinierungseinheit für Abhängigkeitserkrankungen Fragebögen zur Verfügung, um die Umsetzung der Ziele des Fachplans Suchterkrankungen 2013 - 2018 zu überprüfen. Das Ausfüllen der Fragebögen wurde dem gesamten Netzwerk der auf Landesebene tätigen Dienste im Bereich der Abhängigkeiten vorgelegt. Das Ergebnis dieser Umfrage ist der erste Schritt zur Bewertung der tatsächlichen Bedürfnisse der Interessengruppen im betreffenden Bereich.

### Handlungsfeld: Prävention

Die Nennungen lesen sich eher im Sinne einer Aufzählung, einer Bestandsaufnahme.

In einem weiteren Schritt müssten die Nennungen mit einem Referenzmodell in Verbindung gebracht werden (z.B. zum Europäischen Präventionscurriculum). Ein Bezugssystem macht eine Zuordnung der Maßnahmen möglich und eine Einschätzung darüber, wo es zu viel, ausreichend oder zu wenige Initiativen gibt und eine sinnvolle Ressourcenaufteilung im Sinne übergreifender Strategien wäre vielleicht auch möglich.

Um eine Übersicht über die Rückmeldungen der einzelnen privaten und öffentlichen Einrichtungen aus den verschiedenen Bereichen zu erhalten, wurden diese in einem Dokument gesammelt und mit dem Maxqda-Programm codiert. Es wurden Codes erstellt, die in 5 Überkategorien eingeteilt wurden. Diese ermöglichen eine Übersicht über die zum Zeitpunkt der Erhebung rückgemeldeten aktuellen Schwerpunkte, Angebote und Ziele. Im Text aufgenommen sind (in kursiv) exemplarische Aussagen aus den Rückmeldungen.

#### **1) Spezifische Präventionsthemen - Ansätze**

Diese Kategorie sammelt die meisten Codes. Sie lassen erkennen, welche Ansätze und welche Zielgruppen im präventiven Arbeitskontext bevorzugt werden. Folgende Unterkategorien finden sich in ihr.

Unter den Unterkategorien ist „**Elternarbeit**“ die mit den zahlreichsten Codes: zum einen geht es um Angebote für Eltern im Bereich der Informationsvermittlung, zum anderen um Beratung.

**Informationsvermittlung** findet über verschiedene Kanäle statt. Zu den klassischen gehören der oft genannte Elternabend und Printmaterialien wie Elternleitfäden und Broschüren für Eltern zum Umgang mit konsumierenden Kindern, die auch online angeboten werden. Ziel dieses Ansatzes ist eine Sensibilisierung von Eltern für eine Vielfalt von suchtpreventiven Themen – von Infos über Substanzen, problematische Verhaltensweisen bis zum Umgang mit Anzeigen - und eine Erhöhung der Erziehungskompetenzen im Umgang damit. Informationsvermittlung für Eltern wird aber bei einigen Diensten auch über direkte Gespräche oder spezifische Trainings von Fachleuten angeboten.

Der Bereich der **Beratung** für Eltern reicht von individueller Erstberatung bei allgemeinen Erziehungsthemen über Gruppenangebote bis zur spezifischen Fallübernahme. Beratungen werden telefonisch, persönlich und online angeboten. Manche Angebote bieten auch Gespräche für Eltern zusammen mit ihren Kindern an.

Der **Frühe-Hilfen-Ansatz** wird in Zusammenhang mit Elternarbeit mehrmals erwähnt.

**Suchtbelastete Familien** erhalten im Bereich der „Elternarbeit“ ein besonderes Augenmerk.

### **(Erst)-Beratung**

Fast gleich viel Codierungen erhält die Unterkategorie (Erst)-Beratung. Angeboten wird sie von einer Vielzahl an Akteurinnen und Akteuren. Erwähnung finden eine Reihe von Orten (Schule, DfA, Sozialdienste, Krankenhaus, Beratungsstellen) wo Beratung im Sinne der Früherkennung, der Erstberatung und des Supports angeboten wird. Sie ist geprägt von Niederschwelligkeit und in erster Linie für riskant Konsumierende gedacht. Damit grenzt sie sich auch vom klassisch klinischen/therapeutischen Setting ab, auch wenn ein Übergang bei Bedarf fließend sein kann. Angeboten wird sie telefonisch und persönlich. Mit dem problematischen Konsum verbunden sind legale und illegalisierte Substanzen, Glücksspiel, Gaming und Digitale Medien. Neben der klassischen face-to-face-Beratung, werden in dieser Unterkategorie auch Helferkonferenzen im Schulkontext mit den betreffenden Diensten, Brückengespräche, Schalterdienste, Sprechstunden, Care Teams und Laboratorien als Unterstützungsmaßnahmen angeführt. Gewünscht wird eine vermehrte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure im Rahmen der Beratungsangebote

### **Früherkennung**

Früherkennung ist eng mit Erstberatung und spezifischen Orten, wo diese möglich wird gekoppelt. Ein öfters erwähnter Ort ist dabei die Erste Hilfe Abteilung der Krankenhäuser. Ansonsten sind die Orte der Früherkennung praktisch identisch mit denen, die bei der Erstberatung genannt wurden.

Ein besonderes Augenmerk wird auch hier auf suchtbelasteten Familien gelegt. Weiters umfasst diese Unterkategorie die Verwendung von klinischen Tests zum Nachweis des Konsums von Substanzen. Im Kontext der Früherkennung taucht auch die Thematik ADHS auf.

### **Fort- und Weiterbildung**

Fortbildungen anzubieten ist ein wichtiges Angebot der Präventionsarbeit. Immer wieder benötigen Multiplikatoren und Fachpersonal in ihren Arbeitsbereichen spezifisches Wissen über Prävention. Dafür werden Seminare und Fortbildungen sowie (Einzel)Supervision und Coaching zur Verfügung gestellt. Als Zielgruppen angeführt werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Sucht- und Präventionsarbeit tätig sind, aber auch Lehrpersonen, Schulführungskräfte, Personen mit pädagogischem Auftrag, Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker.

### **Substanzen**

Alkohol, Tabak und Cannabis sind bei den stoffgebundenen Abhängigkeiten jene Substanzen, die am häufigsten Gegenstand der Präventionsarbeit sind. Die Präventionsmaßnahmen im

Bereich der anderen illegalisierten Substanzen wie etwa Kokain, Opiate oder Halluzinogene finden sich in anderen Unterkategorien (siehe Kapitel unten). Die Rückmeldungen Medikamente finden in den Feedbacks zwar Erwähnung, sind für den Bericht aber nicht brauchbar, weil mit ihnen kein präventionspezifisches Interesse erkennbar wurde. Es entstanden demnach 3 Unterkategorien, die auf der Basis der Substanz Rückschlüsse auf die Präventionsarbeit schließen lassen.

Am öftesten erwähnt wird die Substanz **Alkohol**. Es geht dabei um bestehende Präventionsprojekte in diesem Kontext wie Alkoholparcours in der Schule (allcool), „Früherkennung in der Ersten Hilfe“ (Projekt Halt), die Aktion Verzicht, die shuttlefinder app und die Alkoholpräventionskampagnen incl. der Straßenschilder. Ein Bezug wird dabei auch zur Verkehrserziehung hergestellt. Auch Weiterbildungsmaßnahmen werden erwähnt.

Angeführt werden auch nicht weitergeführte Maßnahmen - etwa im Bereich der Betrieblichen Suchtprävention - und bis heute erfolglose Initiativen, wie die Implementierung der Früherkennung in den Erste-Hilfe-Abteilungen oder die Sensibilisierungsarbeit im Bereich der Maturabälle und der Feste.

Die Substanz **Tabak** erhält Erwähnung in Zusammenhang mit bestehenden Informationsmaterialien (online und Printmaterialien) für alle Altersstufen und Workshops für Jugendliche. Auch die Umsetzung von Projekten wie Rauchfreies Krankenhaus und Rauchfreie Schule werden erwähnt. Im Tabakbereich gab es Mitte der 00er Jahre bis 2015 Kampagnen, danach nicht mehr.

Bei **Cannabis** werden ebenso Informationsmaterialien erwähnt. Aktuell gibt es bei den Angeboten keinen Cannabis- oder Drogenparcour. Ein Selbsttest zur Einschätzung des eigenen Cannabiskonsums ist in Planung.

### **Nicht substanzgebundene Abhängigkeiten**

Bei den nicht substanzgebundenen Abhängigkeiten sind das Glücksspiel und die digitale Mediennutzung die meistgenannten. Erwähnung finden das Schulprojekt „cyberbee“ und das gemeindeorientierte und generationenübergreifende Medienkompetenzprojekt „swipe up“ sowie Kampagnen wie „Eltern-medienfit“.

## **2) Modellprojekte: Ziele und Settings**

In dieser Kategorie sammeln sich unterschiedlichste Ziele der präventiven Arbeit, auch Settings werden erkennbar. Am meisten Codes erreicht die Unterkategorie **(Neue)-Substanzen**. In ihr vereinen sich alte und neue, sowie legale und illegale psychoaktive Substanzen. Gleich danach folgt die Unterkategorie der **Digitalen Welten**, die Begriffe wie Gaming, Internetnutzung, digitale Mediennutzung, neue Media in sich vereint. An dritter Stelle findet sich die Unterkategorie **Glücksspiel**.

Unterschiedlich mit allen drei verknüpft sind Ziele wie „Sensibilisierung zum bewussten Umgang mit Medien und Suchtmittel“, die Vorbeugung von „problematischem Konsum und Verhalten“, die „Sensibilisierung zur Früherkennung“ und die „Stärkung der Resilienz“. Dem

Thema der Achtsamkeit erhält dabei noch ein besonderes Augenmerk. Auch tauchen die *lifeskills* (Lebenskompetenzen) hier wieder auf.

Die Gruppe, die im häufigsten im Fokus steht, sind **Junge Konsumierende**.

### **Orte der Prävention**

Am meisten genannt werden in den Unterkategorien „aufsuchende Ansätze“, Streetwork und der Partykontext. Alle 3 versuchen dort zu agieren, wo es ermöglicht wird mit (problematisch) konsumierenden Jugendlichen in Kontakt zu treten. In Bozen und Meran haben sich Streetworkprojekte etabliert. An einigen anderen Orten gibt es kleinere Streetworkprojekte: in Lana, Leifers und im Obervinschgau. Seit 2012 ist das aufsuchende Projekt Streetlife des Forum Prävention im Nachtleben Südtirols aktiv.

Mit den Orten in Verbindung gebracht wird die Idee von neuen methodischen Ansätzen wie die Entwicklung eines Konzeptes für Drug Checking in Südtirol. Aktuell gibt es in Südtirol keine Möglichkeit Substanzen auf ihre Inhaltstoffe analysieren zu lassen.

Weitere Orte der Prävention sind die Gemeinden und Betriebe. Letztere sind praktisch nicht im suchtpreventiven Fokus.

Die **strukturelle Prävention** ist als Unterkategorie mit wenigen Codes vertreten, und das interessanterweise nur in Bezug auf das Glücksspiel. Wenn das für den Tabakbereich nachvollziehbar ist, weil auf struktureller Ebene bereits viel umgesetzt wurde, ist es in Bezug auf den Alkoholbereich zumindest verwunderlich.

### **3) Modellprojekte aktuell**

Diese Kategorie sammelt präventiven Angebote, die es zum Zeitpunkt der Befragung gab.

**Bildungsveranstaltungen und Workshops** erreichen als Unterkategorie die meisten Nennungen. Diese sind Teil des laufenden Angebots der Einrichtungen oder Teil spezifischer Projekte.

Junge Menschen sind dabei klar diejenigen für die es die (aller)meisten Angebote gibt. Erwähnung finden weiters Seminare für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Lehrpersonen, Elternvorträge

Für Lehrpersonen werden spezifische **Unterrichtsmaterialien** bereitgestellt.

Der **Lifeskill- bzw. Lebenskompetenzansatz** ist der wichtigste inhaltliche Impulsgeber für die aktuellen Projekte. Die Stärkung der eigenen Persönlichkeit, die Fähigkeit mit anderen zu kooperieren, die Förderung von Schutzfaktoren sind wichtige Ziele von Präventionsprojekten. Das gilt für schulische genauso wie für außerschulische Angebote.

Eine weitere inhaltliche Verortung haben die Projekte im Ziel eine „**soziale Ausgrenzung**“ zu vermeiden. Das Thema des Schulabbruchs wird damit auch in Zusammenhang gebracht.

Projekte mit dem Ziel der **Informationsvermittlung** erreichen ebenso häufige Nennungen. Genannt werden Informationsbroschüren, Elternleitfäden, Flyer, Ausstellungen,

Fachbibliotheken, Webseiten, Beiträge in den sozialen Netzwerken, Facebook/Instagram Livetalks, Erklärvideos.

**Kampagnen** sind dabei noch eine besondere Form der Informationsvermittlung und Sensibilisierung.

Die rückgemeldeten „**Studien und Forschungsergebnisse**“ werden in dieser Unterkategorie zusammengefasst. Im Rahmen eines ESF-Projektes wurden im Jahr 2015 die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen einer breit angelegten quantitativen und qualitativen Studie zum Thema „Freizeitdrogenkonsum und Schulabbruch“ publiziert. Eine qualitative Studie über die Notwendigkeit und zur Umsetzung der FH wurde 2016 veröffentlicht. Eine Erhebung von Glücksspielautomaten und Präventionsmaßnahmen der Südtiroler Gemeinden wurde 2019 durchgeführt.

#### **4) Netzwerkarbeit**

In vielfältiger Form wird auf die Netzwerkarbeit innerhalb des Suchtbereichs Bezug genommen. Das geschieht entweder mit allgemeinen Aussagen oder in Bezug auf den eigenen Arbeitskontext oder in Bezug auf spezifische Projekte wie etwa EU- Projekt “Make the difference”, staatliche Ausschreibungen (z.B. mit Kindern), das Projekt „Frühe Hilfen“, Projekt Jugendschutz (Sozialdienst, Jugenddienste, Familienberatungsstelle, Psychologischer Dienst...) und in Bezug auf bestehende oder zu entwickelnde Zusammenarbeitsprotokolle.

#### **Fortbildung und Supervision**

Auch die Fortbildungen der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Supervisionsangebote sind ein oft erwähntes Thema und werden als wichtig für eine professionelle Präventionsarbeit gesehen.

#### **5) Koordination**

Bemerkenswert ist, dass das Thema Koordination im Gegensatz zur Netzwerksarbeit nur sehr wenige Codierungen für sich verbuchen kann. Die vorhandenen verweisen auf eine „Koordination der Angebote, Ausrichtung an internationalen Standards und Überprüfung der Ergebnisse langfristig“, „um gemeinsame Standards, Ziele und Arbeitsweisen zu gewährleisten, auch durch gemeinsame Weiterbildung“, um so eine „bessere Definition der Aufgaben der einzelnen Akteure“ zu erreichen.

Sie sehen die „Einrichtung eines Arbeitstisches mit Akteurinnen und Akteuren verschiedener Fachgebiete in Südtirol zur Bedarfsanalyse, Vernetzung und Planung“ als zielführend vor. Die restlichen Codes konzentrieren sich auf eine Koordination bei der Erstellung von Zusammenarbeitsprotokollen.

#### **Evaluation**

Das Thema Evaluation bzw. Qualitätssicherung wird ebenfalls angesprochen, aber nur allgemein beschrieben. Sehr wenige, der rückgemeldeten Projekte beinhalten eine Evaluation.

### **Kritische Aspekte**

Junge Menschen, Eltern, riskant Konsumierende und MultiplikatorInnen sind die am häufigsten erwähnten Zielgruppen.

Als Präventionsmethoden oft genannt werden Informationsvermittlung in vielfältigster Form und Kompetenzvermittlung. Ersichtlich wird, das noch sehr viel auf einzelne Workshopangebote aufgebaut wird. Beratung und Früherkennung nehmen einen wichtigen Platz ein.

Eine Koordination der präventiven Tätigkeiten ist kaum spürbar, andererseits wird der Netzwerkgedanke großgeschrieben.

Im Bereich der strukturellen Prävention nimmt der Frühe-Hilfen-Ansatz eine wichtige Rolle ein. Ansonsten ist eine Verhältnisprävention nur vereinzelt spürbar.

Ein durchgehender Evaluationsgedanke ist nicht ersichtlich.

Der problematische Gebrauch von Medikamenten, (Benzodiazepine, Amphetamine, usw.) wird nicht thematisiert. Ebenso fehlen Ansätze in der Betrieblichen Präventionsarbeit und im Bereich „Alter und Sucht“.

### Handlungsfeld: Therapie und Rehabilitation

Wer hat teilgenommen:

- Die DfAs (BZ, ME, BRX), BBG, Hands, Caritas, La Strada – Der Weg,
- Das Jugendgericht,
- Forum Prävention,
- ASSB.

Was ist auszubauen:

- Junge Konsumentinnen und Konsumenten: Sensibilisierung, Betreutes Wohnen, Tagesstätten, erzieherische Angebote, spezielle Therapieformen,
- Komplexe Entzüge,
- Gender-Medizin in der Sucht,
- Medikamentenabhängigkeit.

Welche Aspekte werden diskutiert, die nicht Teil des aktuellen Fachplans 2013-2018 sind?

- Internet Gaming Disorder,
- Ältere Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf,
- Spezielle Therapieangebote für Kokain.

### Handlungsfelder: Berufliche und soziale Integration und Schadensminimierung und Überlebenshilfe

In den letzten Jahren wurden einige Netzwerktreffen mit allen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen beteiligten Akteurinnen und Akteuren gemacht. Zu den Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol und dem Fachplan Suchterkrankungen wurden dabei mehrmals Erhebung zur Aktualität durchgeführt. Im Rahmen der Erarbeitung des neuen Landessozialplans wurde ebenfalls der Bedarf erhoben.

Der Bedarf kann in 2 Bereiche eingeteilt werden:

Was den Bereich **Wohnen** betrifft, so besteht der Bedarf an Angeboten für Menschen mit einer aktiven Abhängigkeitserkrankung. Im neuen Landessozialplan werden spezifische Wohndienste für junge Menschen mit aktiven Abhängigkeitserkrankungen als konkrete Maßnahme genannt, wobei kleine Wohnlösungen zu bevorzugen sind. Zudem soll die ambulante „sozialpädagogische Wohnbegleitung“ ausgebaut und auf die verschiedenen Zielgruppen ausgerichtet werden.

Im Bereich **Arbeit, Beschäftigung und Tagesbegleitung** besteht der Bedarf des Ausbaus der niederschweligen Beschäftigungsangebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Angebote sollen flexiblen Charakter haben.

Die Grundsätze der **Inklusion, Deinstitutionalisierung und Selbstbestimmung** müssen dabei berücksichtigt werden.

Es besteht die Notwendigkeit der **engen Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheitsdiensten** in den Bereichen der Prävention, Therapie und Rehabilitation. Maßnahmen müssen so abgestimmt werden und ineinanderfließen, damit die Begleitung der Nutzerinnen und Nutzer bestmöglich garantiert wird, unabhängig davon welcher Dienst die Leistung erbringt.

Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist die **Vernetzung** durch gut funktionierende Zusammenarbeit grundlegend. Netzbildung erfolgt durch regelmäßigen Austausch und Förderung der Kommunikation zwischen den Fachkräften der einzelnen öffentlichen und privaten Dienste, den zuständigen Landesämtern und den weiteren Institutionen.



## Landesgesetzgebung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen

### Allgemeine Planung

- BLR vom 8. August 2003, Nr. 3043, „Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol“,
- LG vom 18. Mai 2006, Nr. 3, „Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten“,
- BLR vom 24. September 2007, Nr. 3191, „Genehmigung des Dokumentes Kriterien und Modalitäten zur Durchführung der Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten seitens des Systems von Diensten“,
- BLR vom 21. Jänner 2013, Nr. 106, „Fachplan Suchterkrankungen 2013-2018“,
- BLR vom 16. März 2021, Nr. 263, „Genehmigung des Individuellen territorialen Betreuungsprojektes (PAIt) für Personen mit Abhängigkeitsproblemen“.

### Rauchen

- LG vom 3. Juli 2006, Nr. 6 „Schutz der Gesundheit der Nichtraucher und Bestimmungen im Bereich des Sanitätspersonals“.

### Alkohol

- DLH Nr. 53/2007, „Bestimmungen im Bereich Alkohol“ (Umsetzung des BLR Nr. 3193/2007) und BLR vom 25. Februar 2008, Nr. 601, „Konzept zu einer umfassenden Prävention des Alkoholmissbrauchs in Südtirol“.

### Glücksspiel

- LG vom 14. Dezember 1988, Nr. 58, „Gastgewerbeordnung“ (insbesondere Art. 11, Abs. 1/bis – Zulässige Spiele, wie durch LG Nr. 13/2010 eingeführt),
- LG vom 13. Mai 1992, Nr. 13, „Bestimmungen über öffentliche Veranstaltungen“ (insbesondere, Art. 5/bis – Erlaubte Spiele, wie mit LG Nr. 10/2016 ergänzt),
- LG vom 18. Mai 2006, Nr. 3, „Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten“ (insbesondere Art. 6/bis),
- BLR vom 11. Februar 2014, Nr. 144 (Netzwerk Spielsucht),
- BLR vom 29. Mai 2018, Nr. 505, „Festlegung der öffentlichen und privaten Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die in der Aufnahme, Betreuung und Beratung tätig sind, welche im Sinne der Landesgesetze Nr. 13/1992 und Nr. 58/1988 als „sensible Orte“ gelten“,
- BLR vom 15. März 2022, Nr. 179, „Neufestlegung des Angebots der gesundheitsbezogenen Leistungen für Personen mit „Gaming Disorder“ („Computer-Spielabhängigkeit“)“.

### Tarife und Akkreditierungen

- Dekret der Landesrätin Nr. 10470/2018 „Genehmigung der spezifischen Anforderungen zur Bewilligung und Akkreditierung von öffentlichen und privaten Einrichtungen zugunsten abhängiger Personen und des Bereiches Psychiatrie“,
- BLR vom 26. April 2022, Nr. 268, BLR vom 25. August 2022, Nr. 656 und BLR vom 28. Dezember 2017, Nr. 1494 – Neufestlegung der stationären und teilstationären therapeutisch-rehabilitative Tätigkeiten für Personen mit Suchterkrankungen

### Bestimmungen für die Dienste und Leistungen der Sozialdienste:

- LG vom 30. April 1991, Nr. 13, in geltender Fassung, „Neuordnung der Sozialdienste in der Provinz Bozen“,
- DLH vom 11. August 2000, Nr. 30, in geltender Fassung, „Durchführungsverordnung zu den Maßnahmen der finanziellen Sozialhilfe und zur Zahlung der Tarife der Sozialdienste“,
- LG vom 14. Juli 2015, Nr. 7, in geltender Fassung, „Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen“,

- BLR vom 20. Dezember 2016, Nr. 1458, in geltender Fassung, „Richtlinien für die Arbeitseingliederung und Arbeitsbeschäftigung von Menschen mit Behinderungen“,
- BLR vom 4. September 2018, n. 883, „Richtlinien für die Dienste zur Arbeitsbeschäftigung und die sozialpädagogische Tagesbegleitung der Sozialdienste“,
- BLR vom 30. März 2021, n. 284, „Richtlinien für Wohndienste und -leistungen für Menschen mit Behinderungen, mit psychischen Erkrankungen und mit Abhängigkeitserkrankungen“,
- BLR vom 21. April 2011, Nr. 683, „Sozialpädagogische Wohnbegleitung“,
- BLR vom 24. Juli 2018, Nr. 733, Richtlinien für die Genehmigung und Akkreditierung der Sozialdienste für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“.

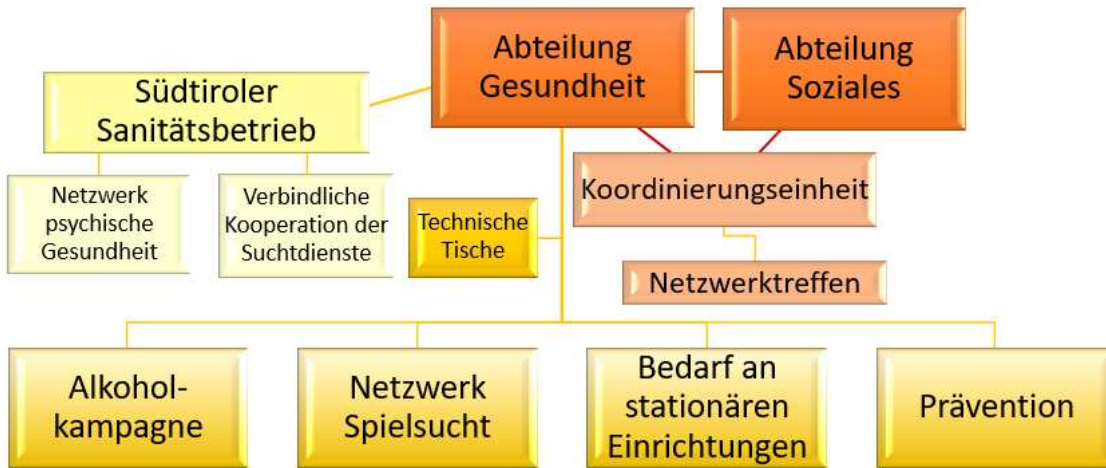
#### Beiträge des Amtes für Gesundheitsbetreuung und des Amtes für Gesundheitsordnung:

- BLR vom 2. Mai 2007, Nr. 1459 „Neufestlegung der Kriterien für die Gewährung von Beiträgen an öffentliche oder private Körperschaften und an private akkreditierte Organisationen laut Landesgesetz vom 18. Mai 2006, Nr. 3 betreffend „Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten“,
- BLR vom 29. Jänner 2019, Nr. 48, „Änderung der Richtlinien für die Gewährung von Beiträgen zur Umsetzung des Landesgesundheitsplans“ gemäß Art. 81 des LG 7/2001 (ändert und ersetzt den bisherigen Text, der dem Beschluss vom 8. Mai 2018, Nr. 417 beigefügt ist).

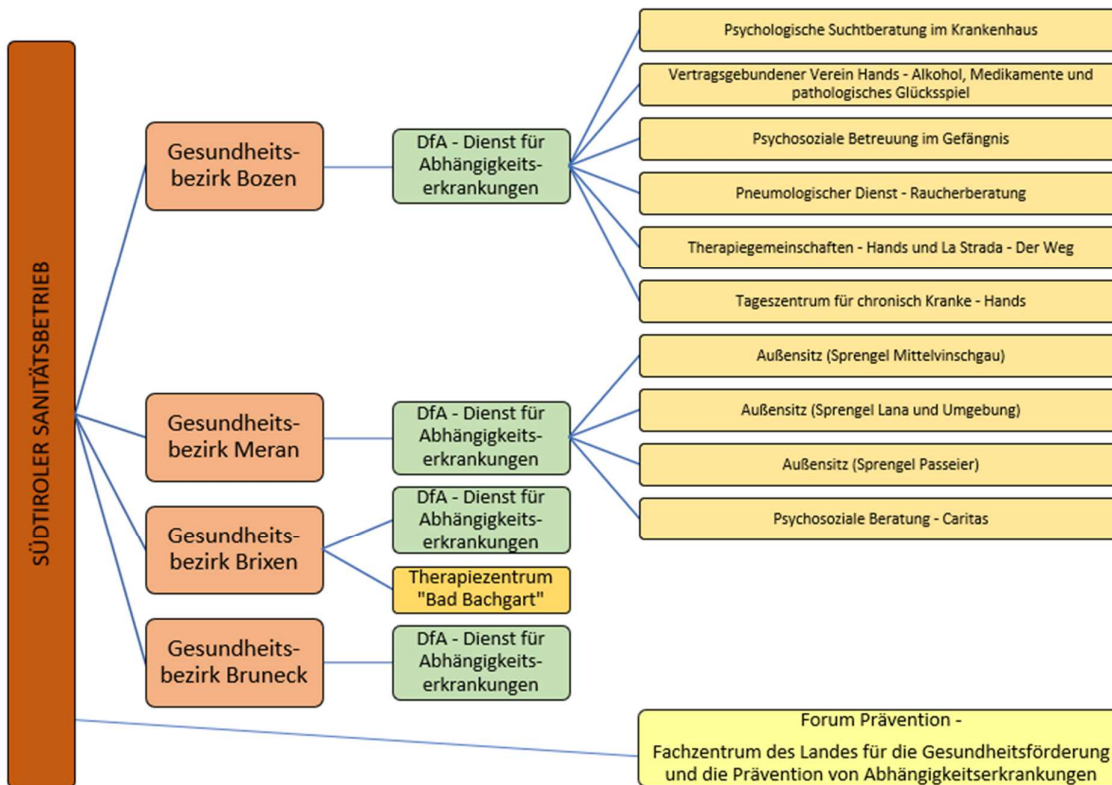
#### Beiträge des Amtes für Menschen mit Behinderungen:

- LG vom 21. Dezember 2011, Nr. 15, in geltender Fassung, „Bestimmungen über das Erstellen des Haushaltes für das Finanzjahr 2012 und für den Dreijahreszeitraum 2012-2014 (Finanzgesetz 2012)“ – Art. 4 „Bekämpfung der Spielsucht im sozialen Bereich“,
- BLR vom 11. Februar 2014, Nr. 144, in geltender Fassung, „Kriterien zur Beitragsgewährung für laufende Ausgaben an die Gemeinden und Bezirksgemeinschaften laut Artikel 4 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 2011, Nr. 15 ‘Bekämpfung der Spielsucht’“,
- BLR vom 10. April 2018, Nr. 332, in geltender Fassung, „Richtlinien für die Gewährung von Beiträgen an öffentliche und private Körperschaften, die im Sozialbereich tätig sind - Widerruf des Beschlusses der Landesregierung vom 13. Juni 2017, Nr. 661“.

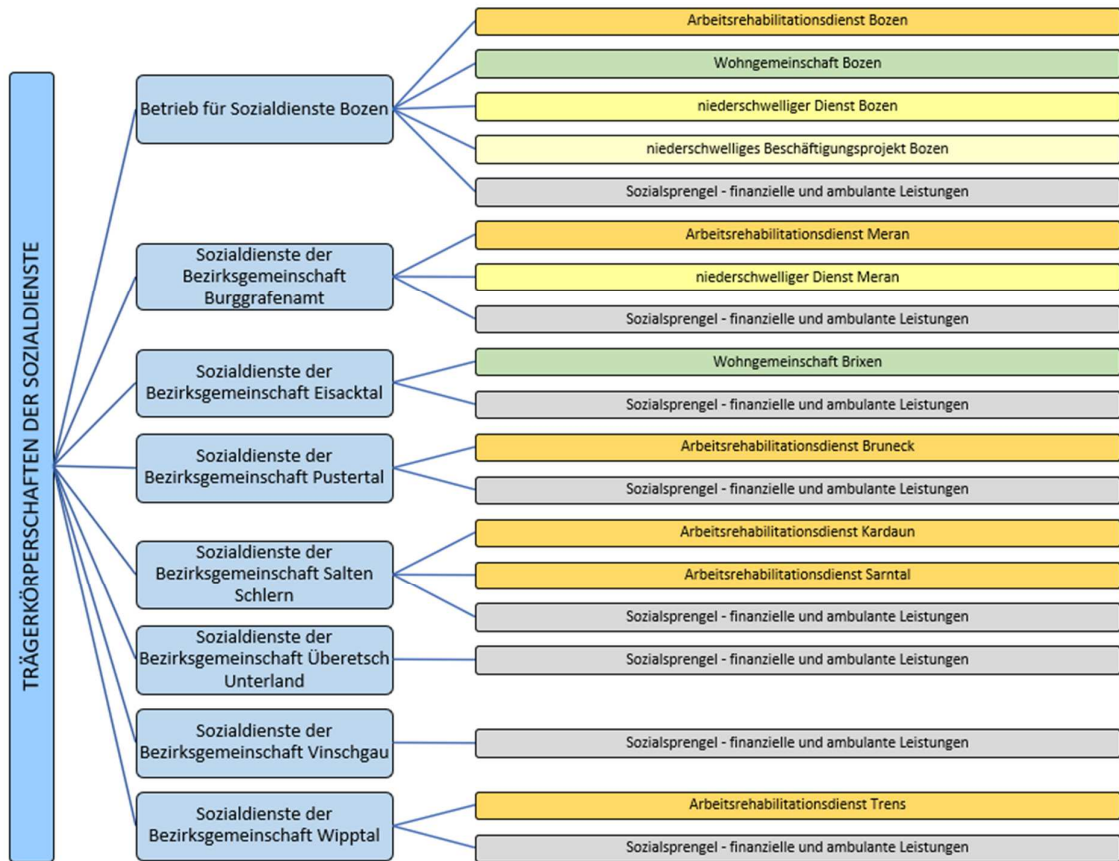
## Governance-Struktur für Abhängigkeitserkrankungen



## Öffentliche Dienste für Abhängigkeitserkrankungen der Gesundheitsdienste



## Öffentliche Dienste für Abhängigkeitserkrankungen der Sozialdienste



## Das Netzwerk: wichtige Akteure im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen in Südtirol

Gesundheitsdienste	Schnittstellen	Sozialdienste
<ul style="list-style-type: none"><li>•Dienste für Abhängigkeitserkrankungen</li><li>•Ambulatorium Hands</li><li>•Therapiezentrum Bad Bachgart</li><li>•Hands - Therapiegemeinschaften</li><li>•La Strada - Der Weg - Therapiegemeinschaften</li><li>•Therapiegemeinschaften Italien und Österreich</li><li>•Caritas - Psychosoziale Beratung</li><li>•Sanitätssprengel</li><li>•Ärzte für Allgemeinmedizin</li><li>•Psychiatrie und Kinderneuropsychiatrie</li><li>•Zentren für psychische Gesundheit</li><li>•Psychologischer Dienst</li><li>•Pneumologischer Dienst</li><li>•Rechtsmedizin und Kommissionen</li><li>•Strafvollzugsanstalt</li><li>•Andere Dienste des Sanitätsbetriebes</li><li>•Landesämter der Abteilung Gesundheit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Forum Prävention</li><li>•Sekundäre Prävention von anderen vertragsgebundenen Körperschaften</li><li>•Bildungsdirektionen, Schulämter</li><li>•Schulen</li><li>•Berufsbildung</li><li>•Amt für Arbeitsvermittlung, Amt für Arbeitsmarktingetration, Arbeitsvermittlungszentren</li><li>•Institut für den sozialen Wohnbau</li><li>•Sozialgenossenschaften</li><li>•Amt für den offenen Strafvollzug (UEPE) und Amt für Sozialdienste an Minderjährige (USSM)</li><li>•Landesgericht und Überwachungsgericht</li><li>•Jugendgericht und Staatsanwaltschaft beim Jugendgericht</li><li>•Regierungskommissariat</li><li>•Ordnungskräfte</li><li>•Staatliche Ministerien und Departments</li><li>•Organisationen für Jugendliche</li><li>•Amt für Jugendarbeit</li><li>•Dachverband für Soziales und Gesundheit</li><li>•Anwaltschaft des Landes</li><li>•Verschiedene Netzwerke</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Sozialsprengel (Erstberatung, Finanzielle Sozialhilfe, Hauspflegedienst, Essen auf Rädern, sozialpädagogische Wohnbegleitung, individuelle Vereinbarungen zur Arbeitsbeschäftigung, Arbeitsplatzbegleitung, Jobcoaching usw.)</li><li>•Niederschwellige Dienste</li><li>•Wohngemeinschaften</li><li>•Arbeitsrehabilitationsdienste</li><li>•Streetwork</li><li>•Einrichtungen und Dienste für Obdachlose</li><li>•Privat geführte soziale Organisationen</li><li>•Agentur für soziale und wirtschaftliche Entwicklung</li><li>•Landesämter der Abteilung Soziales</li></ul>

# Die zukünftige Entwicklung des Systems der Dienste in der Autonomen Provinz Bozen

## Überarbeitung der Leitlinien der Suchtpolitik

- 1) Hinsichtlich der Beauftragung einer externen wissenschaftlichen Begleitung/Moderation der Tätigkeiten ist als erstes zu erheben, ob innerhalb der Landesverwaltung Ressourcen vorhanden sind, die diese Arbeit ausführen können. Sollte dies nicht der Fall sein, soll eine Markterhebung gemacht werden, in welcher die Gewichtung nicht nur auf den Preis, sondern vor allem auf bestimmte Qualitätskriterien/Berufserfahrung gelegt wird.
- 2) Hinsichtlich der Überarbeitung der Leitlinien der Suchtpolitik, welche mittel- bis langfristige Strategien vorsehen, soll eine Steuerungsgruppe für die inhaltliche Arbeit eingesetzt werden, welche mit der wissenschaftlichen Begleitung/Moderation der Tätigkeiten zusammenarbeitet.
- 3) So wie im Jahr 2003 soll ein erweiterter Lektorenkreis eingesetzt werden.
- 4) Die abschließende Bewertung des Dokuments der überarbeiteten Leitlinien wird durch die Mitglieder der Koordinierungseinheit erfolgen, welche das definitive Dokument dann an die politischen Entscheidungsträger weiterleiten wird.
- 5) Im Vorfeld bzw. parallel zur Vorbereitung der obgenannten Beauftragung soll eine Tagung organisiert werden, die sich an die in Südtirol im Bereich „Abhängigkeiten“ tätigen Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitsbereiches richtet. Im Rahmen dieser Tagung sollten ein Experte im Suchtbereich aus dem deutschsprachigen Ausland und ein Experte im Suchtbereich aus einer anderen italienischen Realität, die von der Koordinierungseinheit vorgeschlagen werden, referieren, um wertvolle Inputs zu vermitteln und aktuelle und zukünftige Entwicklungen anderer Realitäten aufzuzeigen. Diesen Experten sind im Vorfeld der Tagung die neuen „Leitlinien der Suchtpolitik“ zu übermitteln, damit sie deren Aktualität bewerten bzw. ihre Inputs zu den in Südtirol laut ihrer festzulegenden Schwerpunkte und umzusetzenden Maßnahmen im Rahmen der Tagung erläutern können.
- 6) Die Tätigkeiten in Zusammenhang mit der obgenannten Überarbeitung der Leitlinien sollen von der Abteilung Gesundheit – Amt für Gesundheitsbetreuung und der Abteilung Soziales – Amt für Menschen mit Behinderungen geleitet werden.

## Zusammenführung des Systems der Dienste im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen mit der neuen wohnortnahen Gesundheitsversorgung

Das Ministerialdekret Nr. 77 vom 23. Mai 2022 „Standardmodelle für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst“, als grundlegender Zwischenschritt der in der Mission 6 „Gesundheit“ des staatlichen Wiederaufbauplans und der Resilienz (PNRR) vorgesehenen Reform, gibt ein Bild vor, innerhalb dem die Tätigkeiten der Grundversorgung sich mit besonderem Augenmerk auf den „Sprengel“ (welcher in Südtirol als Gesundheitsbezirk anzusehen ist) und die Einrichtungen, in denen sie stattzufinden hat (Gemeinschaftshäuser, Gemeinschaftskrankenhäuser und wohnortnahe Einsatzzentralen) zu entwickeln haben. Mit **BLR Nr. 907/2022** wurde die neue Reform auf Landesebene umgesetzt.

In der endgültigen Fassung des Ministerialdekretes Nr. 77/2022 wurden die Bereiche psychische Gesundheit von Erwachsenen und Jugendlichen, Suchterkrankungen und Gesundheit in den Justizvollzugsanstalten nicht in das Modell aufgenommen, obwohl sie sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht wichtige Bereiche der wohnortnahen Versorgung darstellen. Da man auch auf nationaler Ebene zu dem Schluss gekommen ist, dass ihre Einbeziehung in die Planung der wohnortnahen Versorgung nicht außer Acht gelassen werden kann, wurde ein neues Ministerialdekret hinzugefügt, das sich ausdrücklich mit den Standards dieser Bereiche befasst, gemäß der **Vereinbarung der Staat-Regionen Konferenz vom 21.12.2022 (Aktenverzeichnis Nr. 267/CSR)**.

Neben den Personalstandards werden diese Dienste, aber auch die sie unterstützenden Verbände, insbesondere für die ersten beiden klinisch-sozialen Ebenen (einerseits Prävention, Beratung und Grundversorgung, andererseits die Übernahme des Betreuten nach Anzahl der Pflegeeinheiten oder langfristigen individualisierten therapeutischen Rehabilitationsprojekten durch multidisziplinäre Teams, auch durch das **Instrument des Gesundheitsbudget<sup>5)</sup>** als mögliche Beteiligung an der Planung der Tätigkeiten innerhalb der Gemeinschaftshäuser anerkannt.

---

<sup>5</sup> Das „Gesundheitsbudget“ wurde als integriertes sozio-sanitäres Instrument ursprünglich zur Unterstützung des „Individualisierten therapeutischen Rehabilitationsprojekts“ (PTRI) für Menschen mit schweren und komplexen psychischen Störungen ab dem Vorschulalter entwickelt (DPMR vom 12. Jänner 2017) und besteht aus individuellen, familiären, sozialen und gesundheitlichen Ressourcen zur Verbesserung der Gesundheit im Hinblick auf eine mögliche Genesung (sogenannte recovery). Darüber hinaus wurde auf nationaler Ebene im Rahmen der Vereinten Konferenz (Rep. Akt Nr. 104/CU vom 6. Juli 2022) eine Vereinbarung über „Programmatische Richtlinien: „Planung des Gesundheitsbudgets mit der Person - Vorschlag der qualifizierenden Elemente“ unterzeichnet. Allgemeiner ausgedrückt geht es darum, das organisatorische Verwaltungsmodell des Gesundheitsbudgets auf nationaler Ebene durch flexible und integrierte sozio-sanitäre Interventionen umzusetzen. Diese Interventionen sollen darauf abzielen, effiziente Kooperationen mit dem Dritten Sektor zu entwickeln, um Ausbildungs- und Arbeitsziele im Zusammenhang mit Wohnen und sozialer Eingliederung zu fördern. Sie richten sich an Personen mit schweren psychischen Störungen, die auf dem Arbeitsmarkt, dem Wohnmarkt und im soziokulturellen Umfeld stärker diskriminiert werden.

Auch diese Möglichkeit muss bei der Umsetzung und der konkreten Planung berücksichtigt werden. Die Anwendbarkeit des genannten Gesundheitsbudgets wird zunehmend auch im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen geprüft. Dieses Instrument, das in der Tat eine enge Integration zwischen Gesundheit und Soziales erfordert, ist eine Methode, die Vorteile sowohl für die institutionelle Zusammenarbeit (deren Verstärkung) als auch die Stärkung der Zentralität der Person bietet.