

Wirkung

WIRKUNG · SUCHT · VIELFALT

Sucht viel falt

40 JAHRE · 40 JAHRE · 40 JAHRE

dialog:
INDIVIDUELLE SUCHTHILFE

* *Der Stern kennzeichnet die bedeutendsten Jahresereignisse im Verein Dialog.*

Vorwort der Stadt Wien	4
Vorwort des Verein Dialog	6
Am Anfang waren wir zwei ... Die Geschichte des <i>dialog</i> als Arbeitgeber	8

10
SUBSTITUTION

Opioidsubstitutionsbehandlung [OST] – Die Geschichte einer Beziehung	11
Du bekommst das Gefühl, du bist ein Mensch	17

18
PRÄVENTION

Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie	19
Schule, ein Ort der Entscheidungen	25
Wenn man einmal stolpert, ist keiner böse!	27

28
SUCHT UND ARBEIT

Arbeit – Sucht – Würde	29
Mein Betreuer ist nervig, ich schätze ihn sehr!	35

36
ALKOHOLGRUPPEN

Mit Maß und Ziel. Behandlung und Betreuung von Alkohol klient_innen	37
Ich habe gewusst, in diese Hölle mag ich nicht mehr zurück	43

44
DIVERSITY

Pfau, sind wir divers!	45
Ich habe ein Kind mit besonderen Bedürfnissen	51

Literaturverzeichnis	52
Standorte, Spendenkonto, Impressum	54

Das Thema des diesjährigen 40. Jubiläums „Wirkung – Sucht – Vielfalt“ bildet die Tätigkeit und die kontinuierliche Weiterentwicklung des Verein Dialog sehr treffend ab. Gerade was die Vielfalt der Angebote und Zugänge betrifft, wurde in den vergangenen vier Jahrzehnten vieles grundlegend überarbeitet und um neue Aspekte erweitert.

Seit seinen Anfängen und der Pionierarbeit bei der Etablierung der Opioidsubstitutionstherapie in Österreich Mitte der 80er-Jahre hat sich der Verein Dialog ständig weiterentwickelt und seine Angebote dem Stand der Wissenschaft sowie den sich verändernden Rahmenbedingungen und Bedürfnissen der KlientInnen angepasst. So wurde beispielsweise in den vergangenen Jahren im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ eine völlig neue Zielgruppe aufgenommen und entsprechende Behandlungsangebote entwickelt.

Aber auch was die spezifischen Angebote für bestimmte Lebenssituationen betrifft, ist der Verein Dialog sehr breit und vielfältig aufgestellt. Sei es in der Suchtprävention inklusive einer eigenen Servicestelle für Schulen oder in der Beratung von Schwangeren und jungen Eltern mit einer Suchtmittelproblematik. Im Themenfeld Sucht und Beschäftigung sind die Angebote des *dialog* ebenfalls herausragend, dank einer sehr engen Verschränkung von Arbeitsrehabilitation und medizinisch-therapeutischer Behandlung, wie sie in Wien einzigartig ist. Besonders hervorheben möchte ich auch noch die fordernde aber ungemein sinnvolle Arbeit, die der *dialog* in der Betreuung und Behandlung von Menschen, die in den Wiener Polizeianhaltezentren eine Verwaltungsstrafe verbüßen, leistet.

In den vergangenen vierzig Jahren ist der Verein Dialog kontinuierlich gewachsen, von einem rein ehrenamtlich organisierten Verein hin zur größten ambulanten Suchthilfeeinrichtung Österreichs mit sechs Standorten in Wien. Für die Stadt Wien sind der *dialog* und seine engagierten MitarbeiterInnen verlässliche PartnerInnen um suchtkranken Menschen in Wien die bestmögliche Beratung, Behandlung und Betreuung zur Verfügung zu stellen.

—— Für diesen Einsatz und die Bereitschaft, gemeinsam neue Wege zu gehen, möchte ich mich ganz herzlich bedanken und freue mich auf die weitere Zusammenarbeit. Denn auch in Zukunft werden wir gemeinsam daran arbeiten, die Versorgungsangebote weiter zu verbessern. Beim Thema Sucht, wo sich sowohl die gesellschaftlichen als auch die medizinischen Rahmenbedingungen ständig wandeln, würde jeder Stillstand einen Rückschritt bedeuten. Das haben die Menschen, für die wir verantwortlich sind, eindeutig nicht verdient.

Ewald Lochner

Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien

:

VORWORT DES VEREIN DIALOG

40 Jahre sind nicht nur für den dialog, sondern auch in der Suchtmedizin ein umfangreiches Kapitel mit vielen Entwicklungen. Das Spektrum der Suchtformen und der Behandlungsstrategien sind von einer neuen Vielfalt geprägt.

Dennoch haben wir bisher keine Heilungsmethode in der Suchtmedizin etablieren können und Begleiterkrankungen nehmen einen neuen und wichtigen Stellenwert der integrierten Behandlungswege ein. Professionalisierte multidisziplinäre Einrichtungen wie der *dialog* sind mit ihrem umfassenden Betreuungsangebot für Klient_innen in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen und psychosozialen Einrichtungen daher leider weiterhin notwendig. 40 Jahre *dialog* sind daher kein Ziel, das in einem gemeinsamen Betreuungsweg erreicht wurde, sondern nur der direkte Hinweis, wie notwendig spezialisierte Anlaufstellen zur Suchthilfe seit vielen Jahren in Österreich sind.

Von Beginn an hat der *dialog* erkannt, dass für die bedarfsorientierte Behandlung von Klient_innen eine enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erforderlich ist. Nur diese gemeinsame Arbeit hat eine individuelle Suchthilfe und erfolgreiche Substitutions-therapie ermöglicht und Programme für spezielle Zielgruppen entwickeln lassen. Es ist den vielen Auftraggeber_innen daher besonders zu danken, dass der *dialog* bei der Umsetzung der innovativen Behandlungskonzepte umsichtig unterstützt und nicht nur mit dem Rechenstift ein Augenmerk auf etablierte Einzelfaktoren gelegt wurde. Der *dialog* konnte daher nicht nur in der Behandlung von Suchtkranken, sondern auch mit neu entwickelten Präventionsprogrammen in Schulen und Betrieben wichtige Beiträge für unsere Gesellschaft leisten. Auch Angehörigen von suchtkranken Patient_innen wurde immer kompetente Beratung und Betreuung angeboten.

Die aktuellen Zahlen zeigen, wie dynamisch der *dialog* auf die Bedürfnisse der Klient_innen eingeht. Fast 7000 Personen sind derzeit beim *dialog* in Betreuung, wobei die Leistungen zwischen wenigen Gesprächen bis hin zu langfristigen Betreuungen liegen. Diese Unterschiede in den individuellen Bedürfnissen und Zielen unserer Klient_innen erfordern Flexibilität der Mitarbeiter_innen und stellen uns immer wieder vor Herausforderungen bei der Kapazitätsplanungen in den Standorten.

In der Arbeit des *dialog* ist der Qualität der Leistungen ein besonderer Stellenwert gewidmet. Für den *dialog* als größte ambulante Suchthilfeeinrichtung Österreichs mit mehreren Standorten in Wien war es daher frühzeitig notwendig, die inneren administrativen Abläufe klar zu strukturieren und in ihrer Wirksamkeit zu bewerten. Dieser Prozess hat bereits 2001 zur Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems geführt. Diese frühzeitige Etablierung von Standards konnte das kontinuierliche Wachstum der Aufgaben des *dialog* unterstützen und wird laufend den Bedürfnissen angepasst, die das geänderte Umfeld erfordert.

—— Die Mitarbeiter_innen des *dialog* waren immer besonders motivierte Persönlichkeiten. Das 40-jährige Bestehen soll daher auch an die wichtigen Beiträge aller bisherigen Mitarbeiter_innen erinnern, ohne die der *dialog* den niederschweligen Zugang zu seinen vielfältigen Angeboten nicht erreicht hätte.

Michael Wolzt
Obmann des Verein Dialog

AM ANFANG WAREN WIR ZWEI ... DIE GESCHICHTE DES DIALOG ALS ARBEITGEBER

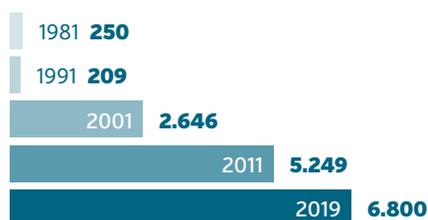
Ein 40-jähriges Bestandsjubiläum bietet Gelegenheit zu sehen, was war, was ist und was in Zukunft sein soll, im Besonderen: wie hat sich der Verein als Arbeitsplatz, als Arbeitgeber und als Ganzes verändert.

Die Anfänge und ersten Tätigkeiten des Verein Dialog entwickelten sich im Jahr 1979, als selbständige Sektion, unter Leitung von Dr. Helge Lindinger, des Vereines „Selbsthilfe gegen Sucht“. In der Rechtsform als Verein gibt es den *dialog* seit 1981. Zu Beginn wurden alle Leistungen für Klient_innen ehrenamtlich von Mediziner_innen und Sozialarbeiter_innen erbracht. Die ersten beiden angestellten Sozialarbeiter_innen gab es ab der Vereinsgründung 1981 und sie teilten sich einen Vollzeitarbeitsplatz. Im Jahr 1982 wies der Verein Ausgaben in der Höhe von 223.000 Schilling aus – das entspricht 16.000 Euro. Ein Teil dieser Ausgaben wurde durch Straßensammlungen, die in Wien ab 1982 Polizeischüler_innen durchführten, gedeckt. Das Büro in der Hegelgasse war ab Juni 1979 Standort des *dialog*. Der Bund förderte den *dialog* ab 1981, die Stadt Wien ab 1984. Den ersten angestellten Arzt gab es erst ab 1992. Durch die damalige breite Ablehnung einer modernen, akzeptanzorientierten Drogenpolitik war die Suche nach Mitarbeiter_innen besonders schwierig.

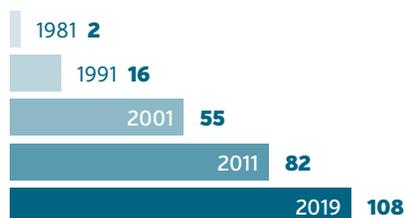
Einiges was in den Anfangsjahren üblich war ist heute undenkbar: gemeinsame Gruppen-Urlaube mit Klient_innen, rauchende Ärzt_innen im Behandlungszimmer, ein persönliches Weihnachtsgeschenk für jede einzelne Mitarbeiter_in. Heute würde man sich dazu fragen: „Welches Bild erzeugen wir?“, welche Themen eröffnen sich in Bezug auf das Arbeitsrecht bzw. die Arbeitszeit und ganz sicher auch, wie so ein gemeinsamer Urlaub denn zu gestalten wäre, um die Professionalität zu wahren.

Die Frage danach, was den Klient_innen hilft und sie in ihrer Lebensführung unterstützt war damals wie heute die Vorrangige. Die Antwort darauf hat sich im Laufe der Zeit verändert. Jedenfalls hat die Frage nach der Legitimation und dem Nachweis über die Leistungen deutlich an Gewicht gewonnen. Diese Veränderungen sind einerseits ein Abbild der Zeit, der Wunsch nach Legitimität und Nachweisbarkeit wurde insgesamt größer. Andererseits hat es auch mit der zunehmenden Größe zu tun. Ein Verein mit nur drei Mitarbeiter_innen kann auch mit weniger Struktur betrieben werden. Ein Verein mit über 100 Mitarbeiter_innen liegt organisatorisch und finanziell in einer anderen Dimension. Zur Illustration wollen wir hier einige Kennzahlen der Entwicklung des *dialog* abbilden:

KLIENT_INNEN UND ANGEHÖRIGE



MITARBEITER_INNEN (KÖPFE)



EINRICHTUNGEN



AMBULATORIEN (NACH KAG)



Was den Verein Dialog ausmacht, sind die Menschen, die dort arbeiten und die Werte und Ideen, die uns antreiben und verbinden.

Aber was bleibt dann, wenn der Charme des Anfangs verblasst ist und die weitgehend regelfreie Start-Up-Phase in der Jetztzeit durch ein umfassendes Regelwerk von Richtlinien und Gesetzen begrenzt ist?

Was den Verein Dialog ausmacht, sind die Menschen, die dort arbeiten und die Werte und Ideen, die uns antreiben und verbinden. Die Werte spiegeln sich in der Vision, der Mission und dem akzeptanzorientierten Selbstverständnis für unsere Klient_innen wider. Als bestimmende Werte im Verein gelten: wertschätzender Umgang und offener Dialog, humanistische Grundhaltung, Professionalität und Innovation. Diese Werte gelten im Umgang mit den Klient_innen, Kund_innen, Kooperationspartner_innen und natürlich auch innerhalb des Vereins im Umgang mit den Kolleg_innen.

Und was bedeutet das alles gegenwärtig für den Verein Dialog als Arbeitsplatz?

Für die Mitarbeiter_innen im Verein Dialog bedeutet das, dass der Verein den Wert seiner Mitarbeiter_innen kennt, diese fördert und unterstützt. Das zeigt sich bereits zu Beginn eines Arbeitsverhältnisses, wo ein Monat ausschließlich für Einschulung vorgesehen ist. Es zeigt sich darin, dass dem Verein Dialog der offene Dialog auch bei zunehmender Größe und über die Standortgrenzen hinaus wichtig ist, weshalb neue Foren geschaffen wurden, um diesen Austausch zu ermöglichen.

Die Professionalität zeigt sich auch darin, dass unsere Angebote in Inhalt und Ablauf beschrieben sind und dass ein Qualitäts- und ein Fehlermanagement eingerichtet ist. Gleichzeitig können Ideen und Anregungen eingebracht werden, wo garantiert wird, dass diese gehört werden. Flache, effiziente Hierarchien ermöglichen gute Informationsweitergabe und schnelle persönliche Abstimmungen.

Es bedeutet, dass wir nicht nur bei den Klient_innen einen humanistischen Blick haben, sondern auch bei Mitarbeiter_innen versucht wird, so gut es geht Rücksicht auf Lebenssituationen zu nehmen. Das zeigt sich in sehr unterschiedlichen Arbeitsverpflichtungen von einzelnen Stunden bis hin zu Vollzeit und der Möglichkeit, diese Verpflichtungen zu verändern. Es zeigt sich in einem Anspruch von Familienfreundlichkeit, der sich zum Beispiel in einem kürzlich geschaffenen dreiwöchigen Elternsonderurlaub für den zweiten Elternteil nach einer Geburt. Daher gibt es moderne und zeitgemäße Betriebsvereinbarungen, die die Rahmenbedingungen der Arbeit im *dialog* beschreiben.

Also alles gut und wunderbar?

Nein, aber vieles ist gut und jede Zeit hat ihre Herausforderungen, für die es Lösungen und einen Umgang zu finden gilt, als Einzelperson, aber auch als ganzer Verein. Ganz aktuell geht es um die wahrnehmbare Rolle des Vereines als Arbeitgeber („Employer Branding“), um strategische Ausrichtungen und um Führungs- und Steuerungsmodelle die sich besonders für Bedingungen eignen, die sich laufend verändern. Und deshalb ist es notwendig, dass der Verein Dialog sich selbst auch immer wieder kritisch gegenübersteht, ob die beschriebenen Werte auch gelebt werden. Diese selbstkritische Haltung ist ein Teil der Professionalität, der sich der Verein Dialog verpflichtet fühlt.

—— Und so wie es in der Vergangenheit notwendig war, dass sich der Verein als Ganzes und auch als Arbeitgeber mehrmals verändert hat, wird es auch in Zukunft Veränderungen geben, zum Beispiel das Thema „Digitalisierung“, wo es wichtig ist, sich so anzupassen, dass die Werte für die wir stehen, erhalten bleiben.

Helmut Schmidt Geschäftsführer
Georg Schmid Betriebsratsvorsitzender



Wirkung
+ Vielfalt
SUBSTITUTION

WIRKUNG · SUCHT · VIELFALT

OPIOIDSUBSTITUTIONSBEHANDLUNG (OST) – DIE GESCHICHTE EINER BEZIEHUNG

Das Kennenlernen

Am 1. Mai 1990 begann ich als frischgebackener Psychiatrieausbildungskandidat meine Tätigkeit an der Drogenentzugsstation im Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe (heute Otto-Wagner Spital). Seit 1988 durch die Neuregelung des §5 des Suchtmittelgesetzes (SMG) war erstmals die gesetzlich geregelte Möglichkeit geschaffen worden, intravenös Drogenabhängige eine pharmakologische Behandlung zukommen zu lassen. Bereits seit 1986 wurden von vereinzelt Ärzten in Wien Ersatzdrogen verschrieben. Ich wusste von all dem nichts, die Standardbehandlung an unserer Abteilung war eine Kompletzentzugsbehandlung. Ich war fasziniert von den vielfältigen, teils sehr verworrenen und durch intensive, auch traumatisierende Einschnitte gekennzeichneten, aber gleichzeitig von so viel Neugier und Lust geprägten Lebensgeschichten der Patient_innen, die ich an unserer Abteilung kennenlernte und behandeln durfte.

Es zeigte sich jedoch sehr rasch, dass die bei uns angestrebte Abstinenz von allen Substanzen gerade in Bezug auf Opioide nur ganz selten ohne weiterführende Behandlung an einer Langzeittherapiestation aufrechterhalten werden konnte. Überspitzt formuliert hielt sie nach der Entlassung rund 20 Minuten, so lange dauerte die Fahrt mit dem 48A vom Krankenhaus bis zum damaligen Szenetreffpunkt Karlsplatz, wo abermals Opioide konsumiert wurden. Wir begannen uns mit der Möglichkeit der Ersatzdrogenbehandlung auseinanderzusetzen, studierten die noch spärlich vorhandene Literatur und entschlossen uns, im kleinen Umfang für langjährig intravenös Opioidabhängige mit zusätzlich bestehenden somatischen und psychischen Erkrankungen und sozialen Multiproblemlagen ein Behandlungsmodell mit der Verschreibung von Methadon anzubieten. Alle von und behandelten Methadonpatient_innen mussten täglich zu uns an die Abteilung kommen und erhielten die ursprünglich bestimmte Dosis nur, wenn keine objektivierbare Intoxikation vorlag, ansonsten wurde die Dosis reduziert. Es begannen sich erste Erfahrungen einzustellen: Die Ausgabe der Methadonmedikation stabilisierte die Patient_innen, ermöglichte die Behandlung der Begleiterkrankungen, verhinderte

allerdings nicht die Einnahme anderer psychoaktiver Substanzen und veränderte auch nicht die bestehenden psychosozialen Problemlagen. In meinen vier Jahren an der Drogenentzugsstation dehnten wir unseren Modellversuch auf immer mehr Patient_innen aus, veränderten unsere sehr strengen Aufnahmebedingungen, es wurde schließlich eine Ambulanz gegründet und die Behandlung dorthin verlagert. Im Wiener Umfeld, dem Verein Dialog und dem AKH wurde in diesen Jahren die OST weiter ausgerollt, es wurden andere Substanzen eingesetzt, erstmalig auch Morphinpräparate, und es wurde die psychosoziale Betreuung mit einbezogen. Im allgemeinen Gesundheitswesen herrschte noch weitestgehend absolute Unkenntnis bezüglich der OST. So ereilten uns Anrufe von Ärzten aus Wiener Spitälern, die wissen wollten ob es wohl richtig sei, dieses Methadon die Patient_innen intravenös zu verabreichen, da diese es so angegeben hätten. Oft herrschte auch Erstaunen bezüglich unserer Dosierungen, die doch deutlich höher waren als in der Schmerzbehandlung mit Opioiden und nur nach langen Aufklärungsgesprächen übernommen wurden.

Wie fast jede Beziehung begann somit auch meine zur OST mit großer Faszination aber auch Ambivalenz, ein Schwanken zwischen Zweifel und beginnender Überzeugung das Beste gefunden zu haben.

*** 1979** *Eine Initiativgruppe unter der Leitung von Doz. Dr. Helge Lindinger nimmt als selbstständige Sektion des Vereins „Selbsthilfe gegen die Sucht“ die Arbeit in der Hegelgasse auf.*

1980 *Die ersten Klient_innen mit gerichtlichen Weisungen kommen in den dialog.*

1979 *

Das Suchtgiftgesetz ist in erster Linie ein Kontrollgesetz mit Melde- wesen bei Verstößen

Revolution im Iran

Elton John tritt als erster westlicher Popstar in der Sowjetunion auf

1980 *

Novellierung des Sucht- giftgesetzes: Ausbau des Therapie- ansatzes/ Behandlung vor Strafe (Die Zahl der Drogentoten in Österreich steigt von 30 im Jahr 1979 auf 57 Personen an)

Erster Golfkrieg Iran-Irak beginnt

Rudolf Kirchschläger tritt seine zweite Amtszeit als Bundespräsident an

1981

Das Einlassen auf die Beziehung

Nach Absolvierung meiner Facharztausbildung und einem Jahr in der niedrigschwelligen Drogeneinrichtung „Ganslwirt“ sowie der Eröffnung meiner Ordination im Jahr 1997 begann ich im November 1998 meine Tätigkeit im Verein Dialog. Die OST hatte sich deutlich weiterentwickelt, unterschiedlichste Facetten wurden diskutiert, wissenschaftlich erforscht, Leitsätze formuliert, neue Substanzen implementiert und vieles auf Alltagstauglichkeit geprüft.

Ich setzte mich seit 1997 wieder intensiv mit der OST auseinander, saugte alle neuen Erkenntnisse auf, sprach mit erfahrenen Kolleg_innen, las die Literatur und führte vor allem lange Gespräche mit Patient_innen über deren Erfahrungen. Die Erkenntnisse, die ich gewann, stärkten meine Überzeugung, mich auf eine voraussichtlich jahrelange Beziehung mit der OST einzulassen. Die Erfahrungen aus Ländern, in denen OST inzwischen verbreitet eingesetzt wurde waren absolut überzeugend, die Lebenserwartung der Patient_innen stieg deutlich, die HIV- und Hepatitis-Infektionsraten sanken, vor allem auch durch zusätzliche harm-reduction-Ansätze wie Spritzenaustauschprogramme, die Behandlungsmöglich-

keit der bei fast allen Opioidabhängigen zugrunde liegenden psychischen Erkrankungen verbesserten sich massiv, ein Erfolgsmodell auf vielen Linien und für mich der Grund, meine Beziehung zur OST auf ein festes Fundament zu stellen. Im *dialog* fand ich den besten vorstellbaren Ort, um die Beziehung mit der OST in unterschiedlichsten Facetten zu leben. Wir behandelten unterschiedlichste Patient_innen mit unterschiedlichsten zugrunde liegenden psychiatrischen und begleitenden somatischen Krankheitsbildern, aus unterschiedlichsten Lebenswelten mit unterschiedlichsten Bedarfen und Bedürfnissen. Vor allem unser nicht abstinenzorientierter, auf harm-reduction basierender Behandlungsansatz stand und steht für mich immer im Vordergrund. Zumindest gleichbedeutend ist unsere multiprofessionelle Behandlung und das Prinzip der Behandlung auf gleicher Augenhöhe, eingebettet in flache Hierarchien und eine intensive Teamkultur.

Im Verein Dialog bauten wir unsere Kompetenzen in der OST Schritt für Schritt aus. Wir implementierten für weibliche Patientinnen, die eine Verwaltungsstrafe wegen Geheimprostitution im Polizeianhaltezentrum Rossauer Lände, in dem der Verein Dialog seit 1999 vor Ort tätig war, verbüßten, ein Nachbetreuungsangebot nach ihrer Entlassung und nannten es „Frauensache“. Der Großteil dieser Opioidabhängigen war davor noch niemals in regelmäßiger Behandlung gewesen. Die OST und die intensive psychosoziale Betreuung ermöglichten es ihnen, neue Perspektiven zu entwickeln und ohne Geheimprostitution an ihrer sozialen Reintegration zu arbeiten. Die OST ent-

* **1981** *Die Anzeige an die Vereinsbehörde zur Errichtung des Vereins „Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige“ erfolgt.*

1982 *Der dialog wird als Verein offiziell eingetragen. In diesem Jahr werden 30 Hausbesuche und 200 Dienstwege durchgeführt.*

Oft herrschte Erstaunen bezüglich unserer Dosierungen, die doch deutlich höher waren als in der Schmerzbehandlung mit Opioiden.

1981 *

Das Anton-Proksch-Institut erweitert seine Bettenkapazität auf 160 und eröffnet ein Übergangswohnheim für Alkoholranke mit 10 Betten

Attentat auf Papst Johannes Paul II.

Der Film „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“ erscheint

1982 *

Das erste deutsche Retortenbaby wird geboren

Nicole gewinnt mit dem Lied „Ein bißchen Frieden“ den Eurovision Song Contest für Deutschland

Michael Jacksons bis heute meistverkaufteste Album der Welt „Thriller“ kommt heraus

1983

wickelte sich mehr und mehr zur Therapie der Wahl bei Opioidabhängigkeit, die gesetzlichen Rahmenbedingungen passten sich dieser Entwicklung an, das Abstinenzparadigma wurde zusehends abgelöst, das Prinzip Therapie statt Strafe hielt in der Rechtsprechung Einzug. Somit wurden Vergehen im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit nicht mehr ausschließlich mit Gefängnisstrafen geahndet, vielmehr wurden medizinische und therapeutische Behandlungen gerichtlich angeordnet und im Falle der positiven Absolvierung von einer weiteren Strafverfolgung abgesehen. Die OST wurde zusehends auf den Bereich der niedergelassenen Ärzt_innen ausgedehnt, ein Ausbildungscurriculum dahingehend geschaffen. Im *dialog* definierten wir interne Behandlungsleitlinien für die OST, wir diskutierten und legten die Häufigkeit von Drogenharnkontrollen fest, bestimmten spezifische Indikationen für spezielle Zielgruppen, Dosierungsschemata, Indikationen für Vermittlungen nach erfolgter Stabilisierung. Die Behandlung jugendlicher und schwangerer Patientinnen stellten uns vor neue Herausforderungen. Unser multiprofessioneller Behandlungsansatz erwies auch bei diesen Gruppen als beste Therapieoption, ebenso die Diversifikation durch unterschiedliche Opioidsubstitutionsmedikamente wie Methadon, retardierte Morphinpräparate oder Buprenorphin.

Meine Beziehung zur OST hatte die ersten großen Bewährungsproben überstanden und stand inzwischen auf einem stabilen Fundament.

Der Beziehungsalltag

Die OST begleitet mich inzwischen täglich, in unterschiedlichsten Settings, mit verschiedensten Patient_innengruppen und in immer neuen Zusammenhängen. Im Verein Dialog darf ich seit 2008 die Funktion des ärztlichen Leiters ausüben. Wie jede Beziehung führte auch die mit der OST zum Kontakt mit zahlreichen Kolleg_innen in unterschiedlichsten Kontexten. Die Vernetzung im Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) führte neben intensivem fachlichen Austausch zum Entstehen von Freundschaften und langjährigen Arbeitsbeziehungen. Die OST und damit in Zusammenhang stehende Themen führten mich zu nationalen und internationalen Kongressen, sei es als Teilnehmer sei es als Vortragender.

Die OST in Österreich wurde zusehends professionalisiert, verbessert, die rechtlichen Rahmenbedingungen verändert (Suchtmittelgesetz, Suchtgiftverordnung, Ausbildungsverordnung für Substituierende). Es wurde Fehlermanagement betrieben, sodass aktuell keine Einstellungen auf an-

*** 1983** *Im Verein arbeiten drei hauptamtliche Sozialarbeiter_innen und sieben ehrenamtliche Mitarbeiter_innen aus verschiedenen Berufsgruppen.*

1984 *Der Verein Dialog verzeichnet Einnahmen in der Höhe von 702.074,84 Schilling. 60 % der Klient_innen werden gerichtlich zugewiesen; 40 % kommen freiwillig.*

fänglich hohe Dosierungen wie 100 mg Methadon ohne vorausgehende Andosierung erfolgen. Vor allem aber lernten die Patient_innen aus ihren Erfahrungen mit längerfristiger, teilweise langjähriger Substitution. Es stellten sich Vorlieben für spezielle Medikamente heraus, bedingt durch das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen, die vor allem bei langer Methadonbehandlung überdurchschnittlich häufig zu bemerken sind. Der Verein Dialog entwickelte sich in der Zwischenzeit zur größten ambulanten Suchthilfeeinrichtung Österreichs mit der größten Anzahl an substituierten Patient_innen. Das Ausbildungscurriculum für das Substitutionsdiplom der Ärztekammer für Wiener Ärzt_innen wird vom dialog in Kooperation mit der Ärztekammer gestaltet. Rund 80 % der OST-Patient_innen sind im niedergelassenen Bereich substituiert.

Unsere Fortbildungseinrichtung Suchtprävention und Früherkennung (SPF) verbreitet unser Wissen, nicht nur über die OST, sondern alle suchtspezifischen Themen an Multiplikator_innen und Interessierte. 2012 kam es zu einer äußerst schwierigen Situation für die OST, als die damalige Innenministerin die Sinnhaftigkeit der OST in Frage stellte und diese einschränken wollte. Es folgte ein unüberhörbarer Aufschrei aller Expert_innen, auch des Verein Dialog, der dazu führte, dass dieser Vorstoß sehr bald wieder zurückgenommen wurde. Meine Beziehung zur

1983 *

27. Juli:
Hitzerekord in
Österreich. Mit
39,7 Grad wird
in Dellach im
Drautal in Kärnten
die höchste
Temperatur
seit Beginn der
Aufzeichnungen
gemessen

Das 800 Gramm
schwere Mobil-
telefon Motorola
DynaTAC 8000X
wird in den USA
als weltweit
erstes Handy
zugelassen

1984 *

Marc Zucker-
berg wird
geboren

Niki Lauda
gewinnt zum
letzten Mal den
Formel-1-Welt-
meistertitel

Indira Gandhi
wird ermordet

1985

OST wurde dadurch neuerlich intensiviert und gefestigt. Natürlich sind Beziehungen nicht ausschließlich Quell absoluter Freuden: Ich war auch mit Patient_innen konfrontiert, die schlechte Erfahrungen mit der OST gemacht hatten, die unter Nebenwirkungen litten, die Kritik an dieser Behandlungsform übten, es sei nur eine Versorgung, keine Behandlung, sie würde manchmal falsch eingesetzt, die Abstinenz bleibe absolut auf der Strecke. Diese Kritikpunkte gilt es natürlich zu beachten, trotzdem: Die OST ist „Die Therapie der Wahl bei der Opioidabhängigkeit“. Patient_innen stehen inzwischen jahrelang in Behandlung, die Mortalität hat deutlich abgenommen, die Lebenserwartung der Zielgruppen ist deutlich gestiegen. Es treten weniger Begleiterkrankungen auf, die soziale Reintegration ist spürbar intensiviert. Es ist ein absolutes Erfolgsmodell unter den Behandlungsmethoden geworden. 2017 wurde die „Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioidsubstitutionstherapie“ unter Mitwirkung des Verein Dialog erstellt. Damit steht ein umfassendes Standardwerk für alle Aspekte dieser Behandlung zur Verfügung. Meine Beziehung zur OST hat sich als alltagstauglich, langjährig und so stabil herausgestellt, sodass sie es auch mit allen zukünftigen Herausforderungen aufnehmen kann.

Die Zukunftsperspektive

Jede Beziehung steht immer wieder vor neuen Herausforderungen und Aufgaben. Aktuell ist die OST für Asylwerber_innen mithilfe von Videodolmetsch, das seit 2016 in Verein Dialog implementiert ist, eine davon. Diese spezielle Zielgruppe bedarf neuer Zugangsmodalitäten, es müssen Hindernisse, wie die Skepsis gegenüber Behörden überwunden werden, transkulturelle medizinische Ansätze mitbedacht werden. Durch die letzten gesetzlichen Änderungen 2018 wurden erfreulicherweise strafrechtliche Bestimmungen für Ärzt_innen, welche die OST einsetzen, gestrichen und die Therapiehoheit an die Verschreiber_innen zurückgegeben. Ein aktuell auftretender Trend sind Heroinraucher_innen, es gilt die OST auch für diese Gruppe zugänglich und attraktiv zu machen.

— Meine Beziehung zur OST bleibt herausfordernd und faszinierend, auch nach inzwischen fast 30 Jahren, und der Verein Dialog wird sich weiter an vorderster Stelle allen Herausforderungen stellen.

Walter North
Ärztliche Leitung

*** 1985** *In dem Jahr werden 247 Personen betreut. In einer neuen Kooperation mit der Sonderstrafanstalt Favoriten übernimmt der Verein Dialog die therapeutische Betreuung von 129 Insaßen.*

1986 *Das „Projekt 86“ zur Arbeitsintegration inklusive Motivationstraining wird gestartet. Für ehrenamtliche Mitarbeiter_innen werden erstmals Standards etabliert.*

1985 *

Novellierung des SGG - Therapie statt Strafe

Michail Gorbatschow wird Generalsekretär der KPdSU

Live Aid Benefizkonzert in London und Philadelphia

Das Space Shuttle Discovery startet zur Mission InsAll

1986 *

Reaktorkatastrophe von Tschernobyl

Weitauflührung des Musicals „Das Phantom der Oper“ in London

Die Grünen ziehen zum ersten Mal in den österreichischen Nationalrat ein

1987



?

HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZUM THEMA: SUBSTITUTION

Wie lange dauert es, bis man mittels Opioid-substitution „clean“ wird?

Opioidabhängigkeit geht fast immer mit psychischen, eventuell auch körperlichen und psychosozialen Problemen einher. Die Substitution stellt die Grundlage für die Behandlung dieser Probleme dar und wird deshalb oft über viele Jahre in stabiler Dosierung verschrieben. Im Falle einer psychischen und psychosozialen Stabilität kann die Substitution langsam und schrittweise reduziert und somit eine Abstinenz erreicht werden. Da Suchterkrankungen jedoch chronische Erkrankungen sind, ist auch eine zeitlich unlimitierte Substitution oftmals sinnvoll.

Kann man, wenn man substituiert ist, arbeiten gehen?

Ja, natürlich. Die Substitution ermöglicht bei längerfristiger stabiler Dosierung alle Formen der Berufstätigkeit und stellt auch die Grundlage für ein Leben abseits der Suchtmittelszene dar. Zusätzlich können durch psychosoziale Betreuung Schulden reguliert, Freizeitverhalten verändert und Beziehungsprobleme bearbeitet werden, um Stabilität und soziale Reintegration zu erreichen.

Ist ein Entzug nicht der Substitution vorzuziehen?

Je nach Dauer und Form des stattgefundenen Opioidkonsums besteht natürlich die Möglichkeit einer stationären oder ambulanten Entzugsbehandlung. Je länger der Opioidkonsum konsumiert wurde, vor allem auch intravenös, umso eher ist eine längerfristige Substitution sinnvoll, vor allem auch um eine ausreichende Distanz zu den gewohnten Mustern zu erzielen.

Karin Minich kennt den Verein Dialog schon seit 25 Jahren, in die Gudrunstraße ist sie im Jahr 2014 gekommen, unter anderem weil auch ihr Mann hier betreut wurde. Der Beginn der Betreuung war von der Trennung von ihrem Mann, dem Auszug aus der Wohnung und der Scheidung geprägt. Frau Minich hat mit ihm zwei Söhne, aus ihrer ersten Ehe hat sie zwei erwachsene Töchter. Themen unserer Gespräche waren: die Fremdbetreuung ihrer beiden Söhne und wie es dennoch möglich ist, sich so gut wie möglich um sie zu kümmern; das Älterwerden ihrer Mutter; das Erwachsenwerden ihrer mittlerweile 19-jährigen Tochter; und auch das eigene Älterwerden.

Frau Minich war es immer wichtig, nicht auf die Suchterkrankung und auf die Substitution reduziert zu werden. Sie blickt auf ihre Suchtgeschichte teilweise auch mit Humor und viel Vergebung zurück und nimmt die Substitution, die wir weiter reduzierend durchführen, als Teil von sich an. Sie verabscheut Stigmatisierungen aller Art und versucht offen mit anderen Menschen umzugehen und diese so zu behandeln, wie sie selbst gern behandelt werden möchte. Eine gepflegte Erscheinung und ein höfliches Auftreten sind ihr sehr wichtig. Sie verfolgt mit Interesse die tagespolitischen Ereignisse und hat eine offene, wertfreie Lebenseinstellung.

Auch wenn es in ihrem Leben immer wieder zu krisenhaften Episoden gekommen ist, hat sie nie die Schuld dafür bei anderen gesucht, sondern versucht, diese mit ihrem unerschütterlichem Humor und ihrer Zuversicht zu meistern und zu überwinden.

Du bekommst das Gefühl, du bist ein Mensch

Mit 26 bin ich in das Ganze reingerutscht. Damals hatte ich schon eine Tochter, die aber bei der Schwiegermutter gelebt hat. Ich habe das Ganze eine zeitlang zu einfach genommen, habe gedacht, ich kann einfach so aufhören. Dem ist aber nicht so. Ohne Hilfe aus der Sucht rauszukommen ist schwer. Und man muss es wirklich wollen, sonst wird das nichts.

Ich habe mich immer an meine Kinder klammern können. Ich habe vier Kinder. Sie waren immer die Nummer eins für mich. Das Jugendamt macht es dir nicht immer leicht. Man darf sich aber nicht unterkriegen lassen. Mein damaliger Mann ist leider immer wieder rückfällig geworden, ich musste ihn dauernd mitziehen. Nach 14 Jahren habe ich mich getraut zu sagen, dass es genug ist. Er hat mir daraufhin viele Steine in den Weg gelegt und mich beim Jugendamt angeschwärzt. Ich habe drei Jahre darum gekämpft, dass ich meine Kinder sehen darf. Sie sind in einer Wohngemeinschaft untergebracht und ich sage mir: Manche geben ihre Kinder ins Internat, meine Kinder sind halt in einer WG. Aber es geht ihnen gut, sie sind ruhiger geworden. Wir haben ein gutes Verhältnis, jedes zweite Wochenende hole ich sie ab und wir fahren auch gemeinsam auf Urlaub. Der *dialog* hat mich immer bestärkt und gesagt, was ich mir nicht gefallen lassen muss. Auch bei vielen rechtlichen Dingen hat mich meine Betreuerin beraten.

Für die Kinder war es mir auch wichtig, meine Sucht zu verstecken. Du willst ja nicht, dass deine Kinder deswegen gehänselt werden: „Deine Mutter is a Waache“, deshalb musst du eine Scheinwelt aufbauen. Aber auch sonst wirst du überall, bei jedem Amt, beim AMS, schief angeschaut, sobald du sagst, dass du in einer Suchtberatung bist. Da hast du den Stempel drauf. Einmal habe ich einen normalen Therapeuten aufgesucht. Ich habe mir gedacht, dort kann ich mir alles von der Seele reden. Aber als ich dem gesagt habe, dass ich süchtig bin, ist für ihn eine Welt zusammengebrochen, er ist regelrecht zu Stein erstarrt und hat gemeint: „Sie werden immer süchtig bleiben und daran wird sich nichts mehr ändern.“ Zu dem bin ich nicht mehr hingegangen. Auch in manchen Krankenhäusern bist du nur eine Nummer. So richtige Gespräche werden dir nicht angeboten. Eine

Ausnahme war die Rudolfsstiftung, wo ich entbunden habe. Die haben mich dann schon gekannt und gewusst, dass ich eine normale Mutter bin und haben mich trotz meiner Sucht akzeptiert.

Im *dialog* ist das überhaupt anders. Du bekommst das Gefühl, du bist ein Mensch. Der Umgang mit den Leuten ist locker. Mir hat er immer sehr geholfen und hat mich ermutigt weiterzumachen. Ich bin froh, dass ich mein Platzerl im *dialog* habe. Ich gehe alle zwei Wochen zu meiner Betreuerin. Die Regelmäßigkeit ist mir wichtig, es gibt immer was zu reden. Die Termine verbinde ich gleich mit der Ärztin dort, das ist praktisch. Medizinisch bist du besser abgesichert als bei einem Hausarzt. Im *dialog* sind Ärzte, die mit all dem zu tun und auch die Erfahrung haben. Die verstehen deine Wehwehchen. Ich habe jetzt auch gesehen, dass es eine Gruppe gibt, wo man sich austauschen kann. Fürs Psychische. Da würde ich gerne mitmachen und habe mich schon angemeldet.

Ich habe viel erlebt und viel ausprobiert. Wichtig ist, dass du wirklich was verändern willst. Es gibt die unterschiedlichsten Stellen, aber aufgehoben war ich im *dialog* immer am besten. Ich war auch stationär und hab mir gedacht, das geht mit links. Dem war aber nicht so. Man ist dort mit Leuten mit denselben Problemen „eingesperrt“ und man redet immer nur über das eine Thema: Drogen. Man wurde auf null gesetzt und dann gemeinsam entlassen. Am ersten Tag sind wir – wir waren eine Gruppe von sechs Leuten – geschlossen wie die Kinder zum Karlsplatz marschiert und alles hat von vorne angefangen. Man kommt dann immer tiefer rein. Es gab Zeiten, da hab ich auf der Straße geschlafen. Und als junge Frau kommt dann irgendwann der Punkt, wo du „gewerblich“ anfängst. Was mir in der Zeit viel geholfen hat, waren die Streetworker. Die kommen vorbei und fragen, wie es dir geht, gehen auf einen Kaffee mit dir. Das hilft dir schon enorm. Du bist nicht ganz verloren, weil du bist ja eigentlich einsam. Aber auch ich habe mehrere Anläufe gebraucht. Man darf sich einfach nicht unterkriegen lassen, auch wenn viele irgendwann aufgeben. Damals habe ich gesagt, ich will zum *dialog*, und zum Glück haben sie mich gleich wieder genommen.

Und ich bin froh, dass ich meinen jetzigen Mann kennen gelernt habe. Der hat mir viel geholfen. Ich bin vor dem Nichts gestanden, bin nur mit einem Sackerl zu ihm gekommen. Er ist zu mir gestanden. Ich habe mit 45 noch einmal von vorne angefangen wie ein junger Mensch. Heute geht es mir gut. Ich habe früher beim Ankerbrot in der Fabrik gearbeitet. Auch wenn es manchmal Tage gibt, an denen mir alles weh tut, könnte ich mir wieder vorstellen, in einer Bäckerei zu arbeiten. Es ist ein eigenes Leben, die Sucht. Aber wenn du ein Zipferl hast, an dem du dich anhalten kannst, dann geht's.

Karin Minich, 51 Jahre

Klientin, Name von der Redaktion geändert



Wirkung

Sucht

Vielfalt

PRÄVENTION

WIRKUNG · SUCHT · VIELFALT

ES GIBT NICHTS PRAKTISCHERES ALS EINE GUTE THEORIE

Seit jeher verändern sich die Konzepte der Suchtprävention parallel zu gesellschaftspolitischen Entwicklungen. Für die Weiterentwicklung suchtpreventiver Methoden braucht es das Fundament theoretischer Grundlagen aus unterschiedlichen Disziplinen. Das In-Bezug-Setzen hilft die Konzepte zu verstehen und macht die Argumentation für und wider bestimmter Trends der Suchtprävention möglich und oft leichter. Im folgenden Text werden hierfür relevante Hintergründe dargestellt.

Im Wiener Drogenkonzept wurde der Suchtprävention eine eigene Säule zugeordnet. Das dort definierte Ziel Nummer zwei heißt: „Suchtgefahren früh erkennen – rechtzeitig intervenieren“, um „schädlichen und riskanten Drogenkonsum zu minimieren“ (Magistrat der Stadt Wien 1999, S. 6). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, suchtpreventive Angebote nicht nur an die Jugendlichen direkt, sondern vorwiegend an Multiplikator_innen zu richten. Im interdisziplinären Austausch entwickeln wir mit Hilfe bekannter Theorien und Erfahrungen aus der direkten Klient_innenarbeit neue Konzepte und setzen diese für unterschiedliche Zielgruppen um. In der Schule arbeiten wir vorwiegend mit Lehrer_innen, Direktor_innen und Schulärzt_innen. Wir schulen diese einerseits zur Suchtprävention in der Schule, andererseits auch speziell zum Erkennen einer Substanzabhängigkeit oder eines problematischen Verhaltens und zur richtigen Vorgangsweise, wenn Interventionen gesetzt werden. In Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswissens schulen wir Mitarbeiter_innen zu Suchtbasiswissen und zum speziellen Umgang mit Personen mit Suchterkrankungen, um dies in den praktischen Arbeitsalltag zu integrieren. Auch in Betrieben werden nicht nur die Lehrlinge direkt geschult, sondern vor allem Lehrlingsausbilder_innen

* **1987** Eine Meditationsgruppe für Klient_innen wird eingeführt.

1988 In diesem Jahr werden 191 Klient_innen betreut und 22 Informationsveranstaltungen abgehalten, mit denen 359 Personen erreicht wurden.

und Führungskräfte. Das Erkennen, Ansprechen und Intervenieren ist Führungsaufgabe und hier liegt eine große Chance für den Betrieb und auch für die betroffenen Mitarbeiter_innen. Denn wenn die Schlüsselpersonen für das Thema Sucht sensibilisiert sind und kompetent mit dieser Situation umgehen können, können Probleme frühzeitig erkannt werden, die Scheu, die Thematik offen anzusprechen, sinkt und so können früh die richtigen Interventionen gesetzt werden, um die Betroffenen zu unterstützen.

Die richtigen Interventionen können früh gesetzt werden, wenn die Schlüsselpersonen für das Thema Sucht sensibilisiert sind.

1987 *

Neuregelung des SGG - Substitutions-erlass: „Erläss zur oralen Substitutionsbehandlung von iv.Drogen-abhängigen gemäß § 5 SGG“

Thomas

Gottschalk moderiert zum ersten Mal die Fernsehsendung „Wetten, dass..?“

Mathias Rust

landet mit einer Cessna auf dem Roten Platz in Moskau

1988 *

Das Mahnmal gegen Krieg und Faschismus des Bildhauers Alfred Hrdlicka wird am Albertinaplatz veröffentlicht

Lockerbie-

Anschlag über Schottland

1989

*** 1990** *In diesem Jahr werden 258 Präventionsveranstaltungen für Schüler_innen und Lehrer_innen durchführt. Bewegungsanalytischer Tanz und Selbstverteidigung für Frauen gibt es erstmals als Gruppenangebot.*

Die Stärkung von Ressourcen und Minimierung von Risikofaktoren auf persönlicher und struktureller Ebene dienen neben der WHO-Ottawa-Charta (WHO, 1986) als Rahmenkonzept für das Vorgehen österreichischer Suchtpräventionsfachkräfte. Die Ottawa-Charta definiert Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Das Ziel lautet: Zustand vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Dieses Ziel ist nur in Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention erreichbar.

Ein theoretischer Zugang dazu ist das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) mit dem Begriff der Kohärenz: eine Lebenseinstellung, die das Leben als sinnhaft, bewältigbar und erklärbar betrachtet. Als Voraussetzung für die subjektive Wahrnehmung dieser Lebenseinstellung dienen das Vertrauen in die Kontinuität des Lebens sowie das Vorhandensein sozialer Ressourcen.

Vertrauen entsteht in der frühen Kindheit durch affektive Zuwendung und indem vertraut wird. Viele Ansätze der Verhaltensprävention schließen einen spielerischen Zugang mit ein. Doch auch die Fähigkeit zu spielen setzt Vertrauen voraus. Nach Winnicott (1974) ist Spielen etwas grundsätzlich Positives, auch wenn dabei Angst erlebt wird. Wenn allerdings das Ausmaß der Angst aufgrund mangelnden Vertrauens in die Spielpartner_in unerträglich wird, wird das Spiel zerstört. Aber gerade im Spielen können Kinder und Erwachsene sich kreativ entfalten und ihre ganze Persönlichkeit einsetzen, und nur in der kreativen

Entfaltung kann das Individuum sich selbst entdecken (S. 66). Das Spiel darf nicht unbeachtet bleiben. Generell wiederholen Kinder alles im Spiel, was ihnen im Leben großen Eindruck macht. Im Spiel reagieren sie oft die Stärke des Eindruckes ab und machen sich sozusagen zu Herren der Situation. Selbst besonders unangenehme, belastende Erlebnisse werden im Spiel verarbeitet (siehe Freud, S. in: Jenseits des Lustprinzips).

Als Ergänzung zu diesem emotionalen Aspekt des Spiels kann man die Ansätze der Lerntheorie bzw. der Erlebnispädagogik aufgreifen. Durch das Ausprobieren, das Erleben und das Wiederholen in der Selbstreflexion werden Inhalte besser verinnerlicht und kognitiv memoriert. Zusätzlich entsteht eine Anschlussfähigkeit an die eigene Lebensrealität. Präventionskonzepte, die für Personen im Kindes- und Jugendalter entwickelt und umgesetzt werden, verwenden fast ausschließlich einen spielerischen Zugang, da diese Methode grundsätzlich und bei einer weitestgehend gesunden psychischen Entwicklung eines Menschen, sehr erfolgversprechend ist. Hier werden aber auch die Grenzen der Suchtprävention deutlich: Ist das Urvertrauen in erheblichem Maß herabgesetzt, ist ein Einlassen auf das Spiel nicht möglich und damit das Ziel der suchtpreventiven Intervention schwer erreichbar.

Das Konzept der Lebenskompetenzförderung beruht auf der Annahme, dass ein Mensch, der über eine Reihe effektiver Fähigkeiten zur Lebensbewältigung verfügt, weniger Gefahr läuft, in selbstschädigende Prozesse zu geraten. Die Fähigkeit des Individuums, Lebenskompetenzen im Jugendalter zu erlernen, ist abhängig von einer relativ gesunden Entwicklung des Selbst bzw. der Identität. Das Konzept zielt darauf ab, die Persönlichkeit zu fördern. Je früher im Leben eines Menschen demnach die Lebenskompetenzförderung einsetzt, umso erfolgsversprechender (z. B. Lebenskompetenzförderung im Kindergarten).

Nur in der kreativen Entfaltung kann das Individuum sich selbst entdecken.

1989 *

Madonna veröffentlicht ihr Album „Like a Prayer“

Fall der Berliner Mauer

1990 *

22 (=26%) der 83 Drogenopfer in Österreich starben an AIDS, 45% aller Drogenopfer starb an Überdosis

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) streicht Homosexualität aus dem Diagnose-schlüssel der Krankheiten

Ende der Apartheid in Südafrika

1991

Unsicherheit und Risiko gehören zum menschlichen Leben. Sie auszuschalten, stellt einen Angriff auf das Leben selbst dar.

Strukturelle Faktoren werden in diesem Konzept vernachlässigt. Verhältnisprävention ist ebenso wichtig wie die Verhaltensprävention. Denn wenn an den problemerzeugenden Verhältnisse nichts verändert wird, kann beim Individuum keine langfristige Veränderung wirksam werden. Daher muss die Prävention immer auch einen Fokus auf die strukturellen Einflussfaktoren haben. In der Schule, im Betrieb und auch in der Politik gilt es, suchtfördernde Strukturen zu erkennen und zu verändern. Eine Ergänzung durch strukturelle Präventionsmaßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene ist daher unabdingbar.

Ein weiteres gängiges Konzept in der Suchtprävention betrifft die Förderung der Alternativen zum Substanzmissbrauch. Dabei soll ein breites individuelles Spektrum an Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung stehen, das variabel einsetzbar ist und ebenso wie der Substanzkonsum ein unbefriedigtes Bedürfnis abzudecken bzw. im besten Fall zu sublimieren vermag. Diese Verhaltensalternativen müssen wie auch die Lebenskompetenzen so früh wie möglich entwickelt werden. Denn wird der Substanzgebrauch bereits zur Symptombekämpfung eingesetzt, ist es schwieriger, adäquate Alternativen zu finden.

Konsument_innen psychoaktiver Substanzen sollen mittels Erwerb oder Erhalt von Risikokompetenz in ihren Entscheidungen und in ihrem Umgang mit Substanzen Wissen, Sicherheit und Eigenverantwortung übertragen werden. Die Risikokompetenz kann dabei als eigenständige Entwicklungsaufgabe des Jugendalters betrachtet werden (Franzkowiak, 1994).

Zusätzlich besagt das Konzept des sozialen Lernens (Bandura, 1979), dass Kinder und Jugendliche

beobachten und teilnehmen wollen. Es ist wichtig, dass man ihnen zeigt, wie sie sich mit etwas beschäftigen und mit anderen zusammenarbeiten können. Das Verlangen des Kindes, etwas Nützliches zu machen, bezeichnet Erikson als Werksinn bzw. Kompetenz (Erikson). Kinder wollen an der Welt der Erwachsenen teilhaben. Sie wollen für ihr Tun und für ihre kognitiven und emotionalen Fähigkeiten Anerkennung erhalten. Sie kämpfen gegen das Gefühl der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit. Dabei kann es zu massiven Unsicherheiten von Seiten der Kinder/Jugendlichen kommen.

Aber: Unsicherheit und Risiko gehören zum menschlichen Leben. Erben (1986) schreibt: „sie auszuschalten, stellt einen Angriff auf das Leben selbst dar.“ Die Suchtprävention muss hier bewusst mit Fingerspitzengefühl vorgehen. Einerseits arbeiten wir an der Förderung der Risikokompetenz und wollen, dass Jugendliche sich in herausfordernden Alltagssituationen kompetent verhalten. Sie sollen Risiken erkennen, einschätzen und danach handeln können, um sich und andere nicht zu gefährden. Auf der anderen Seite ist es das Privileg der Jugend, Risiken einzugehen, Neues auszuprobieren und auch einmal unbedachte Entscheidungen zu treffen. Diese Erfahrungen sind wichtige Entwicklungsaufgaben, die bewältigt werden müssen, um zu sicheren, stabilen Erwachsenen zu werden. Dies gilt es zu akzeptieren, ernst zu nehmen und in der Arbeit mit Jugendlichen zu berücksichtigen.

Prinzipiell hat sich die Suchtprävention in den letzten Jahren umorientiert. Sie hat sich weg von der Ursachenorientierung hin zur Entwicklungs- und

1991 *

Novellierung der Substitutionsverordnung - Videierung durch den amtsärztlichen Dienst

Der Vogel des Jahres wird das Rebhuhn

Beginn des Jugoslawienkrieges

1992 *

Die Wiener Berufsbörse nimmt ihre Tätigkeit auf

Giovanni Falcone und Paolo Borsellino werden von der Mafia ermordet

Erste Europride in London

Thomas Klestil wird Bundespräsident

1993

Gesundheitsförderung bewegt. Ihr Ziel ist meistens die Vermittlung umfassender psychosozialer Kompetenzen. Jedoch darf die Verhaltensprävention nie das Verständnis für die Pathogenese eines Abhängigkeitssyndroms verlieren, auch wenn Suchtmittelkonsum und seine jeweiligen Ausprägungen immer im Kontext gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen zu sehen sind.

Schon 1999 betonte Uchtenhagen, dass die Prävention der Zukunft vermehrt auf krankmachende Lebensbedingungen achten und sich auch entsprechend ausrichten muss [Uchtenhagen, A., 1999, Blick nach vorn. Quattro Stagioni, Winter 1999, S. 7-8]. Das gilt auch im Hinblick auf die vielzitierte Herangehensweise von Zinberg „Drug, Set and Setting“, die besagt, dass soziales Lernen und der kulturelle Kontext eine besonders wichtige Rolle in der Vulnerabilität für den Konsum psychoaktiver Substanzen und einer Abhängigkeitsentwicklung spielen.

Wie eine Substanz erlebt wird, hängt immer mit der pharmakologischen Wirkung, persönlichen Faktoren und der Umgebung des Konsums zusammen. Auch Haltungen und Vorgaben der Familie und der Gesellschaft auf der einen Seite und die Einstellung der konsumierenden Subkultur auf der anderen Seite beeinflussen jedes Individuum in seinem Umgang mit den einzelnen verfügbaren Substanzen [Zinberg,

1986]. Hier setzt die Verhältnisprävention an. Sie dient jedem Einzelnen in jedem Alter als Orientierung der gesamtgesellschaftlichen Haltung und ist in Ergänzung zur Verhaltensprävention enorm wichtig. Suchtprävention hat kein Alterslimit. Wie der Ausbruch eines Abhängigkeitssyndroms kein Ablaufdatum hat, sollten auch die Angebote der Verhaltens- und Verhältnisprävention keinen Lebensabschnitt auslassen.

Umsetzung suchtpräventiver Theorien am Individuum setzt immer auch Interesse am Individuum voraus. Wie bereits Sigmund Freud über die Arbeit von August Aichhorn über die „Verwahrloste Jugend“ [1925] bemerkt: „Sein Verhalten gegen die Pflegebefohlenen entsprang aus der Quelle einer warmen Anteilnahme an dem Schicksal der Unglücklichen und wurde durch eine intuitive Einfühlung in deren seelische Bedürfnisse richtig geleitet.“ [Aichhorn, A., 1925, S. 7]. Unter „verwahrloster Jugend“ versteht Aichhorn nicht nur alle Typen von kriminellen und dissozialen Jugendlichen, sondern auch schwer erziehbare und neurotische Kinder und Jugendliche verschiedener Art [S. 9]. Darum ist es in der Suchtprävention wichtig, nicht nur manualisierte Präventionsprogramme umzusetzen, sondern aus dem Interesse am Individuum, auf dieses einzugehen.

— Es ist uns ein Anliegen, den Blick auf das Individuum nicht zu verlieren, mit Hilfe bekannter Theorien neue Ansätze zu entwickeln und Angebote individuell anzupassen.

Nadja Springer Klinische- und Gesundheitspsychologin,
Mitarbeiterin, Suchtprävention und Früherkennung

Lisa Wessely Leitung, Suchtprävention und Früherkennung

*** 1993** *Der Verein feiert sein 15-jähriges Bestehen. Die aktuell 17 Mitarbeiter_innen betreuen diesem Jahr 1144 Personen.*

1994 *Die Arbeit mit Jugendlichen und deren Eltern wird intensiviert, der Präventionsansatz wird weiterentwickelt: Es werden weniger punktuelle Veranstaltungen, sondern mehr Schulungen für Multiplikator_innen (Lehrer_innen) geplant.*

1993 *

Durch Auflösung der Tschechoslowakei entstehen die Staaten Tschechien und Slowakei

Rudolf Nurejew stirbt im Alter von 55 Jahren in Frankreich

1994 *

Die deutsche Band Rammstein wird gegründet

Völkermord in Ruanda

Der Eurotunnel zwischen Calais in Frankreich und Folkestone in England wird für den Personenverkehr freigegeben

1995



?

HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZUM THEMA: PRÄVENTION

Warum werden Menschen eigentlich süchtig?

Es gibt nie nur einen Grund, warum ein Mensch süchtig wird. Es handelt sich immer um ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Die Ursachen können in der Person selbst, im Suchtmittel, dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft liegen. Je mehr Faktoren ungünstig zusammentreffen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Suchterkrankung entsteht.

Ab wann spricht man von Sucht?

Sucht wird als psychische Erkrankung gesehen. Man spricht also von Sucht, wenn mehrere der Diagnosekriterien über einen längeren Zeitraum bestehen. Diese sind: der starke Wunsch oder Zwang, eine Substanz zu konsumieren oder ein Verhalten auszuführen, Kontrollverlust, Toleranzerhöhung, anhaltender Gebrauch trotz schädlicher Konsequenzen, Vorrang vor allen anderen Tätigkeiten und Verpflichtungen und körperliche Entzugssymptome.

Wovon wird man am meisten abhängig?

Unterschiedliche Substanzen haben ein unterschiedlich hohes Suchtpotential. Dies bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, beim Konsum einer Substanz rasch süchtig zu werden. Substanzen mit hohem Suchtpotential sind z.B. Heroin oder Nikotin, Alkohol hat im Vergleich dazu ein relativ geringes Suchtpotential.



*Was nicht besprochen wird,
schwindet aus dem Bewusstsein.*

:

SCHULE, EIN ORT DER ENTSCHEIDUNGEN

Der Umgang mit Sucht und Suchtprävention am TGM war vor vielen Jahren wohl ein wenig ein Spiegelbild gängiger gesellschaftlicher Grundhaltungen. Für die einen war „ein bisschen Kiffen“ nicht so schlimm oder halb so wild, für die anderen eine der schlimmsten Bedrohungen, vor allem für die Jugend, aber auch für die Gesellschaft insgesamt. Dementsprechend war auch das Spektrum des Handelns ein breites. Während die einen diese Themen gar nicht oder nur mit Augenzwinkern behandelt haben, waren andere in ihrem missionarischen Eifer kaum zu bremsen. Eine strukturierte Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht oder gar eine professionelle Suchtprävention, die allen Schüler_innen zugute kommt, war nicht vorhanden.

Im Jahr 2009 hat sich dann die neu installierte Gruppe der Bildungsberater_innen am TGM dieser Situation angenommen. Wir haben einige Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen besucht und über diesen Weg den Verein Dialog kennengelernt. Als erste Maßnahme haben wir dann gleich einmal einige Bildungsveranstaltungen für uns Lehrer_innen veranstaltet, um in der Folge jährliche Suchtpräventionsveranstaltungen zu organisieren, die zum größten Teil auch von den Mitarbeiter_innen des Verein Dialog durchgeführt werden. In Anbetracht der hohen Schüler_innenzahlen immer wieder eine Herausforderung – für den Verein Dialog genauso wie für die Schule.

Der Verein Dialog hat sich dabei als eine lebendige und sehr dynamische Organisation erwiesen. Im Bemühen, den sich immer schneller verändernden Lebenswelten Jugendlicher gerecht zu werden, hat man vonseiten des Verein Dialog die Präventionsarbeit am TGM immer wieder angepasst oder einfach vielversprechende neue Ideen und Methoden umgesetzt. Derzeit etwa werden in unseren zweiten Jahrgängen Stationenparcours angeboten, die aus kurzen pointierten Informationen und workshopartigen Elementen zusammengesetzt, bei unseren Schüler_innen ein überaus positives Echo auslösen. Das in einzelnen Klassen erhobene Feedback bestätigt einerseits das Bedürfnis nach letztgültigen Informationen, andererseits aber auch die Möglichkeit, sich mit seinen eigenen Konsumgewohnheiten auseinanderzusetzen. Meiner Einschätzung nach hat sich durch diese Veranstaltungen das Problembewusstsein sowohl bei Schüler_innen als auch bei Lehrer_innen schlagartig

*** 1995** *Das erste elektronische Dokusystem wird eingeführt. Die Planungen zu einer Beratungsstelle jenseits der Donau beginnen.*

1996 *Der heutige Standort „Sucht und Beschäftigung“ (damals: „Needles or Pins“) wird eröffnet.*

eingestellt bzw. intensiviert. Allerdings gilt in diesem Zusammenhang wohl ganz besonders: Was nicht besprochen wird, schwindet aus dem Bewusstsein!

Das TGM ist mit Sicherheit kein Drogen-Hot Spot, aber auch keine Insel der Seligen. Wir sehen uns als einen Ort, an dem Suchtproblemen aktiv und proaktiv begegnet wird. Die Durchführung der §13-Verfahren halten wir für ein sehr wirksames und schüler_innenfreundliches Instrument. Dieser Meinung schließt sich auch die überwiegende Mehrheit der Eltern und sogar einige betroffene Schüler_innen an. Der Verein Dialog unterstützt uns dabei in Hinblick auf die Klärung von Gefährdungssituation und begleitet auch die ersten therapeutischen Schritte.

Besonders erwähnen möchte ich das Angebot der Beratung und Betreuung für Angehörige. Für mich als Lehrer stellt das eine enorme Entlastung dar, nicht zuletzt deshalb, weil ich nicht entsprechend ausgebildet bin. Mittlerweile gibt es am TGM das you@tgm-Team, eine Gruppe von Bildungs- und Jugendberater_innen, die viele Problembereiche auch mit Hilfe anderer externer Dienstleister wie Schulpsycholog_innen, Jugendcoaches oder Schulsozialarbeiter_innen abdecken. Die Anforderungen, die heute an die Schulen „delegiert“ werden, sind vielfältig und erfordern neben gemeinsamen Anstrengungen auch vielfältige Qualifikationen.

—— Der Verein Dialog bietet mit seinen Fachleuten aus unterschiedlichen Berufsgruppen verschiedenste (Be)Handlungsansätze. Dort, wo Sehnsucht und Sucht aufeinandertreffen, brauchen Schüler_innen wie auch Eltern und Lehrer_innen professionelle Hilfestellung mittels Information, Beratung und Betreuung.

Wolfgang Pehr Lehrer am TGM

1995 *

Österreich, Schweden und Finnland treten der EU bei

Massaker von Srebrenica

1996 *

Der SK Rapid Wien wird zum 30. Mal österreichischer Fußballmeister

Der Frauenschuh ist die Orchidee des Jahres

1997

Julia Reiter wurde 2008 zum dialog-Angebot „Standfest“ zugewiesen, kannte jedoch den dialog aus früheren Betreuungsphasen.

Ich kann mich noch gut an ihre von Beginn an gewinnende, offene und reflektierte Art erinnern. Die Themen, die sie als Alleinerzieherin mit Suchterfahrung beschäftigt hatten, waren in erster Linie die Sorgen um ihre Kinder, plagende Selbstzweifel und Unsicherheiten. Nach einem Betreuungsabbruch meldete sie sich nach einiger Zeit wieder, u. a. mit einem problematischen Alkoholkonsum. Die Tochter war mittlerweile zehn Jahre alt, der Sohn hatte einen Job und das Thema, „eine gute Mutter zu sein“, begleitete sie nach wie vor.

Frau Reiter schien unter anderem von der Arbeit in der Cambio-Gruppe zu profitieren. Der Austausch mit den anderen Teilnehmer_innen unterstützte sie sehr in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten. Nach einem zweiten stationären Aufenthalt 2014 entzog sie vom Alkohol und konnte die Alkoholabstinenz bis heute halten. Beeindruckt hat mich Frau Reiter in erster Linie durch ihren Mut, sich mit schwierigen Themen und ihrer nicht immer einfachen Vergangenheit zu konfrontieren und sich dieser zu stellen. Ihre innere Weisheit, mit der sie sich selbst oft hilfreiche Antworten auf ihre klugen Fragen gab, hat mich immer wieder überrascht.

Frau Reiter hat mittlerweile einen Job, traut sich sichtlich mehr zu, bekommt viel positive Rückmeldungen und – fast am wichtigsten – hat sich über die Jahre ihren feinen Sinn für Humor erhalten.

Wenn man einmal stolpert, ist keiner böse

Das Thema Drogen hat mich immer schon fasziniert. Ich will nicht, dass man glaubt, dass ich wegen meiner schlechten Kindheit zu den Drogen gekommen bin, aber meine Mutter hatte damals einen neuen Mann, der hat mich sexuell bedrängt. Ich bin dann selbstständig zum Jugendamt und ins Heim gegangen. Aber ich möchte es nicht als Entschuldigung nehmen. Ich hab als Jugendliche den Film „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“ gesehen. Das war für mich wie ein Werbefilm, die Christiane F. hat mir so getaucht, ich wollte so sein wie sie. Ich bin mit 16 nach Wien gekommen und habe keinen einzigen Giftler gesehen. Mein damaliger Freund, den ich in Wien kennengelernt habe, hat gespritzt. Das hat mir gefallen.

In meinem Leben ist viel passiert: Das Kind haben sie mir weggenommen. Mein Freund war im Gefängnis. Das war alles ziemlich tragisch. Ich hab mich einfach betäubt. Dann ist mein zweiter Sohn auf die Welt gekommen, den hat mir meine Mama weggenommen. Ich habe keine Zukunft mehr gesehen. Ich habe immer wieder versucht aufzuhören. War auch im Anton-Proksch-Institut. Ich war auf 1200 Morphinum eingestellt und dann ist noch der Alkohol dazugekommen – bis zu 12 Bier am Tag. Als meine Tochter auf die Welt gekommen ist, habe ich beschlossen, dass ich was ändern muss. Ich wollte nicht mehr auf den Karlsplatz gehen.

Ich bin immer wieder auch lange nicht zum *dialog* gegangen – aber wenn ich hingegangen bin, war ich immer gut aufgehoben. Meine Betreuerin ist mir sehr zugewachsen. Früher bin ich hingegangen, weil ich musste, damit ich ein Rezept bekomme. Mittlerweile kann ich die Unterstützung gut annehmen.

Mithilfe der Cambio-Gruppe, die ich vor vier Jahren begonnen habe, bin ich trocken geworden. In der Gruppe hat es mir geholfen, dass ich gesehen habe, dass es noch viel schlimmere Geschichten gibt als meine. Es war auch gut, dass in der Gruppe nur Frauen waren. Da ist die Schamgrenze niedriger. Wenn da ein fieser Kerl drin sitzt, erzähl ich nicht, wie tief ich bin. Wenn nur Frauen drin sitzen, schämt man sich

nicht. Es haben sich auch Freundschaften entwickelt, eine davon ist dauerhaft geblieben. In den letzten vier Jahren war ich ohne Unterbrechung beim *dialog*. Da haben wir daran gearbeitet, dass ich arbeiten geh und schau, dass ich raus kommen. Ich brauche nämlich auch die Zeit für mich – weil zu Hause ist mein Lebensgefährte, der schwer krank ist. Das ist manchmal sehr anstrengend.

Es waren so einzelne Sachen in der Betreuung, die mir geholfen haben. Ich war zum Beispiel immer sehr schüchtern und ängstlich. Wenn ich auf der Straße eine Gruppe junger Menschen entgegenkommen gesehen habe, habe ich die Straßenseite gewechselt. Dann hat die Betreuerin eine Übung mit mir gemacht, dass ich mir bei solchen Situationen vorstellen soll, dass ich einen Hut aufhabe, mit dem ich aufrecht gehen muss. Das hat mir wirklich geholfen. Wenn ich down war, habe ich mir geistig den Hut aufgesetzt.

Ich fühl mich im *dialog* sehr gut aufgehoben. Wenn man einmal stolpert und es nicht schafft, ist keiner böse. Das ist gut. Ich mache es ja für mich. Mein Ziel ist, stabil zu bleiben, kein Beikonsum. Aktuell bin ich mit der Dosis zufrieden. Ich komme gut durch den Tag, kann gut schlafen. Gesundheitlich ist meine Ärztin im *dialog* dahinter, dass wir auf meine Hepatitis C schauen. Mir geht es seitdem gesundheitlich besser. Wenn ich die Hepatitis C ganz wegstreife, dann könnt ich vielleicht auch im Handel einen Job, beim Billa oder so bekommen – wegen dem Gesundheitszeugnis. Jobmäßig ist es schwer, mit meinem Lebenslauf am ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Über fix&fertig habe ich jetzt was, wo ich zweimal die Woche hingeh. Vollzeit würde ich nicht mehr schaffen, ich bin 51. Ich würde gerne mit Blumen arbeiten. Vielleicht ergibt sich was in die Richtung. Ich geb die Hoffnung nicht auf. Ich werde mal beim *dialog* dieses Bewerbungsschreiben üben.

Ich finde, dass man in Schulen viel mehr aufklären sollte, was mit deinem Leben passiert, wenn du dich so weghaust. Ich werde zum Beispiel keine Pension mehr kriegen. Zum *dialog* kann ich nur sagen: Ich bin froh, dass es euch gibt!



SUCHT UND ARBEIT

WIRKUNG · SUCHT · VIELFALT

ARBEIT – SUCHT – WÜRDE

Dass Menschen von Arbeitslosigkeit betroffen sind, ist in unserer Gesellschaft kein neues Phänomen. Auch wenn die politischen Zeichen der Zeit in Richtung Entsolidarisierung gehen, ist das Thema Arbeitslosigkeit für uns als soziale Wesen mit dem Wunsch nach persönlicher und wirtschaftlicher Entwicklung nicht nur als individuelles und persönliches, sondern auch als gesellschaftliches Problem zu sehen [siehe Jahoda 1986]. Gerade die gesellschaftlichen Entwicklungen haben auf alle Schichten Einfluss: Nicht unbedingt wie reich eine Gesellschaft ist, sondern wie groß die Schere zwischen Arm und Reich ist, hat größere Auswirkungen. Je größer die Differenzen bzw. Ungleichheiten, desto schlechter ist der gesundheitliche Gesamtzustand (über alle Schichten) und desto mehr sinkt die Bereitschaft, anderen Menschen zu vertrauen und sich an der Gemeinschaft zu beteiligen [Schenk, 2011]. Arbeitslosigkeit kann daher als „gesellschaftliche Behinderung“ definiert werden und muss somit auf einer anderen Ebene als nur der individuellen betrachtet werden [vgl. Kieselbach und Wacker 1991 in Soriani 2017].

Dennoch steht individuell gesehen Arbeitslosigkeit natürlich in engem Zusammenhang mit Armut. Schenk [2011] definiert Armut nicht als Mangel an Gütern, sondern als eine der existenziellsten Formen

von Freiheitsverlust, dh. einem Mangel an Möglichkeiten um Güter in persönliche Freiheiten umzusetzen. Erwerbsarbeitslosigkeit ist eine der größten Armutsfallen, weil ein Leben am Minimum zu führen häufig einhergeht mit „stellvertretender Inklusion“, also einer Abhängigkeit von sozialen Einrichtungen und externen Unterstützungen, was wiederum (Entscheidungs-) Möglichkeiten und somit die Freiheit einschränkt [vgl. Baecker, 1994 in Pantucek-Eisenbacher 2014].

Denken wir an arbeitslose suchtkranke Menschen, wird dieser Mangel noch viel markanter, da eine Suchterkrankung per Definition schon einen Freiheitsverlust im Sinne einer Einengung inkludiert. Betroffene Personen erleben diese Einengung in Bezug auf ihre unmittelbare Lebenswelt, oft haben sie ihre Wahl-, Kontroll- und Verhaltensmöglichkeiten verloren. Um diesen Tendenzen und Realitäten entgegenzuwirken, muss auf vielen verschiedenen Ebenen angesetzt werden. Auch wenn wir in einem Sozialstaat mit einem großen sozialen Netz leben, muss dennoch in erster Linie auch auf der politischen Ebene viel gegen Armut getan werden wie z. B. die Einführung eines Mindesteinkommens, sinnvolle und adäquat bezahlte Beschäftigungsmöglichkeiten, Förderungen und Erhöhung der Bildungsmöglichkeiten oder zur Wiedereingliederung u. v. m.

Das sozialstaatliche System ist aber immer häufiger konfrontiert mit dem Phänomen der Zugangsbeschränkungen. Bei den Überlegungen zum Thema hilft hier das Modell von Uecker [o.J. in Pantucek-Eisenbacher 2014], der mit der Idee der „sozialen Adresse“ eine Beschreibung anbietet, wo soziale Arbeit ansetzen muss. Damit ist das Wahrnehmen von einem Set personenbezogener Daten anstatt der Wahrnehmung der Person gemeint. Hier werden weitreichende Entscheidungen über die Teilhabemöglichkeit der Personen getroffen und Entwicklungswegen vorgezeichnet. Auch der Gesetzgeber hat diese Thematik schon erkannt und in einzelnen Bereichen die Rechtslage auch entsprechend adaptiert. So sei als Beispiel positiver Entwicklung das Recht auf ein Bankkonto genannt. Gleichzeitig errichtet der Staat selbst Barrieren, die eine inklusive Tendenz verhindern bzw. erschweren. Eine erste große Veränderung in der Landschaft der Unterstützungsmöglichkeiten

* 1997 *Durch die abgehaltenen Präventionsveranstaltungen werden 542 Personen erreicht.*

1998 *Die heutige ISN wird in der Wassermann-gasse im 21. Bezirk eröffnet (heute 22., Puchgasse). Ende des Projekts „Needles of Pins“ und Start des Projekts „Lust auf Arbeit“ mit finanziellen Mitteln des Europäischen Sozialfonds und AMS zur [Re-] Integration von Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit in den Arbeitsmarkt.*

* 1999 *Der dialog nimmt seine Tätigkeit im Polizeianhaltezentrum Wien auf.*

2000 *Mit den ÖBB wird eine Kooperation für umfassende Lehrlingsschulungen zum Thema Suchtprävention gestartet.*

für unsere Zielgruppe stellt die Umstellung des AMS auf ein neues, zielgruppenorientiertes Angebot der Hilfestellungen dar. PAMAS beschreibt das Personalisierte ArbeitsMarktchancen-AssistenzSystem des AMS. Dabei werden nach definierten Parametern Personen geclustert und somit die möglichen Angebote definiert. Solche Algorithmen sind per se kein neues Phänomen, jedoch ist die Gefahr eines algorithmischen Bias, einer systematischen Verzerrung, hoch, d.h. dass ein Algorithmus gewisse Neigungen und Vorurteile verstärkt. Da sich zudem algorithmische Systeme meist an den eigenen Daten optimieren, ist eine regelmäßige Überprüfung und Auditierung dieser Systeme notwendig (vgl. Gansterer und Wagner, 2019, Positionspapier arbeitplus). Das Ziel, Geldmittel möglichst effizient abhängig von den Arbeitsmarktintegrationschancen einzusetzen, ist einerseits nachvollziehbar, andererseits nimmt es oftmals Menschen Perspektiven, die ohnehin wenig Perspektiven haben. Da ein Algorithmus auch nicht alle Faktoren wie z. B. Motivation miteinberechnen kann, ist es wichtig, dass es der Mensch bleibt, der Entscheidungen trifft und nicht ein programmierter Algorithmus.

Stress und Druck im Arbeitsleben fördern sowohl Substanzkonsum als auch Arbeitslosigkeit. Suchtkranke Personen haben ein besonders hohes Ausgrenzungs- und Armutsrisiko trotz der Tatsache, dass Suchterkrankungen in allen Bildungsschichten vorkommen (Kitzig, 2011). Die Gesellschaft, dh. jeder Einzelne ist hier gefordert, bilden sich doch oft Vorurteile und Stigmata. Daher ist auch genau hier der Ort, um mit Entstigmatisierungsmaßnahmen anzusetzen. Offenheit und Respekt gegenüber den betroffenen

Personen, ihren Zielen und ihren Geschichten sind grundlegende Werthaltungen, die für eine ehrliche Partizipation und ein Mitspracherecht erforderlich sind. Beispielsweise belegt eine deutsche Studie aus 2017, dass Langzeitarbeitslose seltener wählen gehen (arbeitplus, 2017). Der Verlust der Überzeugung zur Fähigkeit der Selbstwirksamkeit wiederum hat die Folge, dass diese Personengruppe in politischen Entscheidungen unterrepräsentiert ist und ihre Interessen nicht mehr vertreten werden (Denkfabrik-Forum Für Menschen Am Rande, 2017).

Eine Klientin aus dem Standort „Sucht und Beschäftigung“ sagte einmal, dass es ihr beim Wiedereinstieg in das Arbeitsleben nicht in erster Linie um mehr Geld oder eine sinnstiftende Tätigkeit gehe, sondern einfach darum, ein Teil der Gesellschaft zu sein, mittendrin und nicht am Rand. Zentrale Elemente für die gesellschaftliche Einbindung bzw. volle Teilhabe sind die entgeltliche Erwerbsarbeit bzw. das voll sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis im Sinne unserer mitteleuropäischen Sozialstaatskonzeption. In diesem Zusammenhang spricht man von sozialer Inklusion bzw. bei einer Nicht-Teilhabemöglichkeit von sozialer Exklusion (vgl. Pantucek-Eisenbacher 2014).

An diesen Gedanken der Inklusion setzt auch das sehr spezifische Angebot des Standorts „Sucht und Beschäftigung“ an. Eine der Fragen, mit denen wir uns beschäftigen, ist die der Arbeits- bzw. Teilhabefähigkeit. Sucht man nach einer Definition, so findet man auf der Website der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) folgende Definition für Berufsunfähigkeit: „Die versicherte Person gilt als invalid/berufsunfähig, wenn ihre Arbeitsfähigkeit infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen einer körperlich oder geistig gesunden versicherten Person mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem Beruf, auf den sie verwiesen werden kann, herabgesunken ist.“ Diese Definition schließt zwar die berufliche Vorerfahrung mit ein, ist aber sonst sehr vage formuliert und unabhängig von der realen Situation am Arbeitsmarkt.

Ein differenzierteres Modell zur Arbeitsfähigkeit beschreibt Ilmarinen mit seinem „Haus der Arbeitsfähigkeit“. Er beschreibt Arbeitsfähigkeit als Summe der Faktoren, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (vgl. Prümper & Richenhangen, 2011). Die Basis, d.h. das Fundament, besteht aus der Gesundheit und Leistungsfähigkeit einer Person. Darauf aufbauend, „im ersten Stock“, befinden sich die Qualifikation und

1999 *

Das Wiener Drogenkonzept wird im Wiener Gemeinderat beschlossen – Gründung der SDW

Die SPÖ gewinnt die Nationalratswahlen

Impeachment gegen US-Präsident Bill Clinton

2000 *

Margarete Schütte-Lihotzky stirbt im Alter von 103 Jahren in Wien

Angebotung der ersten Regierung zwischen ÖVP-FPO und Sanktionen der EU gegen Österreich

Wladimir Putin wird russischer Präsident

2001

Inwieweit ist es möglich, das Recht auf „Nein“ zu nutzen, wenn man in diversen Abhängigkeiten steht?

Kompetenz, das Wissen und Können, die Ausbildung und Erfahrung einer Person. Die anderen „Stockwerke“ wie die Werte, Einstellung und Motivation einer Person, aber auch die Anforderungen an die Arbeit wie Arbeitskultur, Arbeitsprozesse etc. werden in der Regel bei einer Feststellung der Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit nicht mehr bedacht.

Hier ist der springende Punkt:

Suchtkranke Personen, die lange in der Szene gelebt haben, haben andere Spielregeln und andere (Über-)Lebenskompetenzen erlernt, die oftmals am Arbeitsmarkt keine Passung finden. Zudem kommen eine lange Absenz am Arbeitsmarkt und soziale Vereinsamung als weitere verunsichernde Faktoren hinzu. So finden z.B. Klient_innen zu unserem Projekt im Schnitt erst nach neun Jahren Arbeitslosigkeit. Oftmals sind daraus resultierende Arbeits(un)fähigkeiten im Bereich der Social Skills, wie z.B. Frustrationstoleranz, Umgang mit Scheitern sowie weitere soziale Kompetenzen, wichtige Faktoren und Hindernisse, um Arbeit zu finden bzw. auch zu halten, die in diesem Modell von Illmarinen keine Erwähnung finden. Auch zu lernen, welche Regeln in der Gesellschaft und am Arbeitsmarkt gelten, wem man vertrauen kann und wem nicht und wie man sich verhält, um trotz seiner Biografie sein Gesicht zu wahren, sind oft große Herausforderungen. Gerade das Thema der Würde wird hier ein sehr zentrales, da Menschen mit einer Suchterkrankung zu oft in einer Bittstellerposition sind oder auch wenig gesellschaftlich angepasste Verhaltensmuster erlernt haben und deswegen viele Aus-

grenzungserfahrungen machen. Reddemann nennt drei Bereiche, in denen man auf die Würdethematik achten sollte:

- Respekt vor der Autonomie des anderen
- Anerkennen der Würde der Verletzlichkeit und des Scheiterns aller
- Würde der Intimität, Recht auf „Nein“

Das wirft natürlich viele Fragen auf: Inwieweit ist es möglich, in diesem System des kategorisierten Menschen das Recht auf Nein zu nutzen, vor allem, wenn man in diversen Abhängigkeiten steht? Suchtkranke Personen müssen wohl oft über ihre persönliche Intimitätsgrenze schreiten, um Unterstützung zu bekommen. Wahren sie ihre Grenze indem sie beispielsweise nicht alle biografischen Daten preisgeben wollen oder manche Formulare nicht unterzeichnen möchten, wird das oft als Widerstand interpretiert. Respekt vor der Autonomie des anderen beinhaltet alle Standpunkte, sowohl jenen der professionellen Berater_innen, als auch jenen der Klient_innen als suchtkranke Personen.

Die aktive Beteiligung an der Erarbeitung der Veränderungsziele und die regelmäßige Reflexion der aktuellen Zielsetzungen sind ein zentraler Aspekt in den Betreuungsverläufen im Verein Dialog. So pendeln wir im Spannungsfeld zwischen „wollen, sollen, können“ (siehe Behandlungskonzept). Klar ist somit, dass klassische Wenn-dann-Logiken hier fehl am Platz sind und unter dieser Annahme keine zielführende Interventionsplanung, geschweige denn eine aussagekräftige Wirkungsmessung abgebildet werden kann. (Früchtel et.al. S. 4). Es geht im Kontext der Behandlung und Betreuung von suchtkranken Menschen darum, den Aspekt des „Gelegenheitsmanage-

* 2001 *Der Verein Dialog erhält das Gütesiegel ISO 9000:2000 für Qualitätsmanagement.*

2002 *Der dialog veröffentlicht den Tagungsband „Wirkungskreise“, eine Dokumentation der gleichnamigen Fachtagung. Die erste externe Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems findet statt.*

2001 *

Wort des Jahres: Nulldefizit

9/11 in den USA

2002 *

Das Konzept für Hartz 4 wird in Deutschland entwickelt

Jährhundert-hochwasser in vielen Teilen Österreichs

2003

ments“ [Früchtel et.al. S. 9] im Vordergrund zu sehen und somit dem Aufspüren von Möglichkeiten, die der Veränderung dienlich sind, Raum zu geben, auch und besonders wenn Veränderungsmöglichkeiten nicht so offensichtlich sind.

Wo kann psychosoziale Unterstützung ansetzen, um die Möglichkeitsräume zu erweitern und die Gelegenheiten zu nutzen? Unter dem Blickwinkel der Mehrdimensionalität der Problemlagen der betroffenen suchtkranken, arbeitsmarktfernen Personen die bspw. in der Standfest BBE [arbeitsmarktpolitisches Angebot im Verein Dialog] ein- und ausgehen, ist der Ansatz der Multiprofessionalität unabdingbar. Psychosoziale Betreuung in enger Kooperation mit medizinischen Angeboten, alles unter einem Dach, zielt darauf ab, in den unterschiedlichsten Bereichen Würde, Selbstwirksamkeit und Glaube an sich zu stärken. Kulturelle Teilhabe und wertschätzende Begegnungen auf künstlerischer Ebene, wie bspw. in unserem Museumsprojekt oder dem Training der Sozialen Kompetenzen, die Auswirkungen auf das selbstbewusste Auftreten haben und somit den Möglichkeitsspielraum vergrößern, sowie ein spielerischer lustvoller Zugang zum Training der kognitiven Fähigkeiten sind nur einige Beispiele von Ansätzen der Arbeit von „Sucht und Beschäftigung“. Zudem werden viel Motivationsarbeit, Einzelfallhilfe, Auseinandersetzung mit der eigenen individuellen Lebenssituation im Gruppen- wie auch Einzelsetting geleistet. All dies trägt direkt bzw. indirekt zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit und auf alle Fälle zur Erhöhung der Lebensqualität bei.

Es geht hier um die „Realisierung von [gesellschaftlicher] Teilhabe in Wechselwirkung mit der Unterstützung individueller Coping- bzw. Recoveryprozesse“ (vgl. Hansjürgens 2015). Das Angebot interveniert dabei auf der Personenebene [Copingprozesse] sowie auf der Systemebene [Realisierung von Teilhabe] und auf der Prozessebene [vertrauensvolle Arbeitsbeziehung] (vgl. Hansjürgens 2016).

— Mit diesem vielschichtigen Zugang schließt sich der Bogen zur akzeptanzorientierten und humanistischen Grundhaltung des Verein Dialog. Haltung und Positionierung in der Fachöffentlichkeit ergänzen sich nicht nur durch tiefes Fachwissen, sondern auch durch den professionellen und menschlichen Zugang, die Neugierde und das Interesse am Menschen als Grundlage für eine erfolgreiche Arbeit in der Beratung und Betreuung unseren Klient_innen.

Wolfgang Kramer Stellvertretender Geschäftsführer
Barbara Waidhofer Leitung, Sucht und Beschäftigung

* **2003** *Die Beratungsstelle Hegelgasse baut ihre Öffnungszeiten aus. Das heutige SUB übersiedelt von der Blechturmgarage in die Gudrunstraße. Eine australische Delegation besucht den Dialog im Polizeianhaltezentrum.*

2004 *Das Projekt „Frauensache“ wird in den Regelbetrieb übernommen. Erstmals werden Fördergelder gekürzt, Mitarbeiter_innen müssen reduziert werden.*

2003 *

USA startet Krieg gegen den Irak

Ein Ärzteteam des Wiener Allgemeinen Krankenhauses verpflanzt weltweit zum ersten Mal die Zunge eines Menschen

2004 *

EU-Ost-erweiterung

Elfriede Jelinek erhält den Nobelpreis für Literatur

Einem Tsunami im Indischen Ozean fallen 230.000 Menschen zum Opfer

2005

:

KUNSTWERKE UNSERER KLIENT_INNEN

Sie entstanden im Rahmen des Kooperationsprojektes mit dem MUMOK (Museum moderner Kunst) „Hergehört, aufgemalt und hingedruckt“. Damit konnten die Teilnehmer_Innen ihrer Sehnsucht nach Neuem, nach dem Sich-Ausprobieren nachkommen, um sich schließlich in der kreativen Entfaltung selbst zu entdecken.



Andreas Rungi ist ein Klient, der von Anfang an Bemerkenswertes bot. Im Kontrast zu vielen anderen Klient_innen hat es bei ihm keinerlei Motivationsarbeit zur Nutzung der Workshop- und Gruppenangebote gebraucht; er hat unmittelbar nach seinem ersten Termin, im Jahr 2016, begonnen, unsere Angebote intensiv zu nutzen.

Zu Beginn der Betreuung hat mir Herr Rungi berichtet, dass er in seiner Jugend Teil einer Schwach-Kampfmannschaft war. Ziel war es, Schwächen des Gegners herauszufinden, um diesen dann zu verunsichern. Dieses Verhalten prägt auch den Zugang zu seiner Umwelt. Herr Rungi weiß um diese Tendenz und es ist ihm bewusst, dass es sich dabei um eine Art emotionale Schutzmauer handelt. Dieser Umgang hat auch den Beginn der Betreuung geprägt: Freundlich, höflich und an den Schwächen des Gegenübers interessiert. Auch ohne Brett durften wir viele Schachspiele absolvieren. So ging es ihm eher darum zu besprechen, wie er mit einer Sportverletzung umgehen kann, als um eine Veränderung seines Alkoholkonsums.

Im Verlauf der Betreuung hat sich vieles positiv entwickelt. Herr Rungi selbst hat es so formuliert, dass er hier insgesamt deutlich weniger „Schutzmauern“ benötige. Herr Rungi ist einer der treuesten Teilnehmer_innen unserer Gruppenangebote. Dadurch haben sich Freundschaften und eine externe Gruppe ergeben. Sein Alkoholkonsum wurde reduziert, es gibt auch alkoholfreie Tage. Eine Vermittlung in Richtung Arbeitsmarkt erscheint deutlich realistischer.

Georg Schmid

Sozialarbeiter und Betreuer von Herrn Rungi, Sucht und Beschäftigung

Mein Betreuer ist nervig, ich schätze ihn sehr!

Das erste Mal bin ich mit dem *dialog* 2015 in Kontakt gekommen. Damals war ich gerade im Polizeianhaltezentrum und musste meine Ersatzfreiheitsstrafe wegen Falschparken, zu schnellem Fahren, Fahren ohne Führerschein und alkoholisiertem Fahren absitzen. Ich bin reingekommen mit sechs Euro und einer Garnitur Gewand. Im Polizeianhaltezentrum (PAZ) haben mich die Beamten an die Sozialarbeiter vom *dialog* verwiesen. So wurde ich dort mit Kleidung und Kleingeld versorgt. Ich habe dann auch die medizinische Betreuung vom *dialog* in Anspruch genommen, denn als Alkoholiker fängst du im PAZ sonst an zu „krachen“.

Das Thema Alkohol begleitet mich ja schon länger: Anfang 20 habe ich begonnen, verstärkt Alkohol zu trinken – mit dem Vater meiner damaligen Freundin. Im Bundesheer ist mein Alkoholkonsum massiv gestiegen, da ist es dann richtig losgegangen. Danach habe ich viele Cocktailparties geschmissen und irgendwann ist es normal geworden. Früher hatte ich am Tag eine Flasche Likör, eine Flasche Sekt, Bier und Wein dazu. Irgendwann bin ich dann umgestiegen und habe nur noch Bier getrunken.

2016 hat mich dann das AMS zum Regionalen Kompetenzzentrum (rKomZ) geschickt und damit bin ich eben wieder beim *dialog* gelandet. Ich bin ein sehr offener Mensch und schau mir immer alles an, hab ich mir gedacht, ich hatte allerdings keinerlei Erwartungen. Mein primäres Ziel war, von der Alkoholsucht wegzukommen. Was ich sagen muss: Seit ich beim *dialog* bin, ist mein Alkoholkonsum massiv gesunken, ich habe mittlerweile auch alkoholfreie Tage. Ich werde hier ambulant sehr gut begleitet. Einen stationären Aufenthalt kann ich mir hingegen überhaupt nicht vorstellen.

In die Gruppe „Kognitives Training“ gehe ich sehr gerne und nehme Sondertermine der Workshops von „Freizeit und Gesundheit“ wahr. Da gehen wir gemeinsam ins Museum, wandern oder kochen. Dadurch habe ich meinen mittlerweile besten Freund kennengelernt. Mit dem gehe ich mehr oder weniger regelmäßig in Museen, auch abseits vom *dialog*. Außerdem hat sich daraus eine Kochrunde ergeben, die sich immer wieder auch außerhalb des *dialog* trifft.

Zuletzt haben wir Marillenmarmelade eingekocht. Ich bin auch beim MUMOK-Projekt dabei. Das ist eine spannende Sache. Bei einem der ersten Termine bin ich vor einem weißen Blatt gestanden und habe nicht gewusst, was ich tun soll. Dieses Problem stellt sich mittlerweile nicht mehr. Ganz im Gegenteil: Als ich 2018 wieder im PAZ war, habe ich mir ein Zeichenbuch mitgenommen; dazu hat mich der *dialog* motiviert. Das meiste, was ich so zeichne, hänge ich bei mir zuhause auch auf.

Seit ich beim *dialog* bin, habe ich mehr soziale Kontakte mit Menschen, die ich schätze. Ich lebe bewusster und achte mehr darauf, was ich mache. Durch die Kochrunden im *dialog* habe ich angefangen auch, für mich gesund zu kochen und zum Markt einkaufen zu gehen. Mein Interesse an Kultur ist wiedererweckt worden. Mir fallen Sachen wieder bewusster auf. Meine Neugier auf die Welt ist wieder erwacht. Ich bin zwar nach wie vor arbeitslos, aber vielleicht werde ich im Sommer Bademeister bei der MA44. Ich habe den Rettungsschwimmer und letztes Jahr konnte ich beim *dialog* den Erste-Hilfe-Kurs auffrischen. Das war ein super Angebot.

Was ich echt sagen muss; Es gibt sehr viel Angebot hier, das einem was bringt – man muss es nur annehmen. Der *dialog* hat mich dazu gebracht, Sachen wiederzuentdecken, die ich vergessen hatte. Der *dialog* hat mich dazu gebracht, Dinge, die ich nicht kannte, kennenzulernen. Der *dialog* hat mich dazu gebracht, mich etwas zu trauen, wo meine Familie immer gesagt hat, das kannst du gar nicht.

Mein Betreuer ist nervig. Er sagt fast nichts und lässt mich immer nur reden. Der Vorteil dadurch ist, dass ich über mich nachdenken muss. Ich schätze ihn sehr! Klassische medizinische Betreuung nehme ich nicht in Anspruch; ich möchte es ohne Medikamente schaffen. Und ich bin auch auf einem relativ guten Weg. Was ich aber in Anspruch nehme, ist die Akkupunktur. Das hat mir sehr bei der Bewältigung der Schlafprobleme geholfen.

Ich würde am liebsten immer beim *dialog* bleiben. Das kognitive Training macht mir irrsinnig viel Spaß und das gemeinsame Kochen in der Gruppe möchte ich auch nicht missen. Bei den Leuten, die im *dialog* arbeiten, merkt man die Leidenschaft. Man merkt, dass sie sich wirklich um die Leute kümmern, dass sie wirklich was erreichen wollen. Man ist hier definitiv keine Nummer. Ich sage danke, dass es euch gibt!

Ein Nachsatz noch: Dank dem Verein Dialog und seiner Arbeit bin ich wieder selbstbewusster, selbstsicherer und traue mich auch wieder mehr. Heute habe ich mich mit einem falsch parkenden Porschefahrer angelegt. Zuerst hat er mich ignoriert, aber am Ende habe ich gewonnen und er hat umgeparkt. Weiß nicht, ob ich mich das vor dem *dialog* auch gemacht hätte.

Andreas Rungi, 45 Jahre

Klient, Name von der Redaktion geändert



Wirkung

vielfalt

Sucht

ALKOHOLGRUPPEN

WIRKUNG · SUCHT · VIELFALT

:

MIT MASS UND ZIEL. BEHANDLUNG UND BETREUUNG VON ALKOHOLKLIENT_INNEN

Historisch ist der Verein Dialog aus dem Anspruch erwachsen, Personen, die illegale Substanzen konsumieren, Hilfe anzubieten. Die Behandlung von Alkoholproblemen wurde viel später etabliert. Wenn man die menschliche Historie hinsichtlich der Wahrnehmung von Alkohol und seinen problematischen Aspekten vergleicht, so lassen sich Parallelen ziehen:

Schon vor tausenden Jahren wurde Alkohol beim Genuss von vergorenen Früchten entdeckt und gerade wegen dem berauschenden Effekt genutzt. Bis in die Neuzeit war es in manchen Berufsbranchen üblich, Alkohol als „Naturallohn“ auszugeben. Die schädlichen Auswirkungen von Alkohol, „Abhängigkeit“ und „Trunksucht“ wurden in medizinischen Schriften erst Anfang des 19. Jahrhunderts erwähnt. Vermutet wurden diese aber schon länger: Bereits bei den Ägyptern gab es Kritik an maßlosem Alkoholkonsum.

Der Verein Dialog hat sich lange nicht für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum zuständig gefühlt. Die Trennlinie zwischen „illegalen“ und „legalen“ Substanzen schien uns lange Zeit wichtig, es mangelte auch an Alkohol-Behandlungskonzepten. Auf Initiative zweier Fördergeber hin – des AMS Wien und des Bundesministeriums für Inneres – hat der Verein im Jahr 2000 erstmals begonnen, Personen mit einem Alkoholproblem zu behandeln bzw. betreuen. Zwischen den verschiedenen Formen der Abhängigkeit wurde fortan nicht mehr differenziert. Seit 2016 ist der *dialog* Teil des wienweiten Projektes „Alkohol. Leben können.“, hat somit Alkohol-Klient_innen als Zielgruppe in den Kernaufgabenbereich inkludiert und das Angebotsspektrum dafür ausgebaut.

Ein zentraler Aspekt, warum die Behandlung von alkoholkranken Personen kritisch gesehen wird, ist der Dauerbrenner in der Alkoholbehandlung, das Behandlungsziel Abstinenz. In der Behandlung von Opiatkonsument_innen ist es durch eine in Österreich gut verankerte Substitutionsbehandlung möglich, eine sinnvolle Therapie anzubieten. Diese zielt auf „Harm Reduction“ ab und betroffene Personen können schnell adäquat unterstützt werden. Die Opiatabhängigkeit an sich kann jedoch ohne weitere körperliche Schädigung bestehen bleiben. Bei Personen mit problematischem Alkoholkonsum ist die Möglichkeit der Gabe eines nicht schädlichen Medikaments nicht so einfach möglich. Auch hier ist eine historische Betrachtungsweise sinnvoll: Im Verlauf der Geschichte entstanden Abstinenz- und Temperenzbewegungen. Beide Strömungen übten Einfluss auf die Politik und Alkoholgesetze aus. Alkohol wurde im 19. Jahrhundert von vielen als maßgeblich für die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Missstände verantwortlich gemacht.

*** 2005** *Die heutige ISG in der Gudrunstraße im 10. Bezirk (damals „dialog 10“) wird eröffnet. Die Beratungsstelle Hegelgasse kann Personal aufstocken.*

2006 *Das Land Niederösterreich steigt als neuer Fördergeber ein.*

Alkohol und dessen Konsum sind ein bedeutender wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Faktor.

2005 *

Gründung des Netzwerks „Prävention und Arbeitswelt“ mit Dialog, ISP, PASS, Check-it und Grüner Kreis

In der ARD wird die 1000. Folge der Serie Lindenstraße ausgestrahlt

Angela Merkel wird deutsche Bundeskanzlerin

2006 *

Die SDW wird aus dem FSW herausgelöst und eine eigenständige GmbH mit Michael Dressel als Geschäftsführer

SPÖ gewinnt die Nationalratswahlen

Nordkorea testet zum ersten Mal erfolgreich eine Atombombe

2007

Das trug dazu bei, dass eine Gesellschaft mit weniger Alkohol gefordert wurde, und führte in den USA 1920 zur Prohibition. Es war verboten, Alkohol herzustellen und zu verkaufen. Die Anzahl der alkoholbedingten Krankheiten sank tatsächlich. Nach einiger Zeit nahmen der illegale Alkoholhandel, der Konsum und die Kriminalität in Verbindung mit illegal produziertem Alkohol zu (vgl. Blocker 2006). Während der Wirtschaftskrise 1933 wurde das Alkoholverbot wieder aufgehoben: Dadurch wurden die Minderung von gesundheitlichen Risiken durch schwarz gebrannten Alkohol, das Entstehen von neuen Arbeitsplätzen und höhere Steuereinnahmen erwartet.

Diese Faktoren sind zentral, wenn man sich dem Phänomen Alkoholkonsum annähern möchte: Alkohol und der Konsum davon sind ein bedeutender wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Faktor. Zu viel und maßlos ist bei bestimmten Anlässen und Ritualen akzeptiert, dauerhaft sollte sich jede_r aber schon „im Griff“ haben und nicht problematisch trinken. Gar keinen Alkohol zu trinken hat kein hohes Ansehen und wird oftmals als Schwäche abgestempelt.

Auch in der Behandlung von Alkoholiker_innen spiegelt sich diese gesellschaftliche Wahrnehmung wider: Der gültige Standard lautete, dass alkoholranke Personen sich selbst „nicht unter Kontrolle“ haben, nach einer Behandlung nie wieder trinken dürfen und ihr Ziel eine lebenslange Alkoholkarenz sein müsse. Dieses Konzept passte jedoch nie mit jener akzeptierenden Haltung zusammen, die im Verein Dialog seit Beginn vertreten wird: Wir wissen, dass unsere Klient_innen Substanzen konsumieren. Es gibt Ursachen, warum sie das tun, und der Substanzkonsum erfüllt eine wichtige Funktion. Für manche Menschen ist es schwierig, das Leben nüchtern auszuhalten, da es Lebensumstände, psychische Erkrankungen oder Traumatisierungen gibt, die nur durch ein gewisses Maß an „Vernebelung“ zu ertragen sind. Mit dieser Einstellung und Erfahrung wollen und können nur wir in indizierten Fällen an Abstinenz arbeiten. Dieser erweiterte Zugang zu Konsum von Alkohol bedeutet aber auch eine Gratwanderung und wirft Fragen auf:

Wie unterstützt man Menschen am sinnvollsten, die sich nicht vorstellen können, mit dem Trinken aufzuhören bzw. Alkohol komplett aus ihrem Leben zu streichen?

Im Vordergrund steht auch hier, die Lebensqualität von Menschen zu verbessern, sie dabei zu unterstützen, trotz ihrer Konsumproblematik oder Suchterkrankung, ein möglich selbstbestimmtes Leben zu führen, inklusive [Re]integration in die Gesellschaft. Die Auseinandersetzung mit den individuellen Ursachen und Ressourcen sowie das Finden von neuen Bewältigungsstrategien bleiben zentraler Bestandteil der Behandlung. Mit jede_r Klient_in werden Ziele vereinbart, überprüft und adaptiert. Die gesundheitlichen Auswirkungen, die massiver Alkoholkonsum zweifelsfrei hat, werden dabei regelmäßig thematisiert und in die Zielplanung eingebunden. Die Angebote in der therapeutischen Arbeitsbeziehung sind neben intensiven Gesprächen auch ambulante Alkoholentzüge, strukturierte Trinkmengenreduktion und wöchentliche Gruppenangebote, auf die nun näher eingegangen wird. In insgesamt zwölf Einheiten, die an das Programm TIQAAM (vgl. Lippert 2010) angelehnt konzipiert wurden, wird in einem offenen Gruppensetting gearbeitet. Thematisch dreht es sich dabei um Inhalte wie Kriterien von Sucht, Konsumsituationen, Pro- und Contra von Konsum, aber auch um jene Bereiche im Leben, die nicht eng mit den Themen Sucht und Alkohol verbunden sind.

Die Akzeptanzorientierung führte seitens der Trainer_innen zu Beginn zu vielen Fragezeichen, da Personen, die aktuell trinken, mit jenen zusammenkommen, die aktuell abstinent sind. Zentrale Kriterien für potentielle Teilnehmer_innen sind der Wunsch nach der Teilnahme und die Gruppenfähigkeit: Der Konsum und das gesamte Sozialverhalten müssen so weit unter Kontrolle sein, dass sie fähig sind, an der Gruppe geordnet teilzunehmen. Die Erfahrungen zeigen

2007 *

Neuregelung der Substitutionsbehandlung tritt in Kraft: strengere Kontrollmechanismen und Vergabekriterien

Europäisches Jahr der Chancen-gleichheit

Georg Danzer stirbt

2008 *

Die 13. Fußball-Europameisterschaft findet in Österreich und der Schweiz statt

Barack Obama wird 44. Präsident der USA

2009

* **2007** *Die heutige „Suchtprävention und Früherkennung“ wird als eigener Standort gegründet (damals Dialog Akademie).*

2008 *Der Standort „Sucht und Beschäftigung“ startet mit dem Projekt „Standfest“. Erstmals werden in einem Jahr über 4000 Personen betreut. Eine Plakatkampagne durch Saatch & Saatchi wird lanciert.*

2009 *Das Qualitätsmanagement wird nach dem neuesten Stand [ISO 9001:2008] rezerertifiziert. Der Verein „entwirft sich“ neu: mit einem Redesign der Corporate Identity, einer einheitlichen Umbenennung der Standorte und einem neuen Claim: „Verein Dialog – Individuelle Suchthilfe“.*

hier, dass heftige Konsumphasen dazu führen, dass Personen, zumindest zwischenzeitlich, von selbst nicht mehr an der Gruppe teilnehmen.

Die Zielsetzung bezüglich des Konsums ist vielseitig wie die sich in unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung befindenden Teilnehmer_innen: von Stabilisierung des Konsums über Reduktion bis zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Für die teilnehmenden Personen selbst zeigt sich der Nutzen jedoch nicht nur hinsichtlich ihres Konsums, sondern auch durch das Erleben von positivem sozialen Kontakt durch Themen wie: wertschätzender Umgang, der Austausch von Belastungen und das Wahrnehmen der anderen Person „als Ganzes“. Ein Teilnehmer fasste den persönlichen Gewinn so zusammen: „Ich bin nicht allein mit meinem Problem, das hab ich durch die Gruppe gesehen“. Auch auf der Seite der persönlichen Motivation zeigte sich eine Auswirkung: „Ich möchte nun wieder Veränderung“. Für die Trainer_innen ist es bereichernd zu sehen, wie Klient_innen bemüht sind, sich gegenseitig zu unterstützen, einander Ratschläge geben und von ihren eigenen Erfahrungen zu berichten.

Es gibt keine zeitliche Grenze und wenn eine Person möchte, kann sie auch nach Absolvieren aller zwölf Einheiten weiter teilnehmen. Das wird von den Personen positiv hervorgehoben, da somit eine bereits aufgebaute Regelmäßigkeit erhalten bleibt. Eine Teilnehmerin unterstrich genau diesen Aspekt mit der Aussage: „Die Gruppe bringt Struktur rein“. Die Anzahl der Teilnehmer_innen bewegt sich zwischen zwei und acht Personen pro Einheit, die Personen schätzen den kleinen, vertrauenswürdigen Kreis. Was jedenfalls als Erfolg zu sehen ist, ist, dass es äußerst selten vorkommt, dass Personen nach einem Mal wieder aufhören und nie wiederkommen. Die Inhalte der Einheiten variieren, trotz der sich wiederholenden Themen, durch die unterschiedlichen teilnehmenden Personen. Der genaue Ablauf der Gruppen unterscheidet sich individuell in den Ambulanzen, was jedoch alle Gruppen eint, ist der Einbau von Regeln und Ritualen.

***Ich bin nicht allein mit meinem Problem,
das hab' ich durch die Gruppe gesehen.***

2009 *

Linz ist Kulturhauptstadt

In Norwegen wird die gleichgeschlechtliche Ehe ermöglicht

Michael Jackson stirbt

2010 *

„Aktion scharf“ am Karlsplatz der Wiener Polizei: die Drogenszene wird auf andere Adressen in Wien verlegt (Ganslwirt)

Bei einem Erdbeben in Haiti sterben etwa 220.000 Menschen

Explosion der Bohrinseel Deepwater Horizon und größte Ölkatastrophe der USA

2011

Die folgenden Ausführungen geben einen Einblick in die Gruppe des Standorts Gudrunstraße:

Die Regeln, die für alle Teilnehmer_innen gelten, sind: ein respektvoller Umgang miteinander, Vertraulichkeit (mit dem besonderen Hinweis darauf, die Inhalte der Gruppe nicht nach außen zu tragen), gegenseitiges Zuhören und Ausreden-Lassen sowie Pünktlichkeit. Die Einhaltung gelingt meist sehr gut, manchmal wird von Seiten der teilnehmenden Personen darauf gepocht, besser auf die Punkte „Zuhören und Ausreden-Lassen“ zu achten, nur selten muss von Seiten der Gruppenleitung eingegriffen werden.

Zu Beginn gibt es eine kurze Anfangsrunde, in der durch Einsatz einfacher Methoden (z.B. Karten mit verschiedenen Motiven) darauf eingegangen wird, wie es den teilnehmenden Personen geht. Ein wiederkehrendes Element ist auch der Fokus auf die „kleinen positiven Dinge“ des Alltags, es wird gefragt, ob ein solches in der vergangenen Woche vorkam. Dies führt oft zu sehr persönlichen Erzählungen, was wiederum das gesamte „Gruppenklima“ positiv beeinflusst. Diese Anfangsrunde kann je nach Intensität der Ausführungen und der daraus entstehenden Dynamik auch länger dauern, wobei hier seitens der Gruppenleitung ein gutes Gespür dafür vorhanden sein muss, wie weit die Gespräche noch passend sind bzw. wann zum eigentlichen Thema der Einheit übergeleitet wird, das dann den Großteil der verbleibenden Zeit einnimmt.

Eine der zwölf Einheiten ist eine medizinische Fragestunde, bei den restlichen Sitzungen gibt es meist Arbeitsblätter, die individuell bearbeitet werden, und es folgt die Einladung, das mitzuteilen, was man gerne teilen möchte. Es gibt keinen Druck, persönliches oder intimes zu teilen, zumeist wird dies jedoch von den Teilnehmer_innen gemacht. Inhaltlich geht es dabei, wie bereits beschrieben, nicht nur um das Thema Alkohol, sondern auch um Themen, die sich eher unter Schlagworten wie Lebenskompetenzen bzw. Ressourcen subsumieren lassen, wie etwa: „Was macht mich glücklich?“ oder „Was sehe/fühle/schmecke ich gerne?“ Eine Einheit ist eine medizinische Fragestunde. Geht es um das Thema Alkohol, so löst dies oftmals bei den betroffenen Personen ein Craving nach Konsum aus, bei Themen, die sich mit anderen Lebensbereichen befassen, geht der Blick weit über die Krankheit hinaus. In den ressourcenorientierten Einheiten scheint der Wechsel weg von der Problemzentrierung hin zu positiv konnotierten Themen für Teilnehmer_innen hilfreich. Durch diesen Fokus können alle etwas beitragen, das Erlebte wird innerhalb der Gruppe erneut durchlaufen und emotional besetzt. Besonders deutlich wird das bei Erzählungen von genussvollen Speisen. Das führt dazu, dass alle Teilnehmer_innen Gusto und Hunger entwickeln. Das kommt, wenn man sich der Zielgruppe chronisch alkoholkranker Personen bewusst ist, die oftmals keine wertvolle Nahrungsaufnahme haben, selten in dieser Qualität vor.

Zum Abschluss der Einheit erfolgen noch ein kurzer Austausch zum Gesagten und ein wiederkehrendes Abschlussritual. Die dabei erhaltenen Rückmeldungen beziehen sich zumeist auf das Gefühl, nicht alleine dazustehen. Eine Gruppentrainerin beschreibt die Gruppe mit: „ideengebend, wohltuend, ressourcenorientiert, sanft“.

— Abschließend kann festgehalten werden, dass die Alkohol-Gruppen eine sinnvolle Erweiterung des Angebotsspektrums bieten. Für manche Personen stellt die Gruppenteilnahme eine große Qualität dar: „Ich fühle mich berührt und gestärkt wie nie zuvor“.

Cornelius Bacher-Gneist Sozialarbeiter,

Mitarbeiter, Integrative Suchtberatung Gudrunstraße

Ursula Zeisel Psychosoziale Leitung

*** 2011** *Ein neues elektronisches Dokusystem dialog:easy wird eingeführt. Der Standort Sucht und Beschäftigung feiert sein 15-jähriges Jubiläum. Das Personalwesen wird u. a. durch die Anstellung einer eigenen HR-Verantwortlichen professionalisiert.*

2012 *Die Beratungsstelle in der Hegelgasse übersiedelt in den 3. Bezirk und nennt sich IS3 [heutige ISM in der Modecenterstraße].*

2011 *

Peter Alexander stirbt

Der Arabische Frühling beginnt

2012 *

Leitlinie des Gesundheitsministeriums zur Verschreibung von Benzodiazepinen wird veröffentlicht, sie orientiert sich an den dialoginternen Leitlinien; verstärkte Kontrollen der MA40 von Arztpraxen mit problematischer Benzo-Verschreibung

Wort des Jahres: Rettungsgasse

Bürgerkrieg in Syrien beginnt

2013



?

HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZUM THEMA: ALKOHOL

Ist bei Personen mit einer Alkoholerkrankung Abstinenz das einzig mögliche Behandlungsziel?

Abstinenz ist das gesündeste Ziel. Jede Sucht hat allerdings Ursachen und es ist oft nicht realistisch, dass Personen ihr Leben lang nüchtern sein werden. Deshalb ist das oberste Behandlungsziel die Lebensqualität trotz einer Abhängigkeit zu verbessern. Es kann auch Ziel sein, weniger [schädlich] zu konsumieren oder den Konsum so zu verändern, dass das Suchtverhalten nicht das Leben dominiert.

Warum ist Alkohol legal und Cannabis illegal?

Gesellschaftliche Faktoren spielen eine große Rolle, ob eine Substanz in einem Land oder Kulturkreis legal oder illegal ist. In Österreich ist Alkohol wirtschaftlich und traditionell wichtig. Cannabis hingegen wurde lange als „Einstiegsdroge“ in einen schädlichen Drogenkonsum bezeichnet, und deshalb als deutlich gefährlicher bewertet.

Muss eine Alkoholbehandlung immer stationär erfolgen oder geht das auch ambulant?

Für viele Personen ist eine stationäre Behandlung aktuell nicht möglich oder vorstellbar. In einer ambulanten Behandlung kann es darum gehen, die Trinkmengen zu reduzieren, so dass weniger und weniger gesundheitsschädlich konsumiert wird und die Personen psychisch zu unterstützen. Auch ein ambulanter Entzug von Alkohol ist möglich.

Warum macht Alkohol aggressiv?

Alkohol hat, wie andere Substanzen auch, eine enthemmende Wirkung. Unter Alkoholeinfluss trauen sich Menschen manchmal Dinge zu tun oder zu sagen, die sie nüchtern so nicht tun bzw. sagen würden.

Murat Alican kam 2015 im Alter von 19 Jahren auf Grund einer Cannabis-Weisung zu uns. Seine Kindheit war geprägt von Gewalt in der Familie, einer extrem beengten Wohnsituation und einem älteren Bruder, dessen Drogenkonsum in einer schweren schizophrenen Erkrankung mündete. Für Herrn Alicans Bedürfnisse blieb da wenig Platz, auch wenn sich die Mutter mit allen Kräften um das Beste für ihre drei Söhne bemühte.

Die erste Zeit im dialog war geprägt von seiner Verzweiflung, Ausweglosigkeit und einem täglichen schweren Alkoholkonsum in Kombination mit Missbrauch von Benzodiazepinen und anderen Drogen. Für die Ärzt_innen galt seine Form des unreglementierten Substanzmissbrauchs als ambulant unbehandelbar. Durch die wachsende Vertrauensebene zu uns war es ihm aber möglich, seine sozialen Ängste zu überwinden und sich auf einen stationären Aufenthalt einzulassen, um Alkohol zu entziehen.

Seitdem hat sich Herr Alican enorm weiterentwickelt. Mit der richtigen Medikation, Anträgen auf Reha-Geld und einer eigenen Wohnung konnte Herr Alican in eine völlig andere Lebenssituation begleitet werden, die es ihm zuletzt auch ermöglicht hat, seinen fehlenden Schulabschluss nachzuholen. Vielleicht findet er demnächst einen Platz für die von ihm gewünschte Mechaniker-Lehre.

Über die Schule hat Herr Alican auch neue Freunde gefunden, mit denen er nun normales Ausgehverhalten nachholen kann, wie er es in seiner von Alkohol und Drogen beschwerten Jugend nie gelebt hatte.

Ich habe gewusst, in diese Hölle mag ich nicht mehr zurück

Ich bin zum *dialog* gekommen, weil ich mit Cannabis erwischt worden bin. Das war vor fünf Jahren. Mit elf Jahren habe ich zum ersten Mal gekifft. Mein Cousin hat mir Cannabis verkauft. Mit 14 Jahren habe ich jeden Tag geraucht. Ich hab dann einen Kumpel aus Deutschland kennengelernt, der hat gewusst wie man Geld macht, mit Darknet und so Sachen.

Das mit dem Alkohol hat angefangen als ich 16 war. Mit 18 war ich schon Alkoholiker. Beim Arbeiten war das auch schwer: Immer voll verkatert in die Arbeit kommen, das war nicht toll. Damals habe ich zwölf bis 14 Bier oder 0,7 Liter Vodka am Tag getrunken. Irgendwann ging es mir körperlich so schlecht, dass es nicht mehr weiterging. Bin in der Früh aufgewacht und hab gekotzt. Weil man nicht mehr trinken kann, weil man kotzen muss, ist das schon sehr heftig. Die Speiseröhre war verätzt. Vor vier Jahren habe ich noch bei meiner Familie gewohnt, bei meiner Mutter und meinen Brüdern. Zuhause gab es viel Streit und Gewalt. Mein Bruder hat auch Drogen genommen. Mittlerweile bin ich von daheim ausgezogen. Das Alleinwohnen funktioniert sehr gut. Niemand stresst mich mehr. Meine Familie gehe ich ab und zu besuchen und ich versuche, meinem schizophränen Bruder zu helfen.

Vor ein paar Jahren hatte ich einen Arbeitsunfall und war ein Jahr im Krankenstand. Dann ist es mit dem Alkohol noch schlimmer geworden und ich habe es nicht mehr geschafft, auf eigenen Füßen zu stehen. Ich hatte keine Hoffnung mehr und war stark depressiv. Ich wurde öfters aufgegriffen, hatte aber nie Therapie in Anspruch genommen. Beim letzten Mal war es so weit, da wollte ich es versuchen. Mir ging es körperlich so schlecht, dass ich mir gesagt habe, ich schau mir das mal an.

Mein erster Kontakt beim *dialog* war sehr freundlich. Hier hat man mir ein offenes Ohr geschenkt. Ich konnte mit niemandem sonst meine Probleme bereden, weil meine Freunde diese Probleme nicht kennen. Zum *dialog* bin ich wöchentlich gegangen. Manchmal bin ich auch dreimal wöchentlich gegangen; hatte das soziale Kompetenztraining im *dialog*. Habe dort auch das Thema Beschäftigung besprochen, weil ich noch immer in Berufsunfähigkeitspen-

sion bin. Ich war damals nur zu Hause, hatte keine Freunde. Es war gut, dass ich dort hingehen konnte. Mein Ziel war es, trocken zu werden. Ich habe einen ambulanten Entzug gestartet, bin aber wieder rückfällig geworden. Dann bin ich in stationäre Therapie gegangen. Die habe ich aber auch zwei-dreimal abgebrochen, weil ich es dort nicht ausgehalten habe. Ich musste wieder trinken und wollte raus. Vor zwei Jahren habe ich es dann schließlich geschafft – nach drei Monaten in Ybbs und dann einer weiteren Therapie beim *dialog*. Die Gespräche mit dem Sozialarbeiter haben mir am meisten geholfen. Man beredet, wie ich mich im Leben verhalten soll, was gut für mich ist, was schlecht für mich ist. Mein Vater hat mir vieles nicht beigebracht, was Väter einem eigentlich so beibringen.

Mein aktuelles Ziel ist es, KFZ-Techniker zu werden. Aber wer weiß, ob das funktioniert. Jetzt mache ich die Abendschule, um den Pflichtschulabschluss nachzuholen. Da habe ich gute Noten und Freunde habe ich dadurch auch kennengelernt. Aktuell bin ich nicht ganz trocken. Ich wollte den Alkohol nicht komplett abschreiben. Jeder um mich herum trinkt. Es hilft einem auch zum Sozialisieren mit anderen Leuten. Aber ich versuche das kontrollierte Trinken. Das Craving hat ziemlich abgenommen. Damals konnte ich gar nicht mehr aufhören, sobald ich zum Trinken angefangen hatte. Jetzt habe ich gelernt, dass ich nicht gleich weitertrinke. Das hat Jahre gebraucht, bis ich so weit war. Um den Alkohol zu reduzieren, nehme ich Medikamente. Seit ich mit dem Alkohol aufgehört habe, hat sich meine Angstsituation verschlechtert. Ich hatte plötzlich vor allem Angst, habe es nicht mehr geschafft, die Wohnung zu verlassen. Ich bekomme jetzt Benzodiazepine und Amphetamine gegen das ADHS. Seitdem habe ich weniger Craving nach Alkohol.

Am meisten hat mir im *dialog* geholfen, dass man ein offenes Ohr hat und freundlich empfangen wird. Dass man nicht verurteilt wird und alles objektiv sieht. Man bekommt wertvolle Tipps fürs praktische Leben, das ganze bürokratische Zeug. Oder auch wenn man nicht weiß, wie man sich in einer Situation verhalten soll, kann man fragen, wie man weiter vorgehen soll. Ohne eine Vertrauensperson wäre ich nicht so weit gekommen. Meinem Betreuer kann ich voll vertrauen, ich kann mit ihm über alles reden. Das hilft mir am meisten.

Ich versuche mittlerweile auch den Leuten mehr zu vertrauen. Früher habe ich niemandem getraut. Mittlerweile lasse ich Freunde auch in meine Wohnung. Den einen Freund aus Deutschland habe ich vor einem Jahr gesehen, der war voll drauf, auch Alkohol, Benzos, Chrystal. Da habe ich gewusst, ich mag nicht mehr in diese Hölle zurück. Ohne den *dialog* wäre ich nicht so weit gekommen, denke ich.

Murat Alican, 24 Jahre
Klient, Name von der Redaktion geändert



WIRKUNG

viel

falt

DIVERSITY

WIRKUNG · SUCHT · VIELFALT

:

PFAU, SIND WIR DIVERS!

Jetzt aber nicht wirklich! Bitte kein Artikel zu Diversity! Ähnlich wie bei den Themen „Gender“ oder „Qualitätsmanagement“ rollen Augen und erklingen tiefe Seufzer, wenn der Begriff fällt. Und dennoch oder gerade deshalb sollte darüber geschrieben werden – vor allem von Einrichtungen und Unternehmen wie dem *dialog*, die sich mit der nötigen Ernsthaftigkeit diesen Inhalten widmen.

Der schlechte Ruf kommt bei allen genannten Themen wohl daher, dass eine an und für sich gute Idee sehr rasch in Formeln gegossen wurde. Standen am Anfang noch die Anliegen der Bürger_innen rechtsbewegung, die unter anderem zu Antidiskriminierungsgesetzen führten, und die der Frauenrechtsbewegung mit der Forderung nach mehr politischer Partizipation (vgl. Engel 2007), kam bald die Erkenntnis, dass zur Durchsetzung im betrieblichen Bereich Organisationsentwicklung am besten geeignet sei (Vedder 2006). Dazu kommt, dass es notwendig ist, am besten zertifiziert den Nachweis zu erbringen, dass man sich um Chancengleichheit kümmert: In jeder Ausschreibung wird inzwischen gefordert, ein Kapitel dazu zu schreiben. Doch Papier ist geduldig – geduldiger als manche Menschen, denen diese oft als schwammig bezeichneten Begriffe auf die Nerven gehen. Viele erleben zudem eine Steigerung der „Pflichtübung“: Reichte ehemals der Gender-Nachweis aus, muss es jetzt Diversity sein.

Also, wie divers muss man sein, um vor Fördergeber_innen und der Welt zu bestehen?

Zuerst sei der Versuch gewagt, sich dem Ungefähren des Begriffs klärend zu nähern: Wenn man sich mit Diversity auseinandersetzt, was bedeutet das dann? Diversity heißt laut Duden nichts anderes als Vielfalt. Vielfalt entsteht dann, wenn mehrere Menschen zusammenkommen. Niemand ist gleich und die einfachste Übung ist es, in einer vertrauten Gruppe – etwa im eigenen Freund_innenkreis – Unterschiede zu benennen, etwa Alter, Herkunft, Glaube, Ausbildung, Familienstand, sexuelle Orientierung, Beruf, aber auch Wohnform oder Lebensziele. Daraus leiten sich Dimensionen ab, die nach unterschiedlicher Nähe zum „Kern“ einer Person gereiht werden: Die Herkunft etwa ist nicht veränderbar, Lebensziele sehr wohl. Das kann hilfreich sein, wenn es darum geht, diese Unterschiede zu managen, sowohl in der Arbeit mit Kund_innen, Klient_innen oder Patient_innen als auch beim Personal. Das ist vor allem Aufgabe der Leitung, wobei man nicht den Fehler machen sollte, in Klischees abzugleiten oder sich dem Vorwurf von Vorurteilen auszusetzen. Es ist durchaus Aufgabe einer Kantinenleitung einer Firma, in der auch Muslime essen, nicht nur Schweinefleisch anzubieten. Daraus den Rückschluss zu ziehen, dass es keine Muslime gibt, die Schweinefleisch essen, wäre jedoch falsch. Diversity Management kann nur Dimensionen bzw. Gruppen berücksichtigen, nicht aber jeden einzelnen Menschen in seiner Einzigartigkeit.

* 2013 *Die Geschäftsführung und SPF übersiedeln von der Gudrunstraße in die Hegelgasse.*

2014 *Die Fördergeberin SDW führt die Subjektförderung ein: von nun an wird jede_r Klient_in einzeln verrechnet.*

2013 *

Eurokrise
Griechenland

NSA-Affäre
durch Edward
Snowden

2014 *

Krieg in der
Ukraine

100. Todestag
von Bertha von
Suttner

Udo Jürgens
stirbt im Alter
von 80 Jahren

2015

Diversität managen – das Schlagwort ist gefallen.

Es kann sehr mühsam sein, mit sehr inhomogenen Teams zu arbeiten, es kann aber auch als Bereicherung gesehen werden. Der Diversity Management-Ansatz besteht in der „gezielten Wahrnehmung, Nutzung und Förderung von Vielfalt“ [Austrian Society for Diversity – ASD], das heißt, Vielfalt wird als Potenzial erkannt. Viel hängt davon ab, welche Maßnahmen ergriffen werden, um das Zusammenleben und -arbeiten konstruktiv zu gestalten. Diskriminierung, Sensibilisierung oder die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen sind dabei wichtige Themen. Und gerade im Sozial- und Gesundheitsbereich ist es sogar unumgänglich, sich mit der Vielfalt auseinanderzusetzen – bringen doch schon allein die „Kund_innen“ die unterschiedlichsten Hintergründe mit. Eine praktische Ärztin wird alte Menschen ebenso behandeln (müssen) wie Jugendliche, strenggläubige Katholikinnen ebenso wie nicht Deutsch sprechende muslimische Männer. Sie wird daher gut daran tun, eine Idee von den unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit zu haben; dasselbe Symptom wird bei Jung und Alt anders zu deuten sein; manche Untersuchungen werden abgelehnt werden; die Frage nach Verstehen und Verstanden-Werden wird sich in unterschiedlichen Kontexten stellen.

Was für die einzelne Ärzt_in gilt, gilt für eine Organisation in diesem Bereich noch viel mehr. Das heißt, dass es Personen braucht, die mit Vielfalt umgehen können und wollen. Deshalb können heterogene Teams hier von Vorteil sein, womit sich Diversity Management als Ansatz besonders anbietet. Der *dialog* hat sich vor geraumer Zeit für den Beinamen „Individuelle Suchthilfe“ entschieden und damit ein großes Versprechen abgegeben: Letztendlich weist er mit diesem Namen darauf hin, dass das Eingehen auf die einzelne Person und ihre Bedürfnisse im Vordergrund steht. Das ist ohne Diversity Management in Wirklichkeit nicht möglich.

Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema begann durch die intensive Arbeit zu Gender ab 2000. Um das Ziel, Gender Mainstreaming, aber

auch geschlechtersensible Suchtarbeit umzusetzen, nahmen wir uns die Einrichtung Belladonna in Essen zum Vorbild und entwickelten einen Leitfaden Gender Mainstreaming, der 2004 fertiggestellt und nach einer Erprobungsphase mit Adaptionen seit 2006 gilt und laufend hinterfragt und überarbeitet wird. Er umfasst Klient_innen, Mitarbeiter_innen und die Leitung. Im Zuge dieser Diskussionen, die zum Teil sehr kontroversiell geführt wurden, wurden auch andere Diversity-Dimensionen – damals noch nicht unter diesem Titel – gestreift. So wurde etwa diskutiert, ob homosexuellen Klient_innen das Angebot, von homosexuellen Mitarbeiter_innen betreut zu werden, gemacht werden sollte.

Das Thema Migration lag in den folgenden Jahren auf der Hand, die Auseinandersetzung gestaltete sich schwierig. Im Schwerpunktjahr 2008 gab es zahlreiche Weiterbildungen, Diskussionen und Projekte, die jedoch nicht immer zu den gewünschten Erfolgen führten. Im Zuge dessen wurden Teamzusammensetzungen auch nach dem kulturellen Hintergrund betrachtet und die Voraussetzungen beleuchtet, um Kolleg_innen mit Migrationsgeschichte zur Mitarbeit zu motivieren. Parallel dazu erfolgte die Auseinandersetzung mit interkultureller Kompetenz und die Sensibilisierung für bestimmte Klient_innengruppen.

* 2015 *Der Standort Sucht und Beschäftigung startet das ESF-Projekt „Standfest BBE“.*

2016 *Das Pilotprojekt „Alkohol 2020“ (heute A.Lk.) startet: somit kommt die neue Klient_innengruppe der Alkoholiker_innen hinzu. In der JA Simmering bietet der dialog erstmalig Psychotherapie an. Die Zertifizierung nach ISO 9001:2015 wird erfolgreich absolviert.*

2015 *

Flüchtlingskrise
in EuropaEurovision Song
Contest findet in
Österreich stattPariser Überein-
kommen in der
Klimapolitik

2016 *

SMG Novelle:
Verschärfung
gegen Dealer;
Lockerung bei
Eigenbedarf
(Meldung an
Gesundheits-
behörde statt
StA)Die Briten
beschließen
den BrexitDonald Trump
wird Präsident
der USA

2017

Um Unterschiedlichkeiten zu verstehen, muss ich die eigenen Selbstverständlichkeiten kennen und die anderer Menschen im Kontakt erfahren.

Damit war der Weg für ein breiteres Verständnis von Diversity geebnet. Nach Vorbild des Diversity Check der Stadt Wien setzte sich eine Gruppe von Mitarbeiter_innen mit dem Thema im *dialog* auseinander. Das führte zu einem breiteren Verständnis des Ansatzes und zu konkreten Maßnahmen. So wurden die Leitsätze des *dialog* diskutiert und dahingehend verändert, dass der Vielfalt unserer Klient_innen Rechnung getragen wird. Kooperationen mit speziellen Einrichtungen, etwa im Bereich „Menschen mit Behinderung“, wurden neu geschaffen oder intensiviert. Und statt den Fokus auf die Dimensionen zu legen, „die wir eh kennen und können“, wurde versucht, blinde Flecken zu entdecken – eben etwa im Bereich Behinderungen oder Religion.

Doch nicht nur die Metaebene beschäftigte uns, sondern auch die praktische Weiterentwicklung auf diesem Gebiet. Zwei Beispiele sollen das belegen:

Im Bereich Migration kam es zu einer verstärkten Zusammenarbeit mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), für die Diversity insgesamt und Migration im Besonderen ebenfalls wichtige Themen sind. In der Behandlung und Betreuung von Menschen mit nicht deutscher Muttersprache wurde im *dialog* ein Pilot-Projekt zu Video-Dolmetsch gestartet und auf Grund des Erfolgs in den Regelbetrieb übernommen. Konkret ist es seither möglich, auch Menschen zu betreuen, die nicht Deutsch sprechen und die anderenfalls keine adäquate Suchtbehandlung erhalten hätten. Auch im Bereich der Suchtprävention erkannten wir die Notwendigkeit, spezielle Angebote zu setzen, was sich schwierig gestaltete.

* **2017** Die ISM und das SUB übersiedeln in gemeinsame Räumlichkeiten in die Modecenterstraße im 3. Wiener Gemeindebezirk.

2018 Die ISN übersiedelt in die Puchgasse im 22. Wiener Gemeindebezirk.

47

2017 *

Unwort des Jahres: alternative Fakten

Angelobung von Alexander Van der Bellen als Bundespräsident

Schwarz-blaue Koalition unter Sebastian Kurz

2018 *

Michael Ludwig wird neuer Bürgermeister von Wien

Historisches Treffen zwischen US-Präsident Trump und nordkoreanischem Diktator Kim Jong-un

2019

fahrung bewährt, anderes diene dazu, Erfahrungen dazu zu machen, wie es nicht geht. Dieses Lernen durch Erfahrung ist gerade beim Thema Diversity eine große Chance: Um Unterschiedlichkeiten zu verstehen, muss ich die eigenen Selbstverständlichkeiten kennen und die anderer Menschen im Kontakt erfahren.

Das zweite Beispiel betrifft die Betreuung von Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum. Mit dem Projekt Alkohol. Leben. Können kam diese Gruppe verstärkt in den *dialog*. Zwar wurden in den Standorten Sucht und Beschäftigung und *dialog* im Polizeianhaltezentrum schon seit Jahren auch Alkoholiker_innen betreut, neu war jetzt jedoch das auch zahlenmäßig gleichberechtigte Nebeneinander dieser Gruppe und der von illegalen Substanzen abhängigen Personen in den Ambulanzen. Hier galt es Unterschiede (Alter, Behandlungsmotivation, rechtliche Belastung) und Gemeinsamkeiten (Behandlungsbedarf, soziale Probleme) kennen zu lernen und die Angebote darauf abzustimmen. Um zu überprüfen, wie diese bei der „neuen“ Zielgruppe ankamen, legten wir einen Schwerpunkt darauf bei der Klient_innenbefragung 2017 – und erfuhren, dass die Einschätzungen erfreulicherweise kaum differierten. Eine eigene Evaluation der Angebote für Alkoholabhängige soll darüber hinaus weiteren Aufschluss geben.

Alles gut also?

Zum Teil ja: Denn die Auseinandersetzung geht weiter. 2019 ist das Jahr, in dem wir uns schwerpunktmäßig mit Identität(en) beschäftigen, zudem wurde die Leitlinie zu „sexueller Belästigung am Arbeitsplatz“ fertiggestellt. Vieles ist etabliert und inzwischen selbstverständlich.

—— Aber: Dass die Auseinandersetzung mit Diversität niemals abgeschlossen sein kann – weder auf Mitarbeiter_innen- noch auf Klient_innenebene, liegt auf der Hand. Beispiele sind auf Teamebene inzwischen das Miteinander mehrerer „Generationen“ mit unterschiedlicher Berufs- und *dialog*-Erfahrung, auf Klient_innenebene etwa die Frage nach dem Umgang mit extremen politischen Ansichten. Wichtig ist es, sich diesen Themen zu stellen und sie gut zu integrieren. Und im Sinne von Diversity gilt: Nicht eine Antwort reicht für viele Fragen, sondern auf eine Frage sollte es immer mehrere Antworten geben.

Martin Weber

Leitung, Qualitätsmanagement

* 2019 Der Verein Dialog wird
40 Jahre alt.



Elisabeth Bürger suchte im Jahr 2010 das erste Mal den dialog zur Angehörigenberatung auf. Damals war bereits klar, dass ihr Sohn ein Suchtproblem hatte, aber noch war unklar, um welche Substanzen es sich handelte und vor allem war der Sohn von Frau Bürger zu diesem Zeitpunkt noch nicht bereit, sich in Behandlung zu begeben. Seitdem kommt Frau Bürger regelmäßig zur Beratung in den dialog. Zu Beginn waren die Terminabstände noch eher kurz, da sie sich aufgrund der Sorge um ihren Sohn mehr schlecht als recht um ihr eigenes Leben, die eigene Partnerbeziehung kümmern konnte. Um eine gut abgestimmte, für Frau Bürger auch realisierbare Haltung gegenüber ihrem Sohn zu finden, kam einige Male auch ihr Mann, der Vater des gemeinsamen Sohnes, zu Gesprächen mit. Dabei wurden vor allem Formen und Grenzen der finanziellen Unterstützungen seitens der Eltern geklärt und vereinbart. Damit fiel ein dauernd schwelender, belastender Konflikt zwischen den Elternteilen zu einem großen Teil weg.

Der Themenbogen in den Beratungsgesprächen spannt sich von der Erarbeitung von Unterstützungsmöglichkeiten für den Sohn, die ihn in der Entwicklung von Eigenständigkeit und Selbstfürsorge stützen, über das Lösen von Erwartungshaltungen an die Lebensgestaltung des Sohnes zur Selbstverantwortung der Mutter für ihr eigenes Leben und Glück. Im Betreuungsverlauf besonders beeindruckend war Frau Bürgers Fähigkeit, sich den immer wieder schmerzhaften Themen mit viel Mut und Reflexionsbereitschaft zu stellen. Die harten Brocken sind bearbeitet, das Feintuning läuft in monatlich stattfindenden Terminen weiter.

Martina Ertl

Sozialarbeiterin und Betreuerin von Frau Bürger, Integrative Suchtberatung Nord

Ich habe ein Kind mit besonderen Bedürfnissen

Ich bin immer aufgewacht in der Nacht. Auch in jener Nacht. Vielleicht war es eine Eingebung, jedenfalls habe ich unseren Sohn auf dem Boden im Gemeinschaftsraum unseres Hauses gefunden. Da habe ich zum ersten Mal die Rettung gerufen. Damit war klar, wo unser Sohn steht und was wir lange nicht sehen wollten: dass er ein Suchtproblem hat. Ich dachte lange, wir müssen das innerhalb der Familie lösen. Nach dem Rettungseinsatz habe ich gewusst, dass wir Hilfe brauchen. Unser Sohn und wir.

Monate davor waren wir zu dritt bei einem Familientherapeuten, der nicht sehr einfühlsam war, und als unser Sohn einmal nicht mitgekommen ist, hat er gesagt: „Den haben wir verloren.“ Das klang so, als ob er tot wäre. Das hat mich so schockiert, dass wir die Therapie abgebrochen haben. Ein Bekannter hat mir dann vom *dialog* erzählt. Ich habe dort angerufen und die waren so angenehm sachlich. Der Berater am Telefon ist sehr gut auf mein Problem eingegangen. Im persönlichen Gespräch hat es meine Betreuerin dann auf den Punkt gebracht und gemeint, dass unser Sohn in die Selbstständigkeit kommen müsse. Als Gluckenmutter ist mir das anfangs sehr schwergefallen, doch mit der Zeit habe ich gelernt, Verantwortung abzugeben und nicht das Gefühl zu haben, alles allein tragen zu müssen. Das ist das Grandiose an den Gesprächen im *dialog*. Man lernt so viel dazu: sich zurückzunehmen, loszulassen und sich abzugrenzen. Ich bin nun schon fast seit zehn Jahren in Betreuung. Inzwischen gehe ich nur alle zwei Monate hin und meistens gehe ich glücklich raus. Ich schreibe mir viel auf, das sind dann Ankerpunkte für mich.

Mein Mann ist anfangs dreimal mitgekommen. Meinte danach, keine Unterstützung zu brauchen. Er kann seine Emotionen und Gefühle nicht so gut äußern. Man muss hellhörige sein, um zu erkennen, dass er einen schätzt. Ich habe früher oft probiert, das auszugleichen und zwischen Vater und Sohn zu vermitteln. Inzwischen fühle ich mich nicht mehr verpflichtet, versöhnend einzugreifen. Ich lasse das die beiden selbst ausmachen. Seitdem läuft es zwischen den beiden besser.

Mein Sohn war/ist auch im *dialog* in Betreuung und dort substituiert worden. Anfangs habe ich immer gefragt, ob er die Termine regelmäßig wahr-

nimmt. Doch im Laufe der Therapiegespräche habe ich gelernt, nicht mehr zu fragen. Das hat unserer Beziehung gutgetan. Auch ist er oft nicht zu vereinbarten Treffen gekommen. Da zum Beispiel hat mir meine Betreuerin praktische Tipps gegeben, etwa, dass man sich nicht an Orten treffen muss, wo man versetzt werden kann. Stattdessen sollte mein Sohn kommen, wenn er etwas von mir braucht. Ich laufe ihm nun nicht mehr hinterher, sondern habe klare Rahmenbedingungen geschaffen. Gleichzeitig versuche ich nicht mehr zu werten, also immer zu sagen, was gut und was schlecht ist.

Durch die Gespräche im *dialog* wurde auch mir bewusst, dass es besser ist, wenn unser Sohn in einer eigenen Wohnung lebt. Für sich selbst Verantwortung übernimmt. Es gab bei unserem Sohn immer wieder Rückfälle. Das war das Schwerste für mich und natürlich für ihn selber auch. Ich bin immer wieder überrascht, wie viel Kraft und innere Stärke in unserem Sohn steckt. Ich glaube, dass er auf einem stabilen Weg ist. Er macht wieder Sport, schaut gesund und mit sich zufrieden aus. Wir können gut miteinander reden, nur manchmal sage ich ihm, dass er mit einem Thema zum *dialog* gehen soll. Ich will bestimmte Dinge nicht mehr vertiefen, und sicherlich bin ich als Mutter nicht immer objektiv.

Schwierig war es, wenn andere von ihren großartigen Kindern reden, die Matura machen, Prüfungen schaffen und so weiter. Bei „normalen“ Familien haben die Mütter das Glück, gemeinsam mit der Tochter, dem Sohn einkaufen zu gehen und danach einen Kaffee trinken. Das wollte ich auch, nur mein Sohn wollte oder konnte das nicht. Natürlich werde ich nach unserem Sohn gefragt. Durch die Gesprächstherapie im *dialog* bin ich zu der Strategie gekommen, auch einmal zu sagen: Danke, dass du fragst, aber ich will jetzt nicht darüber sprechen. Das hat mich gestärkt. Für mich habe ich definiert: Ich habe ein Kind mit besonderen Bedürfnissen. Das ist so. Und ich liebe ihn. Durch den *dialog* habe ich mich geändert und konnte dadurch auch unserem Sohn helfen. Ich finde es großartig, dass es so ein Angebot kostenlos gibt und dass das von der Stadt Wien ermöglicht wird. Ich glaube, dass mehr Eltern Ängste und Probleme haben und daran interessiert wären. Deshalb finde ich es sehr schade, dass man so wenig über den *dialog* liest.

Ich glaube, dass der *dialog* für unser Kind die Rettung war. Und für mich auch. Denn das Wichtigste war: die kontrollierte, medikamentöse Verabreichung einer Ersatzdroge, und für mich das Gespräch über meine Ängste und wie ich unseren Sohn unterstützen kann. Es gibt die Aufs und Abs, aber ich weiß inzwischen, dass auf ein Tief wieder ein Hoch folgt. Das beruhigt mich. Wenn es so bliebe, dann wäre es es grandios.

Elisabeth Bürger, 59 Jahre
Klientin, Name von der Redaktion geändert

:

LITERATURVERZEICHNIS

Opioidsubstitutionsbehandlung (OST) – Die Geschichte einer Beziehung (North)

- 25 Jahre Drogenambulanz in Innsbruck Medical Tribune, 11. 12. 2014
- Eisenbach-Stangl, I.; Burian, W.; [1998]. Zwischen Strafrecht und Therapiemarkt, Die Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich, in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Harald Klingemann (Hg.): Drogenbehandlung in deutschsprachigen Ländern und europäische Ausblicke, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1998; S. 2–3 und S. 5–17
- Fischer, G.; Presslich, O.; Diamant, K.; Schneider, C.; Pezawas, L.; Kasper, S.; [1996]. Oral morphine sulphate in the treatment of opiate dependent patients. *Alcoholism*, 32:35–43
- Haltmayer, H. [2007]. Schadensmindernde Aspekte – harm reduction in Beubler, Haltmayer, Springer (Hg.) Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis; 2. Auflage, Wien: SpringerVerlag; S. 165–172
- Haltmayer, H.; Rechberger, G.; Skriboth, B.; Springer, A.; Werner, W. [2009]. Konsensus Statement, Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger. *Suchtmed* [6]: S. 281–297
- Madlung-Kratzer, E.; [2008]. Die Abstinenz als Ziel ein Hindernis in der Suchttherapie? Enquete CURE OR CARE, Wiener Neustadt 2008
- Madlung-Kratzer, E.; Spitzer, B.; Brosch, R.; Dunkel, D.; Haring, C. [2009]. A double-blind, randomised, parallel group study to compare the efficacy, safety and tolerability of slow release oral morphine versus methadone in opioid-dependent in-patients willing to undergo detoxification. *Addiction* 2009 104(9):1549–57
- Springer, A. [2000] Vorstellungen über ein realistisches Konzept der psychiatrischen und medizinischen Versorgung Suchtkranker. In: Mader, R.; Strotzka, H. (Hg): 1980, Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe, Wie: Jugend und Volk
- Stöver, H.; Plenert, M. [2013]: Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum. Friedrich Ebert Stiftung (Hg.)
- Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. T. [2011]. Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 13(5), S. 280–286.
- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011.
- BGBI. I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe u. Drogenausgangsstoffe [Suchtmittelgesetz]
- BGBI. II 1997/374. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr u. die Gebarung mit Suchtgiften [Suchtgiftverordnung – SV]
- BGBI. II 2006/449. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit u. Frauen über die Weiterbildung zum/zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/Arztin für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken [Weiterbildungsverordnung orale Substitution]
- AGBI. II 20171291. Änderung der Psychotropenverordnung
- BGBI. II 20171292. Änderung der Suchtgiftverordnung
- BGBI. II 20171293. Änderung Weiterbildungsverordnung orale Substitution, Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie

Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie (Springer/Wessely)

- Aichhorn, A. [1925]. Verwaahlte Jugend. Leipzig-Wien-Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Antonovsky, A. [1997]. Salutogene, zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlagsgesellschaft
- Erben, R. [1986]. Die Ökologie des Körpers. In: Wenzel, E. (Hrsg.) Die Ökologie des Körpers. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Erikson, E. [1966]. Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Franzkowiak, P. [1994]. Jugendliches Risikoverhalten und neue Orientierung in der Suchtprävention.
- Freud, S. [1920]. Jenseits des Lustprinzips. Leipzig-Wien-Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Uchtenhagen, A. [1999]. Blick nach vorn. *Quattro Stagioni*, Winter 1999, S. 7–8
- Winnicott, D.W. [1974]. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-CottaV
- Zinberg, N. [1986]. Drug, Set and Setting. Yale University Press

Arbeit – Sucht – Würde (Kramer/Waidhofer)

- Arbeit plus [2017]. Langzeitarbeitslosigkeit. Themenpapier. URL: <https://arbeitplus.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/TP-LZAL-2017-10-18.pdf> [letzter Zugriff am 1.8.2019]
- Arbeit plus [2019]. Algorithmen und das AMS Arbeitsmarkt-Chancen-Modell. Positionspapier URL: https://arbeitplus.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/2019-07_Position-Algorithmus-und-Segmentierung.pdf [letzter Zugriff am 1.8.2019]
- Früchtel, F.; Budde W.; Herweg O. [2010]. Die Entdeckung der Wirksamkeit, Beltz Juventa, Weinheim, in Sozialmagazin

- Gansterer W.; Wagner B. [2019]. Einsatz von Algorithmen in der Arbeitsvermittlung. Die Digitalisierung als Chance und Herausforderung für die Arbeitswelt. Podiumsdiskussion am 29.4.2019, Juridicum Universität Wien.
- Hansjürgens, R. [2015]. Individuelle Wege aus der Sucht. gesellschaftliche Teilhabe suchtkranker Menschen – Soziale Arbeit in der Suchthilfe. In: FORUM: sozialarbeit + gesundheit, Berlin.
- Hansjürgens, R. [2016]. Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe. In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe [Hg.]: Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster
- Jahoda, M. [1986]. Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Kitzig, F. (Hrsg.) [2011]. In: Landschaftsverband Rheinland. Suchtkrankheit und Armut. Köln. [https://publi.lvr.de/publi/PDF/613-Suchtkrankheit-und-Armut-%E2%80%93-Suchtkrank-durch-Armut-%E2%80%93-Arm-durch-Suchtkrankheit-\(Dokumentation-der-Tagung-vom-15.09.2010\).pdf](https://publi.lvr.de/publi/PDF/613-Suchtkrankheit-und-Armut-%E2%80%93-Suchtkrank-durch-Armut-%E2%80%93-Arm-durch-Suchtkrankheit-(Dokumentation-der-Tagung-vom-15.09.2010).pdf) [letzter Zugriff am 1.8.2019]
- Pantuček-Eisenbacher, P. [2014]. Inklusionsdiagnostik. Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, S. 162–177. URL: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/338/239> [letzter Zugriff am 22.3.2019]
- Prümper, J. & Richenhangen, G. [2011] Von der Arbeitsfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit: der Work Ability Index und seine Anwendung. In Seyfried, B. (Hrsg). Ältere Beschäftigte: zu jung, um alt zu sein. Konzepte – Forschungsergebnisse – Instrumente. Bielefeld: Bertelsmann. URL: https://www.researchgate.net/publication/323870687_Von_der_Arbeitsunfähigkeit_zum_Haus_der_Arbeitsfähigkeit_Der_Work_Ability_Index_und_seine_Anwendung [letzter Zugriff am 6.8.2019]
- PVA. URL: <https://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.707670&viewmode=content> [letzter Zugriff am 1.7.2019]
- Reddemann, L. [2007]. Würde als Gegenstand psychotherapeutischer Interventionen?!. URL: <http://www.luise-reddemann.de/fileadmin/content/downloads/aufsaeetze-vortraege/W%C3%BCrde%20als%20Gegenstand%20psychotherapeutischer%20Interventionen.pdf> [letzter Zugriff am 6.8.2019]
- Schenk, M. [2011] Es reicht. Für alle. Wege aus der Armut. In: Landschaftsverband Rheinland. Suchtkrankheit und Armut. Köln. [https://publi.lvr.de/publi/PDF/613-Suchtkrankheit-und-Armut-%E2%80%93-Suchtkrank-durch-Armut-%E2%80%93-Arm-durch-Suchtkrankheit-\(Dokumentation-der-Tagung-vom-15.09.2010\).pdf](https://publi.lvr.de/publi/PDF/613-Suchtkrankheit-und-Armut-%E2%80%93-Suchtkrank-durch-Armut-%E2%80%93-Arm-durch-Suchtkrankheit-(Dokumentation-der-Tagung-vom-15.09.2010).pdf) [letzter Zugriff am 1.8.2019]
- Soriani, I. [2017]. Chancen auf Wiedereinstieg ins Berufsleben bei Suchtmittelproblematik. Das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell aus Sicht der Klient_innen von Sucht und Beschäftigung. FH Campus Wien.
- Verein Dialog [2014] Behandlungskonzept. https://www.dialog-on.at/sites/default/files/downloads/vereindialog_behandlungskonzept_f.pdf [letzter Zugriff am 22.3.2019]
- Mit Maß und Ziel. Behandlung und Betreuung von Alkoholklient_innen (Bacher-Gneist/ Zeisel)**
- Blocker J. S., Jr [2006]: Did prohibition really work? Alcohol prohibition as a public health innovation. American journal of public health, 96(2), S. 233–243. doi:10.2105/AJPH.2005.065409
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BzgA] [2001]: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. <https://www.bug-nrw.de/fileadmin/web/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf> [20.5.2019]
- Lippert, A. [2010]: Therapieprogramm zur Integrierten Qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM): Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual, Dgvt-Verlag
- Schmidt, G. [2005]: Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Carl-Auer-Verlag – Heidelberg <https://www.geschichte-lernen.net/geschichte-des-alkohols-antike-bis-weimarer-republik/>, abgerufen am 29.5.2019
- <https://www.knowyourdrugs.at/geschichte-des-alkohols/>, abgerufen am 29.5.2019
- Zitate von Kolleg_innen und Teilnehmer_innen, Verein Dialog
- Pfau, sind wir divers! (Weber)**
- Engel, R. [2007]: Die Vielfalt der Diversity Management Ansätze. Geschichte, praktische Anwendungen in Organisationen und zukünftige Herausforderungen in Europa. In: Koall, Iris/Bruchhagen, Verena/Höher, Friederike [Hg.]: Diversity Outlooks. Managing Diversity zwischen Ethik, Profit und Antidiskriminierung. Hamburg: LIT-Verlag, S. 97–110
- Vedder, G. [2006]: Die historische Entwicklung von Diversity Management in den USA und in Deutschland. In Gertrude Krell und Hartmut Wächter: Diversity Management. Impulse aus der Personalforschung. Rainer Hampp Verlag. München und Mering, S. 4–5 https://www.societyfordiversity.at/show_content.php?hid=1, Zugriff 30.04.2019.
- <https://www.duden.de/rechtschreibung/Diversitaet>, Zugriff 30.04.2019

Unsere Angebote sind möglich durch die Förderung/Unterstützung durch:

DIE STANDORTE DES VEREIN DIALOG

Integrative Suchtberatung

Modecenterstraße 14/A/4. Stock, 1030 Wien
T + 43 1 205 552 300

Gudrunstraße 184, 1100 Wien
T + 43 1 205 552 600

Puchgasse 1, 1220 Wien
T + 43 1 205 552 700

Sucht und Beschäftigung

Modecenterstraße 14/A/4. Stock, 1030 Wien
T + 43 1 205 552 200

Suchtprävention und Früherkennung

Hegelgasse 8/13, 1010 Wien
T +43 1 205 552 500

Die aktuellen Öffnungszeiten finden Sie unter www.dialog-on.at



SPENDENKONTO

Erste Bank
IBAN: AT19 2011 1292 2804 04 04
BIC: GIBAATWW

IMPRESSUM

Verein Dialog, Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige
1010 Wien, Hegelgasse 8, T + 43 1 205 552 400
verein@dialog-on.at

Für den Inhalt verantwortlich: Helmut Schmidt;
Konzept & Redaktion: Wolfgang Kramer, Barbara Waidhofer, Klara Weiss; Lektorat: Martin Weber;
Gestaltung: socher-mit-e

© Oktober 2019 Verein Dialog



Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz

Bundeskanzleramt
Bundesministerin für Frauen,
Familien und Jugend

Bundesministerium
Inneres

Bundesministerium
Digitalisierung und
Wirtschaftsstandort

Bundesministerium
Verfassung, Reformen,
Deregulierung und Justiz



AKZEPTANZ > ABSTINENZ

Wo die Gesellschaft oft nur die Sucht sieht, sehen wir den Menschen mit seiner Sehnsucht nach höherer Lebensqualität.

Selbstbestimmung sinnvoll begleiten: Als multiprofessionelles Team begleiten wir suchtkranke Menschen individuell auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes Leben. Statt vorrangig Abstinenz stellen wir dabei die Lebensqualität in den Mittelpunkt. Für unser Team suchen wir Sie dazu als

ARZT/ÄRZTIN **in Vollzeit, Teilzeit oder auf Honorarbasis**

Wir bieten sinnvolle sozialmedizinische Arbeit

- Endlich langfristig patient_innenzentriert wirksam sein
- Umfassend geschult werden in der Suchtmedizin
- KEINE Nacht- und Wochenenddienste
- Familienfreundliche und flexible Arbeitszeiten
- Interdisziplinäre Teamarbeit in freundlichem Betriebsklima
- Supervision, Fort- und Weiterbildungen
- Erwerb des ÖÄK-Diploms Substitutionsbehandlung
- Teilnahme und Präsentation auf Fachkongressen im In- und Ausland
- Viele Benefits wie Sabbatical, Altersteilzeit usw.

Ihre täglich sinnvollen Aufgaben

- Suchterkrankungen und/oder psychiatrische Erkrankungen abklären, diagnostizieren und behandeln
- Substitutions- und Entzugsbehandlungen planen und durchführen (illegale Suchtmittel bzw. Alkohol)
- Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationspläne erstellen und erreichte Fortschritte begleiten

Was Sie sinnvoller Weise mitbringen

- Abgeschlossene Ausbildung für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt/Fachärztin der Psychiatrie
- Interesse an der Zielgruppe und an der Arbeit im multiprofessionellen Setting
- Engagement und Verantwortungsbewusstsein

