

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs TZ 08

Burri Esther
Frischkopf Debora
Sutter Michelle

Wohnen mit Drogen?

**Eine Bedarfsanalyse zu stabilen Wohnmöglichkeiten für Süchtige illegaler Drogen im
Raum Luzern**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit geht der Frage nach, inwiefern es im Raum Luzern einen Bedarf nach stabilen Wohnmöglichkeiten für Süchtige illegaler Drogen gibt.

Für die Beantwortung der Frage sind die dritte Säule der Schweizer Drogenpolitik, insbesondere die Schadensminderung und ihre Angebote in Luzern bedeutend. Wichtig ist, die Situation drogengebrauchender Menschen anzuschauen. Dazu gehören die Folgen der Abhängigkeit, die Komorbidität und die prekäre Lebenslage, in der sie sich befinden.

Die Bedeutung des Wohnens wird in engen Zusammenhang zu den menschlichen Bedürfnissen gebracht. Neben den auf das Wohnen bezogenen Bedürfnissen spielen die Wohnfähigkeit der drogengebrauchenden Menschen und mögliche Wohnformen eine wichtige Rolle.

Die Methode der Forschung ist eine Sekundäranalyse anhand von Daten derjenigen Institutionen im Kanton Luzern, welche Wohnmöglichkeiten speziell für drogengebrauchende Menschen anbieten. Die Daten geben Auskunft über Ein- und Austritte, wobei besonders die Art der Anschlusslösungen bezüglich des Wohnens nach Austritt interessiert. Eine Einteilung in stabile und nicht stabile Anschlusslösungen sowie eine Typenbildung dienen der Diskussion der bearbeiteten Daten im Bezug zu den theoretischen Grundlagen.

Diese Arbeit zeigt, dass im Raum Luzern fast die Hälfte der drogengebrauchenden Menschen bei Austritt aus einer Institution keine stabile Anschlusslösung aufweist. Dies ist aber eine wichtige Grundlage, dass die Drogengebrauchenden sich stabilisieren und sich in Teilbereiche der Gesellschaft eingliedern können. Aufgrund ungedeckten Bedarfs im Raum Luzern nach einer stabilen Wohnmöglichkeit im Bereich der Schadensminderung besteht klaren Handlungsbedarf.

Dank

Verschiedene Personen haben uns bei der Auseinandersetzung mit dem Thema und beim Verfassen dieser Arbeit wertvolle Unterstützung geboten.

Die Autorinnen möchten sich herzlich bei den Institutionen Obdach - Notschlafstelle und dem Wohnhaus vom Verein Jobdach, dem Drogenforum Innerschweiz und dem Novizonte-Sozialwerk bedanken, welche sich bereit erklärt haben, die nötigen Daten zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich danken die Autorinnen für den fachlichen Austausch mit Peter Erdösi, Urs Schwab, Claudia Thaler, Markus Bachmann, Erika Löt-scher und Fridolin Wyss.

Seitens der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit bedanken sich die Autorinnen herzlich bei Elke Brusa und Marius Metzger für die wertvollen Inputs und fachlichen Rückmeldungen aus den Fachpoolgesprächen.

Namentlich erwähnen möchten die Autorinnen auch die Personen, die ihnen während des Entstehungsprozesses der Bachelorarbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind: Daniel Gähwiler, Michel Ramchandani, Simona Cabiddu, Pia Odermatt, Samuel Burri, Fabienne Sutter, Suzanne Graf und Johannes Schmid.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation	2
1.3 Fragestellung	3
1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit	3
1.5 Adressatinnen und Adressaten	4
1.6 Zielsetzung	4
1.7 Begrifflichkeiten	4
1.8 Aufbau	5
2 Schweizerische Suchtgeschichte und Suchtpolitik	7
2.1 Suchtgeschichte	7
2.2 Suchtpolitik	8
2.2.1 Viersäulenmodell	9
2.2.2 Schadensminderung	10
2.2.3 Angebote der Schadensminderung im Raum Luzern	11
2.3 Zusammenfassung	14
3 Drogengebrauchende Menschen	15
3.1 Suchtentwicklung	15
3.1.1 Ursachen	16
3.1.2 Physische Abhängigkeit und Schädigung	17
3.1.3 Psychische Abhängigkeit und Schädigung	17
3.2 Komorbidität	18
3.2.1 Problematik	19
3.3 Prekäre Lebenslage	20
3.4 Ältere Drogengebrauchende	21
3.5 Zusammenfassung	22
4 Wohnen	23
4.1 Bedeutungen von Wohnen	23
4.2 Menschliche Bedürfnisse	24
4.3 Wohnfähigkeiten	25
4.4 Wohnformen	25
4.5 Rechtliche Aspekte	26
4.6 Zusammenfassung	26
5 Forschung	27
5.1 Forschungsdesign	27
5.2 Sampling	28
5.3 Datenerhebung und Aufbereitung	29
5.3.1 Fragebereiche	32

5.4	Auswertung	33
5.4.1	Quantitative Sekundäranalyse	33
5.4.2	Typenbildung	33
6	Forschungsergebnisse	34
6.1	Deskriptive Statistik	34
6.2	Typenbildung	37
7	Diskussion der Forschungsergebnisse	41
7.1	Alter bei Austritt	41
7.2	Anschlusslösungen	42
7.3	Anschlusslösungen nach Kategorien	46
7.4	Typenbildung	47
8	Schlussfolgerungen	49
8.1	Beantwortung Fragestellung	49
8.2	Bezüge zur Sozialen Arbeit	51
9	Exkurs: Die ideale Wohnmöglichkeit	53
	Literaturverzeichnis	56
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	61
	Anhang A	62
	Anhang B	63

Hinweis: Die vorliegende Bachelorarbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

Kontakt: Esther Burri, eoburri@gmx.net

1 Einleitung

In diesem ersten Kapitel werden die Ausgangslage und die Motivation der Autorinnen beschrieben. Darauf folgen die Fragestellung sowie die Zielsetzung inklusive der Adressatinnen und Adressaten und schliesslich der Aufbau der Arbeit.

1.1 Ausgangslage

Viele Menschen, die bereits längere Zeit drogenabhängig sind, haben kaum mehr Aussicht auf ein langfristig drogenfreies Leben. Laut Irmgard Vogt (2011) wächst das Risiko, lebenslanglich abhängig von Opiaten zu sein, mit der Dauer der Sucht (S. 50). Diesen Langzeitabhängigen ist es je nach Suchtbiographie und Gesundheitszustand nicht mehr möglich, selbständig ein geregeltes Leben zu führen. Verschiedene Aspekte des Alltags werden von der Suchterkrankung massgeblich beeinflusst. Eingeschränkt sind die betroffenen Menschen beispielsweise in der sozialen Integrationsfähigkeit, in der Teilnahme am Arbeitsmarkt und bei der Kontrolle über ihre Finanzen. Diese Defizite wiederum führen dazu, dass es zu einer Marginalisierung in der Gesellschaft kommt. Die Betroffenen werden aus immer mehr Bereichen ausgeschlossen und sind selten fähig, sich selbständig wieder zu inkludieren beziehungsweise einzugliedern.

Auch beim Wohnen weisen drogengebrauchende Menschen häufig Schwierigkeiten auf. Diese hängen meist mit den Folgeerscheinungen der Abhängigkeit zusammen. Oder wie die Suchthilfe Wien (2011) schreibt:

Drogenabhängigkeit und eine prekäre Wohnsituation hängen zusammen – wobei das eine sowohl Ursache als auch Folge des anderen sein kann. Eine Stabilisierung des Konsums über z. B. Therapie, Substitutionsbehandlung und/oder allgemeine Reinigungsprozesse bedeutet jedoch noch nicht, dass sich auch die Wohnsituation verbessert. In vielen Fällen wurde *Wohnen* nie gelernt bzw. während der Jahre in der Drogenszene verlernt. Zusätzlich erschweren es finanzielle oder psychosoziale Probleme, eigenständig eine Wohnung zu halten. (S. 6)

Für eine erfolgreiche Inklusion in die Gesellschaft ist das Wohnen eine notwendige Bedingung. Das heisst, dass die Wohnsituation der Betroffenen klar und stabil sein muss, damit darauf aufgebaut werden kann.

Die Unterstützung derjenigen Personen, die nicht drogenfrei leben können, ist in der Schweiz Teil der Schadensminderung, der dritten Säule der Drogenpolitik. Dazu gehört laut Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2006a), die Selbstverantwortung dieser Personen zu fördern und das gesundheitliche Risiko, das durch den Konsum von Drogen besteht, möglichst klein zu halten (S. 61). Das wiederum bedeutet, dass die Drogengebrauchenden als erstes stabilisiert werden müssen. Wenn jemand bei Bekannten wohnt und nie weiss, für wie lange diese Möglichkeit bestehen bleibt, kann nicht von einer stabilen Wohnsituation gesprochen werden. Folglich müssen Wohnmöglichkeiten für Drogengebrauchende Teil der schadensmindernden Massnahmen sein.

Die spezifische Statistik der Suchthilfe act-info, die im Jahre 2010 vom BAG (2011) erhoben wurde, zeigt auf, dass 16,5 % der Drogenabhängigen in der Schweiz vor Eintritt in ein Programm eine instabile Wohnsituation hatten (S. 37). Rolf Bergmann (2002) sagt über die Situation in Deutschland, dass von den Menschen, die Hilfseinrichtungen aufgrund des Konsums von Heroin in Anspruch nehmen, mehr als 50% in ungesicherten Wohnverhältnissen leben oder obdachlos sind (S. 507).

Um sich über die lokalen Begebenheiten zu informieren, suchten die Autorinnen in einer Feldrecherche nach Angeboten mit Übernachtungsmöglichkeit für drogengebrauchende Menschen in der Zentralschweiz. Dabei zeigte sich, dass nebst therapeutischen Institutionen und Psychiatrien, welche zur 2. Säule (Therapie) der Drogenpolitik zählen, kaum Wohnangebote existieren.

Die einzigen niederschweligen Organisationen, die in der Zentralschweiz Wohn- oder Übernachtungsmöglichkeiten für Drogengebrauchende anbieten, sind das *Lüssihaus* des Drogenforums Zug in Baar sowie die Notschlafstelle und das *Wohnhuus* des Vereins Jobdach in Luzern. Dies bestätigte Frau Beatrice Kneubühler, Mitarbeiterin *Lüssihaus*, in einem Telefonat (23. April 2012). Alle drei Angebote können jedoch nur zeitlich begrenzt in Anspruch genommen werden.

1.2 Motivation

Begegnungen mit drogengebrauchenden Menschen haben die drei Autorinnen Tag für Tag. Michelle Sutter und Esther Burri sind in der Stadt Luzern wohnhaft und begegnen regelmässig Drogengebrauchenden. Zusätzlich haben Burri und die dritte Autorin, Debora Frischkopf, beruflich Kontakt zu drogengebrauchenden Menschen. Frischkopf arbeitet im Drop-in Luzern, dem sozialpsychiatrischen Zentrum für substitions-gestützte Behandlungen von opiatabhängigen Menschen. Burri ist beim Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern tätig. Bei beiden sind Langzeitabhängige und ihre Wohnproblematik ein Thema am Arbeitsplatz. Sutter ist nebenberuflich in der Verbandsjugendarbeit tätig. In ihrem Arbeitsalltag wird sie dabei vorwiegend mit Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak und Cannabis konfrontiert, selten aber mit dem Thema illegale Sucht.

Bevor sich die Autorinnen für die Bachelorarbeit im Bereich der Wohnmöglichkeiten für suchtbetroffene Menschen im Raum Luzern entschieden, haben sie Kontakt mit Herrn Peter Erdösi aufgenommen. Erdösi ist Vorstandsmitglied des Vereins Jobdach Luzern. Der Verein ist derzeit an der Konzepterarbeitung für ein Wohnheim für Drogengebrauchende.

Im Laufe ihrer Feldrecherche sind die Autorinnen auf grosses Interesse seitens der verschiedenen Institutionen gestossen. So ist Erdösi seit dem ersten Zusammentreffen interessiert am Thema der vorliegenden Bachelorarbeit und räumt gute Chancen ein, dass sie Einfluss auf eine Realisation des Wohnheims hat. Auch das Drogenforum Innerschweiz und das Novizonte-Sozialwerk bekundeten Interesse. Dies hat die Autorinnen sehr motiviert in dieser Richtung weiter zu arbeiten. Sie schätzen den klaren Praxisbezug ihres Themas und hoffen ihrerseits, mit dieser Bachelorarbeit etwas zur Weiterentwicklung der Suchtarbeit in Luzern und zum laufenden Prozess des Vereins Jobdach beizutragen.

1.3 Fragestellung

Unter dem Gesichtspunkt, dass die Bedeutung vom Wohnen für die Reintegration von drogengebrauchenden Menschen in die Gesellschaft gross ist, schien den Autorinnen das Angebot im Raum Luzern doch ziemlich bescheiden. Aufgrund dieser Ausgangslage leiteten die Autorinnen daher für die Bachelorarbeit folgende Fragestellung her:

Inwiefern gibt es einen Bedarf nach einer stabilen Wohnmöglichkeit für Süchtige illegaler Drogen im Raum Luzern?

Um die Fragestellung zu beantworten, wird untersucht, welche Wohnmöglichkeiten und Wohnformen die drogengebrauchenden Menschen im Kanton Luzern derzeit haben und ob diese Wohnmöglichkeiten die bestehenden Bedürfnisse abdecken. Es wird definiert, was *stabile Wohnmöglichkeiten* im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit bedeutet. Ausserdem wird aufgezeigt, warum drogengebrauchende Menschen eine spezifische Wohnform brauchen und es wird beschrieben, welche Faktoren der Sucht berücksichtigt werden müssen.

1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit

Das Arbeitsfeld Sucht ist ein weites Feld, in dem die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine grosse Bedeutung hat. Sozialarbeiterische Berufe sind genauso vertreten wie medizinische, psychologische, psychiatrische und pädagogische Berufe.

Die Definition der Sozialen Arbeit, wie sie auch vom Berufsverband AvenirSocial übernommen wurde, nennt als Ziel die Ermächtigung und Befreiung von Menschen um das Wohlbefinden des einzelnen Menschen anzuheben (2010, S. 8). Oder wie es Beat Schmocker (2007) ausdrückt, dass die Soziale Arbeit im weitesten Sinne Ziele verfolgt wie die Achtung des Mensch-Seins, der Menschenwürde und die Sorge um menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen. Im engeren Sinne hat sie das Ziel, dazu fördernde Massnahmen und professionelle Unterstützung anzubieten und strebt eine menschengerechte Entwicklung an. (S. 3)

Den Autorinnen ist es ein Anliegen, an dieser Stelle zu betonen, dass eine solche menschengerechte Entwicklung alle Menschen, auch Randgruppen wie die drogengebrauchenden Menschen, mit einschliesst. Genau diese Menschen werden aber in unserer Gesellschaft oft ausgeschlossen, weil sie nicht der Norm entsprechen. René Levy (2009) bestätigt dies, indem er schreibt, dass Drogenabhängige in der schweizerischen Gesellschaft sehr wenig Toleranz erfahren, obwohl ein ganzes Spektrum von Massnahmen zu ihrer Unterstützung besteht (S. 78).

Das Thema der vorliegenden Arbeit gehört zum Bereich der Schadensminderung. Laut Peter Menzi (2012), orientiert sich die Schadensminderung am Grundrecht der Menschenwürde (S. 27). Im Bereich der Schadensminderung hat die Soziale Arbeit also aufgrund ihrer Tätigkeitsfelder eine wichtige Aufgabe. Dazu gehört die Inklusion von randständigen Menschen in verschiedenen Lebensbereichen. Wohnmöglichkeiten für drogengebrauchende Menschen anzubieten, fällt klar in den Auftragsbereich der Sozialen Arbeit. Ein solches Angebot kann das Wohlbefinden der Betroffenen anheben. Zudem deckt es für Men-

schen, welche unter widrigen Umständen leben, ein wichtiges Bedürfnis ab und gibt ihnen ein Stück Menschenwürde zurück.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der vorliegenden Arbeit ist für die Autorinnen, dass die Soziale Arbeit für die drogengebrauchenden Menschen im Raum Luzern einsteht und gemeinsam mit anderen Disziplinen daran arbeitet, dass die Unterstützung für diese Menschen so spezifisch und bedürfnisgerecht wie möglich wird. Mit der vorliegenden Arbeit hoffen die Autorinnen, etwas dazu beitragen zu können. Im Berufskodex von AvenirSocial schreiben Susann Beck, Anita Diethelm, Marije Kerssies, Oliver Grand und Beat Schmocker (2010), dass es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik ihr Wissen über soziale Probleme, deren Ursachen und Wirkungen auf individueller und struktureller Ebene zu vermitteln. So tragen sie dazu bei, dass ihre Expertise nutzbar wird. (Art. 14.2)

1.5 Adressatinnen und Adressaten

Diese Arbeit richtet sich in erster Linie an Professionelle der Sozialen Arbeit, die mit einer suchtbetroffenen Klientel arbeiten. Weiter kann die Bachelorarbeit auch Personen aus anderen Berufsgruppen, die in der Suchthilfe tätig sind, Orientierung bieten. Zusätzliche Adressaten sind der Kanton Luzern, die Stadt Luzern und der Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe und Gesundheitsförderung. Die drei letztgenannten sind laut Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe Art. 3g [BetmG] beteiligt an der Aufgabe, Massnahmen zur Schadensminderung und Überlebenshilfe zu treffen und notwendige Einrichtungen zu schaffen oder zu unterstützen. Adressatinnen und Adressaten der vorliegenden Arbeit sind zudem alle, die sich für die Suchthilfe, besonders im Kanton Luzern, interessieren.

1.6 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist aufzuzeigen, ob im Raum Luzern einen Handlungsbedarf bezüglich einer stabilen Wohnmöglichkeit für Süchtige illegaler Drogen besteht. Anhand einer Bedarfsanalyse soll gezeigt werden, was süchtige Menschen benötigen, welche Angebote bereits bestehen und was allenfalls fehlt. Diese Bedarfsanalyse basiert auf Theorien bezüglich Sucht und Wohnen sowie auf quantitativer Forschung. Gestützt auf diese Analyse lassen sich Erkenntnisse für die Soziale Arbeit und die Suchthilfe ableiten, sowie Argumente für die Diskussion im Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern generieren.

1.7 Begrifflichkeiten

Mit der Suchthilfe bewegt sich diese Arbeit in einem Thema, in dem viele verschiedene Begrifflichkeiten für gleiche oder ähnliche Phänomene verwendet werden. In der Fragestellung wird von Süchtigen illegaler Drogen gesprochen. An dieser Stelle wird erklärt, was die Autorinnen unter diesen Begriffen verstehen und wie sie in der vorliegenden Arbeit verwendet werden.

Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] hat Sucht 1957 folgendermassen definiert:

Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch vier Kriterien:

- Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
- eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
- die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
- die Schädlichkeit für den Einzelnen und/oder die Gesellschaft.

Im offiziellen Sprachgebrauch der WHO wurde der Begriff «Sucht» ab 1964 durch «Missbrauch» und «Abhängigkeit» ersetzt (ohne Datum).

Die Begriffsvielfalt im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit ist gross. Auch in der Fachliteratur wird beim Thema illegale Drogen trotz Definition der WHO je nach dem von Sucht, Drogensucht oder Abhängigkeit geschrieben. Der Begriff Sucht wird daher in dieser Arbeit im Sinne einer substanzgebundenen Abhängigkeit verwendet.

Bei der Bezeichnung der Betroffenen ist die Begriffsvielfalt noch ausgeprägter. Sie sind beispielsweise süchtig, drogensüchtig, drogenabhängig, suchtbetroffen, drogengebrauchend oder drogenkonsumierend. Die Autorinnen haben sich dafür entschieden, die Zielgruppe als drogengebrauchende Menschen zu bezeichnen. Die Menschen benutzen oder konsumieren die Drogen nicht nur, sondern brauchen aufgrund ihrer Abhängigkeit die Drogen auch. Sie sind darauf angewiesen.

Als Drogen werden im deutschsprachigen Raum umgangssprachlich Substanzen und Zubereitungen bezeichnet, deren Einnahme primär mit dem Ziel der Herbeiführung eines Rauschzustandes erfolgt. In dieser Arbeit wird von illegalen Drogen gesprochen. Das heisst, es handelt sich um Stoffe, deren Besitz, Handel und Konsum im BetmG geregelt ist. Betäubungsmittel sind laut Art. 2 lit. a BetmG abhängigkeits-erzeugende Stoffe und Präparate der Wirkungstypen Morphin, Kokain oder Cannabis, sowie Stoffe und Präparate, die auf deren Grundlage hergestellt werden oder eine ähnliche Wirkung wie diese haben.

1.8 Aufbau

Die vorliegende Arbeit ist in zehn Kapitel gegliedert, inklusive Literaturverzeichnis. In der Einleitung befinden sich Ausgangslage und Fragestellung.

Im zweiten Kapitel werden die schweizerische Suchtpolitik und ihr Entstehen beschrieben. Besonders im Fokus steht die dritte Säule (Schadensminderung) und das diesbezügliche Angebot in Luzern.

Das dritte Kapitel widmet sich den drogengebrauchenden Menschen. Zuerst wird die Suchtentwicklung thematisiert, dann werden die physischen und psychischen Auswirkungen aufgezeigt und es wird auf die Problematik der Komorbidität eingegangen.

Kapitel vier beinhaltet das Thema Wohnen. Die Bedeutung des Wohnens wird erläutert und die Wohnbedürfnisse und Wohnfähigkeiten werden thematisiert.

Das fünfte Kapitel beschreibt das Vorgehen bei der Forschung anhand von Methode, Sampling, Erhebung und Aufbereitung der Daten sowie ihrer Auswertung.

Die Ergebnisse der Forschung werden in Kapitel sechs vorgestellt.

In Kapitel sieben folgt die Diskussion der Forschungsergebnisse mit Bezug auf die vorangegangenen Kapitel.

Die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen finden sich in Kapitel acht.

Das letzte Kapitel vor dem Literaturverzeichnis wagt einen Exkurs auf mögliche Entwicklungen und Angebote, welche im Raum Luzern bezüglich Wohnmöglichkeiten gemacht werden könnten.

2 Schweizerische Suchtgeschichte und Suchtpolitik

In diesem Kapitel werden einige Eckdaten der schweizerischen Drogengeschichte sowie der Aufbau der schweizerischen Suchtpolitik erläutert. Anschliessend wird die Suchtpolitik anhand des Viersäulenmodells näher beschrieben. Die Schadensminderung bildet die dritte Säule dieses Modells. Da sich die vorliegende Arbeit im Bereich der Schadensminderung befindet, wird dieser Säule ein separates Kapitel gewidmet. Abschliessend werden die Angebote im Bereich der Schadensminderung im Raum Luzern vorgestellt.

2.1 Suchtgeschichte

Das BAG (2006a) schreibt, dass seit Ende der 1960er-Jahre in der Schweiz der Konsum von illegalen Drogen ein Faktum ist. Der Konsum, vor allem von Heroin, nahm stetig zu. Immer häufiger zeigten sich bei den Drogengebrauchenden gesundheitliche und soziale Folgeerscheinungen. (S. 5) Sandro Cattacin (2012) schreibt, dass 1981 die Eidgenössische Betäubungsmittelkommission eine Subkommission für Drogenfragen gründete. Unter der Leitung von François van der Linde erstellte die Kommission einen ersten Drogenbericht. Bereits damals wurde festgehalten, dass es für die Drogenproblematik andere Ansätze benötige als die Durchsetzung des Verbots von illegalen Drogen. (S. 10) Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF] (2012) kommuniziert, dass die Problematik des Ansteckungsrisikos von Krankheiten wichtiger ist, als die Durchsetzung der absoluten Abstinenzforderung. Als weitere Aspekte kamen der Schutz der Gesellschaft und das Interesse, dass die öffentliche Ordnung nicht gestört wird, hinzu. (S. 33-34)

Laut Cattacin (2012) bedeutete der Drogenbericht von 1989, welcher den Schlussstrich unter die repressive Drogenpolitik zog, einen weiteren Meilenstein. Fortan galt der Fokus der Drogenpolitik den Ursachen und nicht mehr den Substanzen. Dadurch gewann die Drogenpolitik einen gesellschaftspolitischen Aspekt und das ursprüngliche Dreisäulenmodell Prävention, Therapie und Repression wurde mit der Säule der Schadensminderung erweitert. (S. 10) Auf die Viersäulenpolitik wird im Kapitel 2.2.1 eingegangen.

Von 1989 bis 1991 entwickelte sich der Platzspitz am Ufer der Limmat in Zürich zu einer offenen Drogenszene. Die EKDF (2012) erklärt, dass der illegale Drogenkonsum ursprünglich Ausdruck von Jugendunruhen sowie Jugendprotesten war. Die HIV-Infektionen, die Zahl von tödlichen Überdosierungen und die Beschaffungskriminalität nahmen rasant zu und stellten die Drogenpolitik vor eine grosse Herausforderung. Täglich suchten Drogengebrauchende, Drogenhändler, die von zu Hause weggelaufenen Jugendlichen, Obdachlose und andere Randständige den Platzspitz auf. Zusehends verwandelte dieser sich zu einem Ort der Gewalt und Armut. Weiter sah die EKDF einen Grund der offenen Szene darin, dass die Versuche, kleinere Drogenumschlagplätze aufzulösen, misslangen. Fachleute aus Medizin, Politik und Wissenschaft setzten sich für soziale, medizinische und psychiatrische Hilfestellungen für die Drogengebrauchenden ein. (S. 33-35) Nach der Räumung des Platzspitzes im Jahr 1992 verlagerte sich die Szene in Zürich auf das Areal des Bahnhofs Letten.

Laut BAG (2006a) stellte die starke Präsenz der Drogenproblematik für die Gesellschaft zunehmend eine Belastung dar und wurde in der Schweiz zum brisantesten Sachverhalt überhaupt. Das öffentliche Interesse drängte die Politik, aktiv zu werden und führte zu verschiedenen Massnahmen. (S. 5) Gemäss Cattacin (2012) wurde das BAG schliesslich ausgebaut. Künftig arbeiteten verschiedene Kommissionen

mit den Vertreterinnen und Vertretern aus Städten, Kantonen und Berufsgruppen zusammen und es wurden nationale Konferenzen einberufen. Dadurch erhielt das Viersäulenmodell weiter an Akzeptanz und erlangte politische Unterstützung. Selten wurde ein Thema so häufig an direktdemokratische Abstimmungen getragen wie die Drogenpolitik in den 1990er-Jahren. (S. 10) 1995 räumte die Polizei die letzte offene Drogenszene in Zürich. Damit wurde dem Interesse der öffentlichen Ordnung Rechnung getragen und die aufgebrachte Gesellschaft besänftigt.

Ein wichtiger Punkt in der Weiterentwicklung und Geschichte der Drogenpolitik ist laut Franziska Eckermann (2012) das im Jahre 2010 erschienene Leitbild *Herausforderung Sucht – Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Aus der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen [EKAL], der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen [EKDF] und der Eidgenössischen Kommission für Tabakprävention [EKTP] entstand eine Steuergruppe, welche eine gemeinsame Haltung im Bereich der Suchtpolitik verfolgte. (S. 4)

Abschliessend ist zu erwähnen, dass die Bürgerinnen und Bürger am 30. November 2008 die Revision des BetmG annahmen. Damit sind die Viersäulenpolitik und die heroingestützte Behandlung gesetzlich verankert und die Schweizer Drogenpolitik erhält eine gesetzliche Grundlage. Jedoch trat das revidierte BetmG erst 2011 in Kraft. (BAG, ohne Datum)

2.2 Suchtpolitik

Die Grundlage für die heutige Suchtpolitik bilden drei Artikel der Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] (1999). Erstens Art. 105 zum Thema Alkohol, zweitens Art. 131 zu den besonderen Verbrauchssteuern und drittens Art. 118 zum Thema Gesundheitsschutz. Die Steuergruppe der EKAL, EDKF und TPKF (2010) schreibt, dass diese Aufsplitterung auch in der Suchtpolitik sichtbar ist. Für jedes der drei Gebiete Alkohol, Drogen und Tabak hat der Bundesrat eine eigene Eidgenössische Kommission gebildet, die jeweils Empfehlungen abgibt. Diese Empfehlungen fliessen mehr oder weniger in die Politik ein. (S. 37)

Das BAG (2006a) beschreibt, dass die Suchtproblematik ein komplexes Feld darstellt und somit nicht nur einen einzelnen Politikbereich berührt (S. 28). Die Suchtpolitik lässt sich zwei Politikbereichen klar zuordnen: der Gesundheits- und der Sozialpolitik. Dies weil der Konsum von Drogen nebst anderem zu gesundheitlichen und sozialen Problemen führt. Die Steuergruppe der EKAL, EDKG und TPKF (2010) äussert sich aus gesundheitspolitischer Sicht kritisch zur heutigen Stellung der Suchtpolitik. Sie schreibt, dass die schweizerische Suchtpolitik sich nicht von den effektiven gesundheitlichen Folgen der Betroffenen leiten lässt, sondern sehr stark durch festgefahrene Standpunkte beeinflusst wird. Der politische Schwerpunkt wäre anders, wenn die Politik an der wirklichen Problemlage gemessen würde. (S. 23)

Wie in Kapitel 3.1.1 detaillierter erläutert, sind die Ursachen für die Suchtproblematik vielfältig. Die oben genannten politischen Einflüsse und den Konsum von Betäubungsmitteln kann die Drogenpolitik nur beschränkt beeinflussen (S. 29). Die Drogenpolitik stellt somit bloss ein Puzzleteil in der ganzen Suchtproblematik dar. Die Steuergruppe der EKAL, EDKG und TPKF (2010) schreibt, dass zentrale politische Entscheidungen, welche die Drogenpolitik beeinflussen, in anderen Politikbereichen gefällt werden (S. 37).

Da sich die vorliegende Arbeit auf illegale Drogen beschränkt, interessiert die Autorinnen vor allem die Drogenpolitik, deren Rahmen das BetmG bildet. Das BAG (2006b) definiert die schweizerische Drogenpolitik durch ein quantitatives und durch ein qualitatives Ziel. Quantitativ geht es darum, die Zahl der Dro-

gengebrauchenden zu vermindern beziehungsweise zu stabilisieren. Qualitativ ist der Bund bemüht, dass die betroffenen Personen die Lebensphase der Abhängigkeit besser überstehen und dass die Bevölkerung vor den Auswirkungen des Drogenkonsums geschützt wird. (S. 7) Bei der Umsetzung dieser Ziele stützt sich die Drogenpolitik auf das Viersäulenmodell.

2.2.1 Viersäulenmodell

Wie bereits erwähnt bilden die vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression die Grundlage der schweizerischen Drogenpolitik. Laut BAG (2006a) wurde das Säulenmodell zu einem dreidimensionalen Modell in Form eines Würfels, wie Abbildung 1 zeigt, weiterentwickelt. Die Gewichtung liegt neu weniger bei den einzelnen Substanzen, sondern bei der allgemeinen Suchtproblematik. Das Modell zeigt, dass die sozialen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen je nach Substanz und Art des Konsums unterschiedlich ausfallen. Ziel ist es, eine kohärente und wirksame Suchtpolitik zu entwickeln. (S. 30) Ergänzt wurden die Säulen durch die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen Alkohol, Cannabis, Designerdrogen, Heroin, Kokain, Medikamenten mit psychoaktiver Wirkung und Tabak sowie durch die Konsummuster, die pro Substanz aufgeteilt sind in risikoarmen Konsum, problembehafteten Konsum und Abhängigkeit. (S. 31) Auf die Substanzen und die Konsummuster wird in Kapitel 3 eingegangen.

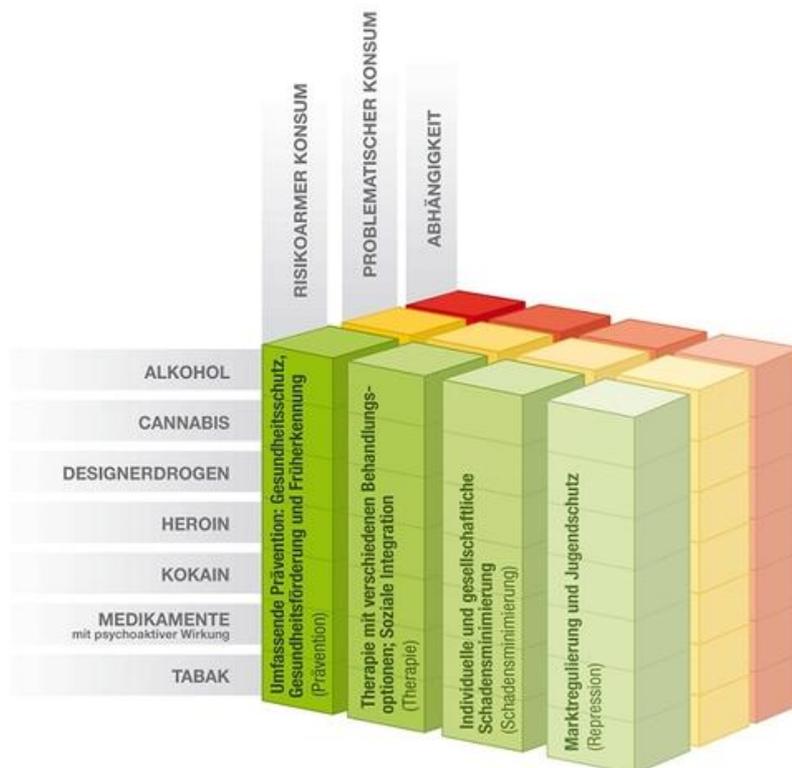


Abbildung 1: Das Würfelmodell. Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (ohne Datum). Gefunden am 15. März 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/12094/index.html?lang=de>

Laut BAG (2006a) beschäftigt sich die erste Säule, die Prävention, mit Strategien und Massnahmen um dem Einstieg in den Drogenkonsum entgegenzuwirken. Suchtprobleme sollen früh erkannt sowie behandelt werden. Die Säule der Prävention beinhaltet somit auch den Gesundheitsschutz, die Gesundheitsförderung und die Früherkennung. Massenmediale Kampagnen, Lobbying, gesetzgeberische Massnahmen, Umweltkontrollen und auch medizinische, psychologische und erzieherische Interventionen zählen zu den Präventionsmassnahmen. (S. 50)

Alle medizinischen, sozial- und psychotherapeutischen Angebote, die sich auf die Probleme des illegalen Drogenkonsums beziehen, fallen gemäss BAG (2006a) unter die Säule der Therapie. Das Ziel der therapeutischen Behandlungen ist, die durch die Sucht verlorene persönliche Autonomie zurückzugewinnen. In dieser zweiten Säule geht es grundsätzlich um die soziale Integration, kombiniert mit der Abstinenz und der Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit von Personen mit Suchtproblemen. Die Angebote, welche unter den Bereich Therapie fallen, sind vielfältig. Es gibt ambulante, kurzfristige Massnahmen aber auch mehrmonatige stationäre Aufenthalte. Die therapeutischen Massnahmen richten sich nach den Lebensfeldern Familie, Arbeit, Bildung und Freizeit, welchen den psychosozialen Bereich abdecken. (S. 55)

Bei der vierten Säule handelt es sich laut BAG (2006a) um die Massnahmen, die Angebot und Nachfrage der psychoaktiven Substanzen regulieren. Die Säule Repression ist verantwortlich für die Durchsetzung des gesetzlich verankerten Verbots der Herstellung, des Handels, des Besitzes sowie des Konsums illegaler psychoaktiver Substanzen. Dabei handelt es sich um polizeiliche und justizielle Massnahmen, die sich in drei Bereiche unterteilen lassen. Erstens die Massnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels, zweitens jene zur Verhinderung der Herstellung von Drogen und drittens diejenigen zur Bekämpfung der Geldwäscherei. (S. 65)

2.2.2 Schadensminderung

Das BAG (2006a) unterteilt die Schadensminderung in direkte und indirekte Gebiete. Als direkt ist die Verminderung von gesundheitlichen und sozialen Risiken bei den Drogengebrauchenden zu verstehen. Dabei verfolgt das Konzept der dritten Säule das Ziel, dass bei Drogengebrauchenden während der Konsumationsphase möglichst geringe physische, psychische und soziale Beeinträchtigungen entstehen. Dadurch, dass den gesundheitlichen Folgen und der Marginalisierung entgegengewirkt wird, soll die Lebenssituation der Drogengebrauchenden verbessert werden. (S. 61-62)

Als indirektes Gebiet bezeichnet das BAG (2006a) die Verringerung gesellschaftlicher Beeinträchtigungen. Der Konsum illegaler Drogen kann die Gesundheit und die Lebensqualität von Angehörigen und Personen, die den Drogengebrauchenden nahe stehen, beeinträchtigen. Dies soll verhindert werden, was auch die sozialen Kosten senkt, welche durch das Drogenproblem entstehen. (S. 63)

Weiter erwähnt das BAG (2006a), dass die Drogengebrauchenden in der Bevölkerung oft als störend wahrgenommen werden. Dieser Tatsache kann begegnet werden, indem die Angebote der Schadensminderung als Nebeneffekt die Sichtbarkeit des Drogenproblems in der Öffentlichkeit verringern. Es kann davon ausgegangen werden, dass schadensmindernde Angebote von der Gesellschaft grösstenteils bejaht werden. In der direkten Nachbarschaft sind diese Angebote jedoch nicht willkommen, so werden neue Projekte gefährdet oder verzögert. (S. 62) Die Überlebenshilfe ist Teilbereich der Schadensminderung.

rung. Sie zielt über das reine Überleben hinaus und strebt eine Verhinderung der Marginalisierung an. (S. 61)

Drogengebrauchende Menschen befinden sich aufgrund ihrer Suchtproblematik in einer prekären Lebenslage, wie in Kapitel 3 beschrieben wird. Einerseits gefährdet der Konsum der psychoaktiven Substanz die Gesundheit. Andererseits beeinflusst der Konsum die Lebensumstände der abhängigen Personen. Dazu zählen ungenügende und mangelhafte Ernährung, unregelmässige Hygiene, Wohnungs- oder Obdachlosigkeit sowie ein hohes HIV- und Hepatitis-Infektionsrisiko. Laut BAG (2006a) folgt aus der Situation der prekären Lebenslage, dass drogengebrauchende Menschen vorübergehend oder dauerhaft unfähig sind, auf den Drogenkonsum zu verzichten (S. 61).

Wie in diesem Kapitel bereits erwähnt, gibt es Drogengebrauchende, die am Rande der Gesellschaft leben und deshalb im gesundheitlichen wie auch im sozialen Bereich besonders gefährdet sind. Darauf aufbauend schreibt Menzi (2012), dass sich die Schadensminderung am Grundrecht der Menschenwürde orientiert. Das heisst, dass Menschen vorbehaltlosen Anspruch auf Unterstützung zur Verbesserung ihrer Lebenslage haben. Dabei wird der Drogenkonsum weder befürwortet noch missbilligt. Es geht um die Stärkung des Individuums und um die Unterstützung der Selbstverantwortung. (S. 27-28)

Gemäss BAG (2006a) reichen die Massnahmen der Schadensminderung von der Abgabe sauberen Injektionsmaterials zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten und substitutionsgestützte Behandlungen über das Angebot von geschützten Aufenthalts- und Konsumräumen bis hin zu Wohn-, Pflege- und Verpflegungsangeboten (S. 61). Bei einigen dieser Angebote ist wesentlich, dass sie niederschweligen Charakter haben. Laut Schweizerischem Arbeiterhilfswerk [SAH] (1997) bieten niederschwellige Angebote niedrige Eintrittsbedingungen und stellen minimale Anforderungen an die Nutzung. Ziel ist es, möglichst vielen Personen den Zugang zu sozialen Angeboten zu ermöglichen. Das heisst, dass die Einrichtungen für die Zielgruppen gut erreichbar, die Angebote auf die Bedürfnisse abgestimmt und die Öffnungszeiten auf die Lebensumstände zugeschnitten sind. (S. 165-166)

Wie im vorherigen Kapitel zur Viersäulenpolitik erwähnt, handelt es sich bei der Schadensminderung um die jüngste Säule. Das BAG (2006a) geht davon aus, dass die Angebotspalette der Schadensminderung nach wie vor am dürftigsten ausgestaltet ist. Durch demographische Einflüsse, neue psychoaktive Substanzen und andere Konsummuster verändern sich die Ausgangslagen für schadensmindernde Angebote immer wieder. Demnach müssen die Angebote stetig angepasst und weiterentwickelt werden. So weist das BAG darauf hin, dass genau diese Lücken geschlossen werden sollten. Dies gilt in Bezug auf bestimmte Gebiete in der Schweiz sowie auf spezielle Fragestellungen und Zusammenhänge. (S. 63)

2.2.3 Angebote der Schadensminderung im Raum Luzern

Art. 3 BetmG vom 1. Juli 2011 regelt die Aufgabenteilung bezüglich der Säulen Prävention, Therapie und Schadensminderung zwischen Bund und Kantonen. Das BAG (2006a) weist darauf hin, dass der Bund lediglich unterstützend zuständig ist. Sämtliche Massnahmen werden durch die Kantone umgesetzt. (S. 34) In Paragraph 1 Abs. 2 der Vollzugsverordnung (VV) zum BetmG vom 27. Dezember 1976 des Kantons Luzern heisst es: «Der Regierungsrat bezeichnet die für die Aufklärung, Beratung, Behandlung, Fürsorge und Wiedereingliederung von betäubungsmittelabhängigen Personen zuständigen Stellen. Er kann bestimmte Aufgaben und Befugnisse privaten Organisationen übertragen Art. 15a BetmG.» Es liegt also nahe, dass es in Luzern nebst einer kantonalen Institution zwei private Vereine gibt, die Angebote

im Bereich der Schadensminderung anbieten. Der Inhalt der folgenden Tabelle wurde den jeweiligen Homepages www.lups.ch, www.jobdach.ch und www.gassenarbeit.ch entnommen.

Übersicht der schadensmindernden Angebote im Raum Luzern

Luzerner Psychiatrie (kantonaler Träger)	
Angebote	<p>Drop-in</p> <p>Das Drop-in Luzern ist ein sozialpsychiatrisches Zentrum für substitutionsgestützte Behandlungen von opiatabhängigen Menschen. Es stehen insgesamt 180 Plätze zur Verfügung. Die Menschen werden durch die Mitarbeitenden in ihrer Lebenslage begleitet, beraten sowie unterstützt oder an weitere Institutionen überwiesen.</p>
Verein Jobdach (privater Träger)	
Angebote	<p>Obdach-Notschlafstelle</p> <p>Die Notschlafstelle ist eine niederschwellige, zeitlich begrenzte Übergangslösung für obdach- und hilfesuchende Menschen. Zum Angebot zählen nebst der Übernachtung mit Frühstück ein Aufenthaltsraum, eine Kochgelegenheit, ein Hygienerraum für Drogengebrauchende, hygienische und medizinische Grundversorgung sowie Beratungs- und Abklärungsgespräche. Ergänzend gibt es Angebote, die spezifisch an Frauen gerichtet sind. Insgesamt stehen 15 Betten in sechs Zimmern zur Verfügung.</p>
	<p>Wohnhuus</p> <p>Das Wohnhuus richtet sich an Menschen, die gesundheitlich angeschlagen, obdachlos oder durch ihr Verhalten desintegriert sind. Sie können für längere Zeit in einem Zimmer wohnen, um ihre Selbstverantwortung und Wohnfähigkeit zurückzugewinnen oder weiterzuentwickeln. Fachpersonal ist für eine 24-Stunden-Betreuung besorgt. Die 16 Einzelzimmer können individuell eingerichtet werden.</p>
	<p>Wärchstatt</p> <p>In der Wärchstatt sind Menschen anzutreffen, die aus gesundheitlichen Gründen keiner regulären Arbeit oder Beschäftigung nachgehen können. Die höchstens 25 Personen arbeiten in Gruppen und werden professionell begleitet und betreut. Durch regelmässige Standortgespräche und die Wertschätzung der Arbeit entwickeln sich die Personen in ihrer Sozial- und Selbstkompetenz weiter.</p>
Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern (privater Träger)	
Angebote	<p>Team Gassenarbeit</p> <p>Das Team Gassenarbeit umfasst zwei Bereiche.</p> <p>Die Sozialberatung der Gassenarbeit berät und begleitet Menschen, die ein Suchtproblem haben und hauptsächlich in der Stadt oder Agglomeration Luzern leben. Zum Angebot gehört auch die Einkommensverwaltung.</p> <p>Die aufsuchende Sozialarbeit versucht die Menschen auf der Gasse zu kontaktieren, die vom üblichen Angebot nur bedingt erreicht werden können. Dabei</p>

	<p>spielen die Bedürfnisse der Menschen auf der Gasse eine zentrale Rolle. Die Sozialarbeitenden informieren, beraten, geben Präventionsmaterial ab und vermitteln zu sozialen Institutionen. In diesen Begegnungen sollen gerade auch junge Personen angesprochen werden, um sie zur Abstinenz oder zu einer substituionsgestützten Behandlung zu motivieren.</p>
	<p>Ambulatorium</p> <p>Das Ambulatorium bietet Unterstützung bezüglich Hygiene und medizinischer Versorgung. Dabei werden die Grundversorgung gewährleistet sowie das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden gestärkt. Das Ambulatorium erteilt Auskünfte über Medikamente, Drogen und Krankheiten und weist die Klientel auf die Erhaltung der Gesundheit hin. Auch wird Unterstützung geboten in Form von medizinischer Behandlung nach ärztlicher Verordnung, etwa Medikamentenabgabe, Blutdruckkontrollen, Injektionen, Verband anlegen und wechseln. Weiter besteht das Angebot zu duschen, sich zu rasieren, die Nägel zu schneiden, sich die Haare schneiden zu lassen, getragene Kleider gegen saubere einzutauschen und Kleider zu flicken.</p>
	<p>GasseChuchi</p> <p>Die GasseChuchi ist für Menschen jeden Alters, die sich am Rande der Gesellschaft befinden. Es werden gesunde Mahlzeiten angeboten und die Personen können sich im Aufenthaltsraum oder Garten aufhalten. Ausserdem werden täglich simple Arbeiten angeboten, die entschädigt werden.</p>
	<p>Paradiesgässli</p> <p>Das Angebot des Paradiesgässli richtet sich an Eltern, die Suchtprobleme haben und deren Kinder im Vorschul- und Schulalter sind. Die Eltern werden beraten, begleitet und an weitere Hilfsangebote vermittelt. Nebst aufsuchender Sozialarbeit, individueller Begleitung der Familien, Elterntreffs und Triagen wird freiwillige Einkommensverwaltung angeboten.</p> <p>Als Unterprojekte gehören das Listino (Kinderprojekt) und das Listo (Jugendberatung) zum Paradiesgässli. Diese organisieren Ferienlager, Gruppenaktivitäten für Schulkinder und Kindernachmittage.</p>
	<p>Kontakt- und Anlaufstelle</p> <p>Die Kontakt- und Anlaufstelle bietet einen geschützten Ort für den Konsum von illegalen Drogen. Diese können stressfrei, unter hygienischen Bedingungen und medizinisch überwacht konsumiert werden. Somit müssen die Drogengebrauchenden nicht an öffentlichen Plätzen (Spielplätze, öffentliche Toiletten, Parkanlagen, Gärten, Kellereingänge etc.) Drogen konsumieren. Weiter besteht die Möglichkeit, medizinische oder psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen.</p>
	<p>Seelsorge</p> <p>Die Seelsorge unterstützt und begleitet die Menschen auf der Gasse in sämtlichen Themenbereichen, beispielsweise bei Beerdigungen oder Taufen. Bei diesem Angebot werden Seelsorge und Sozialarbeit miteinander verbunden.</p>

Tabelle 1: Eigene Darstellung

Im Konzept für Suchtprävention und Suchthilfe des Kantons Luzern schreibt die EKDF (2003) werden die Angebote einerseits durch die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, andererseits durch den Kanton, die Gemeinden, die Kirchgemeinden sowie durch Spenden und Sponsoren finanziert. Zwischen den verschiedenen Akteuren in der Schadensminderung wie dem Kanton Luzern, der Stadt Luzern, dem Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe und Gesundheitsförderung [ZiSG] und den Institutionen bestehen für diverse Angebote Leistungsvereinbarungen. (S. 17)

2.3 Zusammenfassung

Die offenen Drogenszenen vor allem in den 1980er-Jahren sorgten für Aufsehen in Gesellschaft und Politik. Das grosse gesellschaftliche Interesse veranlasste die Politik, aktiv zu werden. So wurden etwa die drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen [EKAL], Drogenfragen [EKDF] und Tabakprävention [EKTP] gebildet. Weiter entstand das Viersäulenmodell mit den Bereichen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Später entwickelte sich aus den Säulen durch die Ergänzung der unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen und der Konsummuster ein dreidimensionales Würfelmodell. Dieses Modell und das BetmG bilden die Grundlage der heutigen schweizerischen Drogenpolitik. Art. 3b Abs. 1 BetmG vom 1. Juli 2011 regelt die Aufgabenteilung der Säulen Prävention, Therapie und Schadensminderung zwischen Bund und Kantonen. Darin ist zu entnehmen, dass sämtliche Massnahmen durch die Kantone umgesetzt werden müssen. Deshalb existieren im Bereich der Schadensminderung in Luzern, wie soeben vorgestellt, eine kantonale Institution und zwei private Vereine. Alle drei verfolgen das Ziel, dass bei drogengebrauchenden Menschen während der Konsumationsphase möglichst geringe physische, psychische und soziale Schäden entstehen.

3 Drogengebrauchende Menschen

Das folgende Kapitel zeigt die Suchtentwicklung und mögliche Ursachen für die Sucht auf. Zudem werden die Folgen von physischer und psychischer Abhängigkeit und die daraus entstehenden Schädigungen dargelegt. Weiter befasst sich das Kapitel mit dem in der Suchtarbeit gewichtigen Thema der Komorbidität und den daraus folgenden Schwierigkeiten. Der letzte Teil des Kapitels bietet einen Überblick über die prekäre Lebenslage der Betroffenen sowie die Auswirkungen im Alter.

3.1 Suchtentwicklung

Gemäss dem internationalen Diagnoseinstrument von psychischen Störungen, dem Klassifikationssystem ICD-10, handelt es sich beim Abhängigkeitssyndrom um eine neurobiologische Störung. Diese entwickelt sich nach wiederholter Einnahme psychotroper Substanzen und ist durch verschiedene körperliche, verhaltensbezogene und kognitive Phänomene gekennzeichnet. Charakteristisch für das Abhängigkeitssyndrom sind die Entwicklung von Entzugssymptomen und eine Toleranzentwicklung sowie erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigungen. (Suzanne Lischer, 2011, S. 9)

Kenneth Dürsteler-MacFarland, Marcus Herdener, Johannes Strasser und Marc Vogel (2011) verstehen die Opiatabhängigkeit als eine chronische, von Rückfällen gekennzeichnete komplexe Erkrankung mit dem zwanghaften Drang Heroin oder andere Opiate zu konsumieren. Die Substanzen werden konsumiert, obwohl vielfältige negative gesundheitliche und soziale Konsequenzen für die betroffene Person und ihr Umfeld damit verbunden sind. (S. 93) Vogt (2011) konkretisiert mit der Aussage, dass die Sucht eine lebenslange Erkrankung ist (S. 30). Nur eine kleine Gruppe der Drogengebrauchenden erreicht mit professioneller Hilfe die Abstinenz. Vogt spricht von einer Erfolgsquote von 30% bei Personen, welche aus professionellen Behandlungen austreten (S. 50).

Hilarion Petzold (2007) beschreibt die Drogenabhängigkeit als komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit des drogengebrauchenden Menschen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und mit der Zeit auch zerstört. Drogenabhängigkeit zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation und Lebenslage, sowie dem Grad der Chronifizierung. Damit man ihre Ressourcen und Potentiale, aber auch ihre Defizite, Konflikte und Probleme wahrnehmen und verstehen kann, dürfen drogengebrauchende Menschen und ihre Lebenssituationen nicht kausal betrachtet werden. (S. 467) Im Kapitel 3.1.1 wird näher darauf eingegangen.

Nach Bert Kellermann (2005) lässt sich zusammenfassend sagen, dass eine Wechselbeziehung der drei Faktoren Suchtmittel, Person und soziales Umfeld besteht und von entscheidender Bedeutung ist. Die Entwicklung hin zu einer süchtigen psychischen Fehlentwicklung beginnt mit einem *positiven Initialstadium*, gefolgt von einem *Gewohnheits- oder Leidenschaftsstadium* bis hin zum eigentlichen *Suchtstadium*. Nachfolgend kommt es oft zu einem *Schadensstadium* oder zu einem *Abstinenzstadium*. (S. 44-45) Für die Suchtentwicklung spielt die Eigendynamik, der sogenannte Teufelskreis, eine tragende Rolle. Beispielsweise kann eine sekundäre Traumatisierung, welche durch eine Verschlechterung der psychosozialen Situation bedingt ist, eine Verschlimmerung des Drogenkonsums bewirken. Meist zeigen sich die Auswirkungen im Familiären- oder im Arbeitsbereich. Der Teufelskreis entsteht aus verschlimmernd wir-

kenden Wechselbeziehungen der drei Faktoren: Suchtmittel, Person und soziales Umfeld. (S. 50) Die in dieser Arbeit erwähnten drogengebrauchenden Menschen befinden sich im oben genannten *Sucht- und/oder Schadensstadium*.

3.1.1 Ursachen

Langjährige Untersuchungen haben gezeigt, dass die Entstehung von süchtigem Verhalten durch unterschiedliche Faktoren und Voraussetzungen geprägt ist. Das sind beispielsweise sozioökologische, soziokulturelle, soziopolitische, genetische, psychische und neurobiologische Faktoren. Da dieser Prozess eine Multikausalität aufweist, werden für die Erklärung der Suchtentstehung und Suchtaufrechterhaltung verschiedene Theorien zu Hilfe genommen. Das multifaktorielle Ursachenmodell versucht die möglichen Ansätze zu integrieren. Darunter das Konzept von der Sucht als genetische Veranlagung oder die Suchtheorien aus der Persönlichkeitspsychologie. Zudem werden das neurowissenschaftliche-, das lernpsychologische- wie auch das systemtheoretische Erklärungsmodell und das entwicklungspsychologische- sowie das soziologische Konzept angewendet. Diverse Faktoren können gleichermassen zu einer Sucht führen, die Entwicklungen und Verläufe sind individuell. (Suzanne Lischer, 2011, S. 18)

Bei der Suche nach Ursachen der Drogenabhängigkeit stehen auch die Risikofaktoren im Vordergrund. Vogt (2011) stützt sich auf die Forschung, welche belegt, dass ein grosser Anteil der drogengebrauchenden Menschen aus Familien stammt, welche selbst unter starken Belastungen gestanden haben oder immer noch stehen. Überdurchschnittlich viele der Drogengebrauchenden weisen Eltern oder Elternteile auf, welche selbst eine stoffgebundene Abhängigkeit haben oder hatten. (S. 17) Solche Kinder wachsen häufig mit einem stark schwankenden Familienklima auf, belastet von der Stimmung des abhängigen Elternteils. Vogt fügt an, eine Vielzahl von Studien belege, dass abhängige Eltern ihre Kinder nicht ausreichend vor Gefahren schützen können. Damit gemeint sind häusliche Gewalt, sexuelle Übergriffe und allgemeine Vernachlässigung. Viele der von Gewalt betroffenen Kinder setzen später selbst Alkohol oder illegale Drogen ein, um die erlittenen psychischen Beschädigungen bewältigen zu können. (S. 18) Nach Kellermann (2005) wird mit dem Suchtmittelkonsum überwiegend mittels einer wohligen Betäubung versucht, eine Realitätsflucht herzustellen oder sich von quälenden Gefühlszuständen wie Angst, Depression, Selbstzweifel etc. zu befreien (S. 43).

Dilek Türk und Gerhard Bühringer (1999) gehen davon aus, dass der Einstieg in den Konsum von legalen und illegalen Substanzen meist im frühen Jugendalter geschieht. Die Identitätsfindung, die Abgrenzung vom Elternhaus und der Aufbau neuer Beziehungen stehen dabei im Vordergrund. Der Konsumeinstieg wird mit den hohen Anforderungen und starken Veränderungen beim Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter begründet. (S. 584)

Dies sind nur einige Beispiele von bekannten Risikofaktoren für die Suchtentstehung. Die Autorinnen beziehen sich auf Türk und Bühringer (1999), welche besagen, dass das Konsumverhalten als ein Prozess verstanden werden kann, abhängig von der individuellen Entwicklung und persönlichen Bedingungen der Lebensgeschichte (S. 584).

3.1.2 Physische Abhängigkeit und Schädigung

Wie die Autorinnen in ihrem Beruf erfahren haben, treten durch das Absetzen illegaler Substanzen je nach Intensität des Konsums mehr oder weniger starke körperliche Entzugserscheinungen auf. Beispiele dafür sind: Unruhe, kalter Schweiß, Erbrechen, Durchfall, Zittern am ganzen Körper, Schlaflosigkeit sowie starke Schmerzen. Ein weiteres Merkmal der körperlichen Abhängigkeit ist die sogenannte Toleranzsteigerung. Immer höhere Dosen der Droge müssen konsumiert werden, um die gleiche Wirkung zu erreichen.

Vogt (2011) merkt an, dass der chronische Konsum von illegalen Drogen auf der Strasse auch aufgrund der unsicheren Qualität gesundheitsschädigend sein kann. Zudem besteht die Gefahr einer Überdosierung. Erst durch die Einnahme oder die intravenöse Applikation merken die Betroffenen, ob giftige Zusatzstoffe beigemischt wurden. Dazu kommt das beträchtliche Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C oder dem HI-Virus. (S. 20) Weiterführend hält Martin Hilckmann (2011) fest, dass die chronische Hepatitis C viel ansteckender als das HI-Virus ist. Hepatitis C kommt bei Drogengebrauchenden oft vor und kann die Leber dauerhaft schädigen. Aufgrund der Chronifizierung und der unablässigen Schwächung des Immunsystems entstehen Folgeschäden von Leberzirrhose bis hin zu Leberkrebs, welche zum Tode führen. Nicht selten kommt es zu einer Koinfektion von Hepatitis C und dem HI-Virus, welche die Schwächung des Immunsystems und den vorgängig beschriebenen Verlauf noch beschleunigt. (S. 231)

Susann Hösselbarth, Heino Stöver und Irmgard Vogt (2011) benennen weitere Folgeerscheinungen des Drogenkonsums wie beispielsweise chronische Wunden, Abszesse, Bluthochdruck, Herzbeschwerden und Stoffwechselerkrankungen. Die gesundheitlichen Risiken und Belastungen, die mit dem Konsum von illegalen Drogen verbunden sind, nehmen mit dem Alter zu. Alterstypische Erkrankungsprozesse wie Diabetes, Osteoporose, Altersdemenz und Sturzverletzungen setzen früher ein als bei der Durchschnittsbevölkerung. Diese Erkrankungen resultieren nicht nur aus der Einwirkung der Drogensubstanzen auf den Organismus, sondern treten aufgrund der gesundheitlich belastenden Lebensumstände früher auf. (S. 137-138)

Zudem leiden Drogengebrauchende durch den langjährigen Konsum an jeglichen Arten von Zahnerkrankungen und verlieren schon im Alter um 40 ihre Zähne (Vogt, 2011, S. 20-21).

Laut Vogt (2011) wird durch die Ausdehnung der Behandlungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch Substitutionsbehandlung, der gesundheitliche Allgemeinzustand der Betroffenen wesentlich verbessert. Zudem werden durch die medizinische Weiterentwicklung Ansteckungen mit Infektionskrankheiten minimiert. Noch vor wenigen Jahren musste beispielsweise davon ausgegangen werden, dass eine HIV-Infektion innerhalb von wenigen Jahren zum Tode führt. (S. 230) Die Erhebungen vom BAG zeigen, dass die Ansteckung mit dem HI-Virus aufgrund intravenösen Drogenkonsums seit 1989 deutlich abgenommen hat (2011).

3.1.3 Psychische Abhängigkeit und Schädigung

Kellermann (2005) macht deutlich, dass der drogengebrauchende Mensch davon überzeugt ist, ohne das Suchtmittel nicht existieren zu können und deshalb zwanghaft davon beherrscht ist den Konsum fortzusetzen. Die Betroffenen sind gesteuert durch ein unbezwingbares, gieriges Verlangen, die Einnahme der Droge fortzusetzen und sie sich unter allen Umständen zu beschaffen. Diese psychische Begleiterscheinung der Sucht wird auch Craving genannt. Für nicht süchtige Menschen ist dieses gierige Verlangen

schwer nachvollziehbar und wird oft moralisch abgewertet. Psychische Entzugserscheinungen zeigen sich in Form von Nervosität, Angst- und Panikattacken, Depressionen, Delirium und Halluzinationen. Sie halten meist länger an als die physischen und sind darum oft ausschlaggebend für Rückfälle in den Konsum. (S. 20)

Petzold et al. (2005) bezeichnen das Drogenmilieu als psychisch krankmachend. Depressive Störungen, psychotische Dekompensation und schwere Schädigungen der Gesamtpersönlichkeit sind Reaktionen auf die traumatischen Erfahrungen, nicht zuletzt in der Beschaffung der Drogen zum Beispiel durch Prostitution oder Beraubung von oder durch andere. (S. 84)

Hilckmann (2011) schreibt den psychiatrischen Krankheitsbildern eine zunehmende Wichtigkeit zu. Persönlichkeitsstörungen wie zum Beispiel die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, die Narzisstische Persönlichkeitsstörung und die Borderline Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Angsterkrankungen und schizophrene Psychosen sind typisch für die Betroffenen. In der Suchtarbeit ist der Umgang mit psychischen Zusatzdiagnosen eine grosse Herausforderung. (S. 231-232)

3.2 Komorbidität

Das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiv substanzbedingten sowie zusätzlichen psychiatrischen Störungen wurde als Komorbidität oder Doppeldiagnosen 1995 von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] definiert. Laut United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] bedeutet Doppeldiagnose, dass bei Menschen, die eine Drogenabhängigkeit aufweisen, noch eine weitere Diagnose gestellt wird. Im Allgemeinen handelt es sich dabei um eine psychiatrische Diagnose. Somit bezieht sich die Komorbidität auf das gleichzeitige Auftreten einer oder mehrerer psychiatrischer Störungen zusätzlich zum problematischen Konsum von psychoaktiven Substanzen. (Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2004a, ohne Seitenzahl)

Laut der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2004b) sind drogengebrauchende Menschen mit einer komorbiden Erkrankung häufig auch von Multimorbidität betroffen. Das bedeutet, dass sie neben der erwähnten Doppeldiagnose auch unter schweren somatischen Erkrankungen leiden. (Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, ohne Seitenzahl) Die Autorinnen sprechen in dieser Arbeit von Komorbidität oder komorbider Erkrankung.

Henri Seglias (1999) formuliert, dass es schwierig abzugrenzen ist, welche Erkrankung zuerst aufgetreten ist und wie sich die Krankheitsbilder gegenseitig bei ihrer Entstehung beeinflusst haben. Oft ist es komplex, zwischen psychiatrischen Erkrankungen, die unabhängig von Abhängigkeitserkrankungen auftreten, und psychiatrischen Auffälligkeiten, die als psychische Folgeschäden von langandauernden Substanzabhängigkeiten angesehen werden müssen, zu unterscheiden. Epidemiologisch kann aber belegt werden, dass Betroffene mit einer psychiatrischen Erkrankung vermehrt illegale Substanzen konsumieren als der stabile Teil der Bevölkerung. (S. 25-26)

Seit der Einführung von Klassifikationssystemen wie dem DSM 4 und dem ICD 10 ist das Komorbiditätsprinzip mit dem Ziel therapeutischen Konsequenzen gerecht zu werden und Entstehungszusammenhänge zu erkennen, in die ärztlich- psychiatrische Diagnostik aufgenommen worden, so Uwe Verthein & Michael Krausz (2002). Durch wissenschaftliche Studien und Erfahrungen aus der Praxis ist bekannt, dass Komorbidität überwiegend im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhän-

gigkeit auftritt. (S. 38) Unabhängig davon, welches Erklärungsmodell der Komorbidität gebraucht wird, so Verthein & Krausz weiter, führt Abhängigkeit zu psychischen Symptomen und psychische Störungen begünstigen wiederum die Abhängigkeitsentwicklung (S. 43). Ein Grossteil der drogengebrauchenden Menschen, bestätigt Vogt (2009), leidet unter einer Komorbidität. Zudem nehmen die komorbiden Erkrankungen mit dem Alter zu (S. 30).

3.2.1 Problematik

Monika Vogelsang (2010) stellt die Komorbidität als Hochrisikokonstellation bei Abhängigkeitserkrankten dar. Als Beispiel nennt Vogelsang, dass drogengebrauchende Menschen mit einer Angststörung aufgrund des Kontrollverlustes und einhergehend mit den Entzugserscheinungen weniger erwerbsfähig sind. Zudem verschlechtert eine Persönlichkeitsstörung in Kombination mit Suchtmittelkonsum die Aussicht auf eine erfolgreiche Suchtmittelabstinenz. Die verringerte Einsicht bei einer komorbiden Erkrankung führt zu einer erheblich erhöhten Rückfallgefahr. (S. 126-127) Die psychischen Erkrankungen halten sich oft selbst aufrecht. Es zeigt sich, dass Ursache wie auch Folge des übermässigen Substanzkonsums sich oft im gleichen Symptomkomplex bemerkbar machen. Dies äussert sich durch Entzugserscheinungen, Craving, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, Vernachlässigung und Selbstschädigung. Vogelsang erwähnt die depressive Störung, wo negatives Denken, Antriebsdefizite und sozialer Rückzug die depressive Grundstimmung sowohl verursachen als auch durch diese bedingt sind. (S. 130)

Ähnliches stellt auch Seglias (1999) fest, welcher in der Arbeit mit von Komorbidität Betroffenen eine erschwerte Einstellung der richtigen Medikationen beobachtet, auch verursacht durch die verringerte Kooperation der Betroffenen (S. 25). Laut Seglias (1999) können sich folgende Auswirkungen bei Betroffenen mit komorbider Erkrankung aufgrund defizitären Verhaltens bemerkbar machen (S. 27):

Defizite und ihre Auswirkungen bei Drogengebrauchenden mit Komorbidität

Defizite	Auswirkungen
Entwicklungsdefizite	Psychosoziale Defizite und integrative Defizite
Lebenspraktische Defizite	Beeinträchtigung der Selbstfürsorge und der Alltagsbewältigung, Soziale Defizite
Kognitive Defizite	Negatives Selbstbild mit depressiver Verstimmung, mangelnde Fähigkeit zur Verarbeitung komplexer Informationen, Überschätzung der eigenen Fähigkeit
Emotionale Defizite	Empathiestörungen, Affektstörungen
Physische Defizite	Somatische Folgeschäden

Tabelle 2: Eigene Darstellung

3.3 Prekäre Lebenslage

Prekäre Lebenslagen, welche man in der niederschweligen Arbeit mit drogengebrauchenden Menschen antrifft, versteht Petzold (2007) wie folgt:

Prekäre Lebenslagen sind zeittextendierte Situationen eines Individuums (...) in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (...), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚*bedrängend*‘ erleben und als ‚*katastrophal*‘ bewerten (...), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚*protektiver Faktoren*‘ gekommen ist. Die Summation ‚*kritischer Lebensereignisse*‘ und bedrohlicher Ereignisse lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen.

(zit. in Hilarion Petzold, Peter Schay & Ulrich Hentschel, 2007, S. 78)

Welche Auswirkungen von Suchtmittelkonsum sich bei einem Menschen zeigen, veranschaulichen die weiteren Ausführungen. Kellermann (2005) sagt, dass der Suchtmittelkonsum zwangsartig und in der Regel exzessiv ist. Für den drogengebrauchenden Menschen stellt er den wichtigsten Lebensinhalt und obersten Daseinswert dar. Bei Schwierigkeiten, sich das Suchtmittel zu beschaffen, wird gegen soziale Normen verstossen. Obschon der drogengebrauchende Mensch mehrfach in Folge des Suchtmittelkonsums negative Erfahrungen und schädliche Konsequenzen erlitten hat, kann er den Suchtmittelkonsum nicht aufgeben. (S. 47) Günter Rosenhagen (2005) betont, welche gravierende Auswirkungen die Sucht auf die psychosozialen Bereiche hat. Die Abhängigkeit bildet zunehmend den Lebensmittelpunkt der Betroffenen und das Leben wird um die Sucht herum organisiert. Das Schadenspotenzial eines Suchtmittels zeigt sich in individuellen und sozialen Folgeschäden für den drogengebrauchenden Menschen, durch Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Verschulden und/oder Verlieren von sozialen Beziehungen. (S. 77)

Kellermann (2005) differenziert das Sucht- vom Schadenspotenzial. Beispielsweise ist das Suchtpotential von Heroin deutlich höher als das von Alkohol. Aber das Schadenspotenzial von Alkohol in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht ist höher als dasjenige von Heroin. Die Folgeschäden von Heroin sind mehrheitlich durch seine Illegalisierung bedingt. (S. 70-71) Anabela dias de Oliveira (2011) schreibt: «Die randständige Lebenssituation, Kriminalisierung und Verfolgung, Stigmatisierung, Entwurzelung und soziale Isolation haben zu schweren Beeinträchtigungen der Fähigkeiten geführt, sozial eingegliedert zu leben und für sich selbstverantwortlich sorgen zu können» (S. 285).

Vogt (2011) betont die Zurückweisung, welche Drogengebrauchende in ihrem Alltag erleben. Es kann festgehalten werden, dass Gewalt, Armut, Unterernährung, Beschaffung, Prostitution sowie gesundheitliche Risiken das Leben von drogengebrauchenden Menschen dominieren. Die Betroffenen erleben eine Exklusion aus der Gesellschaft und verlieren die meisten Kontakte zu nicht abhängigen Menschen. Die psychosoziale Situation Drogengebrauchender verschlechtert sich durch deren Verhalten. Aus diesem Milieu finden die Meisten nicht mehr heraus. Durch die Vereinsamung kristallisieren sich als wichtigste

Bezugspersonen die Sozialarbeitenden heraus, welche sie im Alltag unterstützen. Das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit besteht darin, an den Rand der Gesellschaft gedrängte Betroffene Schritt für Schritt wieder zu inkludieren. Sie setzen sich zum Beispiel bei gesundheitlichen Notlagen ein, beraten bei finanziellen Schwierigkeiten und knüpfen Kontakte zu interdisziplinären Helfernetzen. (S. 21)

3.4 Ältere Drogengebrauchende

Dürsteler-MacFarland et al. (2011) legen dar, dass der Konflikt zwischen Autonomie und zunehmender Hilfsbedürftigkeit mit steigendem Alter unweigerlich zunimmt. Drogengebrauchende Menschen sind von diesem Konflikt nicht ausgeschlossen, der Prozess ist aufgrund mangelnder sozialer Beziehungen und deutlich früher auftretender Manifestation dieses Konfliktes gar verschärft. Die Betroffenen sind aufgrund schlechter Erfahrungen aus früheren Lebensabschnitten geprägt durch die Angst und Unsicherheit von anderen Menschen abhängig zu sein. Es besteht eine Doppelbelastung durch das Alter und die Drogensucht. (S. 103) Michael Gossop (2008) schreibt, dass sich die Auswirkung der Droge auf den menschlichen Körper mit dessen Alter verändert. Denn bei älteren Menschen wirkt die Droge empfindlicher auf das Gehirn und wird im Stoffwechsel langsamer verarbeitet und abgebaut. Solche Mechanismen wirken mit anderen Prozessen zusammen und lösen neurokognitive Entwicklungen aus, welche das Älter werden beschleunigen. (ohne Seitenzahl)

Francois Höpflinger (2009) zeigt auf, dass die Schweiz, wie andere europäische Länder, einen demografischen Alterungsprozess erlebt. Seit 1970 wird die demographische Alterung durch einen markanten Anstieg der Lebenserwartungen der älteren Bevölkerung verstärkt. Von dieser Entwicklung ist auch der Suchtbereich betroffen. Es ist noch nicht klar, wie stark sich der Anteil an älteren Drogengebrauchenden verändern wird. Höpflinger weist jedoch darauf hin, dass ältere Drogengebrauchende aufgrund ihrer Suchtbiographie früher aus der Aktivgesellschaft ausgeschlossen werden und so auch früher auf eine stationäre Altersversorgung angewiesen sind als nicht betroffene Menschen. (S. 4-8)

Auch Dürsteler-MacFarland et al. (2011) bestätigen, dass bei drogengebrauchenden Menschen aufgrund des langjährigen Opiatkonsums und dem damit verbundenen Lebensstil eine frühzeitige Alterung stattfindet. Sie leiden frühzeitig an chronischen Erkrankungen und Invalidität. Dazu kommen psychosoziale Defizite wie spärliche soziale Unterstützung, fehlende sozioökonomische Ressourcen und Sicherheiten. Mit dem heutigen Wissensstand ist es noch unklar, welche Auswirkungen dies auf die Alltagsbewältigung haben wird. Obwohl sich das Älterwerden sehr individuell und unterschiedlich bemerkbar macht und von verschiedenen Faktoren geprägt wird, ist unumstritten, dass ein ausgeprägter Hilfsbedarf bestehen wird. (S. 100-101) Es muss damit gerechnet werden, dass die einzelnen Betroffenen älter werden, unabhängig davon, wie sich das Wachstum der Bevölkerung verändert. Auch aufgrund der schadensmindernden Angebote und der medizinischen Fortschritte kann mit einem deutlichen Anstieg von älteren und auch pflegebedürftigen drogengebrauchenden Menschen gerechnet werden. (S. 123)

3.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen, dass durch die schwierige soziale Integration der Betroffenen und die Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt eine Verelendung stattfindet. Diese zeichnet sich durch Obdachlosigkeit, Verwahrlosung und gravierende Verschlechterung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes aus. Dadurch wird den drogengebrauchenden Menschen zunehmend die Möglichkeit genommen sich wieder sozial zu integrieren und sich aus dem Abhängigkeitsmuster zu lösen. Dürsteler-MacFarland et al. (2011) fordern mit der Begründung einer multifaktoriellen Suchtentwicklung eine angemessene multiprofessionelle und interdisziplinäre Behandlung und Begleitung von drogengebrauchenden Menschen (S. 93).

Die Sozialarbeitenden sind in ihrer täglichen Arbeit mit drogengebrauchenden Menschen, welche die aufgeführten Problemstellungen aufweisen, konfrontiert. Da die Komorbidität weitgehend individuelle und bei jedem Betroffenen unterschiedliche Auswirkungen hat, stellt dies für die Beziehungsgestaltung zwischen den Sozialarbeitenden und der Klientel sowie für den Umgang miteinander eine grosse gegenseitige Herausforderung dar. Die Symptomatik kann akut oder chronisch auftreten und steht in einer Wechselwirkung von physischen und psychischen Symptomen. Patienten mit einer Doppeldiagnose werden nicht selten zwischen psychiatrischen Diensten und Suchtbehandlungsdiensten hin- und hergeschickt; eine sachgerechte Diagnose oder Behandlung ist unter diesen Umständen schwierig.

Der Prozess des Älterwerdens tritt bei Drogengebrauchenden aufgrund ihrer Erkrankung und der daraus folgenden prekären und belastenden Lebenslage früher auf. Folgeschäden der Drogenkarriere sind das frühere Eintreten von Alterserkrankungen und zunehmende Pflegebedürftigkeit. Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Hilfsbedürftigkeit zeigt sich als zusätzliche Problematik bei der Betreuung und Begleitung von Betroffenen.

4 Wohnen

In diesem Kapitel wird eingangs der Begriff *Wohnen* anhand der Sprachgeschichte hergeleitet und seine Bedeutung erläutert. Weiter wird, ausgehend von der Bedürfnistheorie von Werner Obrecht, auf die Wohnbedürfnisse eingegangen. Abschliessend wird beschrieben, was unter Wohnfähigkeit verstanden wird und welche Wohnformen in Bezug auf Drogengebrauchende gegenwärtig existieren.

4.1 Bedeutungen von Wohnen

Für das Verständnis des Begriffs Wohnen ist ein Exkurs in die Sprachgeschichte aufschlussreich. Otto Friedrich Bollnow (1971) schreibt, dass dem Wort ursprünglich eine allgemeine Bedeutung im Sinne von sich behagen, zufrieden sein zukam. Erst später entwickelte sich der Sinn des Begriffs durch die Verben verweilen, bleiben, sich befinden weiter, womit das Befinden an einem Platz in einer umfassenden Bedeutung gemeint war. Der Begriff Innewohnen bezog sich auf das Vertraute und Enge. Auch das Wort Wohnung war anfänglich losgelöst von der heutigen Definition und bezeichnete einen Platz, wo sich der Mensch gerade aufhielt. Erst daraus entfaltete sich die heutige Grundbedeutung von einem fortdauernden Wohnsitz, womit ein in sich geschlossener Raum gemeint ist. (S. 127) Bollnow führt weiter aus: «Wohnen aber heisst, an einem bestimmten Ort zu Hause sein, in ihm verwurzelt sein und an ihn hingehören.» (S. 125) Martin Heidegger (1954) ergänzt: «Menschsein, heisst: als Sterblicher auf der Erde sein, heisst: wohnen» (zit. in Bollnow, 1971, S. 126). Dies bedeutet, dass der Mensch eines festen Ortes bedarf, um existieren zu können. Bollnow (1971) ergänzt, dass der Mensch einen Raum benötigt, einen Wohnraum, in dem er sich ausdehnen, sich bewegen und verweilen kann. Der Mensch soll im Wohnen sein menschliches Wesen Verwirklichen. Bollnow beschreibt, dass der Mensch zuerst an einem Ort verweilte, weil er vor einem Feind Schutz suchte. Erst später liess er sich für eine längere Zeit nieder und war beheimatet. Um Beständigkeit zu erfahren und um sich von Umwelteinflüssen erholen zu können, benötigt der Mensch eine Verwurzelung an einem Ort. (S. 128)

Kerry-U. Brauer (2008) untersucht die Bedeutung des Wohnens aus einem soziologischen Blickwinkel. Erforscht wird, wie sich aufgrund gesellschaftlichen Wandels das Wohnen verändert und wie das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner mit der gebauten Umwelt zusammenhängt. (S. 23) Brauer stellt fest, dass der Mensch das Wohnen mit der Aussicht verbindet, sich an einem Ort physisch und psychisch reproduzieren zu können. Mit der physischen Reproduktion ist die körperliche Generierung, der Rückzug, das Ruhen und Schlafen gemeint. Dazu zählt auch der Schutz vor äusseren Einflüssen. Ein weiterer Punkt ist die geistige Erholung wie auch die Kommunikation. Denn ohne soziale Kontaktmöglichkeiten ist eine umfassende Reproduktion nicht möglich. Brauer geht davon aus, dass das Wohnen der Bewohnerin oder dem Bewohner ermöglicht, jemandem von seinen alltäglichen Freuden und Sorgen zu berichten. Als letzten Aspekt des Wohnens nennt Brauer die Kontinuität. Das heisst, dass der Mensch sich an einem Ort niederlassen, binden und verwurzeln möchte. Dies führt zu einer Identifikation mit dem entsprechenden Platz und lässt Zugehörigkeit empfinden. Nach Brauer lassen sich aus der Bedeutung des Wohnens erstens die Schutzfunktion, zweitens die soziale Funktion und drittens die Identifikationsfunktion ableiten. (S. 31)

Aus dem psychologischen Blickwinkel bedeutet das Wohnen laut Brauer (2008) das generelle Erleben und Verhalten in der gebauten Umwelt (S. 24). Dabei handelt es sich um einen Wahrnehmungsprozess

der Wohnung und des Wohnumfeldes, die Motivation in Bezug auf das Wohnen, die Wohnzufriedenheit und die Wohnbedürfnisse (S. 28). Aus vorangegangenen Erklärungen ist deutlich, dass sich die soziologischen und psychologischen Aspekte des Wohnens berühren.

Abschliessend Christine Gerlach (2002): «Wohnen ist ein existentielles Grundbedürfnis: Gesicherter Wohnraum gehört daher zu den elementaren Voraussetzung sozialer Integration, gesellschaftlicher Teilhabe und menschenwürdiger Existenz. Der eigene Wohnbereich ist ein notwendiger Rückzugsraum, ein Ort, an dem eine selbstbestimmte Lebensgestaltung erprobt werden kann» (S. 189).

4.2 Menschliche Bedürfnisse

Jeder Mensch verfügt nach Werner Obrecht (1996) über menschliche Bedürfnisse. Obrecht geht davon aus, dass das Bedürfnis ein innerer Zustand ist, welcher von einem bevorzugten Zustand, einem Sollwert, abweicht. Durch die Registration dieser Diskrepanz versucht der Mensch den Zustand in Form eines nach aussen gerichteten Verhaltens zu kompensieren. Der Ursprung der Bedürfnisse ist organismisch und gilt deshalb universell. (S. 142)

Obrecht (1996) unterteilt die Bedürfnisse in drei Gruppen. Als erste nennt Obrecht die biologischen Bedürfnisse wie physische Integrität, für die Autopoiese erforderliche Austauschstoffe, sexuelle Aktivität und Fortpflanzung sowie Regenerierung. (S. 144) Zur Gruppe der biopsychischen Bedürfnisse zählt die wahrnehmungsgerechte sensorische Stimulation, ästhetische Formen, Abwechslung sowie Orientierung. Weiter gehören das Bedürfnis nach subjektivem Sinn wie auch das Kontroll- oder Kompetenzbedürfnis dazu. Die Bedürfnisse nach Zuwendung, spontaner Hilfe, Mitgliedschaft, Unverwechselbarkeit, Autonomie, sozialer Anerkennung und Gerechtigkeit bilden die Gruppe der biopsychosozialen Bedürfnisse. (S. 144)

Obrecht (1996) hebt hervor, dass die biopsychosozialen Bedürfnisse absolut bedeutend sind. Sie bilden den Ausgangspunkt für die Übereinstimmung des Individuums mit den Normen und Werten seines sozialen Umfeldes, welches wiederum die Art und Weise sowie die Leitplanken der biologischen und biopsychischen Bedürfnisse bildet. (S. 146)

Janine Pilloud (2004) geht davon aus, dass es primäre und sekundäre Bedürfnisse gibt. Erstere sind angeborene und letztere sind erworbene Bedürfnisse. Die Wohnbedürfnisse zählt Pilloud zu den sekundären Bedürfnissen und weist darauf hin, dass sie bei den Menschen individuell ausfallen. Deshalb ist es wesentlich, dass die persönlichen Wohnbedürfnisse berücksichtigt werden und darauf eingegangen wird. So wohnt jemand lieber in einer Wohngemeinschaft und jemand anderes bevorzugt es, alleine zu leben. (S. 15-16) Laut Antje Flade (1987) können jedoch generelle Wohnbedürfnisse abgeleitet werden:

1. Physiologische Bedürfnisse nach Wärme, Licht, Ruhe, Erholung und Schlaf
2. Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz
3. Bedürfnis nach Beständigkeit und Vertrautheit
4. Bedürfnis nach Alleinsein und Privatheit
5. Bedürfnis nach Kommunikation und Zugehörigkeit
6. Bedürfnis nach Selbstdarstellung und sozialer Anerkennung
7. Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung
(zit. in Pilloud, 2004, S. 16).

4.3 Wohnfähigkeiten

Das BAG (2006b) stellt die beiden Begriffe Wohnfähigkeit und Wohnkompetenz in der Terminologie der Schweizer Drogenpolitik gleich (S. 32). Einfachheitshalber verwenden die Autorinnen in vorliegender Arbeit das Wort Wohnfähigkeit. Laut der Begriffsdefinitionen für das Sozialwesen von A bis Z der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (ohne Datum) ist unter Wohnfähigkeiten der technische Umgang mit dem Wohnen zu verstehen. Dies bedeutet die lebenspraktische Fähigkeit, selbstständig die notwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens wie Reinigen, Waschen, Einkaufen sowie den Umgang mit Konfliktsituationen und mit den Nachbarn zu bewältigen. (S. 42) Die Definition des BAG (2006b) führt zusätzlich aus, dass es sich um die Fähigkeit handelt, der Vereinsamung und der Verwahrlosung zu entkommen (S. 32). Laut Hochschule für Soziale Arbeit Zürich fasst die Wohnfähigkeit somit das Wohn-, Gesundheits- und Sozialverhalten einer Person zusammen (S. 42). Je nachdem, wie die Wohnfähigkeiten einer Person entwickelt sind, gibt es besser oder weniger gut geeignete Wohnformen.

4.4 Wohnformen

Brauer (2008) geht bei der Definition von Wohnformen vom Begriff *Form* aus, worunter die Erscheinungsform eines Gegenstandes verstanden wird (S. 130). Diese Erscheinungsform entsteht aus der Struktur von einzelnen Elementen, die sich zu einer Gesamtheit zusammenschliessen. Auf das Wohnen übertragen heisst das, dass sich Wohnformen aus verschiedenen Strukturmerkmalen ableiten lassen. Hierbei gilt es die gegenständlichen und die nichtgegenständlichen Strukturmerkmale zu unterscheiden. (S. 133) Die erstgenannten beziehen sich auf die Immobilie und die zweitgenannten umfassen die rechtlichen Aspekte wie den Mietvertrag sowie die zwischenmenschlichen Formen, die das Wohnen bestimmen. Weiter erwähnt Brauer, dass die nichtgegenständlichen Strukturmerkmale der Wohnformen durch die gegenständlichen beeinflusst werden. Zum Beispiel fällt die Kommunikation zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern von Hochhäusern und von Mehrfamilienhäusern unterschiedlich aus. Das soziale Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner wird demnach durch die gegenständlichen Strukturmerkmale gelenkt. (S. 133) In vorliegender Arbeit interessieren vor allem die nichtgegenständlichen Strukturmerkmale, im Speziellen die zwischenmenschlichen Aspekte. Es geht um die Möglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner, wie sie die Wohnung nutzen, für welche Form des Zusammenlebens sie sich entscheiden und ob sie dazu auch fähig sind.

Laut Eva Wonneberger (2011) zählen in der Gesellschaft die regulären Eigentums- oder Mitwohnungen und die Eigentums- oder Miethäuser zu den gängigen Wohnformen (S. 5). Wie in Kapitel 3.3 erwähnt, ist es für drogengebrauchende Menschen aufgrund ihrer prekären Lebenslage schwierig, für sich zu sorgen, sie weisen meist mangelnde Wohnfähigkeiten auf. So wurden gemäss Gerlach (2002) vor den 80er-Jahren die drogengebrauchenden Menschen in Pensionen, Hotels oder in abstinenzorientierten Therapieeinrichtungen untergebracht. Erst später entstanden die ersten niederschweligen Wohnformen für Drogengebrauchende, die aber nur von kurzfristiger Natur waren. Diese Wohnprojekte verfolgten das Ziel, die Lebenslage der Menschen durch einen Aufenthaltsort zu stabilisieren. Nach einem temporären Aufenthalt war das Finden einer längerfristigen Wohnmöglichkeit erwünscht. (S. 189) In diesem Zusammenhang entstanden zwei Wohnformen, das begleitete und das betreute Wohnen. Das SAH (1997) beschreibt das begleitete Wohnen als eine Wohnform, in welcher sich die Betreuung der individuellen Bedürfnisse der selbstständig wohnenden Person anpasst. Es handelt sich um eine leichte Unter-

stützung mit dem Schwerpunkt in der Alltagsbewältigung. (S. 41) Diese Wohnform kann sowohl in der eigenen Wohnung stattfinden wie auch in einem Wohnheim oder einer Wohngemeinschaft. Beim betreuten Wohnen handelt es sich laut der Begriffsdefinitionen für das Sozialwesen der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich von A bis Z (ohne Datum) um eine Wohnform, welche sich auf Personen mit geringer Wohnfähigkeit ausrichtet. Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten durch professionelles Personal eine umfassende und intensive Betreuung. (S. 41) Diese Wohnform ist oft in Heimen oder speziell darauf ausgerichteten Wohngemeinschaften anzutreffen.

4.5 Rechtliche Aspekte

Gemäss der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 gibt es grundlegende Rechte, die für alle Menschen dieser Welt gelten sollen. Es sind kulturübergreifende Rechte, die den Fokus auf die Gleichheit, persönliche Freiheit, Geselligkeit und die Existenzsicherung richten. Nebst den freiheitlichen und politischen Artikeln, sind wirtschaftliche, soziale sowie kulturelle Rechte formuliert. Unter den kulturellen Rechten der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 befindet sich Art. 25 Abs. 1, der sich auf das Recht des Wohnens bezieht:

Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände. (ohne Seitenzahl)

Nebst den allgemeinen Erklärungen der Menschenrechte finden sich in der BV ebenfalls Artikel, in welchen sich Inhalte auf den Bereich des Wohnens beziehen. Aus dem Recht in Notlagen von Art. 12 BV kann gemäss Yolanda Mathys und Marcel Rölli (2010) abgeleitet werden, dass ein Anspruch auf Obdach besteht (S. 20). Unter dem Kapitel der Sozialziele geht Art. 41 Abs. 1e BV explizit auf die Wohnungssuchenden ein. Der Artikel besagt, dass der Bund und die Kantone sich ergänzend zur persönlichen Verantwortung und privater Initiative dafür einsetzen, dass Wohnungssuchende und deren Familien eine angemessene Wohnung zu tragbaren Bedingungen finden. Es muss jedoch Art. 41 Abs. 4 erwähnt werden, der festlegt, dass aus den Sozialzielen keine unmittelbaren Ansprüche abgeleitet werden können.

4.6 Zusammenfassung

Grundsätzlich bedeutet Wohnen an einem Ort zu Hause und verwurzelt zu sein. Viele menschliche Bedürfnisse wie Zugehörigkeit, Schutz, Autonomie, emotionale Zuwendung, Regenerierung sowie Kontroll- und Kompetenzbedürfnisse können durch das Wohnen befriedigt werden. Die Menschenrechte wie auch die BV weisen mit Gesetzesartikeln auf das grundlegende Recht des Wohnens hin. Als üblichste gesellschaftliche Wohnform gelten Eigentums- oder Mietwohnungen und Eigentums- oder Miethäuser. Den Wohnbedürfnissen und Wohnfähigkeiten entsprechend leben die Menschen alleine, in Wohngemeinschaften, in betreutem oder begleitetem Wohnen wie zum Beispiel in Wohnheimen.

5 Forschung

Dieses Kapitel erklärt das Vorgehen bei der Forschung, welche für diese Arbeit vorgenommen wurde. Nach einer kurzen Zusammenfassung über die Bedeutung der Forschung in der Sozialen Arbeit folgen Erläuterungen zum Sampling sowie zur Erhebung und Aufbereitung der Daten. Danach wird beschrieben, wie die Daten ausgewertet wurden. Die Ergebnisse der Forschung werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

Laut Hanne Schaffer (2009) ist in der Praxis der Sozialen Arbeit der Einsatz von empirischen Sozialforschungsmethoden notwendig und in vielen Feldern bereits üblich. Die Sozialarbeitenden beschäftigen sich immer mehr mit spezifischen Untersuchungsfragen, zu denen vorher nur unzureichend oder gar nicht empirisch gearbeitet wurde. (S. 7) Schaffer schreibt weiter, dass die Soziale Arbeit um die wissenschaftliche Grundlagenforschung nicht herum kommt. Es geht bei der Sozialarbeitsforschung nicht nur um Erkenntnisgewinn, sondern auch um eine glaubwürdige Professionalisierung der Sozialen Arbeit. (S. 9) Schaffer führt weiter aus, dass Sozialarbeitsforschung von einem praktischen Erkenntnisinteressen ausgeht und alles zum Thema haben kann, was als soziales Handeln begriffen werden kann. Dabei geht sie von einem praktischen Eigeninteresse aus, wobei die Perspektive des Individuums im Mittelpunkt steht. Darüber hinaus muss die Sozialarbeitsforschung aber auch Daten zur Beschreibung und Analyse sozialer Verhältnisse liefern. Laut Schaffer macht daher eine Beschränkung auf qualitative Methoden wenig Sinn. (S. 10) Die Forschung, welche im Laufe dieser Arbeit gemacht wurde, soll dazu beitragen, dass Vermutungen und Handlungswissen bezüglich der drogengebrauchenden Menschen im Raum Luzern anhand von Daten empirisch belegt werden kann und das daraus möglicherweise Schlüsse für die Praxis gezogen werden können.

5.1 Forschungsdesign

Aufgrund der Fragestellung entschieden sich die Autorinnen, eine quantitative Forschung in Form einer Sekundäranalyse durchzuführen. Schaffer (2009) versteht darunter folgendes: «Erneute Analysen und Auswertungen bestehender Daten, die im Rahmen amtlicher oder auch nicht amtlicher Statistiken erhoben wurden» (S. 100).

Mit einer Feldrecherche wurde ermittelt, welche Daten bezüglich der Fragestellung bereits erhoben worden sind und vor allem auch, zu welchen Daten die Autorinnen Zugriff erhalten könnten. So stellte sich heraus, dass genügend Material für eine quantitative Forschung in Form einer Sekundäranalyse vorhanden ist. Laut Schaffer (2009) braucht es für die quantitative Forschung eine möglichst grosse Stichprobe (S. 59).

Ausserdem entschieden sich die Autorinnen, bei der Auswertung eine Typenbildung vorzunehmen. Diese Typenbildung hat nach Susann Kluge (2000) einen qualitativen Charakter, da erst im Laufe des Auswertungsprozesses anhand des Datenmaterials die Merkmale sowie deren Ausprägungen festgelegt werden, welche dann der Typenbildung zugrunde gelegt werden (Absatz 8).

Die Autorinnen entschieden sich bewusst dafür, auf eine Direktbefragung der Klientel zu verzichten, obwohl es sicherlich mit den Prinzipien der Sozialen Arbeit vereinbar wäre, die Betroffenen anzuhören und

zu Wort kommen zu lassen. Zuerst stand die Idee im Raum, zusätzlich zur quantitativen Forschung noch einen kleineren Teil qualitativer Forschung zu machen. Es wurde jedoch schnell klar, dass die Autorinnen sich für eines von beidem entscheiden mussten, da sonst der Rahmen dieser Arbeit gesprengt werden würde.

Durch eigene Erfahrung wissen die Autorinnen zudem, dass eine Befragung der Klientel nicht unbedingt Ergebnisse bringt, die repräsentativ sind. Frischkopf und Burri haben im Rahmen einer Projektarbeit Interviews mit drogengebrauchenden Menschen durchgeführt. Dabei haben zahlreiche Interviewpartnerinnen und Interviewpartner versucht, sich und ihre Situation möglichst positiv darzustellen. Helmut Kuntz (2000) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass solche Aussagen den Betroffenen dazu dienen, die Illusion darüber aufrecht zu erhalten, sie seien Herr über den eigenen Willen und seine Wirkungskraft (S. 225). Wie in Kapitel 3 erwähnt, gehört es zum Krankheitsbild der Sucht, dass die Betroffenen sich und ihre Lage nur schwer einschätzen können und zudem häufig Persönlichkeitsstörungen aufweisen, welche die Selbstdarstellung erheblich beeinflussen können. Den Autorinnen ist durchaus klar, dass diese Menschen auch in der Lage sind, adäquat Auskunft zu geben. Diese Fähigkeit hängt aber sehr stark vom aktuellen Zustand und der Tagesform der Betroffenen ab. Zudem gestaltet sich in der Suchtarbeit besonders viel über Beziehungsarbeit. Die Schwierigkeit adäquat Auskunft zu erhalten wird also noch dadurch erhöht, dass die Autorinnen den Betroffenen fremd sind. Dieser Umstand dürfte die Verlässlichkeit der Aussagen kaum erhöhen. All dies führt nach Ansicht der Autorinnen dazu, dass Aussagen der Betroffenen in diesem Zusammenhang nur bedingt dafür geeignet sind, eine zuverlässige Datengrundlage hervorzubringen.

5.2 Sampling

Zu Beginn der Feldrecherche nahmen die Autorinnen zu allen Institutionen im Kanton Luzern Kontakt auf, bei denen drogengebrauchende Menschen übernachten oder wohnen können. Dabei ging es den Autorinnen vor allem darum, Angaben über die Anschlusslösungen bezüglich der Wohnsituation bei Austritt zu erhalten.

Abgesehen von den Institutionen der spezifischen Drogenarbeit wurden daher auch die Psychiatrische Klinik Luzern, die psychiatrische Klinik St. Urban sowie die Strafanstalt Wauwilermoos und das Haft- und Untersuchungsgefängnis Grosshof kontaktiert. Bei diesen Institutionen erhielten die Autorinnen die Auskunft, dass die dort erhobenen Daten keine Aussagen bezüglich Drogengebrauchenden zulassen, da diese Daten nicht gesondert erhoben würden. Somit war es für die Autorinnen naheliegend, sich auf die Institutionen zu beschränken, welche Übernachtungs- und Wohnmöglichkeiten speziell für eine Klientel anbieten, die illegale Drogen konsumiert. Im Bereich der Schadensminderung sind dies das Wohnhaus und die Notschlafstelle des Vereins Jobdach. Diese beiden Institutionen wurden in Kapitel 2.2.3 bereits vorgestellt. Dazu kommen die therapeutischen Angebote des Drogenforums Innerschweiz [DFI] und die therapeutische Gemeinschaft des Novizonte-Sozialwerks in Emmenbrücke. Zum DFI gehören die Therapiezentren Lehn und Ausserhofmatt, die Aussenwohngruppe, die Familienplätze und das betreute Wohnen zu Hause. Das Novizonte, der Verein Jobdach und das DFI erklärten sich bereit, ihre Daten für diese Forschung zur Verfügung zu stellen. Von 2007 bis 2011 waren von allen Institutionen Daten verfügbar. Alle Fälle, die während dieser Zeitspanne in eine der Institutionen eingetreten und/oder wieder ausgetreten sind, wurden in diesen Datensatz aufgenommen. Der Datensatz entspricht

damit einer Vollerhebung der Institutionen im Kanton Luzern, welche Übernachtungs- und Wohnmöglichkeiten für drogengebrauchende Menschen anbieten.

Trotzdem konnten nicht alle Personen erfasst werden, die in der Fragestellung mit eingeschlossen sind. Der Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern betreibt weder ein Wohnangebot, noch erhebt der Verein Daten bezüglich der Wohnsituation seiner Klientel. Dadurch konnten Personen, welche für die Forschung relevant wären, nicht in der Sekundäranalyse berücksichtigt werden. Teilweise sind diese aber in der Menge der Personen, welche das Sampling für diese Forschung bietet, vorhanden. Die Klientel des Vereins Kirchliche Gassenarbeit nutzen aber Wohnangebote anderer Institutionen. Nach Angaben von Fridolin Wyss (E-Mail vom 08. März 2012), Geschäftsleiter des Vereins kirchliche Gassenarbeit, hatte die Kontakt- und Anlaufstelle im Jahr 2011 knapp 700 registrierte Benutzerinnen und Benutzer, von welchen sicher nicht alle eine stabile Wohnsituation aufweisen.

Weiter ist zu beachten, dass jene Personen, die eine Therapie erfolgreich abschliessen, ebenso im Sampling enthalten sind wie jene Personen, welche aktuell konsumieren. Die Daten aus den therapeutischen Institutionen lassen keine Aussage darüber zu, ob eine Therapie erfolgreich abgeschlossen wurde oder nicht. Ein grosser Teil jener Personen, welche ein therapeutisches Angebot erfolgreich verlassen, werden wieder rückfällig. Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, beläuft sich die langfristige Erfolgsquote einer Therapie auf nur etwa 30%. Wie Vogt bereits zitiert wurde, kann Sucht als eine lebenslange Krankheit bezeichnet werden. Somit werden auch Fälle untersucht, die aus einer therapeutischen Institution austreten.

5.3 Datenerhebung und Aufbereitung

Von Seiten der Autorinnen war die Datenerhebung organisatorisch relativ einfach, in der Durchführung jedoch zeitintensiv. Je nach Institution waren die Daten unterschiedlich erhoben und abgelegt worden, so dass die Autorinnen beim DFI und bei der Notschlafstelle die Daten vor Ort in eine eigene provisorische Matrix übertrugen. Vom Wohnhaus wurden die Daten auf Papier vorgelegt und die Daten des Novizonte wurden per E-Mail entgegen genommen.

Die Daten der Notschlafstelle konnten nicht mit jenen aus den anderen Institutionen verglichen werden. Im Gegensatz zu den anderen Institutionen ist das Konzept der Notschlafstelle nicht darauf ausgerichtet, dass die Klientel für eine bestimmte Zeit dort wohnen kann, sondern darauf, dass einzelne Nächte dort verbracht werden. Somit wurden nur die Daten derjenigen Institutionen weiter bearbeitet, die eine Wohnmöglichkeit im Sinne der Hauptfragestellung anbieten, nämlich das Wohnhaus, das Novizonte und die verschiedenen Angebote des DFI.

Folgende Merkmale wurden von all diesen Institutionen als Daten erhoben und standen somit zur weiteren Verarbeitung zur Verfügung: Datum des Eintritts, Datum des Austritts, Jahrgang, Anschlusslösung betreffend Wohnen, Wohnsitzkanton, Geschlecht und ein Kürzel bestehend aus den jeweils ersten beiden Buchstaben des Vor- und Nachnamens. In weiteren Punkten unterschieden sich die Rohdaten voneinander.

Die Rohdaten der verschiedenen Institutionen des DFI waren pro Jahr in einem Datensatz zusammengefasst. Zusätzlich zu den oben erwähnten Merkmalen, waren je nach Jahr noch folgende Merkmale im

Rohdatensatz vorhanden: Erwerbssituation bei Eintritt, Erwerbssituation bei Austritt, Grund Dossierabschluss, Justizmassnahme, Methadonsubstitution und Austritt irregulär. Über die fünf Jahre des Erhebungszeitraumes hinweg lieferte die Aussenwohngruppe Daten zu 28 Fällen, das Therapiezentrum Ausserhofmatt verzeichnete 104 Fälle, das Betreute Wohnen zu Hause 10 Fälle, die Familienplätze 40 Fälle und das Therapiezentrum Lehn 113 Fälle. Insgesamt bestanden die Rohdaten des DFI aus 295 Fällen. Das Novizonte hatte als zusätzliches Merkmal die Dauer der Abhängigkeit erhoben. Es lieferte Daten zu 78 Fällen. Die Rohdaten des Wohnhuus waren pro Jahr in einen Datensatz mit den Eintritten und einen Datensatz mit den Austritten aufgeteilt. Zusätzlich erhobene Merkmale waren Angaben über Kostengut-sprachen, die einweisende Stelle, Invalidenrente und Anwaltschaft (bei Austritt). Es handelte sich dabei um Daten zu 68 Fällen.

Bei der Aufbereitung der Daten galt es zuerst, diejenigen Merkmale, welche von allen Institutionen in gleichem oder ähnlichem Rahmen erhoben waren, für die spätere Bearbeitung in eine gemeinsame Matrix einzufügen. Dann wurde für die Forschung nur dieser neue Datensatz verwendet. Daten über den Verlauf der Suchterkrankung, den Gesundheitszustand bei Austritt, die Dauer der Abhängigkeit oder die Wohnsituation vor Eintritt konnten trotz Interesse seitens der Autorinnen nicht bearbeitet werden, da diese Daten in den Institutionen nicht oder nur teilweise erhoben worden waren.

Der so entstandene Datensatz enthielt 441 Einträge und musste bereinigt werden. Die Anschlusslösungen wurden vereinheitlicht, da gleiche Anschlusslösungen in einzelnen Datensätzen verschiedene Namen trugen. Es gab auch einige doppelt vorhandene Einträge, welche entfernt wurden. Da die Datensätze einiger Institutionen jedes Jahr einzeln abbildeten, waren einige Klientinnen und Klienten, welche sich über einen oder mehrere Jahreswechsel hinaus in der Institution aufhielten, doppelt oder dreifach im Datensatz vertreten. Die betreffenden Einträge sahen beispielsweise so aus:

1. Person XY, Jahrgang 1981, Eintritt: 5. September 2009, Austritt: 31. Dezember 2009
2. Person XY, Jahrgang 1981, Eintritt: 1. Januar 2010, Austritt: 31. Dezember 2010
3. Person XY, Jahrgang 1981, Eintritt: 1. Januar 2011, Austritt: 23. März 2011

Dadurch, dass in allen Fällen das Namenskürzel und der Jahrgang der Person bekannt waren, konnten diese Mehrfachnennungen zu jeweils einem Eintrag zusammengefasst werden:

Person XY, Jahrgang 1981, Eintritt: 5. September 2009, Austritt: 23. März 2011

Der so bereinigte Datensatz, welcher in dieser Form für die Forschung verwendet wurde, enthält 399 Fälle. Davon sind 25 von der Aussenwohngruppe, 88 vom Therapiezentrum Ausserhofmatt, neun vom Betreuten Wohnen zu Hause, 36 von den Familienplatzierungen, 95 vom Therapiezentrum Lehn, 78 vom Novizonte und 68 vom Wohnhuus.

Anzahl Einträge pro Institution vor und nach Bereinigung des Datensatzes

Institution	Anzahl Einträge Rohdaten	Anzahl Einträge bereinigter Datensatz
Aussenwohngruppe	28	25
Therapiezentrum Ausserhofmatt	104	88
Betreutes Wohnen zu Hause	10	9
Familienplatzierung	40	36
Therapiezentrum Lehn	113	95
Novizonte	78	78
Wohnhuus	68	68
Fallzahl Total	441	399

Tabelle 3: Fallzahlen der verschiedenen Institutionen vor und nach der Bereinigung des Datensatzes

Es gibt Personen, die im untersuchten Zeitraum mehr als einmal erfasst wurden. Das ist dann der Fall, wenn sie mehrmals in Institutionen eingetreten oder aus- und wieder eingetreten sind. Die Anzahl der betroffenen Personen konnte ebenfalls anhand von Namenskürzel und Jahrgang eruiert werden. Es handelt sich bei den 399 Fällen um 308 verschiedene Personen, von denen 74 mehr als einmal im Datensatz vertreten sind. In dieser Forschung wird nicht von Anzahl Personen sondern von Fallzahlen oder Fällen gesprochen. Das heisst, dass die 399 Fälle die Grundgesamtheit der Forschung bilden. Aus Sicht der Autorinnen ist es wichtig, dass alle Austritte mit den jeweiligen Anschlusslösungen dargestellt werden.

Da in der Hauptfragestellung von einer stabilen Wohnmöglichkeit gesprochen wird, muss zur Bearbeitung des Datensatzes auch definiert werden, was unter stabil beziehungsweise nicht stabil bezogen auf eine Wohnmöglichkeit zu verstehen ist. Ausserdem musste definiert werden, welche Anschlusslösungen denn als stabil und welche als nicht stabil zu bezeichnen sind. Folgende 14 Anschlusslösungen kommen im Datensatz vor: Bekannte/Freunde, Betreutes Wohnen, Eigene Familie, Eigenes Zimmer/Eigene Wohnung, Gefängnis, Hotel/Pension, Klinik, Landesverweis, nicht ausgetreten, Notschlafstelle, stationäre Therapie, Unbekannt, Verstorben, Wohngemeinschaft.

Es ist nicht möglich, alle Anschlusslösungen in die Kategorien stabil oder nicht stabil einzuteilen. Da die Anschlussmöglichkeiten Landesverweis, Verstorben und nicht ausgetreten in diesem Zusammenhang nicht relevant sind, werden sie in einer eigenen Kategorie zusammengefasst. Ebenso eine eigene Kategorie bilden jene Fälle, deren Anschlusslösung unbekannt ist. Ob eine der übrigen Anschlusslösungen als stabil oder nicht stabil bezeichnet wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Einerseits bezeichnen die Autorinnen eine Anschlusslösung dann als stabil, wenn die drogengebrauchenden Menschen theoretisch zeitlich unbeschränkt dort wohnen bleiben können, unabhängig davon, ob sie dort tatsächlich länger bleiben. Andererseits stützen sich die Autorinnen bei der Einteilung darauf, dass unter dem Begriff stabil

beziehungsweise stabilisieren auch das soziale Umfeld der zu stabilisierenden Personen eine wichtige Rolle spielt. Eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer sind zwar insofern stabil, dass man im Normalfall einen Vertrag hat und somit über einen Rechtstitel verfügt. Andererseits ist, wie in Kapitel 4.4 erwähnt, mit der Wohnung oder mit den gegenständlichen Strukturmerkmalen des Wohnens noch keine Stabilität garantiert. Mindestens genauso wichtig sind die nichtgegenständlichen Strukturmerkmale wie beispielsweise Zwischenmenschliches. Darum gehören nach Ansicht der Autorinnen auch die Anschlusslösung eigene Familie, Wohngemeinschaft und betreutes Wohnen in die Kategorie stabil. Somit werden in der vorliegenden Arbeit Anschlusslösungen dann als stabil bezeichnet, wenn die Betroffenen entweder einen Rechtstitel oder ein beständiges soziales Umfeld (welches über einen Rechtstitel verfügt) haben und theoretisch zeitlich unbegrenzt dort wohnen können.

Die Kategorisierung der Anschlusslösungen nach Einschätzung der Autorinnen sieht daher folgendermaßen aus:

Einteilung der Anschlusslösungen nach Kategorie

stabil	nicht stabil	unbekannt	nicht relevant
Eigenes Zimmer / Eigene Wohnung	Gefängnis	unbekannt	Landesverweis
Wohngemeinschaft	Stationäre Therapie		Verstorben
Eigene Familie	Notschlafstelle		Nicht ausgetreten
Betreutes Wohnen	Klinik		
	Hotel/Pension		

Tabelle 4: Auflistung der Anschlusslösungen nach Kategorien

5.3.1 Fragebereiche

Die Hauptfragestellung wird anhand von Zahlen und theoretischen Grundlagen beantwortet, die durch die Forschung geliefert werden sollen. Da es um das Bedürfnis nach stabilen Wohnmöglichkeiten für Drogengebrauchende geht, interessieren dabei folgende Fragen welche anhand des Datensatzes beantwortet werden sollen:

- Wohin gehen die Betroffenen, wenn sie aus einer der Institutionen austreten?
- Wie viele Personen haben eine Anschlusslösung, die als stabil bezeichnet werden kann?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Betroffenen und der Wohnsituation nach Austritt?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Alter, Aufenthaltsdauer und Anschlusslösung?

Um diese Fragen zu beantworten und die Zahlen zu generieren, musste erst ein Datensatz bestehen, der dazu geeignet ist. Wie das getan wurde, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

5.4 Auswertung

In diesem Kapitel wird erst die Auswertung der Daten anhand der Sekundäranalyse beschrieben, danach wird die Typenbildung nach Kluge erläutert.

5.4.1 Quantitative Sekundäranalyse

Für die Auswertung der Daten wurden deskriptive statistische Methoden eingesetzt. Wolfgang Beywl, Jochen Kehr, Susanne Mäder und Melanie Niestroj (2008) beschreiben die deskriptive Statistik als Instrument zur effizienten Darstellung von erhobenen Daten und der Errechnung von bestimmten Kennwerten. Dabei lassen sich anhand der deskriptiven Statistik ausschliesslich Aussagen über die konkret erhobene Untersuchungsmenge machen. Zu den gebräuchlichsten Verfahren der deskriptiven Statistik gehört somit unter anderem die einfache Häufigkeitsverteilung. (S. 59)

Um einen besseren Überblick zu erhalten und die Daten auch grafisch übersichtlicher darzustellen, mussten einige der Datenkategorien überarbeitet und weiter aufgeteilt werden. Laut Beywl et al. (2008) besteht die zentrale Aufgabe der quantitativen Datenauswertung darin, die vorhandenen Daten zu reduzieren oder zu verdichten (S. 59). So wurde unter Einbezug des Jahrgangs und des Austrittsdatums beispielsweise die Kategorie *Alter bei Austritt* geschaffen. Diese Kategorie hat ein Spektrum von 18 Jahren bis zu 51 Jahren. Um dies übersichtlicher zu machen, wurde diese Kategorie in acht verschiedene Altersgruppen unterteilt. Diese Altersgruppen wiederum wurden in Bezug gesetzt zur Aufenthaltsdauer in der Institution. Beywl et al. sagen dazu, dass der Schritt der Datenreduktion auch für zwei Merkmale zugleich geleistet werden kann. So beispielsweise dann, wenn der Zusammenhang zweier Merkmale interessiert und die Beziehung der beiden Merkmale auf einen Blick erfassbar gemacht wird. (S. 60)

Die Daten aus den Erhebungen sind Momentaufnahmen. Wichtig ist das ins besonders, wenn die Anschlusslösungen bezüglich des Wohnens angeschaut werden. Das heisst, dass die Anschlusslösung jeweils zum Zeitpunkt des Austritts erhoben wurde. Diese Angaben wurden teilweise von der Institution selbst vorgenommen, teilweise von der Klientel. Weder die Institutionen noch die Autorinnen können eine Aussage darüber machen, in wie vielen der Fälle die angegebenen Anschlusslösungen tatsächlich so genutzt wurden und vor allem, für wie lange diese Anschlusslösungen dann Bestand hatten.

5.4.2 Typenbildung

Anhand der deskriptiv aufbereiteten Daten nahmen die Autorinnen zusätzlich eine empirische Typenbildung nach Susann Kluge vor. Laut Kluge (2000) handelt es sich bei einer Typenbildung grundsätzlich um das Ergebnis eines Gruppierungsprozesses, bei dem ein Objektbereich aufgrund von einem oder mehreren Merkmalen in Typen eingeteilt wird. Somit besteht jeder Typus aus einer Kombination von Merkmalen. (Absatz 2) Eine Typenbildung wird nach Kluge unter anderem vorgenommen, um komplexe soziale Realitäten und Zusammenhänge zu erfassen (Absatz 1). Durch die Typenbildung war es möglich, den Zusammenhang zwischen Alter, Aufenthaltsdauer in der Institution und der Art der Anschlusslösung bezüglich des Wohnens zu erfassen.

6 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate der Sekundäranalyse dargestellt und die an den Datensatz gestellten Fragen beantwortet. Zuerst wird die Grundgesamtheit genauer vorgestellt, danach werden verschiedene Merkmale der von den Institutionen erhobenen Daten miteinander in Bezug gesetzt.

Ergänzende Abbildungen und Zwischenresultate, die diskutiert werden, befinden sich im Anhang der Arbeit. Aus Gründen des Datenschutzes und der Schweigepflicht sind in dieser Arbeit keine Datensätze in der Form angefügt, wie sie von den Autorinnen bearbeitet wurden.

6.1 Deskriptive Statistik

Die Altersverteilung der Fälle interessiert, da erhoben werden soll, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Betroffenen und der Art der Anschlusslösung gibt. Zuerst muss daher das Alter alleine betrachtet werden. Der Datensatz beinhaltet Fälle, in welchen die jüngsten Betroffenen bei Austritt aus einer Institution 17 Jahre alt waren, die ältesten waren bei Austritt 54-jährig. Um diese grosse Altersspanne übersichtlich zu gestalten, wurden ab 20 jeweils fünf Jahre zu einer Altersgruppe zusammengefasst. Folgende Alterskategorien sind entstanden: 0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54. Anhand dieser Alterskategorien wurde untersucht, wie die Verteilung der insgesamt 399 Fälle über diese Altersgruppen in absoluten und relativen Werten aussieht. Das Ergebnis zeigt, dass 14 Fälle, respektive 3.5% in die Altersgruppe der 0-19-Jährigen fallen, 72 Fälle (18.1%) gehören zu den 20-24-Jährigen, 80 Fälle (20%) zu den 25-29-Jährigen, 84 Fälle (21.1%) zu den 30-34-Jährigen, 58 Fälle (14.5%) zu den 35-39-Jährigen, ebenfalls 58 Fälle (14.5%) zu den 40-44-Jährigen, 25 Fälle (6.3%) zu den 45-49-Jährigen und 8 Fälle (2%) zu den 50-54-Jährigen.

Die Altersgruppen 20-24, 25-29 und 30-34 sind in aufsteigender Reihenfolge am häufigsten im Datensatz vertreten, wobei sich der Peak in der Altersgruppe der 30-34-Jährigen befindet. Mit je 58 sind auch die Gruppen der 35-39-Jährigen und der 40-44-Jährigen noch relativ gut vertreten, ihnen gegenüber fällt die Gruppe der 45-49-Jährigen mit weniger als halb so vielen Fällen schon deutlich ab. Mit 14 respektive 8 Fällen sind die Zahlen in den Gruppen der 0-19-Jährigen und der 50-54-Jährigen so gering, dass es sich kaum anbietet, sie isoliert zu betrachten um verbindliche Aussagen zu machen.

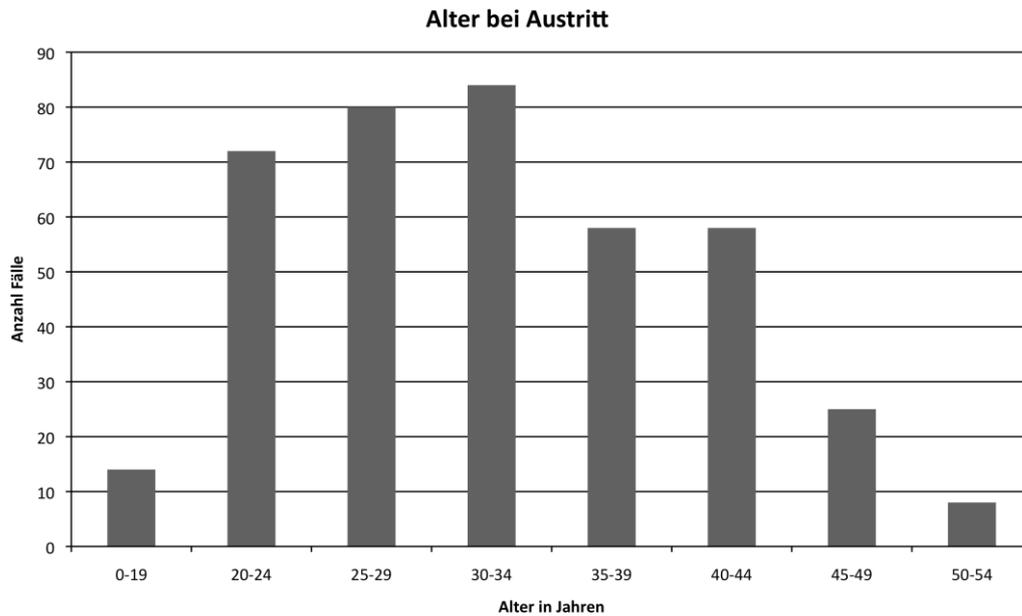


Abbildung 2: Gut vertreten sind die Altersgruppen der 20-44-Jährigen. Besonders bei den unter 20-Jährigen und den über 50-Jährigen sind die Fallzahlen so klein, dass sich kaum verbindliche Aussagen zu diesen Gruppen machen lassen. In der Tendenz sieht man, dass die Fallzahlen bis zur Altersgruppe der 30-34-Jährigen zunehmen und danach rückläufig sind.

Auch die Verteilung der Anschlusslösungen wird zuerst unabhängig von anderen Faktoren betrachtet. Die gesamten 399 Fälle verteilen sich folgendermassen auf die 14 verschiedenen Anschlusslösungen: 21 Fälle (5.3%) fallen auf Bekannte/Freunde, 48 Fälle (12%) auf betreutes Wohnen, 43 Fälle (10.8%) auf eigene Familie, 83 Fälle (20.8%) auf Eigenes Zimmer/Eigene Wohnung, 25 Fälle (6.3%) auf Gefängnis, 20 Fälle (5%) auf Hotel/Pension, 21 Fälle (5.2%) auf Klinik, 1 Fall (0.25%) auf Landesverweis, 51 Fälle (12.8%) auf nicht ausgetreten, 7 Fälle (1.7%) auf Notschlafstelle, 17 Fälle (4.3%) auf stationäre Therapie, 51 Fälle (12.8%) auf unbekannt, 3 Fälle (0.75%) auf verstorben und 8 Fälle (2%) auf Wohngemeinschaft.

Die Anschlusslösung Eigenes Zimmer/Eigene Wohnung ist mit 20% der Fälle die am häufigsten genannte Anschlusslösung. Am zweithäufigsten sind jene Fälle ohne Austritt und jene ohne bekannte Anschlusslösung. Da diese beiden Fälle nichts über die direkte Anschlusslösung aussagen, sind die Anschlusslösungen eigene Familie und betreutes Wohnen die einzigen der restlichen Anschlusslösungen, die sich klar von den übrigen Anschlusslösungen abheben. Um die 5% herum und somit ungefähr gleich gut vertreten folgen die Fälle mit den Anschlusslösungen Gefängnis, Bekannte/Freunde, Klinik und Hotel/Pension. Mit kleinen bis sehr kleinen Anteilen folgen die übrigen Anschlusslösungen. Bei der Betrachtung der einzelnen Anschlusslösungen fallen sie somit kaum ins Gewicht. Drei Todesfälle und als Minimalwert ein Landesverweis bilden den unteren Abschluss.

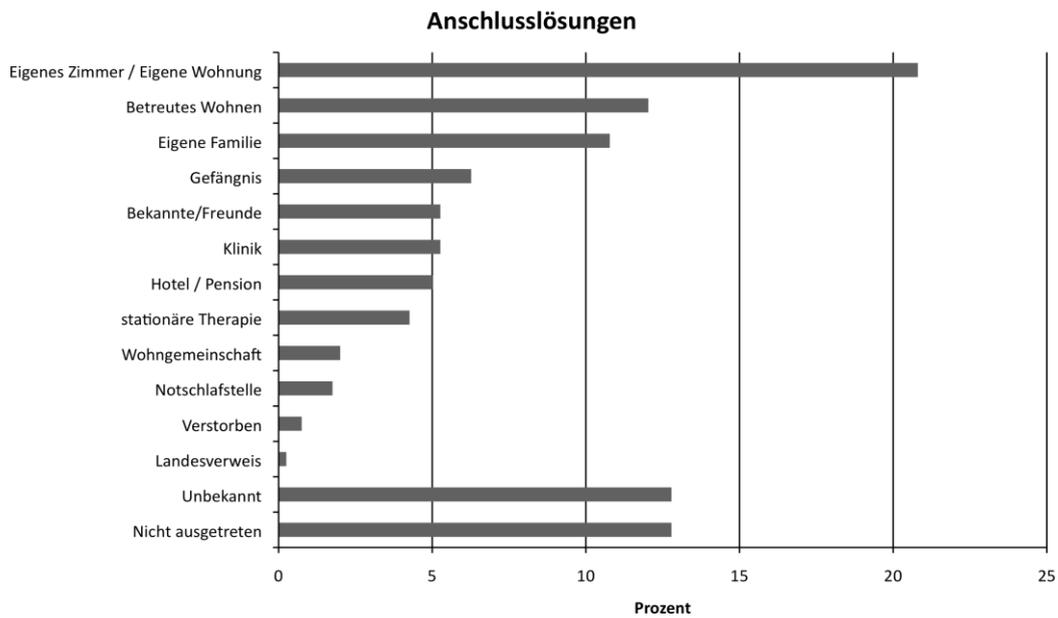


Abbildung 3: In über einem Fünftel der Fälle wurde als Anschlusslösung *Eigenes Zimmer/Eigene Wohnung* angegeben. Danach folgen die Optionen *Betreutes Wohnen* und *Eigene Familie*, welche 10% noch übertreffen. Mit 5 bis 6% folgen dann *Gefängnis*, *Bekannte/Freunde*, *Klinik* und *Hotel/Pension*. Die Kategorien *Unbekannt* und *Nicht ausgetreten* sagen nichts über die Anschlusslösungen aus.

Die Verteilung der Anschlusslösungen enthält eine andere Aussage, wenn die Anschlusslösungen den Kategorien stabil, nicht stabil, unbekannt und nicht relevant zugeordnet werden. Die Kategorisierung ist hier zur besseren Übersicht noch einmal aufgeführt.

Einteilung der Anschlusslösungen nach Kategorien

stabil	nicht stabil	unbekannt	nicht relevant
Eigenes Zimmer / Eigene Wohnung	Gefängnis Stationäre Therapie	unbekannt	Landesverweis Verstorben
Wohngemeinschaft	Notschlafstelle		Nicht ausgetreten
Eigene Familie	Klinik		
Betreutes Wohnen	Hotel/Pension		

Tabelle 4: Auflistung der Anschlusslösungen nach Kategorien

Mit dieser Kategorisierung zählen 182 Fälle (45.6%) zu den stabilen Anschlusslösungen, 111 Fälle (27.8%) zu den nicht stabilen Anschlusslösungen, 55 Fälle (13.8%) zählen zu den nicht relevanten Anschlusslösungen und 51 Fälle (12.8%) zählen zur Kategorie unbekannt. Die stabilen Anschlusslösungen setzen den Höchstwert und liegen beinahe 18 Prozentpunkte vor den nicht stabilen Anschlusslösungen.

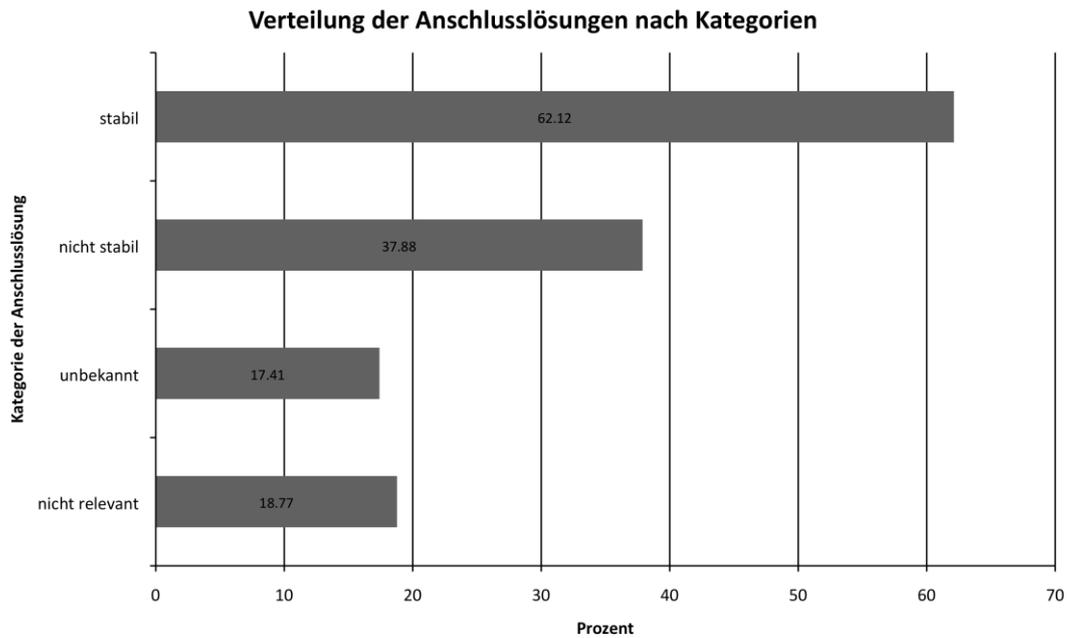


Abbildung 4: Bei fast 28% der Fälle ist nach Austritt keine stabile Anschlusslösung vorhanden, bei gut 12% der Fälle ist die Anschlusslösung unbekannt. Eine nach Einschätzung der Autorinnen als *stabil* zu bezeichnende Anschlusslösung zeigt sich bei 45% der Fälle.

Um herauszufinden, ob es einen Zusammenhang zwischen den drei Merkmalen Alter, Aufenthaltsdauer und Kategorie der Anschlusslösung gibt, müssen diese in Beziehung zueinander gesetzt werden. In diesem Kontext wurde eine Typenbildung nach Kluge vorgenommen.

6.2 Typenbildung

Für diese Typenbildung wurde das Alter mit der Verweildauer in der Institution in Beziehung gesetzt (siehe Anhang A). Damit eine Typenbildung verstanden und analysiert werden kann, müssen laut Kluge (2000) die inhaltlichen Sinnzusammenhänge analysiert werden. Dies führt in der Regel dazu, dass die ganze Gruppe auf wenige Typen reduziert wird. (Absatz 10) Weil der Peak bei der Altersverteilung in der Gruppe der 30-34-jährigen einen Wechsel in der Dynamik des Datensatzes zeigt, wurde die Altersgrenze für die Typenbildung vor dieser Gruppe, also bei 30 Jahren gesetzt. Das heisst, dass die zuvor bestehenden acht Altersgruppen so auf zwei Altersgruppen reduziert werden konnten.

Bezogen auf das Merkmal der Verweildauer wurden für die Typenbildung drei Gruppen gebildet. Eine erste Gruppe umfasst die Fälle mit einer Aufenthaltsdauer bis 90 Tage, eine zweite Gruppe die Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von 91 bis 270 Tagen und eine dritte Gruppe die Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von 271 und mehr Tagen.

Bevor diese Einteilung gemacht werden konnte, musste das Spektrum der verschiedenen Verweildauern, welches von einem Tag bis zu 1774 Tagen reicht, für eine bessere Übersicht in kleinere Gruppen gegliedert werden. Die erste Gruppe beinhaltet alle Fälle, welche bis zu 30 Tage in der Institution waren. Zur zweiten Gruppe gehörten all jene Fälle, welche 31-90 Tage in der Institution waren. Danach geht es in Schritten von 90 Tagen weiter: 91-180 Tage, 181-270 Tage, 271-360 Tage, 361-450 Tage, 451-540 Tage,

541-630 Tage und 631-720 Tage. Die letzte Gruppe bilden jene Fälle, die länger als 720 Tage in einer Institution blieben (721-1780 Tage).

Die oben beschriebene, in Bezug auf die Verweildauer vorgenommene Aufteilung in drei grössere Gruppen für die Typenbildung basiert einerseits auf der Hauptfragestellung und andererseits auf den Ergebnisse der deskriptiven Statistik. Die Trennung nach 270 Tagen, was ungefähr neun Monaten entspricht (30 Tage = ein Monat) erfolgt, weil es entweder in der Gruppe 181-270 Tage oder in der Gruppe 271-360 Tage bei fast allen Altersgruppen einen Einbruch der Fallzahlen gibt, sich da also ein lokales Minimum befindet. Die zweite Trennung erfolgt nach 90 Tagen Verweildauer, weil die Autorinnen sich in ihrer Hauptfragestellung für stabile Wohnmöglichkeiten interessieren. Ihrer Meinung nach kann bei Kurzaufenthalt von bis zu 90 Tagen nicht davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen sich auf ein Angebot für eine stabile Wohnmöglichkeit aus dem Bereich der Schadensminderung einlassen können oder wollen. Die kurze Aufenthaltsdauer deutet darauf hin, dass für die Betroffenen hinter diesen Fällen eine Stabilisation noch nicht möglich ist.

Somit sind anhand der Typenbildung sechs Merkmalsgruppen entstanden, auf welche sich die 399 Fälle folgendermassen aufteilen: 110 Fälle weisen eine Verweildauer von bis zu 90 Tagen auf. In 52 von diesen Fällen sind die betroffenen Personen unter 30-jährig, in 58 Fällen sind sie 30-jährig und älter. 132 Fälle verweilten zwischen 91-270 Tagen in der Institution. Davon waren in 64 Fällen die Betroffenen unter 30-jährig, in 68 Fällen 30-jährig und älter. Eine Verweildauer von mehr als 270 Tagen weisen 157 Fälle auf. Von diesen gehören 50 zu den unter 30-jährigen, 107 sind 30-jährig und älter.

Fallzahlen nach Verweildauer und Alterskategorie

Alter bei Austritt	Verweildauer		
	0-90 Tage	91-270 Tage	>270 Tage
Bis 29	52	64	50
Ab 30	58	68	107

Tabelle 5: Die sechs Merkmalsgruppen anhand der Kriterien *Verweildauer* und *Alter bei Austritt* mit den Fallzahlen.

Aus diesen sechs Merkmalsgruppen entstand eine Typenbildung mit vier Typen. Die beiden Merkmalsgruppen, welche sich 0-90 Tage in der Institution aufgehalten haben, sind von den Autorinnen als nicht relevant klassifiziert worden. Dies aus dem oben bereits genannten Grund, dass diese Gruppen in Bezug auf die Hauptfragestellung nicht interessant sind.

Typ A umfasst alle Fälle, in denen sich die Betroffenen 91-270 Tage in einer Institution aufgehalten haben und unter 30-jährig sind. Typ B umfasst jene Fälle, die eine Verweildauer von 91-270 Tagen aufweisen und 30-jährig und mehr sind. Alle Fälle, in denen sich die Betroffenen länger als 270 Tage in der Institution aufgehalten haben und unter 30-jährig sind, gehören zu Typ C. Unter Typ D fallen diejenigen Fälle, welche eine Aufenthaltsdauer von über 270 Tagen aufweisen und in denen die Betroffenen 30-jährig und älter sind.

Typenbildung mit Typenbezeichnung

	Verweildauer		
Alter bei Austritt	0-90 Tage	91-270 Tage	>270 Tage
Bis 29	nicht relevant	Typ A	Typ C
Ab 30	nicht relevant	Typ B	Typ D

Tabelle 6: Typenbildung anhand der Kriterien *Verweildauer* und *Alter bei Austritt* mit Typennamen.

Aufgrund der Typenbildung hat sich die Fallzahl durch das Weglassen derjenigen Fälle, die nicht länger als 90 Tage in einer Institution verbrachten, verringert. Sie beträgt somit $n=289$. Zusätzlich wurde auch die Kategorie der nicht relevanten Anschlusslösungen weggelassen. Also alle jene Fälle, die entweder nicht ausgetreten, verstorben oder des Landes verwiesen worden sind. Somit verringert sich die Fallzahl noch einmal auf $n=234$. Diese 234 Fälle bilden die Grundgesamtheit, wenn die vier Typen mit den Anschlusslösungskategorien stabil, nicht stabil und unbekannt in Beziehung gesetzt werden. Die Anteile der Anschlusslösungen werden hier nur in Prozent angegeben, dass aufgrund der verschiedenen grossen Typen-Gruppen die jeweilige Fallzahl nicht direkt mit denen eines anderen Typen verglichen werden kann.

Dabei zeigt sich, dass bei Typ A in 52.6% der Fälle eine stabile Anschlusslösung angegeben ist. In 33.3% der Fälle ist eine nicht stabile Anschlusslösung angegeben, bei 14.1% ist die Anschlusslösung unbekannt. Bei Typ B beläuft sich der Anteil der Fälle mit stabiler Anschlusslösung auf 40%, derjenige mit nicht stabilen auf 50.9%, in 9.1% der Fälle ist die Anschlusslösung unbekannt. Typ C zeigt in 75% der Fälle eine stabile Anschlusslösung und in 17.5% der Fälle eine nicht stabile, unbekannt ist sie in 7.5% der Fälle. Bei Typ D ist in 67.1% der Fälle eine stabile Anschlusslösung genannt und in 17.1% der Fälle eine nicht stabile, von 15.8% der Fälle in Typ D ist die Anschlusslösung unbekannt.

Typ C weist mit drei Vierteln den höchsten Anteil an stabilen Anschlusslösungen auf, während er mit 17.5% gleichzeitig fast den kleinsten Anteil an nicht stabilen Anschlusslösungen zeigt. Nur beim Typ D ist dieser Anteil mit 17.1% ein wenig kleiner. Typ D weist mit 67.1% auch den zweithöchsten Anteil an stabilen Anschlusslösungen auf. Typ C und Typ D, welche länger als drei Jahre (270 Tage) in einer Institution waren, weisen beide einen weit grösseren Anteil an stabilen Anschlussmöglichkeiten auf als Typ A und Typ B, welche sich zwischen 90 bis 270 Tage in einer Institution aufgehalten haben.

Typ B fällt auf, weil im Gegensatz zu den anderen drei Typen die Menge der nicht stabilen Anschlussmöglichkeiten über die Hälfte der Fälle ausmacht. Wenn man Typ A und Typ B den Typen C und D gegenüberstellt, so stellt man damit die unter 30-jährigen denjenigen gegenüber, die 30-jährig und älter sind. Dabei zeigt sich, dass innerhalb der jeweiligen Aufenthaltsdauer die Jüngeren gegenüber den Älteren mehr stabile Anschlusslösungen aufweisen. Typ A weist 52.6% stabile Anschlusslösungen auf, Typ B mit 40% klar weniger. Und auch Typ C hebt sich bei den stabilen Anschlusslösungen mit fast 8 Prozentpunkten Unterschied von Typ D ab.

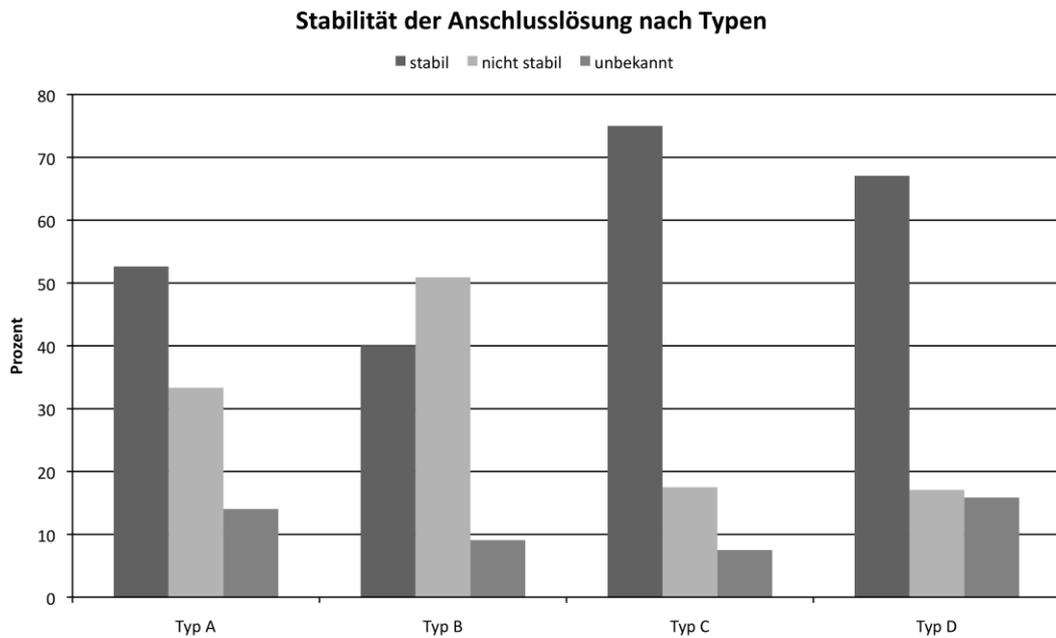


Abbildung 5: Die vier Typen weisen deutliche Unterschiede bezüglich dem Anteil an stabilen Anschlussmöglichkeiten auf. Zu sehen ist, dass bei längerem Aufenthalt, also bei den Typen C und D, deutlich mehr stabile Anschlusslösungen vorhanden sind als bei den Typen A und B, welche sich weniger lang in einer Institution aufgehalten haben. Je länger der Aufenthalt in einer Institution dauerte, desto mehr stabile Anschlusslösungen sind vorhanden. Ausserdem ist zu sehen, dass jeweils bei den Jüngeren, also bei Typ A und Typ C, eher stabile Anschlusslösungen vorhanden sind als bei den älteren Klienten. (Typ B und Typ D).

7 Diskussion der Forschungsergebnisse

Die präsentierten Forschungsergebnisse des vorangegangenen Kapitels werden nun in ihrer Bedeutung diskutiert und interpretiert. Basierend auf den Kapiteln 2, 3 und 4 werden die Resultate in Bezug zu theoretischem Wissen gesetzt. Um die Forschungsergebnisse zu diskutieren, wurde am 25. Juni 2012 eine Gesprächsrunde mit Fachpersonen aus der Suchtarbeit durchgeführt. Wenn in den weiteren Kapiteln die Fachpersonen zitiert werden, beziehen sich die Autorinnen jeweils auf die Inhalte aus diesem Gespräch. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die verschiedenen Fachpersonen sich in vielen Diskussionspunkten einig waren. Vertreten war das Drogen Forum Innerschweiz mit zwei Personen und die Notschlafstelle, das Drop-in sowie die Gassenarbeit mit jeweils einer Person. Vom Wohnhaus und dem Novizonte konnte niemand an der Gesprächsrunde teilnehmen.

7.1 Alter bei Austritt

Die Altersangaben zeigen in Abbildung 2, dass die Anzahl der Fälle bis zur Altersgruppe der 30 bis 34-Jährigen zunehmend ansteigt, bevor bei den 35 bis 39-Jährigen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist. Auf diese Verlaufskurve mit dem Peak in der Altersgruppe 30 bis 34 gibt es verschiedene Einflussfaktoren.

Wie in Kapitel 5.2 erklärt wurde, war es im Rahmen der durchgeführten Forschung nicht möglich, alle Drogengebrauchenden im Raum Luzern zu erfassen. Deshalb sind in der Erhebung keine Fälle ab 54 Jahren vertreten, was nicht bedeutet, dass keine existieren. Im Gegenteil, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, werden die Drogengebrauchenden heutzutage immer älter. Einerseits aufgrund medizinischer Fortschritte, andererseits durch die in Kapitel 2.2.2 beschriebenen schadensmindernden Angebote. Als elementarer Einflussfaktor sind die Veränderungen durch den demografischen Wandel zu berücksichtigen. Ein zusätzlicher Erklärungsansatz lässt sich in der Entwicklung der Suchterkrankung und damit zusammenhängenden Umständen finden. Abbildung 2 zeigt, dass von den 20-Jährigen bis zu den 34-Jährigen ein enormer Anstieg von Fällen besteht. Gossop (2008) bietet durch die Kategorienbildung von Substanzkonsumenten eine Erklärung für diese ungleiche Verteilung der Altersgruppen. Gossop definiert, dass es Früheinsteigende und Späteinsteigende gibt. Die Früheinsteigenden beginnen mit dem Drogenkonsum gewöhnlich bereits im Jugendalter. Der Konsum begleitet sie dann bis ins späte Erwachsenenalter. (ohne Seitenzahl) Diese Aussage stimmt mit dem Inhalt des Kapitels 3.1.1 überein, wo beschrieben wird, dass der Einstieg oftmals in der kritischen Entwicklungsphase des Jugendalters stattfindet. Das bedeutet, dass es vom Zeitpunkt des Suchteinstiegs im Jugendalter einige Jahre dauert, bis das Schadensstadium der Suchterkrankung erreicht ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Leidensdruck stetig steigt und damit bei den Drogengebrauchenden die Bereitschaft für einen Eintritt in eine Institution. Laut Gossop (2008) entwickeln die Späteinsteigenden im Gegensatz zu den Früheinsteigenden oftmals nach einem einschneidenden Ereignis im Leben ein Suchtmittelproblem. Dazu zählen die Pensionierung, eine Scheidung, die Arbeitslosigkeit oder ein schmerzlicher Verlust. Die europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht schreibt jedoch, dass es sich bei Späteinsteigenden hauptsächlich um die Entwicklung eines Suchtverhaltens von legalen Drogen wie Alkohol und/oder Medikamenten handelt (ohne Seitenzahl).

Die auf Abbildung 2 ersichtliche Abnahme der Altersgruppen der 45- bis 49-Jährigen und 50- bis 54-Jährigen lässt sich durch die Folgen der Suchtentwicklung begründen. Durch die komplexe Suchterkrankung

kung und die prekäre Lebenslage der Drogengebrauchenden steigt mit den Jahren die Sterblichkeit. Wie in Kapitel 3.1.2 physische Abhängigkeit und Schädigung, erläutert, treten chronische Krankheiten bei Drogengebrauchenden in einem früheren Lebensalter ein als bei der Normalbevölkerung. Obwohl sich die medizinischen Möglichkeiten ständig weiterentwickeln, haben die Drogengebrauchenden kaum oder unzureichend Zugang zum medizinischen Versorgungsnetz. Dies aufgrund ihrer schwierigen finanziellen Lage. Durch das nicht Aufsuchen einer medizinischen Fachperson werden gesundheitliche Folgeerkrankungen zu spät erkannt oder ignoriert. Das geschwächte Immunsystem und der ungesunde Lebenswandel bedeuten für die Drogengebrauchenden, dass kaum eine Chance auf Heilung oder eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes besteht – die Sterblichkeit nimmt zu. Weitere Gründe für einen verfrühten Tod sind eine gewollte Überdosierung als Mittel zum Suizid, das Sterben aufgrund unsauberen Stoffs auf der Gasse oder die Verkümmern und Vereinsamung. Ein weiterer Grund für die Abnahme der Fälle in den höheren Altersklassen liegt darin, dass es einigen Drogengebrauchenden gelingt die Abstinenz zu erreichen und sie höchstens für die Nachsorge an eine Institution gebunden sind. Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, bedeutet eine Abstinenz nicht unbedingt eine lebenslange Suchtfreiheit.

7.2 Anschlusslösungen

Abbildung 3 zeigt, dass die Anschlusslösung eigenes Zimmer oder eigene Wohnung mit 20,8% der Fälle die höchste Angabe darstellt. Es ist davon auszugehen, dass dieses Ergebnis eine Auswirkung der rechtlichen Aspekte des Wohnens ist. In der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte wie auch in der BV wird auf das Recht auf eine Wohnung hingewiesen. Daraus lässt sich, wie in Kapitel 4.4 erwähnt, ableiten, dass Eigentums- oder Mietwohnungen sowie Eigentums- oder Miethäuser in der Gesellschaft zu den gängigsten Wohnformen zählen. Da die Drogengebrauchenden, wenn auch an den Rand gedrängt, Teil unserer Gesellschaft sind, ist es nachvollziehbar, wenn auch sie über ein eigenes Zimmer oder Wohnung verfügen und verfügen wollen. Zudem geht aus dem Kapitel 4.2 hervor, dass das Wohnbedürfnis ein menschliches Grundbedürfnis ist. Durch die Möglichkeit des Wohnens werden die physiologischen Bedürfnisse und die Bedürfnisse nach Schutz, Privatheit, Beständigkeit, Kommunikation, sozialer Anerkennung, Selbstentfaltung usw. befriedigt.

Da sich drogengebrauchende Menschen grundlegend in einer prekären Lebenslage befinden, ist es umso notwendiger, ihnen durch eine Wohnmöglichkeit Orientierung zu bieten. Frieder R. Lang, Mike Martin und Martin Pinquart (2012) bestätigen, dass ein Mindestmass an Strukturen und Regelmäßigkeiten entwicklungsfördernd ist (S. 85). Gerlach (2002) beschreibt, dass der Erhalt der Wohnung einen zentralen Bestandteil in der Sozialen Arbeit darstellt und für die Drogengebrauchenden eine Voraussetzung für die zu stabilisierende und zu verbessernde Lebenslage ist (S. 195). Die Fachpersonen bestätigen im Gespräch mit den Autorinnen, dass der Erhalt der Wohnung oder des Zimmers zu den wichtigsten Zielen in der Arbeit mit Drogengebrauchenden zählt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Menschen allein durch eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer nicht in einer besseren Lebenslage befinden, wie aus dem Gespräch deutlich wurde.

Wie in Kapitel 4.4 erläutert, zählen zum Wohnen auch die nichtgegenständlichen Strukturmerkmale wie der Mietvertrag und die zwischenmenschlichen Aspekte. Besonderes Augenmerk gilt dem zwischenmenschlichen Bereich mit den psychosozialen Bedürfnissen nach Regenerierung, physischer Integrität, sozialer Anerkennung, Gerechtigkeit, Zugehörigkeit und Autonomie. Diese menschlichen Bedürfnisse sind elementar und somit für ein menschenwürdiges Leben bedeutend. Werden die psychosozialen Be-

dürfnisse nicht befriedigt, dann kann dies in die Verelendung und in die Vereinsamung führen. Eine Fachperson äusserte, dass die emotionale Vereinsamung aufgrund sozialer Isolation ein erhebliches Rückfallrisiko darstellt. Weiter erwähnte eine andere Fachperson, dass Klientel bei Austrittsgesprächen von Therapien oft erzählen, dass sie den Aufenthalt gerne aufschieben möchten und nicht austreten wollen. Dies aufgrund in der Therapie erfahrene Respekt sowie der Angst vor erneuter Marginalisierung. Diese Meldung aus dem Berufsalltag der Suchtarbeit zeigt die Notwendigkeit einer stabilen Wohnmöglichkeit nach dem Aufenthalt in einer Institution.

Das Ergebnis, dass 12% der Fälle betreutes Wohnen als Anschlusslösung angaben, erstaunt die Autorinnen nicht. In Kapitel 3 wurde erklärt, dass sich der Lebensalltag von Drogengebrauchenden um die Sucht dreht und kaum geregelt ist. Vor allem in Kombination mit einer komorbiden Erkrankung überragen die Problemlagen alles andere. Es ist davon auszugehen, dass die lebenspraktischen Probleme überhand nehmen und die Wohnfähigkeit, welche in Kapitel 4.3 erläutert ist, schwindet. Wie in Kapitel 4.4 beschrieben, kann mit der Anschlusslösung des betreuten Wohnens den Defiziten der Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung entgegengekommen werden, indem die Personen eine umfassende und professionelle Betreuung erhalten. Durch die Hilfestellungen und institutionell bedingten Strukturen gewinnen die Drogengebrauchenden an Stabilität in ihrer Lebenslage und gewinnen Sicherheit. Lang et al. (2012) verstehen unter Sicherheit die Gewährleistung der körperlichen Unversehrtheit und der psychischen Entwicklung (S. 85). Die Fachpersonen bekräftigen im Gespräch, dass Menschen mit oder nach einer Suchterkrankung Schwierigkeiten in alltäglichen administrativen, organisatorischen und lebenspraktischen Bereichen haben. Im betreuten oder begleiteten Wohnen kann individuell auf mangelnde Fähigkeiten eingegangen werden. Trotz des grossen Bedürfnisses nach Autonomie fühlen die Menschen Zugehörigkeit, erleben Gemeinschaftssinn und übernehmen Selbstverantwortung.

Die eigene Familie gaben 10,8% der Fälle als Anschlusslösung an. Werden im Anhang B die Altersangaben betrachtet, handelt es sich dabei vorwiegend um die unter 30-Jährigen Personen. Die Autorinnen interpretieren, dass die Jungen über keine oder ungenügende Erfahrungen im selbstständigen Wohnen verfügen, weil laut Lang et al. (2012) die meisten jungen Erwachsenen von 18 bis 24 Jahren bei den Eltern zu Hause leben (S. 91). So kehren die Jungen nach einem Aufenthalt in einer Institution oft wieder zu ihrer Herkunftsfamilie zurück. Ausserdem ist davon auszugehen, dass das elterliche Erziehungsverhalten, geprägt von Wärme, Unterstützung und Kontrolle (Lang et al. 2012, S. 93) die instabile Lebenslage der Drogengebrauchenden positiv beeinflussen kann. Lang et al. führen weiter aus, dass Eltern-Kind-Beziehungen in vielen Fällen eine grosse Festigkeit, Dauerhaftigkeit und gute Beziehungsqualität ausweisen (S. 121). Weiter schreibt Paul B. Baltes (1997, zit. in Lang et al., 2012, S. 112), dass die Gesundheit und das soziale Umfeld sich gegenseitig beeinflussen. Die Qualität der familiären Beziehungen kann die Krankengeschichte von Drogengebrauchenden positiv beeinflussen. Zudem kann Suchtkrankheit als negative Konfrontation das soziale Netz näher zusammenbringen. Diese Feststellung unterstreicht die in Kapitel 4.2 erwähnte Bedürfnistheorie nach Obrecht, die aussagt, dass die biopsychosozialen Bedürfnisse besonders von Bedeutung sind.

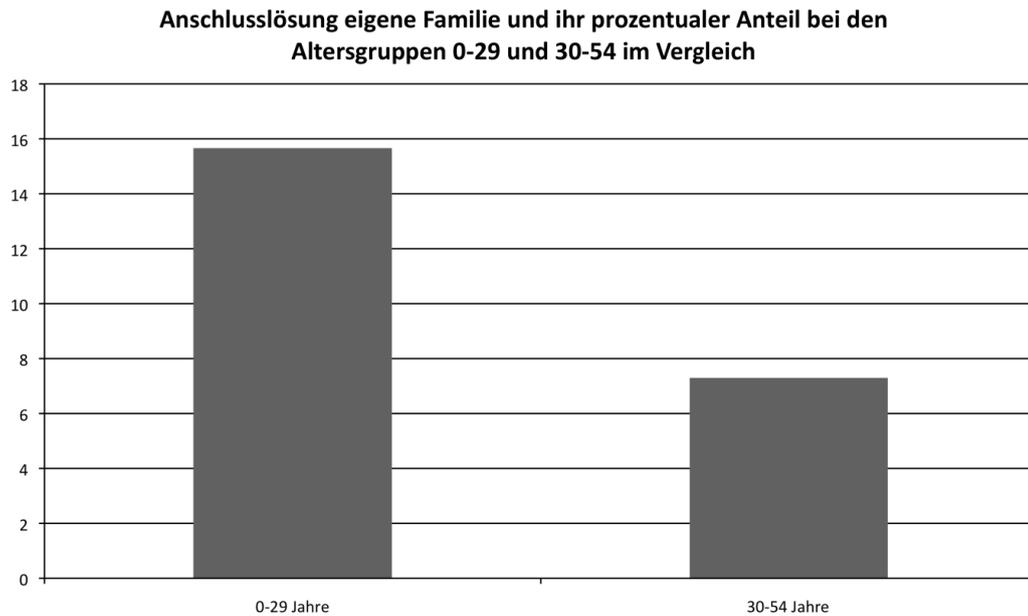


Abbildung 6: Die Anschlusslösung eigene Familie wird bei den 0-29 jährigen in fast 16% der Fälle genannt, bei den 30-54 jährigen hingegen nur halb so häufig. (Auszug aus Anhang B)

Den Anteil von 12,8% der Fälle mit unbekannter Anschlusslösung erklärten die Fachpersonen damit, dass es sich dabei zu einem grossen Teil um Personen handelt, die eine Therapie abbrechen und aussteigen. Aufgrund ihrer Suchterkrankung sind die Drogengebrauchenden vordergründig von der schnellstmöglichen Substanzbeschaffung getrieben. Diese Aussteigenden sind aufgrund ihrer Lebenssituation nicht in der Lage, einen kurzfristigen Handlungsplan im Bezug zum Wohnen zu erstellen. Laut einer Fachperson empfinden die Drogengebrauchenden aufgrund von nicht reüssierter Therapie Scham und geben deshalb nicht an, wohin sie gehen. Zudem können zu den Unbekannten jene Drogengebrauchenden gezählt werden, für die keine entsprechende Anschlusslösung gefunden wurde, weil die Austritte anlässlich Regelverstössen oder ablaufender Kostengutsprachen zu kurzfristig geschehen oder der Bedarf an speziell ausgerichteten Angeboten nicht gedeckt ist. Deshalb kann auch mit Hilfe von Sozialarbeitenden keine stabile Wohnmöglichkeit gefunden werden.

Weiter sind in 5% der Fälle Hotel/Pension sowie in 5,3% der Fälle Bekannte/Freunde die Anschlusslösung. Grundsätzlich gehen die Autorinnen davon aus, dass diese beiden Varianten als kurzfristige Übernachtungsmöglichkeiten gelten und keine stabile Wohnmöglichkeit bieten. Somit sind die Drogengebrauchenden theoretisch nach wie vor auf der Suche nach einer stabilen Wohnunterkunft. Laut Gerlach (2002) ist diese Problematik seit den 80er-Jahren bekannt (S. 189). Werden die Altersangaben im Anhang B berücksichtigt, handelt es sich bei der Anschlusslösung Hotel/Pension in erster Linie um die Altersgruppe der 45 bis 49-Jährigen. Dies führen die Autorinnen einerseits auf die ausreichend entwickelte Wohnfähigkeit zurück, andererseits auf das ausgeprägte Bedürfnis nach Autonomie. Da die Altersgruppe von 45 bis 49 in der Forschung nur sehr gering vertreten ist, darf diesem Ergebnis nicht zu viel Gewicht beigemessen werden.

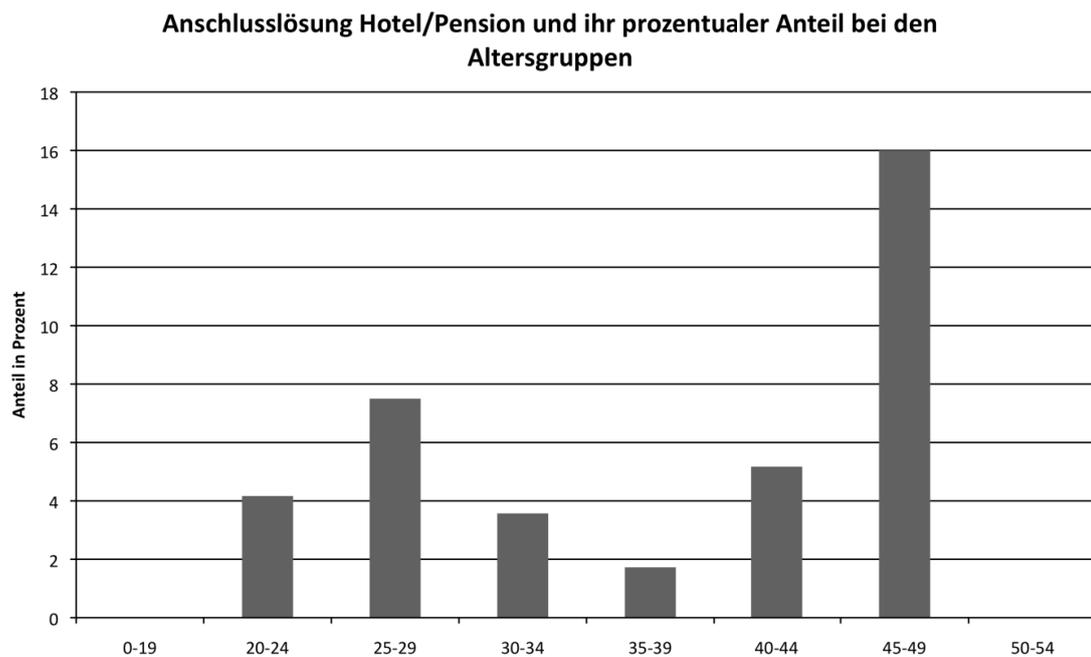


Abbildung 7: In 16% aller Fälle der Altersgruppe der 45-49-Jährigen wurde Hotel/Pension als Anschlusslösung genannt. Der Anteil ist mehr als doppelt so gross, wie bei der Altersgruppe der 25-29-Jährigen, welche diese Anschlusslösung am zweithäufigsten von allen Altersgruppen genannt hat. (Auszug aus Anhang B)

Bei der Anschlusslösung Bekannte/Freunde ist zu beachten, dass es sich dabei erfahrungsgemäss um Beziehungen aus dem Drogenmilieu handelt, was bei Abstinentern wiederum das Rückfallrisiko erhöht. Jedoch betonte eine Fachperson, dass die Anschlusslösungen bei Bekannten und Freunden lange Zeit bestehen bleiben können.

Nicht in der Abbildung 3 der Anschlusslösungen ersichtlich ist, dass es Drogengebrauchende gibt, die mehrmals in Institutionen eingetreten und wieder ausgetreten sind. Egal ob es sich um reguläre Austritte oder nicht handelte, kann interpretiert werden, dass jeweils keine geeigneten Anschlusslösungen gefunden wurden. Der Aufenthalt in der Institution hatte in dieser Situation wenig nachhaltige Wirkung.

Beispiel einer Person mit drei verschiedenen Aufenthalten

	Institution	Eintritt	Austritt
Aufenthalt 1	Ausserhofmatt	Mai 2007	November 2007
Aufenthalt 2	Ausserhofmatt	Februar 2009	April 2009
Aufenthalt 3	Novizonte	April 2011	September 2011

Tabelle 7: Beispiel einer Person, die innerhalb des untersuchten Zeitraumes drei Mal in eine der Institutionen ein- und ausgetreten ist.

Abschliessend ist im Zusammenhang mit Anschlusslösungen zu erwähnen, dass laut Mathys und Röllin (2010) der Wohnungsmarkt für die Bevölkerung in Luzern grundsätzlich knapp ist. Es ist nicht einfach, eine bezahlbare Wohnung zu finden, insbesondere für Randgruppen wie die Drogengebrauchenden. (S. 20)

7.3 Anschlusslösungen nach Kategorien

Die Kategorienbildung der Anschlusslösungen in stabil, nicht stabil und unbekannt öffnet den Blick auf einen weiteren Aspekt. Die Kategorien nicht stabil mit 27,8% und unbekannt mit 12,8% der Fälle interessieren besonders. In Bezug auf Abbildung 2 wurde diskutiert, dass es sich bei der Anschlusslösung unbekannt vorwiegend um Personen handelt, die eine Therapie abgebrochen haben, die aufgrund von Regelverstössen austreten mussten, bei denen die Kostengutsprache auslief oder für die kein entsprechendes Angebot vorhanden war. Infolge dieser Gründe konnte keine stabile Anschlusslösung gefunden werden, was bedeutet, dass diese Personen in eine nicht stabile Wohnsituation übergangen. Daraus schliessen die Autorinnen, dass die 12,8% der Fälle mit einer unbekanntem Anschlusslösung zu den 27,8% mit einer nicht stabilen Anschlusslösung hinzugezählt werden können.

Im Gespräch mit den Fachpersonen wurde bestätigt, dass jene Fälle mit einer unbekanntem Anschlusslösung eindeutig zur Kategorie der nicht stabilen Anschlusslösungen gezählt werden können. Die zwei Fachpersonen aus dem DFI erklärten, dass die Kategorie unbekannt bei ihnen auf Personen zutrifft, die den Aufenthalt beziehungsweise die Therapie abrechnen und aussteigen. Weiter erläuterten sie, dass sich diese Personen durch den Therapieabbruch grundsätzlich in einer äusserst instabilen Lebenslage befinden. Deshalb konnte mit den betroffenen Personen grösstenteils nicht auf eine Wohnanschlusslösung hin gearbeitet werden. Unter Umständen beginnt der in Kapitel 3.1 beschriebene Teufelskreis von vorne. Laut den Fachpersonen tauchen die Personen in diesen Fällen häufig vorübergehend bei jemandem unter, was in dieser Arbeit der Anschlusslösung Bekannte/Freunde entspricht.

Eine Fachperson erklärte, dass die Drogengebrauchenden aus dem Wohnhaus austreten, weil sie sich entweder nicht an die Regeln halten oder die Kostengutsprache zur Finanzierung des Aufenthalts ausläuft. Wenn nicht innert nützlicher Frist eine stabile Anschlusslösung gefunden wird, ist die nächste Übernachtungsmöglichkeit meistens die Notschlafstelle. Diese Aussage wurde von Seite der Notschlafstelle bestätigt.

Aufgrund der oben genannten Aussagen kann die Kategorie der unbekanntem Anschlusslösungen zur Kategorie der nicht stabilen Anschlusslösungen gezählt werden. Das Verhältnis von den 45,6% mit einer stabilen Anschlusslösung zu den neu 40,6% mit einer nicht stabilen Anschlusslösung verändert sich deutlich. Werden die nicht relevanten Anschlusslösungen weggelassen, ergibt sich eine neue Gesamtmenge mit folgender Verteilung: 47% der Fälle weisen eine nicht stabile Anschlusslösung auf und 53% der Fälle weisen eine stabile Anschlusslösung auf.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die 47% mit einer nicht stabilen Anschlusslösung auch in instabile Lebensverhältnisse zurückkehren. Daraus ergibt sich eine Wechselwirkung, welche das Rückfallrisiko in den Suchtkreislauf enorm erhöht. Martina Fischer, Peter Missel, Manfred Novak, Walter Roeb-Rienas, Anne Schiller und Helmut Schwem (2007) haben in ihrer Forschung herausgefunden, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit unmittelbar nach Institutionsaustritt am grössten ist. 71,1% aller Rückfälle in ihrer Forschung geschahen in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende. Die Drogengebrauchenden gaben als häufigste Ursachen ihres Rückfalles emotional negativ besetzte Situationen wie Frustration, Enttäuschungen, Depression, Langeweile, schwierige Lebenssituation, Streit, Suchtdruck, Einsamkeit und Unruhe an. Auf diese Ergebnisse stützend betonen Fischer et al. die Wichtigkeit eines nahtlosen Übergangs von institutionellen Aufenthalten in eine Anschlusslösung und die Evidenz eines Nachsorgeangebots. (S. 44-46)

7.4 Typenbildung

Es stellte sich als schwierig heraus die einzelnen Typen mit theoretischen Aspekten spezifischer zu beschreiben. Aufgrund der Merkmale Alter bei Austritt, Verweildauer und Stabilität der Anschlusslösung lassen sich jedoch jeweils zwei Typen miteinander verbinden. Deshalb erfolgt die Diskussion der Typen aufgrund von Verknüpfungen von jeweils zwei Typen. Zum einfacheren Verständnis wird die Tabelle der Typenbildung mit Typenbezeichnung an dieser Stelle noch einmal eingefügt.

Typenbildung

Alter bei Austritt	Verweildauer	
	91-270 Tage	>270 Tage
Bis 29	Typ A	Typ C
Ab 30	Typ B	Typ D

Tabelle 8: Typenbildung anhand der Kriterien *Verweildauer* und *Alter bei Austritt* mit Typennamen.

Werden in Abbildung 5 Typ A und C gemeinsam betrachtet, fällt auf, dass beide das Altersmerkmal unter 30 Jahre aufweisen und eine relativ hohe Prozentzahl an stabilen Anschlusslösungen aufweisen. Daraus lässt sich schliessen, dass das Merkmal Alter bei Austritt mit der Stabilität der Anschlusslösungen zusammenhängt. Das bedeutet, dass sich Drogengebrauchende unter 30 Jahren in stabileren Wohnverhältnissen befinden als die älteren Drogengebrauchenden. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass sich die unter 30-Jährigen noch in einer gefestigteren Lebenslage befinden. Dazu gehören der Anschluss zur Herkunftsfamilie und andere soziale Beziehungen, woraus eine geringere Gefahr der Marginalisierung ausgeht. Das heisst, dass die Teilhabe am wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben in jungen Jahren der Drogenabhängigkeit noch besser möglich ist. Aufgrund der in Kapitel 3.1.2 und 3.1.3 vorgestellten physischen und psychischen Abhängigkeit und Schädigungen kann zudem davon ausgegangen werden, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Suchterkrankung noch nicht so weit ausgeprägt und fortgeschritten sind. Durch den Entwicklungsstand der Suchterkrankung und das soziale Umfeld gelingt es den unter 30-Jährigen Drogengebrauchenden besser, bei einem Austritt eine stabile Anschlusslösung betreffend Wohnen zu finden. Dass jüngere Personen bei Austritt häufig wieder zu ihrer Familie zurückkehren oder in ein betreutes Wohnen eintreten zeigen auch die Ergebnisse der Forschung auf.

Bei den Typen B und D handelt es sich um die über 30-Jährigen, die durchschnittlich weniger stabile Anschlusslösungen aufweisen als die Typen A und C. Dies erklären sich die Autorinnen aufgrund des ausgeprägten Bedürfnisses nach Autonomie, weshalb sich die Drogengebrauchenden nur ungern auf ein Angebot und die dort geltenden Regeln einlassen wollen. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass bei den älteren Personen die Suchterkrankung zum Zeitpunkt des Eintritts in eine Institution bereits seit längerer Zeit bestand als bei den jüngeren Personen. Die Folgeschäden der Suchterkrankung dürften daher ausgeprägter sein. Unter Umständen sind diese Personen bereits pflegebedürftig und es findet sich auch deshalb keine passende Anschlusslösung. Zudem bestätigten mehrere Fachpersonen, dass die Drogengebrauchenden durch grosse Schuldgefühle und Scham belastet sind, da sie ihre Familien aufgrund der Drogenbeschaffung bestohlen und belogen haben. Erst durch Beruhigung der Lebenslage, zum Beispiel durch einen langen institutionellen Aufenthalt, können Familienkontakte wieder aufgebaut werden. Ein weiterer Grund für die nicht stabilen Anschlusslösungen ist bei den älteren Drogengebrauchenden die Resignation. Es ist gut möglich, dass mehrere Therapieversuche scheiterten und sie sich

mit der Suchtkrankheit abgefunden haben. Laut einer Fachperson entschlossen sich drogengebrauchende Menschen irgendwann mit der Suchterkrankung zu leben und ihr Leben darum herum zu organisieren. Ausserdem kann aufgrund des Alters davon ausgegangen werden, dass die über 30-Jährigen während ihrer Suchtkarriere auch Berührungen mit Helfersystemen hatten, die ihnen nicht in positiver Erinnerung blieben. Aus diesen Erfahrungen kann sich ebenfalls eine Resignation entwickeln und die Drogengebrauchenden lassen sich deshalb nicht gerne erneut auf ein Angebot ein.

Werden nun die Typen nach Angaben der Verweildauer in einer Institution betrachtet, sind deutliche Unterschiede zwischen Typ B und D erkennbar. 60% der Fälle von Typ B (drei bis neun Monate Verweildauer) weisen eine nicht stabile Anschlusslösung auf. Im Gegensatz dazu weist Typ D mit einer mehr als neunmonatigen Verweildauer in einer Institution in nur 33% der Fälle eine nicht stabile Anschlusslösung auf. Dieser markante Unterschied gibt Aufschluss auf die Auswirkung der Verweildauer in einer Institution. So ist klar ersichtlich, dass die Typen A und B mit einer Verweildauer von drei bis neun Monaten durchschnittlich weniger stabile Anschlusslösungen finden als die Typen C und D, welche sich länger als neun Monate in einer Institution aufgehalten haben.

Daraus ist zu schliessen: Je länger die Verweildauer in einer Institution ist, desto häufiger finden die Personen eine stabile Anschlusslösung. Somit wird bestätigt, dass sich die Strukturen und Regelmäßigkeiten in den Institutionen positiv auf die Entwicklung der Drogengebrauchenden auswirken. Die Lebenslage wird gefestigt und stabilisiert. Die zurückgewonnene oder neu erlernte Wohnfähigkeit, ein reaktiviertes soziales Umfeld und ein verbesserter Gesundheitszustand bedeuten eine neue und bessere Ausgangslage. Die Personen sind fähiger und eher bereit, eine stabile Anschlusslösung zu finden und sich auch darauf einzulassen. Die biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnisse wie Sicherheit, Unverwechselbarkeit, Struktur und Regelmäßigkeit, Zugehörigkeit, Zuwendung, soziale Anerkennung, sensorische Stimulation und sensorische Formen, die während der prekären Lebenslage zu kurz kamen, gewinnen während eines Aufenthalts in einer Institution wieder an Bedeutung. Dadurch steigt das allgemeine Wohlbefinden, was ein menschenwürdiges Dasein unterstützt.

8 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden aus der Diskussion der Forschungsergebnisse Schlussfolgerungen gezogen, um die anfänglich gestellte Fragestellung zu beantworten. In einem weiteren Schritt wird der Bezug zur Sozialen Arbeit aufgezeigt.

8.1 Beantwortung Fragestellung

Inwiefern gibt es einen Bedarf nach einer stabilen Wohnmöglichkeit für Süchtige illegaler Drogen im Raum Luzern?

Aufgrund der Ergebnisse vorliegender Forschung, kann ein deutlicher Bedarf nach einer stabilen Wohnmöglichkeit ausgewiesen werden. 47% der drogengebrauchenden Menschen treten aus einer Institution in instabile Wohnverhältnisse aus. Das heisst, dass die Betroffenen in einen instabilen sowie prekären Lebensalltag zurückkehren, welcher keine langfristige Stabilisierung gewährleistet. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Drogengebrauchenden dieser 47% ein längerfristiges Wohnangebot in Anspruch nehmen würden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass andere drogengebrauchende Menschen dazu kommen, welche im Rahmen der durchgeführten Forschung nicht berücksichtigt werden konnten. Beispielsweise Drogengebrauchende, welche täglich in der Kontakt- und Anlaufstelle und der Gassenküche ein und ausgehen und in den letzten fünf Jahren nicht in einer Institution angeschlossen waren.

Einen Bedarf an Übernachtungsmöglichkeiten kann auch die Notschlafstelle bestätigen. Gemäss Statistik (ohne Datum) weist die Notschlafstelle seit 2008 eine konstant hohe Auslastung auf. Corinne Buchser (2009) schreibt in einem Interview mit Urs Schwab, Leiter der Notschlafstelle, dass die Personen im Obdach nicht nur eine Nacht bleiben, sondern vermehrt für längere Zeit Unterschlupf suchen (ohne Seitenzahlen). Laut Gigi Falk (Gespräch vom 1. Juni 2012) ist das Wohnhaus sehr gut ausgelastet und seit 2009 besteht eine konstante Warteliste.

Die Abhängigkeitserkrankung hat Auswirkungen auf verschiedene Aspekte des Alltags. Die drogengebrauchenden Menschen weisen Defizite bei sich und in ihrem sozialen Umfeld auf. Die Rückfallwahrscheinlichkeit in die Abhängigkeit ist in den ersten drei Monaten nach Austritt aus einer professionellen Behandlung am höchsten. Bereits in den ersten vier Wochen ereignet sich die Hälfte der Rückfälle. Sie werden oft durch emotional negativ erlebte Situationen begünstigt. Gefühle wie Frustration, Enttäuschung, Unruhe, Langeweile, innere Spannung und Einsamkeit verstärken diesen Prozess. Bei drogengebrauchenden Menschen, die in eine instabile Anschlusslösung übertreten, werden genau die oben erwähnten Gefühle für einen erneuten Absturz gefördert. Deshalb ist ein nahtloser Übergang in ein stabiles Wohnangebot von besonderer Bedeutung, um die zurück gewonnenen oder neu erlernten Wohnfähigkeiten, ein reaktiviertes soziales Umfeld und einen verbesserten Gesundheitszustand als neue Ausgangslage aufrecht zu erhalten. Nur so kann das Bedürfnis nach Schutz, Privatsphäre, Beständigkeit, Kommunikation, sozialer Anerkennung und Selbstentfaltung befriedigt werden.

Auch in den Gesprächen mit den Fachpersonen wurde deutlich formuliert, dass es oft an stabilen Anschlusslösungen, die an einer professionellen Betreuung anschliessen, fehlt. Mit dieser Problemlage kann generell eine Nachhaltigkeit der Sozialen Arbeit im Suchtbereich nicht gewährleistet werden. Die Auto-

rinnen wissen aus ihrem Arbeitsalltag, dass der benannte Teufelskreis sehr schnell und oft noch gravierender als vor der professionellen Betreuung seinen Lauf nimmt. Ein weiterer Punkt, welcher für ein langfristiges Wohnangebot spricht, ist, dass die erlernten Bewältigungskompetenzen für das Craving, für Krisensituationen und den Umgang mit Frustration als Ressource genutzt werden können.

Durch das Älterwerden steigt der Konflikt zwischen Autonomie und Hilfsbedürftigkeit. Die Drogengebrauchenden nehmen wahr, dass sie zunehmend von ihrer Selbstständigkeit verlieren und noch stärker auf Hilfe von anderen Menschen angewiesen sind. Dieser Zustand manifestiert sich bei drogengebrauchenden Menschen frühzeitig. Die Drogengebrauchenden geben im Alter nicht ihre jahrelange Sucht auf, nur weil sie pflegebedürftig werden und an Mobilität verlieren. Für die Autorinnen ist es deshalb verständlich, wenn drogengebrauchende Menschen trotz ihres Hilfsbedarfs keine Alters- oder Pflegeheime aufsuchen. Auch längere Aufenthalte in Spitälern und Psychiatrien werden gemieden, da in diesen Institutionen keine Heroinsubstitution angeboten wird. Von besonderer Bedeutung in der Begleitung und Betreuung von drogengebrauchenden Menschen ist die individuelle Lebenssituation von jedem Einzelnen. Die Autorinnen betonen deshalb die Wichtigkeit von individuell angepassten Hilfeleistungen. Auch dies wäre in einem längerfristigen Wohnangebot gewährleistet.

Drogengebrauchende Menschen sind für ihr situatives Wechseln von Institution zu Institution bei den Fachpersonen bekannt. Dieses Verhalten bedeutet erhebliche finanzielle Aufwendungen für das Gesundheitssystem. Die Kosten für die Betreuung von drogengebrauchenden Menschen werden somit längerfristig höher. Auch für die Drogengebrauchenden ist dieser Zustand von Stabilisation und Absturz sehr anstrengend und zermürend. Die Resignation leitet sich als Folge der Abfindung mit der Ausweglosigkeit ihrer Suchterkrankung ab. In Kombination mit komorbider Erkrankung wird die Kooperation gegenüber dem Helfernetz und einer möglichen Einbindung zumindest in Teilbereiche der Gesellschaft immer schwieriger umzusetzen. Ein frühzeitiges Erkennen von gesundheitlichen Folgeerkrankungen löst finanziell weniger gravierende Kosten aus. Beispielsweise können notfallmässige Pflegeplatzierungen vermieden werden. Dies kann ein Angebot gewährleisten, in welchem die Drogengebrauchenden eine frühzeitige Eingliederung erleben und sich somit von ihrer prekären Lebenslage distanzieren können. Da Drogenkonsumierende durch ein Wohnangebot besser betreut sind, gesamthafte Stabilität erreichen und ihnen von Anfang an eine Einkommensverwaltung angeboten werden kann, treten weniger schwerwiegende prekäre Lebensumstände ein. Sprich einer masslosen Verschuldung kann mit enger Begleitung und Betreuung entgegengewirkt werden.

Auf <http://www.humanrights.ch> kann entnommen werden, dass jede Person einen Anspruch auf Existenzsicherung hat. Dies umfasst die Grundbedürfnisse nach Nahrung, Obdach, Gesundheit, Bildung, Arbeit und sozialer Sicherheit. Daraus leitet sich das Recht jedes Menschen ab, dass seine Grundbedürfnisse in Notlagen mit Hilfe des Staates erfüllt werden. Es ist der Zweck der Menschenrechte, die menschliche Würde zu stützen. Daraus lässt sich schliessen, dass auch ein nicht abstinenzorientierter Drogengebrauchender hinsichtlich seiner Substanzabhängigkeit ein menschenwürdiges Dasein erleben darf. Dies wiederum ist nur mit einem zeitlich unbegrenzten Wohnangebot für Drogengebrauchende, welche nicht abstinent leben wollen oder können, möglich.

All diese genannten Punkte sprechen dafür, dass eine stabile Wohnmöglichkeit die prekäre Lebenslage und den physischen wie auch psychischen Gesundheitszustand der drogengebrauchenden Menschen

erheblich verbessert und stabilisiert. Beinahe die Hälfte der drogengebrauchenden Menschen weisen bei Austritt instabile Wohnverhältnisse auf. Trotz diesem klaren Bedarf besteht im Raum Luzern kein solches Wohnangebot. Die Autorinnen bewerten es als problematisch, wenn nach diesen Erkenntnissen kein entsprechendes Angebot in der Säule der Schadensminderung initiiert wird.

8.2 Bezüge zur Sozialen Arbeit

Drogengebrauchende leben in einer prekären Lebenslage. Sie sind krank, wohnen häufig in nicht stabilen Verhältnissen und leben meist am Rande der Gesellschaft. Diese Merkmale aus der Lebenssituation von drogengebrauchenden Menschen weisen auf die Problematik sozialer Desintegration hin. Die Profession Soziale Arbeit nimmt sich dieser Thematik an. Dies auch deshalb, weil die Drogengebrauchenden durch ein Hilfsangebot in der Suchtarbeit oftmals als erstes an Sozialarbeitende gelangen. Noch deutlicher ist die Zuständigkeit der Sozialarbeitenden, wenn die Begriffsbestimmung betrachtet wird. Laut Schmocker (2007) geht die Profession der Sozialen Arbeit von folgender Definition aus:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben.

Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (S. 1)

Im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial legen Beck et al. (2010) die Definition der Profession genauer aus. Demnach haben alle Menschen das Recht, dass ihre lebensnotwendigen Bedürfnisse befriedigt werden, das Recht auf Integrität und das Recht auf einen Platz in einem sozialen Umfeld (S. 4). Der Gegenstand, welcher in vorliegender Arbeit einen Handlungsbedarf für Sozialarbeitende aufweist, sind die drogengebrauchenden Menschen und ihre nicht stabile Wohnsituation. Der Berührungspunkt des vorhandenen Gegenstandes und der Sozialen Arbeit liegt bei den drogengebrauchenden Menschen als Mensch-in-der-Gesellschaft-Sein.

Der Problembereich liegt im Bedarf an stabilen Wohnmöglichkeiten für Süchtige illegaler Drogen im Raum Luzern. Wie in vorliegender Arbeit bereits mehrmals erwähnt, können die drogengebrauchenden Menschen aufgrund ihrer Suchterkrankung mit ihren verfügbaren persönlichen und sozialen Ressourcen ihren Lebensalltag nur unter erschwerten Bedingungen alleine bewältigen. Folglich sind die drogengebrauchenden Menschen in der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse eingeschränkt, was wiederum zu weiteren Beeinträchtigungen führen kann. Somit stellt dieser Problembereich eine klare Notlage von einer Gruppe von Menschen dar, die marginalisiert sind. Genau da setzt die Soziale Arbeit an. Beck et al. schreiben im Berufskodex (2010), dass die Soziale Arbeit den Auftrag hat, Menschen, die es aus eigenen Ressourcen nicht schaffen, zu helfen am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (S. 4).

Somit liegt im vorliegenden Problembereich das Ziel der Sozialen Arbeit darin, dass sich die Sozialarbeitenden dafür einsetzen, die Wohnsituation von drogengebrauchenden Menschen zu verbessern. Es ist die Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit, eine Lösung zu finden oder zu entwickeln, welche

die soziale Notlage der Drogengebrauchenden verbessert. Es gilt die drogengebrauchenden Menschen durch ein stabiles Wohnangebot in ihrer Lebenssituation zu begleiten, zu unterstützen, zu betreuen sowie ihre Entwicklung zu stabilisieren und zu fördern, so dass die bestmögliche Reintegration erreicht wird. Bezogen auf die Berufsfelder der Sozialen Arbeit stellt die Suchtarbeit ein breites Spektrum dar. Das Angebot einer stabilen Wohnmöglichkeit für Drogengebrauchende kann den Funktionsfeldern der Sozialen Arbeit folgendermassen zugeordnet werden: Dem Feld Information/Service durch die Unterstützung von alltäglichen Belangen, dem Feld Entwicklung/Veränderung durch psychosoziale Beratungen, dem Feld Stabilisierung/Betreuung/Begleitung durch medizinische Hilfestellungen. Das Feld Schutz/Kontrolle spielt dabei eine untergeordnete Rolle, da gesetzliche Massnahmen nicht im Fokus stehen.

Durch das wissenschaftliche Forschen im Gebiet der Suchtarbeit und in Kombination mit dem Wissen über die Suchtkrankheit, die Bedeutung des Wohnens und die Drogenpolitik kann dem Problembereich professionell begegnet und sozialarbeiterisch argumentiert werden. Da die Arbeit mit drogengebrauchenden Menschen nebst der Sozialen Arbeit verschiedene Bereiche wie Psychologie, Soziologie, Theologie, Medizin und Pädagogik tangiert, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Untermauert und geleitet wird die Entwicklung einer Lösung laut Schmocker (2007) durch ethische Aspekte hinsichtlich der Menschenwürde und der sozialen Gerechtigkeit (S. 2). Deshalb gilt die Soziale Arbeit auch als Menschenrechtsprofession und stützt sich auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, welche als Sozialziele in der BV verankert sind.

Die Autorinnen sind der Meinung, dass sich die Sozialarbeitenden, welche im Suchtbereich arbeiten, vehementer für ein stabiles Wohnangebot im Raum Luzern für drogengebrauchende Menschen einsetzen müssen. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen in diesem Problembereich Stellung beziehen und sich in der Gesellschaft wie auch in der Politik klar positionieren. Dafür ist es unabdingbar, dass die Sozialarbeitenden ihre Netzwerke mobilisieren, sich interdisziplinär weiter vernetzen und gemeinsam stark auftreten. Die Autorinnen sind überzeugt, dass die Politik die Problematik der drogengebrauchenden Menschen erneut aufnehmen muss, um die ausgewiesene Lücke im in der Schadensminderung zu schliessen.

9 Exkurs: Die ideale Wohnmöglichkeit

Wie genau die Umsetzung eines Angebotes aussehen könnte, das einer stabilen Wohnmöglichkeit im Sinne der Fragestellung entspricht, ist grundsätzlich nicht Teil der vorliegenden Arbeit. Trotzdem haben sich die Autorinnen damit auseinandergesetzt und legen ihre Anregungen, Forderungen und Wünsche dazu in diesem Kapitel dar.

Wie im vorangegangenen Kapitel ersichtlich wurde, gibt es kein entsprechendes Angebot einer stabilen Wohnmöglichkeit, welches dann für alle Betroffenen stimmig ist. Im Gespräch mit den Fachpersonen aus den verschiedenen Institutionen ist klar geworden, dass sich je nach Klientel auch die Fachpersonen verschiedene Wohnmöglichkeiten vorstellen. Es gibt viele Punkte, zu denen man sich bei der Planung oder Konzepterarbeitung eines entsprechenden Angebotes Gedanken machen muss. Als erstes werden nun die Punkte aufgezeigt, die für ein Angebot im Raum Luzern notwendig sind.

Niederschwelligkeit

Der Raum Luzern braucht ein niederschwelliges Wohnangebot. In diesem Zusammenhang heisst niederschwellig, dass das Angebot Personen aufnehmen kann, ohne an diese zu viele Anforderungen zu stellen. Es muss ein Angebot sein, in dem Menschen wohnen können, auch wenn sie aktuell drogengebrauchend sind und in dem das komplexe und labile Verhalten, welches diese Personen oft aufweisen Platz hat. Die Hausordnung muss klar und für alle umsetzbar sein.

In diesem Zusammenhang muss man sich damit auseinandersetzen, ob der Konsum von illegalen Drogen in den Räumlichkeiten gestattet ist oder nicht. Die Schadensminderung spricht von Menschen, die auf den Konsum von Drogen nicht verzichten wollen oder können. Man muss sich also bewusst sein, dass ein Verbot des Konsums viele der Betroffenen davon abhalten würde, sich auf so eine Wohnmöglichkeit einzulassen. Auf diese Thematik wird nachfolgend bei den wünschenswerten Punkten noch einmal eingegangen.

Verweildauer

Die Wohnmöglichkeiten, die im Raum Luzern bisher vorhanden sind, haben alle eine Beschränkung der Aufenthaltsdauer. Das fehlende Angebot muss darauf ausgerichtet sein, dass die Betroffenen für unbeschränkte Zeit dort wohnen bleiben können. Das kann heissen, sie können dort wohnen, bis sie die nötige Wohnfähigkeit erlangt haben um selbstständig wohnen zu können. Falls sie diese Wohnfähigkeit nicht erlangen, müssen sie die Möglichkeit haben, auch bis zu ihrem Tod dort zu wohnen. Letzteres bedeutet, dass es möglich sein muss, pflegebedürftige Personen adäquat zu betreuen und Sterbebegleitung sicher zu stellen. Die Pflegebedürftigkeit von drogengebrauchenden Menschen setzt allgemein früh ein. Dadurch, dass diese Menschen zunehmend älter werden, steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen unter den Drogengebrauchenden an. Aus Erfahrung weiss man bereits, dass eine Platzierung dieser Personen in allgemeinen Alters- und Pflegeheimen aufgrund der speziellen Situation der Drogengebrauchenden zu grossen Schwierigkeiten führt. Die bestehenden Heime sind im Normalfall nicht auf diese Personen ausgerichtet.

Gleichzeitig muss es für jene Betroffenen, denen es gesundheitlich besser geht, möglich sein, gut begleitet austreten zu können. Eine Nachsorge mit begleitetem Wohnen muss daher gewährleistet sein. Ansonsten ist die Wahrscheinlichkeit für eine erneute instabile und schwierige Wohnsituation sehr gross.

Substitution

Die Thematik der Aufenthaltsdauer und der Pflegebedürftigkeit zieht das Thema der Substitution nach sich. Substitutionsgestützte Behandlung muss in einem Wohnangebot möglich sein, in dem die Personen auch bis zu ihrem Tod bleiben dürfen. Die dort wohnenden Drogengebrauchenden werden je nach Gesundheitszustand in ihrer Mobilität massiv eingeschränkt sein. Es ist somit nicht für alle zumutbar, weiterhin an einem externen Substitutionsprogramm teilzunehmen. Die Schwierigkeit liegt hier vor allem bei jenen Menschen, die in der Heroingestützten Behandlung sind. Heroin darf in Luzern nur vom Drop-In unter Einhaltung von Weisungen und Prüfung des BAG und dem kantonsärztlichen Dienst abgegeben und in diesen Räumlichkeiten konsumiert werden. Gleichzeitig ist es aber weder sinnvoll noch ethisch vertretbar, dass Menschen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Mobilität von der Heroingestützten Behandlung zur Methadongestützten Behandlung wechseln müssen.

Räumlichkeiten

Eine Selbstverständlichkeit ist für die Autorinnen, dass die Räumlichkeiten ansprechend und wohnlich sind. Trotzdem soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden. Den Betroffenen soll ein Wohnraum geboten werden, für den sie in den Punkten Ordnung, Sauberkeit und Gestaltung mitverantwortlich sind. Die Unterbindung einer Ghettoisierung muss in der Konzepterarbeitung miteingeplant werden.

Im folgenden Abschnitt werden nun jene Punkte benannt, die zusätzlich berücksichtigt werden müssen und für eine ideale Umsetzung sehr wünschenswert sind:

Konsum

Ebenso unterschiedlich wie die Konsumgewohnheiten der Betroffenen sind, kann auch die gewünschte Wohnmöglichkeit aussehen. Für aktuell drogengebrauchende Menschen ist wichtig, dass sie da wo sie wohnen auch Drogen konsumieren dürfen. Wenn der Konsum erlaubt ist, heisst dies für jene Betroffenen, die abstinent leben wollen, dass sich bei ihnen mit dem Einzug oder mit dem Verbleiben in einer solchen Wohnmöglichkeit die Chance auf Abstinenz klar verringert. Auch für Personen, die in einer substitutionsgestützten Behandlung sind und das Ziel haben, ohne Nebenkonsum auszukommen, ist es schwierig dieses Ziel dauerhaft zu erreichen, wenn da wo sie wohnen von anderen Personen Drogen konsumiert werden. Eine räumliche Trennung nach Gruppen mit verschiedenen Zielen kann somit als wünschenswert erachtet werden.

Durchlässigkeit der Wohnformen

Ein weiterer Punkt nach dem unterschieden werden sollte, ist die Wohnform. Ein gesunder erwachsener Mensch kann sich selber für eine passende Wohnform entscheiden. Auch drogengebrauchende Menschen haben individuelle Wohnbedürfnisse. Ideal wäre es daher, wenn man auch ihnen verschiedene Wohnformen anbieten könnte. Zudem brauchen nicht alle Betroffenen eine gleich intensive Betreuung, um Stabilität in ihrem Leben zu erreichen oder halten zu können. Somit müsste betreutes Wohnen in verschiedenen Ausführungen angeboten werden und auch die Möglichkeit von begleitetem Wohnen müsste vorhanden sein. Im Idealfall sollten Wechsel zwischen betreuten und begleitetem Wohnmöglichkeiten in beide Richtungen möglich sein.

Laut Fachpersonen kommt es regelmässig vor, dass eine Person, die den Aufenthalt in einer therapeutischen Institution eigentlich beenden könnte, dies gar nicht will. Jedes Ende oder entsprechend jeder Neuanfang bedeutet in dieser Situation erst einmal eine Entwurzelung. Vertrautes, ein Ort wo sich die

Person wohl fühlen konnte, muss verlassen werden. Die Veränderung, die beispielsweise ein Austritt aus der Therapie mit sich bringt, bringt Angst und Unsicherheit hervor. Genau diesen Schwierigkeiten könnte mit einem Angebot entgegengewirkt werden, welches verschiedene Wohnmöglichkeiten und Wohnformen anbietet. Ein interner Wechsel wäre für die Drogengebrauchenden weniger schwierig. Bezugspersonen könnten die gleichen bleiben. Dies hätte den Effekt, dass eine Stabilisierung besser gelingen könnte.

Literaturverzeichnis

- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.). (2004a). *Jahresbericht 2004*. Gefunden am 24. Juli 2012, unter <http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page119-de.html>
- Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.). (2004b). *Komorbidität-Drogenkonsum und psychische Störungen. Ein unterschätztes Phänomen*. Gefunden am 24. Juli 2012, unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_DE_Dif14DE.pdf
- Beck, Susann; Diethelm, Anita; Kerssies, Marije; Grand, Oliver & Schmocker, Beat (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Bergmann, Rolf (2002). Soziale Veränderungen bei Sucht. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 506-509). Landsberg/Lech: ecomed.
- Beywl, Wolfgang; Kehr, Jochen; Mäder, Susanne & Niestroj, Melanie (2008). *Evaluation Schritt für Schritt. Planung von Evaluationen* (2. Aufl.). Münster: hiba gmbH & Co. KG Verlag.
- Bollnow, Otto Friedrich (1971). *Mensch und Raum* (2. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Brauer, Kerry-U. (2008). *Wohnen, Wohnformen, Wohnbedürfnisse. Soziologische und psychologische Aspekte in der Planung und Vermarktung von Wohnimmobilien*. Wiesbaden: IZ Immobilien Zeitung Verlagsgesellschaft.
- Buchser, Corinne (2009, 15. Juli). *Altersheime für Junkies?*. Gefunden am 20. April 2012, unter http://www.swissinfo.ch/ger/Home/Archiv/Altersheime_fuer_Junkies.html?cid=7501872
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2006a). *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zu Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2006b). *Terminologie der Schweizer Drogenpolitik*. Stand 22. November 2006. Gefunden am 1. Juli 2012, unter <http://www.infoset.ch/de/suchtpolitik/droschweiz/index.cfm>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2011). *Act-info Jahresbericht 2010. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz*. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Autor.

- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2011). *HIV und Aids in der Schweiz*. Gefunden am 18. Juli 2012, unter http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12908/12909/12915/index.html?lang=de
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (ohne Datum). *Die Schweizer Drogenpolitik*. Gefunden am 8. Juli 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/index.html?lang=de>
- Cattacin, Sandro (2012). Suchtpolitik. *SuchtMagazin*, 2012(2), 9-12.
- Dias de Oliveira, Anabela (2011). Wohnhilfen für ältere chronifizierte Drogenabhängige in Unna. In Irmgard Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 283-301). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Dürsteler-MacFarland, Kenneth; Herdener, Marcus; Strasser, Johannes & Vogel Marc (2011). Medizinische und psychosoziale Problemlagen substituierter Patienten. In Irmgard Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 93-136). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Eckermann, Franziska (2012). Suchtpolitik. *SuchtMagazin*, 2012(2), 4-8.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF] (2012). *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Blick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik*. Zürich: Seismo Verlag.
- Fischer, Martina; Missel, Peter; Novak, Manfred; Roeb-Rienas, Walter ;Schiller, Anne & Schwem, Helmut (2007). «Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese)» -Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. *Sucht Aktuell*, 2007(2), 37 - 46.
- Gassenarbeit (ohne Datum). *Homepage der Gassenarbeit*. Gefunden am 4. Juli 2012, unter <http://www.gassenarbeit.ch>
- Gerlach, Christine (2002). Wohnen als Integrationshilfe für DrogengebraucherInnen. In Lorenz Böllinger & Heino Stöver (Hrsg.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 189). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Gossop, Michael (2008). Substanzkonsum im Alter- ein vernachlässigtes Problem. *Drogen im Blickpunkt*, 2008(1), (ohne Seitenzahl).
- Hilckmann, Martin (2011). Wohn-und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS: Modellprojekte am Beispiel von «ZIK- zuhause in Kiez» in Berlin. In Irmgard Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 229-249). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (ohne Datum). *Begriffsdefinitionen für das Sozialwesen von A–Z*.

Gefunden am 17. Juni 2012, unter

http://www.infostelle.ch/user_content/editor/files/glossar.pdf/glossar.pdf

Höpflinger, Francois (2009). Der Wandel des Alters. *SuchtMagazin*, 2009(3), 4-9.

Hösselbarth, Susanne; Stöver, Heino & Vogt, Irmgard (2011). Lebensweise und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In Irmgard Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 137-166). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Kellermann, Bert (2005). *Sucht. Versuch einer pragmatischen Begriffsbestimmung für Politik und Praxis*. Geesthacht: Neuland.

Kluge, Susann (2000, Januar). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung «20 Absätze». *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 2000 1(1) «On-line Journal». Verfügbar über <http://qualitative-research.net/fqs> [Datum des Zugriffs: 5. Juni 2012]

Kommission für Suchtfragen (2003). *Konzept Suchtprävention und Suchthilfe*. Gefunden am 1. Juli 2012, unter http://www.gesundheit.lu.ch/pdf_konzept_suchpraevention.pdf

Kuntz, Helmut (2000). *Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.

Lang, Frieder R.; Martin, Mike & Pinquart, Martin (2012). *Entwicklungspsychologie – Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.

Levy, René (2009). *Die schweizerische Sozialstruktur*. Zürich: Rüegger Verlag.

Lischer, Suzanne (2011). *Der Suchtbegriff – Theorien und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Luzerner Psychiatrie (ohne Datum). *Homepage der Luzerner Psychiatrie*. Gefunden am 4. Juli 2012, unter <http://www.lups.ch>

Mathys, Yolanda & Marcel, Röllin (2010). *Wohnungslos in der Leuchtenstadt. Ausmass und Ursachen von Wohnungslosigkeit im Kontext der Schadensminderung im Raum Luzern*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Menzi, Peter (2012). Suchtpolitik. *SuchtMagazin*, 2012(2), 27-33.

Notschlafstelle (ohne Datum). *Statistik Notschlafstelle 2007-2011*. Unveröffentlichtes Dokument der Notschlafstelle Luzern. Luzern: Notschlafstelle.

- Obrecht, Werner (1996). Sozialarbeitswissenschaft als integrative Handlungswissenschaft. In Roland Merten, Peter Sommerfeld & Thomas Koditek (Hrsg.), *Sozialwissenschaft – Kontroversen und Perspektiven* (S. 142-149). Berlin: Luchtenhand.
- Petzold, Hilarion (2005). Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven. In Petzold, Hilarion; Ebert, Wolfgang & Schay, Peter (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (2. überarb. Aufl., S. 465-481.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Petzold, Hilarion; Schay, Peter & Hentschel, Ulrich (2005). Niederschwellige Drogenarbeit und «intermittierende» Karrierebegleitung als Elemente einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In Petzold, Hilarion; Ebert, Wolfgang & Schay, Peter (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (2. überarb. Aufl., S. 77-101.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Pilloud, Janine. (2004). *Wohnzeiten. Wohnbedürfnisse im gesellschaftlichen Wandel*. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.
- Rosenhagen, Günter (2005). Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In Karlheinz Ortmann & Heiko Waller (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 76-87). Hohengehren: Schneider Verlag GmbH.
- Schaffer, Hanne (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Schmocker, Beat (2007). *Diskussionsskizze zu «the social work profession»*. Unveröffentlichtes Unterrichtskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit .
- Schweizerisches Arbeiterhilfswerk [SAH]. (1997). *Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen. Das neue Handbuch zum Aufbau von Projekten der Überlebenshilfe, herausgegeben von der Promotionsstelle Arbeit und Wohnen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [BAG]* (überarb. Aufl.). Bern: Autor.
- Seglias, Hendri (1999). Multimorbidität- Umgang mit Mehrfach Belastungen in der Suchttherapie. *Sozial Aktuell*, 1999(19), 25-30.
- Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen [EKAL], für Drogenfragen [EKDF] und für Tabakprävention[EKTP]. (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern: Stämpfli Publikationen AG.
- Suchthilfe Wien (Hrsg.). (2011). *Tätigkeitsbericht 2011*. Gefunden am 10. Juli 2012, unter <http://www.suchthilfe.at/wp-content/uploads/Taetigkeitsbericht-betreutes-wohnen-20111.pdf>

Türk, Dilek & Bühringer, Gerhard (1999). Psychische und soziale Ursachen der Sucht. *Der Internist*, 1999(6), 583-589.

Verein Jobdach (ohne Datum). *Homepage des Vereins Jobdach*. Gefunden am 4. Juli 2012, unter <http://www.jobdach.ch>

Vertheim, Uwe & Krausz, Michael (2002). Komorbidität- Drogenabhängigkeit und psychische Störungen. In Lorenz Böllinger & Heino Stöver (Hrsg.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 38-43). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Vogelsang, Monika (2010). Zur Komorbidität bei Suchterkrankungen. In Monika Vogelsang & Petra Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 126-133). Lengerich: Pabst Science Publisher.

Vogt, Irmgard (2011). *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Vogt, Irmgard (2009). Süchtige Alte und ihre Versorgung. *SuchtMagazin*, 2009(3), 29-31.

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (ohne Datum). *Definition Sucht*. Gefunden am 2. Juli 2012, unter <http://www.suchthilfe-wetzlar.de/hp-dateien/sucht.htm#definition>

Wonneberger, Eva (2011). *Neue Wohnformen. Neue Lust am Gemeinsinn?*. Freiburg: Centaurus Verlag & Media.

Rechtliche Quellen

Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121). Stand am 1. Juli 2011.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101). Stand am 11. März 2012.

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948. Stand 28. November 2011.

Vollzugsverordnung (VV) zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 27. Dezember 1976 (Nr. 833). Stand 1. Februar 2011.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

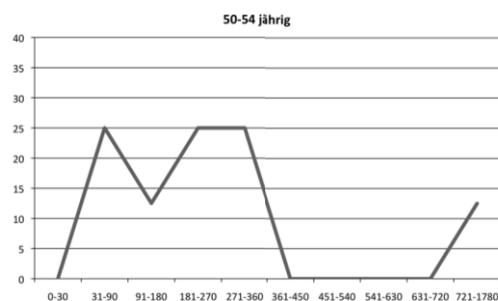
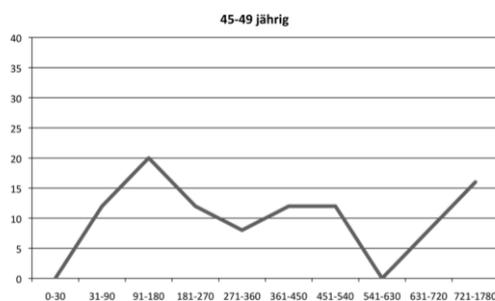
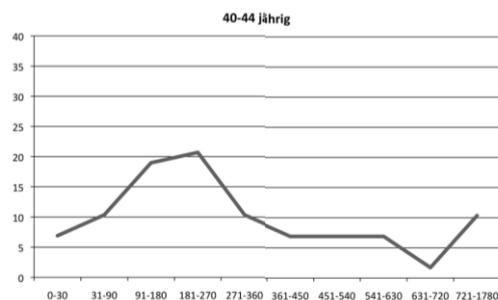
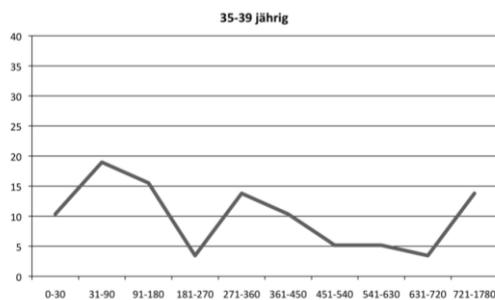
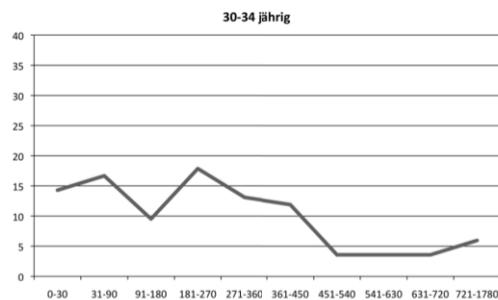
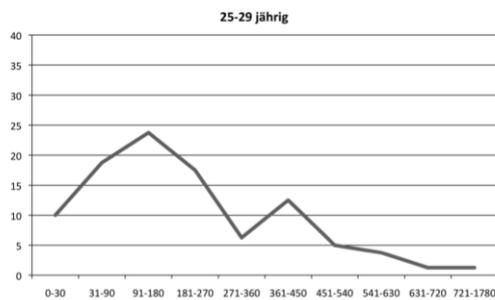
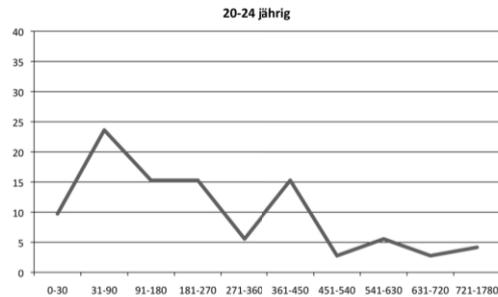
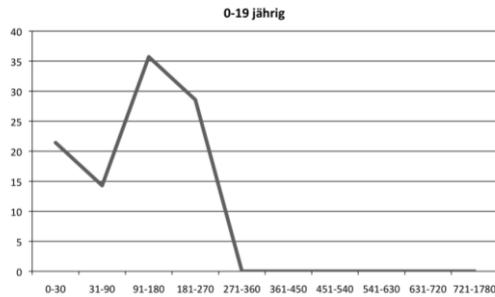
Abbildung 1: Das Würfelmodell	9
Abbildung 2: Alter bei Austritt	35
Abbildung 3: Anschlusslösungen	36
Abbildung 4: Verteilung der Anschlusslösungen nach Kategorie	37
Abbildung 5: Stabilität der Anschlusslösung nach Typen	40
Abbildung 6: Anschlusslösung eigene Familie und ihr prozentualer Anteil bei den Altersgruppen 0-29 und 30-54 im Vergleich	44
Abbildung 7: Anschlusslösung Hotel/Pension und ihr prozentualer Anteil bei den Altersgruppen	45
Tabelle 1: Übersicht der schadensmindernden Angeboten im Raum Luzern	13
Tabelle 2: Defizite und ihre Auswirkungen bei Drogengebrauchenden mit Komorbidität	19
Tabelle 3: Anzahl Einträge vor und nach der Bereinigung des Datensatzes	31
Tabelle 4: Einteilung der Anschlusslösungen nach Kategorien	32
Tabelle 4: Einteilung der Anschlusslösungen nach Kategorien	36
Tabelle 5: Fallzahlen nach Verwildauer und Alterkategorie	38
Tabelle 6: Typenbildung mit Typenbezeichnung	39
Tabelle 7: Beispiel einer Person mit drei verschiedenen Austritten	45
Tabelle 8: Typenbildung	47

Anhang A

Verweildauer nach Alterskategorien prozentual dargestellt

x-Achse: Verweildauer in Tagen

y-Achse: prozentualer Anteil



Anhang B

Verteilung der Anschlusslösungen nach Altersgruppen

Alter	0-19 n=14		20-24 n=72		25-29 n=80		30-34 n=84		35-39 n=58		40-44 n=58		45-49 n=25		50-54 n=8	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bekannte / Freunde	1	7.14%	5	6.94%	5	6.25%	4	4.76%	1	1.72%	4	6.90%	0	0.00%	1	12.50%
Betreutes Wohnen	6	42.86%	12	16.67%	4	5.00%	12	14.29%	5	8.62%	4	6.90%	3	12.00%	2	25.00%
Eigene Familie	2	14.29%	12	16.67%	12	15.00%	3	3.57%	9	15.52%	4	6.90%	1	4.00%	0	0.00%
Eigenes Zimmer/ Eigene Wohnung	0	0.00%	9	12.50%	20	25.00%	21	25.00%	14	24.14%	15	25.86%	3	12.00%	1	12.50%
Gefängnis	1	7.14%	3	4.17%	6	7.50%	8	9.52%	5	8.62%	2	3.45%	0	0.00%	0	0.00%
Hotel / Pension	0	0.00%	3	4.17%	6	7.50%	3	3.57%	1	1.72%	3	5.17%	4	16.00%	0	0.00%
Klinik	1	7.14%	5	6.94%	5	6.25%	3	3.57%	1	1.72%	5	8.62%	0	0.00%	1	12.50%
Landesverweis	0	0.00%	0	0.00%	1	1.25%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Nicht ausgetreten	0	0.00%	12	16.67%	4	5.00%	11	13.10%	7	12.07%	11	18.97%	4	16.00%	2	25.00%
Notschlafstelle	0	0.00%	1	1.39%	1	1.25%	3	3.57%	0	0.00%	1	1.72%	1	4.00%	0	0.00%
Stationäre Therapie	2	14.29%	2	2.78%	4	5.00%	5	5.95%	2	3.45%	2	3.45%	0	0.00%	0	0.00%
Unbekannt	1	7.14%	7	9.72%	12	15.00%	8	9.52%	11	18.97%	5	8.62%	6	24.00%	1	12.50%
Verstorben	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.19%	0	0.00%	0	0.00%	2	8.00%	0	0.00%
Wohngemeinschaft	0	0.00%	1	1.39%	0	0.00%	2	2.38%	2	3.45%	2	3.45%	1	4.00%	0	0.00%