

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

«Lebenswert(er)» – Gesundheitsförderung im Kontext der Schadensminderung

Einfluss von salutogenetischen Ansätzen auf die Suizidalität von Suchtmittelabhängigen illegalisierter Substanzen

Theoriearbeit BA115 / Bachelor-Thesis
Andrea Aemissegger
15-633-092

Eingereicht bei
Jan Willem (Wim) Nieuwenboom, Dr.
Olten, Ende Juni 2018

Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis gibt einen Überblick über das Phänomen «Suizidalität» und dessen Entstehung. Es wird aufgezeigt, inwiefern ein Substanzmittelgebrauch bzw. eine -abhängigkeit als Risikofaktor für Suizidalität gilt. Die Gesundheitsförderung als mögliche Herangehensweise an die Problematik wird theoretisch dargelegt, der Schwerpunkt wird auf das Konzept des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (1997) gelegt. Anschliessend wird das Setting der Kontakt- und Anlaufstellen aufgezeigt und die Möglichkeiten salutogenetischer Ansätze in den Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt beleuchtet. Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, ob ein niedriges Kohärenzgefühl im Zusammenhang mit Suizidalität steht und sich durch eine Stärkung des «sense of coherence» (SOC) bei der identifizierten Hochrisikogruppe Schutzfaktoren in Bezug auf Suizidalität ausbilden könnten. Es zeigt sich, dass ein niedriges Kohärenzgefühl laut Studien in Verbindung mit Suizidalität steht (vgl. Sjöström et al. 2012: 62ff.) und dass sich im niederschweligen Setting salutogenetische Einflüsse positiv auf die Personen auswirken und theoretisch die Suizidalität vermindern könnten. Empirisch müsste dies noch belegt werden.

Ich danke meinem Betreuer Wim Nieuwenboom für die Begleitung und die anregenden Diskussionen. Zudem bedanke ich mich bei meiner Patentante und meinem Vater für das Korrekturlesen. Und last but not least möchte ich der Assistenz-Leitung der K+A, Saskia Leu-Hausmann, für ihre Unterstützung danken.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung.....	1
1.1. Ausgangslage und Problemdefinition.....	1
1.2. Herleitung der Fragestellung.....	3
1.3. Relevanz der Fragestellung für die Soziale Arbeit.....	3
1.4. Aufbau und Ausblick über die Arbeit	3
2. Suizid und Suizidalität.....	3
2.1. Geschichtlicher Rückblick.....	4
2.2. Begriffsbestimmung von Suizidalität, Suizidversuch und Suizid	4
2.3. Epidemiologie	7
2.4. Risiken für Suizidalität und Suizide	8
2.5. Entwicklung von Suizidalität und Suizid	9
2.5.1. Komplexe Modelle.....	9
3. Sucht als Risikofaktor für Suizidalität	12
3.1. Begriffsbestimmung von Sucht	12
3.2. Illegalisierte Substanzen	14
3.3. Suizidalität und Substanzmittelabhängigkeit – empirische Datenlage	15
3.4. Entstehungs- und Erklärungsansätze von Suizidalität bei einer Suchtmittelabhängigkeit.....	17
4. Gesundheitsförderung	20
4.1. Geschichtlicher Hintergrund.....	20
4.2. Begriffliche Annäherung und Verortung im Gesundheitssektor	21
4.3. Zugrundeliegende Konzepte und Strategien	24
4.4. Gesundheitsfördernde Interventionen im Erwachsenenalter	26
4.5. Geschlechterspezifische Gesundheitsförderung	27

4.6.	Finanzierung der Gesundheitsförderung	28
4.7.	Qualitätsentwicklung und Evaluation der Gesundheitsförderung	29
4.8.	Zukunft der Gesundheitsförderung	31
5.	Salutogenese	32
5.1.	Begriffliche Annäherung	33
5.2.	Konzept des Kohärenzgefühls bzw. «Sense of coherence»	34
5.3.	Entwicklung des Kohärenzgefühls	37
5.4.	Der Weg zur Gesundheit	39
5.5.	Aktueller Forschungsstand der Salutogenese und des SOC's	40
5.6.	Kritik am Modell	41
6.	Kontakt- und Anlaufstellen	42
6.1.	Geschichtlicher Rückblick der schweizerischen Suchtpolitik	43
6.2.	Schadensminderung	44
6.3.	Charakteristika einer niederschweligen und akzeptanzorientierten Suchthilfe	45
6.4.	Klientel in den Kontakt- und Anlaufstellen der Schweiz	47
6.5.	Kontakt- und Anlaufstellen im Kanton Basel-Stadt	49
6.6.	Gesundheitsförderung in den Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt	51
7.	Schlussfolgerungen	52
7.1.	Zusammenfassung der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung	52
7.2.	Ausblick	55
	Literatur- und Quellenverzeichnis	VII
	Anhang	XVI
	Ehrenwörtliche Erklärung	XXXV

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Stress-Vulnerabilitäts-Modell und Entwicklung des Suizidprozesses von Suizidabsicht zum Suizid (nach Wassermann 2001) (in: Schneider et al. 2016: 72)	10
Abb. 2: Prädisponierende und auslösende Faktoren und ihr moderierender Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Alkoholkrankheit und suizidalem Verhalten (in Anlehnung an Conner und Duberstein 2004) (in: Schneider et al. 2016: 90, eigene Darstellung)	19

Abb. 3: Abb. 1 Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems (in: Hurrelmann et al. 2014: 21)	23
Abb. 4: Dynamischer wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten (in: Antonovsky 1997: 37)	36
Abb. 5: Integratives Modell der Salutogenese und der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit (in: Faltermaier 2017: 175)	41

1. Einleitung

In diesem einleitenden Hauptkapitel soll zuerst die Ausgangslage und Problemdefinition aufgezeigt werden. Anschliessend wird die der Arbeit zugrundeliegende Fragestellung ausformuliert, gefolgt von einem Unterkapitel, welches die Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit aufzeigt.

1.1. Ausgangslage und Problemdefinition

Suizidalität ist ein psychischer Zustand, welcher als Querschnittsthema das medizinisch-psychosoziale Versorgungssystem beschäftigt und dieses vor Aufgaben und Herausforderungen stellt (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 20). Sucht als ein Risiko- und Entstehungsfaktor für Suizid und Suizidalität bei Drogenkonsumierenden ist empirisch bereits mehrfach belegt worden (vgl. Schneider et al. 2016: 21ff.). Personen mit einer Substanzmittelabhängigkeit von illegalisierten Suchtmitteln bilden in Bezug auf Suizid und Suizidalität eine spezifische Risikogruppe (vgl. Stenbacka 2010: 21).

Zur Gruppe der illegalisierten Substanzen gehören Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis und Gamma-Hydroxybuttersäuren (vgl. Dreher 2015/2016: 193ff.). Der Zusammenhang zwischen Sucht und Suizidalität resultiert aus verschiedenen Gegebenheiten und kann anhand der biopsychosozialen Ebenen erklärt werden: einerseits ist bekannt, dass beispielsweise die Substanz Kokain durch seine aufputschende Wirkung Impulsivität und damit verbunden Suizidalität auslösen kann (vgl. Petit et al. 2012: 705). Des Weiteren zeigen sich aufgrund der Lebenslage der Konsumierenden oft vielfältige psychosoziale Risikofaktoren, welche Suizidalität auslösen können (vgl. Locicero et al. 2012: 1ff./Wolfersdorf 2011: 58f.). Komorbidität bei suchtmittelabhängigen Personen mit zum Beispiel psychischen Störungen erhöht das Suizidrisiko ebenfalls, was als weiterer Erklärungsansatz auf der psychischen Ebene genutzt werden kann (vgl. Cheng et al. 1997: 444). Auch soziale Stigmatisierung gilt als Risikofaktor für Suizidalität (vgl. Oexle et al. 2017: 1ff.).

In der schweizerischen Bevölkerung ist Cannabis noch immer die am meisten konsumierte illegalisierte Droge (vgl. Gmel et al. 2017: 79). Weniger als 1% der Gesamtbevölkerung gab bei einer Telefonbefragung 2016 an, im Verlauf des letzten Jahres Kokain oder Heroin konsumiert zu haben (vgl. ebd.: 79). Durchschnittlich konsumieren mehr Männer als Frauen in der Schweiz illegalisierte Substanzen (vgl. ebd.: 79). 33.8% gaben an, ab dem 15. Lebensjahr bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben (vgl. ebd.: 79). In Bezug auf den Kokainkonsum liegt die Prozentzahl bei 4.2, beim Heroinkonsum bei 0.7% (vgl. ebd.: 80). Partydrogen wie LSD, Speed, Ecstasy und Poppers wurden von 0.2% der Bevölkerung im letzten Jahr konsumiert (vgl. ebd.: 80). Es ist jedoch davon auszugehen, dass mehr Personen – vor allem in Bezug auf Kokain und Heroin – illegalisierte Drogen konsumieren, dies jedoch aufgrund der Stigmatisierungsgefahr nicht angaben (vgl. ebd.: 81).

In den Kontakt- und Anlaufstellen – in der Folge K+A genannt - finden Konsumierende von illegalisierten Substanzen Räumlichkeiten vor, in welchen sie unter hygienischen Bedingungen und unter Aufsicht ihre mitgebrachten Stoffe konsumieren können (vgl. Infodrog et al. 2011: 4). Die Personen befinden sich in einer akuten Suchtphase und sollen in den schadensmindernden Institutionen schnelle und unbürokratische (Überlebens-)Hilfe erhalten (vgl. ebd.: 2). Je nach Region und Kanton unterscheidet sich die Anzahl Kontakte mit Konsumierenden. Im Kanton Basel-Stadt beläuft sich die Zahl auf durchschnittlich 195 Personen pro Öffnung (vgl. Abteilung Sucht 2017: 45). Zum bestehenden Angebot gehören auch psychosoziale Beratungen, welche durch ein interdisziplinäres Team angeboten werden (vgl. Infodrog et al. 2011: 4ff.). Gerade auch in Krisensituationen, wo unter anderem Suizidalität als Thema aufkommen könnte, sind solche Gesprächsangebote da (vgl. Rieger 2012 :47). Es stellt sich jedoch häufig die Frage, inwiefern in einem ambulanten Setting eine ausreichende Suizidintervention gewährleistet werden kann (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 185). Vorbeugende Massnahmen wie die Präventionsarbeit wären eine Möglichkeit, sie können aber auch einen defizitorientierten und dadurch allenfalls stigmatisierenden Charakter für die Betroffenen haben (vgl. Quensel 2010: 107ff.). Anders sieht der Sachverhalt in Bezug auf Gesundheitsförderung aus. Diese zielt darauf ab, die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen zu stärken und auszubauen sowie Schutzfaktoren zu erschliessen (vgl. Hurrelmann et. al. 2014: 16).

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, was Suizidalität ist und weshalb Sucht – spezifisch von illegalisierten Substanzmitteln – als Risikofaktor für Suizidalität gilt, um zu einer vertieften Sensibilisierung der Fachpersonen, welche mit betroffenen Personen zusammenarbeiten, beizutragen. Des Weiteren zielt die Arbeit darauf ab, die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und deren Konzept der Salutogenese in Bezug auf den Ausbau von Schutzfaktoren darzulegen.

Die persönliche Motivation der Verfasserin ist durch ihre Mitarbeit während eines Praktikumssemesters in den K+A Basel-Stadt entstanden. Sie konnte dort einen vertieften Einblick in die Lebensumstände der Suchtmittelkonsumierenden einerseits und das Setting der niederschweligen Suchthilfe andererseits erhalten. Als Abschluss durfte sie dank der grosszügigen Unterstützung der Leitung und des Teams ein Singprojekt lancieren, in welchem die Benutzenden jeweils dazu motiviert werden, eine Auszeit aus dem Drogenalltag zu nehmen und ungezwungen gemeinsam mit einer Person aus dem Team und der Verfasserin selbst zusammenzukommen und Lieder zu singen. Sie durfte miterleben, wie die Klientel beim Singen und Musizieren aufblühte, sich zwischen den Singenden neue Kontakte knüpften und sich die Vertrauens- und Beziehungsbasis zwischen ihr und der Klientel stärkte.

Es gibt Befunde, die aufzeigen, dass ein niedriges Kohärenzgefühl mit Suizidalität in Verbindung steht (vgl. Sjöström et al. 2012: 62ff.) und sich jenes – unter anderem durch Musik mit

seiner salutogenetischen Wirkung auf Menschen (vgl. Koch 2004: 113ff.) – allenfalls (vorübergehend) stärken lässt. Die Verfasserin möchte dies mit der folgenden Arbeit aufzeigen und theoretisch-wissenschaftlich zu belegen versuchen. Natürlich braucht es weitaus mehr, als das genannte niederschwellige Projekt, um Schutzfaktoren in Bezug auf Suizidalität aufzubauen – dieses kleine, bescheidene Angebot jedoch könnte einen Beitrag leisten, um die betroffenen Menschen punktuell zu stärken.

1.2. Herleitung der Fragestellung

Aus der beschriebenen Ausgangslage und Problemdefinition ergibt sich folgende Fragestellung:

Inwiefern können salutogenetische Ansätze bei erwachsenen Menschen mit einer illegalisierten Substanzmittelabhängigkeit im Setting der K+A genutzt werden, um Schutzfaktoren in Bezug auf ein Suizidrisiko auszubauen?

1.3. Relevanz der Fragestellung für die Soziale Arbeit

Die Relevanz für die Soziale Arbeit lässt sich insofern aufzeigen, als dass sie schon immer im Gesundheitswesen und der Suchthilfe tätig war – trotz der teilweise noch ausbleibenden Anerkennung ihrer Leistung (vgl. Sting et al. 2000: 7). Durch den Nachweis der von der Sozialen Arbeit ausgehenden positiven Effekte auf die Klientel dank salutogenetischen Interventionen und Massnahmen, könnte ihre Legitimität und Anerkennung auf- und ausgebaut werden. Und nicht zuletzt ist die Soziale Arbeit durch Mitarbeitende in den K+A vertreten, welche in Bezug auf die Thematiken der Suizidalität von Suchtmittelkonsumierenden und der Gesundheitsförderung weiter sensibilisiert werden sollten.

1.4. Aufbau und Ausblick über die Arbeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Theoriearbeit, welche anhand Literatur- und Quellenrecherchen sowohl aus der Fachliteratur, aber auch aus einschlägigen Statistiken – unter anderem der Datenbank Psyndex – verfasst wurde.

2. Suizid und Suizidalität

Im folgenden Kapitel wird nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick zur Thematik die Begriffsbestimmung von Suizidalität, Suizidversuch und Suizid vorgenommen. Darauf folgt ein Überblick über die Epidemiologie, gefolgt von einem Kapitel über die Risiken für die Entstehung von Suizidalität. Zum Schluss wird die Entwicklung und Entstehung von Suizidalität aufgezeigt.

2.1. Geschichtlicher Rückblick

«Suizidalität, wie Sexualität, süchtiges Verhalten oder auch Spiritualität, gibt es, seit es Menschen gibt, denn nur der Mensch kann über die willentliche Beendigung des eigenen Lebens nachdenken.» (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 9) Suizidalität ist in allen Kulturen und Völkern anzutreffen und hat im Lauf der menschlichen Geschichte unterschiedliche Bewertungen erfahren (vgl. Schneider et al. 2016: 61).

Ein historischer Rückblick der beiden Begrifflichkeiten Suizid und Suizidalität zeigt auf, dass die Thematiken und deren Vorkommnisse weit in die Geschichte der Menschheit zurückreichen (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 13ff.). In der Frührenaissance und frühen Neuzeit wurde der Suizid sowohl im kirchlichen wie auch im weltlichen Recht als eine sündhaft-kriminelle Handlung verurteilt und geächtet (vgl. ebd.: 17). Während der Aufklärung wurde Suizid als Ausdruck von Krankheit oder aber als Akt menschlicher Willensfreiheit gesehen (vgl. ebd.: 17). Dem vorherrschenden religiösen Paradigma folgte im Mittelalter die Ansicht, dass ein Zusammenhang zwischen der sogenannten «Melancholie» und Suizidalität bestehe (vgl. ebd.: 19). Eine soziologische Betrachtung und Bewertung der Phänomene Suizid und Suizidalität lässt sich Ende 19. Jahrhundert feststellen (vgl. ebd.: 20). Dort wurde durch das von Tomas Masaryk's 1981 veröffentlichte Buch «Der Selbstmord als soziale Erscheinung» erstmals auch auf die sozialen Zusammenhänge aufmerksam gemacht (vgl. ebd.: 20). Heute wird Suizidalität als Querschnittsthematik sowohl der Medizin, als auch der psychosozialen Betreuung, Philosophie und Theologie betrachtet (vgl. ebd.: 20). Diese Überlappung der Thematik in die verschiedenen Bezugswissenschaften und Professionen führte zu einem «medizinisch-psychosozialen Paradigma der Suizidalität» (vgl. ebd.: 20ff.). Begriffe wie «Selbstmord», «selbstmörderisches Verhalten» oder «Selbstmordversuche» werden heute nicht mehr verwendet, da der juristische Terminus «Mord» eine Planung und einen Vorsatz suggeriert, was bei Suizidierenden, welche sich in ausweglos erscheinenden Notsituation befinden, oft nicht zutreffend ist (vgl. Schneider et al. 2016: 62).

Wenn nun also Suizidalität nicht mehr lediglich als krankhafte Denk- und Verhaltensweise bezeichnet, sondern auch unter Einbezug der Umwelt und Lebensverhältnisse diskutiert wird, stellt sich die Frage, welche Lebensbedingungen und Umwelteinflüsse bei Personen Suizidalität hervorrufen – und wo diesbezüglich ein Handlungsbedarf besteht (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 23).

2.2. Begriffsbestimmung von Suizidalität, Suizidversuch und Suizid

Eine klare und finale Definition der Begrifflichkeiten «Suizidalität», «Suizidversuch» und «Suizid» ist kein einfaches Unterfangen (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 24/Schneider et al. 2016: 62). Es ist der Wissenschaft noch nicht gelungen, das gesamte Spektrum, welches dieses Phäno-

men umgibt und beinhaltet, in einer abschliessenden Definition zu subsumieren (vgl. Wolfersdorf 2008: 1321). Dennoch haben Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011: 26) die folgende ausführliche Definition ausgearbeitet, welche aus Sicht der Verfasserin die vielen Aspekte und Einflussfaktoren umfassend darlegt:

«Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen (...), die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen. Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma). Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzungen von eigener und anderer Zukunft, der Veränderbarkeit eines unerträglich erscheinenden Zustandes, aus durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit veränderten Erleben, wesentlich beeinflusst von unbewussten verinnerlichten früheren Erfahrungen und damit verbundenen Gefühlen. Motivational spielen appellative, manipulativ-instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle. Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äusseres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt. Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Eingenung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingung. Die Benennung «Freitod» ist für den Grossteil suizidaler Menschen/Suizide falsch.»

Diese Begriffsbestimmung widerspiegelt die klinisch-psychiatrische Perspektive und Betrachtung von Suizidalität (vgl. ebd.: 26). Es ist ersichtlich, dass unter der Terminologie «Suizidalität» sowohl Gedanken an einen Suizid als auch die suizidale Handlung an sich subsumiert werden. Sie ist als Verhalten im Grunde allen Menschen möglich, tritt jedoch meistens in Krisensituationen auf (vgl. ebd.: 26). Da sowohl biologische, als auch psychische und soziale Aspekte und Dimensionen betont werden, zeigt sich, dass Suizidalität ein Phänomen ist, welches sowohl in der medizinisch-psychiatrischen Versorgung, aber auch in psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Bereichen von Bedeutung ist (vgl. ebd. 24ff.).

Eine psychoanalytisch-psychotherapeutische Sichtweise auf die Thematik der Suizidalität sieht eine solche Handlung «als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der die Menschen hoffnungslos und verzweifelt über sich selbst, das eigene Leben und seine Perspektiven sind und ihre Situation als ausweglos erleben» (vgl. Lindner 2006, zit. nach Wolfersdorf 2011: 26f.). Es wird weiter von einer Selbstentwertung wie auch von wahnhaften Impulsen, welche in Suizidalität umschlagen können, gesprochen (vgl. Lindner 2006, zit. nach Wol-

fersdorf 2011: 26f.). Ausweglosigkeit, Hilflosigkeit wie auch Gefühle von Schuld können in einer solchen Situation in einem Menschen auftreten (vgl. Lindner 2006, zit. nach Wolfersdorf 2011: 26f.). Als zugrundeliegende Angst wird das Gefühl eines Verlustes, sei es nun in Bezug auf eigene Fähigkeiten oder bezogen auf das Umfeld, identifiziert (vgl. Lindner 2006, zit. nach Wolfersdorf 2011: 26f.).

Unter suizidalen Handlungen werden alle Versuche eines Individuums verstanden, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen (vgl. ebd.: 29). Darunter fallen sowohl der Suizidversuch als auch der Suizid selbst. Ein Suizidversuch lässt sich wie folgt definieren:

«Ein Suizidversuch ist eine selbst herbei geführte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung, häufig mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch, Versterbensrisiko) etwas verändern zu wollen (intentionale und kommunikative Bedeutung) mit der Erwartung, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. *Ausgang der Handlung*: der Handelnde überlebt.» (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 29)

Bei einem Suizidversuch handelt ein Mensch demzufolge aktiv gegen sich und seine physische Integrität und nimmt in Kauf, damit bzw. dadurch sein eigenes Leben zu gefährden. Wichtig ist zu betonen, dass sich der erwähnte appellative Charakter zeigt, dass demnach ein Suizidversuch auch als Hilfeschrei oder Forderung gedeutet werden kann (vgl. ebd.: 30). Das Ziel des handelnden Menschen ist nicht unbedingt primär, sein Leben zu beenden, sondern vielmehr durch die Handlung etwas zu bewegen (vgl. ebd.: 29). Die suizidale Handlung wird, ob aufgrund insuffizienter Methode oder Rettungsmassnahme, überlebt (vgl. ebd.: 29f.).

Der Suizid als vollzogene Selbsttötung beschreiben Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011: 29) folgendermassen:

«Ein Suizid ist eine selbst herbei geführte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung, mit dem Ziel, tot zu sein (hoher Todeswunsch) in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. *Ausgang der Handlung*: der Tod des Handelnden.»

In dieser Definition handelt es sich wiederum um eine aktive Selbstschädigung eines Individuums, jedoch verbunden mit einem klaren Todeswunsch. Die suizidale Handlung endet mit dem Tod, welcher sofort oder infolge der Selbstschädigung eintritt (vgl. ebd.: 30).

Die weitbekannte internationale Klassifikation von Krankheiten ICD-10 wie auch das diagnostische und statistische Manual DSM-V weisen in Bezug auf eine Begriffsdefinition- und -bestimmung von Suizidalität Lücken auf. Kritisch am DSM-V ist die Tatsache, dass man suizidales Verhalten zwar der «impulse-control disorder not elsewhere classified» zuordnen kann, dies jedoch nicht in allen Fällen zutreffend ist (vgl. ebd.: 34). Deswegen wäre die Einführung einer separaten Achse für «suicidal acts» wohl einleuchtend (vgl. ebd.: 34). Auch die ICD-10-Klassifikation beschreibt das Phänomen und die Methode «Suizidalität», sie wird jedoch bei

der operationalisierten psychopathologischen Klassifikation vorrangig der Diagnose «Depression» zugeteilt (vgl. ebd.: 34). Dies erscheint nicht immer adäquat, da hinter Suizidalität auch andere auslösende Faktoren stehen können.

Eine weitere suizidologische Klassifizierung liesse sich laut Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011: 35) anhand einer Unterteilung in akute, latente und chronische Suizidalität und in ein erhöhtes Suizidrisiko vornehmen. Die Autoren beanstanden, dass sowohl die Begrifflichkeit «latent» wie auch die Bestimmung einer «chronischen Suizidalität» im klinischen Alltag relativ unscharf sind und deswegen nicht verwendet werden sollten (vgl. ebd.: 35). Die akute Suizidalität ist ein «erhöhter durch Äusserungen oder Handlungen erkennbarer (oder nicht erkennbarer = nicht offensichtliche Suizidalität bzw. glaubhaft nach Eigen- und Fremdanzeige verneint) Todeswunsch mit hohem Handlungsdruck zur kurzfristigen Umsetzung» (vgl. ebd.: 35). Ein sogenannt «erhöhtes Suizidrisiko» ist wiederum eine «definierte Gruppe von Menschen (definiert z.B. nach Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppe, Behandlungssetting, u.a.), deren Suizidrate deutlich (meist > 100 auf 100'000 dieser Personen pro Zeiteinheit) über der Suizidrate der Allgemeinbevölkerung liegt» (vgl. ebd.: 35).

Aus sämtlichen Ausführungen und Definitionsversuchen geht hervor, wie komplex und vielschichtig die Thematik Suizidalität ist.

2.3. Epidemiologie

Jährlich sterben weltweit im Schnitt beinahe 800'000 Personen durch einen Suizid (WHO 2018: o.S.). Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrug die Anzahl Suizide im Jahr 2000 ungefähr 815'000, was ungefähr einem Suizid alle 40 Sekunden entspricht (Krug et al. 2002: 185). In der Schweiz verstarben im Jahr 2012 1'037 Personen durch einen Suizid (vgl. BAG 2015: 5). Pro Tag entsprach dies einer ungefähren Anzahl von drei suizidbedingten Todesfällen (vgl. ebd.: 5). Verglichen mit anderen Todesursachen zeigt sich für die Schweiz, dass Todesfälle aufgrund eines Suizides häufiger auftreten als jene verursacht durch Verkehrsunfälle und Drogenkonsum zusammen (vgl. ebd.: 5). Im Jahr 2015 waren es 1'071 Menschen, welche durch einen Suizid verstarben – 792 Männer und 279 Frauen (vgl. BFS 2017a: 2). Die bedeutete eine leichte Zunahme zu den Vorjahren (vgl. ebd.: 2). Schätzungen zufolge gibt es jedoch bezüglich Suizidzahlen eine Dunkelziffer von 10 bis 30% (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 39). Doppelt so häufig versterben in der Schweiz Männer wie Frauen aufgrund eines Suizides (vgl. BFS 2008: 53). Neuere Daten schätzen das Geschlechterverhältnis für die Schweizer Bevölkerung sogar auf knapp 3:1 (vgl. BAG 2015: 6). Der Altersmedian bei der männlichen Bevölkerungsgruppe beträgt zum Zeitpunkt des Suizides 51 Jahre, bei Frauen 58 Jahre (vgl. BFS 2008: 53). Im Alter steigt die Suizidrate bei beiden Geschlechtern an (vgl. ebd.: 54f.). In Bezug auf die Suizidmethoden unterscheidet man zwischen weichen und harten Methoden (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 59). Die Einnahme von Pestiziden, Erhängen und Schuss-

waffen, welches sogenannte harten Methoden sind, gehören weltweit zu den häufigsten Suizidmethoden (vgl. WHO 2018: o.S.). In Bezug auf die schweizerische Bevölkerung lässt sich festhalten, dass der Suizid durch sogenannte «übrige Suizidmethoden» im Jahr 2015 am häufigsten vorkam (vgl. BFS 2017b: o.S.). An zweiter Stelle steht der Suizid durch Erhängen, welcher zur Kategorie der harten Suizidmethoden zählt (vgl. ebd.: o.S.). Als dritthäufigste Methode wird der Suizid durch Schusswaffen vollzogen, was wiederum unter die Kategorie der harten Suizidmethoden fällt (vgl. ebd.: o.S.). An vierter und letzter Stelle stehen die Suizide durch Vergiftungen, welche – je nach Substanz – sowohl als harte wie auch als weiche Suizidmethode gewertet werden (vgl. ebd.: o.S.). Weiche Suizidmethoden wie zum Beispiel eine vorsätzliche Vergiftung mit Medikamenten oder Gasen sind typischer für das weibliche Geschlecht (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 61). Im internationalen Vergleich liegt die Suizidrate in der Schweiz über dem weltweiten Durchschnitt (vgl. BAG 2015: 10). Im gesamteuropäischen Vergleich bewegt sich die Schweiz jedoch im Mittelfeld (vgl. ebd.: 10). Pro Suizidfall wird geschätzt, dass sechs Personen im engeren Umkreis beeinträchtigt werden (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 50). Sowohl aufgrund der Betroffenheit im näheren Umfeld als auch in Bezug auf die Frage, inwiefern ein solcher Suizid das Suizidrisiko der Angehörigen beeinflusst, sollte in diesem Zusammenhang vermehrt der Blick auf die Angehörigenarbeit gerichtet werden (vgl. Schneider et al. 2011: 389).

2.4. Risiken für Suizidalität und Suizide

Die Ursachen für das Entstehen von Suizidalität sind komplex, weshalb es bisher noch nicht gelungen ist, eine allgemeingültige Erklärung für das Phänomen zu finden (vgl. Schneider 2003: 7/Schneider et al. 2016: 71). Risikofaktoren müssen dem Ergebnis der Handlung, dem Outcome, zuvorkommen, damit sie unterscheidbar sind von anderen Faktoren wie Begleitererscheinungen oder Folgen (vgl. Schneider et al. 2016: 73). Zum einen ist zu erwähnen, dass Suizidalität häufig – wenn nicht am häufigsten – mit psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht wird (vgl. Schneider 2003: 9/Schneider et al. 2016: 73/Wolfersdorf 2011: 53). Eine Metaanalyse von 2004 zeigte auf, dass affektive Störungen in 30.2% als meistangegebene psychische Erkrankung in Verbindung mit Suizidalität gilt, gefolgt von substanzbezogenen Störungen in 17.6% (vgl. Bertolote et al. 2004: 147ff.). Vor diesem Hintergrund und dieser Datenlage wird die Wichtigkeit von Fragestellungen und Hilfsangeboten rund um die Thematik Suizidalität und psychische Erkrankungen ersichtlich, welche als zentrale Aufgabe im psychiatrisch-psychotherapeutischen, aber auch psychosozialen Bereich gewertet werden sollte (vgl. Wolfersdorf 2011: 55). Bei Suizidalität sollte jedoch neben dieser mehrheitlich krankheitsbezogenen Entstehung und Erklärung auch die Tatsache berücksichtigt werden, dass bei suizidalen Personen nicht selten auch Fragen in Bezug auf den Sinn der eigenen Existenz und des Lebens aufkommen (vgl. ebd.: 57). Diese Fragen betreffen unter anderem das Umfeld und

die psychische und soziale Dimension einer Person und verweisen auf psychosoziale Faktoren, welche Suizidalität begünstigen können. Zu den psychosozialen Faktoren zählen zum Beispiel der Familienstand, die momentane Arbeitssituation, ein Migrationshintergrund, die Zugehörigkeit zu einer Religion wie auch der Bildungsstand (vgl. Schneider 2003: 95ff./Wolfersdorf 2011: 58f.). Beim Familienstand gelten vorwiegend alleinlebende Personen ohne Beziehungen, also nicht verheiratete oder geschiedene bzw. verwitwete, als Risikogruppen (vgl. Wolfersdorf 2011: 58). Die Arbeitssituation kann insofern als suizidfördernd bewertet werden, als dass Arbeitslosigkeit unter anderem mit dem Ausschluss aus der Gesellschaft verbunden sein kann (vgl. ebd.: 58f.). In Bezug auf Migration kann festgestellt werden, dass eine allfällig damit verbundene Exklusion aus dem gesellschaftlichen Umfeld sich suizidbegünstigend auf Personen auswirken kann (vgl. ebd.: 58f.). Die Zugehörigkeit zu einer Religion wird hingegen als protektiver Faktor gegen Suizidalität genannt (vgl. ebd.: 58f.). Ein weiterer Risikofaktor, welcher mehrfach empirisch belegt werden konnte, ist die Sucht bzw. eine Substanzmittelabhängigkeit (vgl. Schneider et al. 2016: 21ff.). Dies bestätigt auch die WHO (2018: o.S.) in ihrem Faktenblatt über Suizidalität, indem sie Personen mit einer Substanzmittelabhängigkeit als Risikogruppe einstuft. Die meisten Studien in Bezug auf Risikofaktoren für Suizidalität stammen aus Kohortenstudien aus Nordeuropa und den USA, was jedoch lediglich Aussagen über Faktoren in industrialisierten Ländern zulässt (vgl. Schneider 2016: 73).

2.5. Entwicklung von Suizidalität und Suizid

Mögliche Ursachen und Risiken für Suizidalität und Suizid sind, wie oben aufgeführt, komplexer Natur (vgl. Schneider 2016: 69/Wolfersdorf et al. 2011: 63). In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Erklärungs- und Verstehensmodelle entwickelt und in der Fachwelt diskutiert, um die Entstehung des Phänomens zu erklären (vgl. Wolfersdorf 2011: 63). Grob lassen sich die Modelle in Entwicklungs-, Ätiopathogenese- und komplexe Modelle gliedern (vgl. ebd.: 63). Die sogenannten Entwicklungsmodelle beschreiben die Entstehung eines suizidalen Geschehens vom Auslöser bis hin zur Handlung eher anhand eines zeitlichen Ablaufes, als linearen Prozess, ungeachtet einer der Suizidalität innewohnenden Dynamik (vgl. ebd.: 63f.). Ätiopathogenesemodelle wiederum versuchen über die in den Entwicklungsmodellen eher nebensächlichen Ursachen Aussagen zu generieren (vgl. ebd.: 63). Die komplexen Modelle versuchen das Zusammenwirken möglichst aller Faktoren aus unterschiedlichen Bereichen und in einem biopsychosozialen Verständnis aufzuzeigen (vgl. ebd.: 64). Da es sich sowohl bei Suizidalität als auch bei Sucht um weitreichenden Thematiken handelt, werden im Folgenden lediglich die komplexen Modelle erläutern.

2.5.1. Komplexe Modelle

Die komplexen Modelle versuchen, sowohl die biologischen, als auch die psychischen und sozialen Aspekte miteinzubeziehen (vgl. Wolfersdorf 2008: 1326).

Ein Modell, welches sowohl das Krankheits- wie auch das Krisenmodell verbindet, ist das Stress-Vulnerabilitätsmodell nach Wassermann (2001). Es unterscheidet zwischen «Stress», zu welchem sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen zählen, und «akuten Triggern für suizidales Verhalten», wie dies beispielsweise eine Trennung oder die Kündigung der Arbeitsstelle auslösen kann (vgl. Wassermann 2001, zit. nach Schneider et al. 2016: 71). Der «Stress» umfasst die Grundgedanken des Krankheitsmodells, also das Vorhandensein einer Krankheit, wohingegen die «akuten Trigger» die Grundzüge der Krisenmodelle widerspiegeln, indem sie die genannte überraschende und belastende Erfahrung als Komponente erwähnt. Auch in ihrem Modell gibt es eine Zeitachse, welche die Komponente einer Entwicklung hin zur Suizidalität andeutet. Zudem wird der Aspekt aufgenommen, dass es jeweils bei den Betroffenen beobachtbares Verhalten – wie beispielsweise eine klare Aussage über die Suizidalität – aber auch unbeobachtbares Verhalten – wie stille Suizidgedanken – gibt.

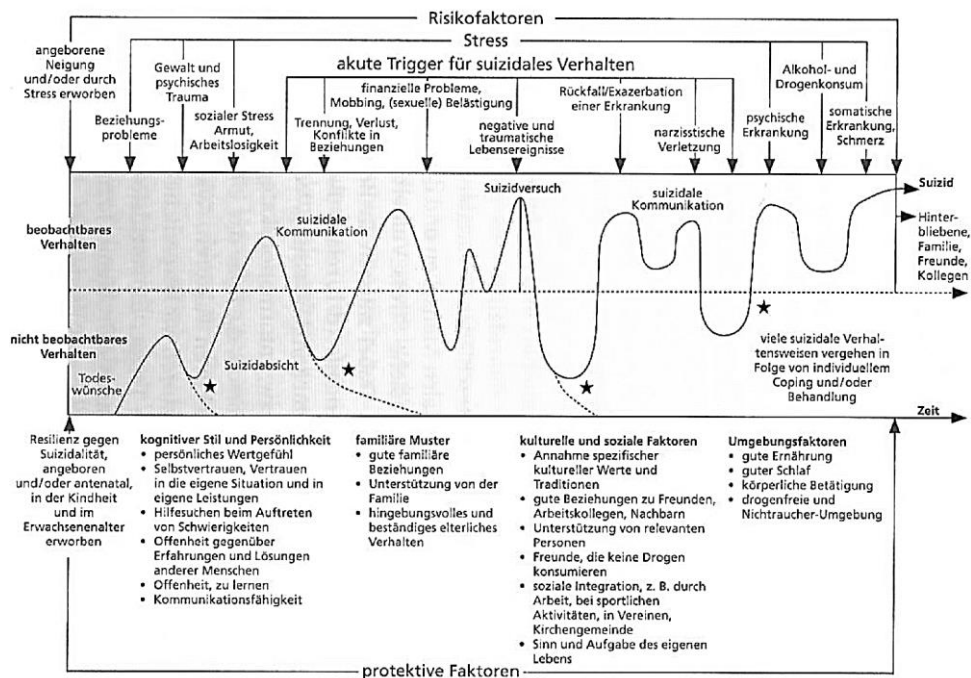


Abb. 1: Stress-Vulnerabilitäts-Modell und Entwicklung des Suizidprozesses von Suizidabsicht zum Suizid (nach Wassermann 2001) (in: Schneider et al. 2016: 72)

Ein anderes Modell versucht Suizidalität anhand des Aufzeigens von Parallelen zwischen dem salutogenetischen Denkansatz nach Antonovsky und Durkheimers soziologischer Erklärung des sogenannten «anomischen Suizids» zu erklären (vgl. Wedler 1998: 215). Der salutogenetische Ansatz geht der Frage nach, was Menschen gesund hält und sieht das dahinterliegende Konzept des «sense of coherence» (SOC), welches aus drei Komponenten besteht, als zugrundeliegende Bedingung für das Vorhandensein von Gesundheit (vgl. Antonovsky 1997: 30). Diese Komponenten sind die Verstehbarkeit («sense of comprehensibility»), die Handhabbarkeit («sense of manageability») und die Bedeutsamkeit («sense of meaningfulness»)

(vgl. ebd.: 34ff.). Emil Durkheim begründete 1897 eine soziologische Theorie zur Erklärung von Suizidalität anhand gezogener Schlüsse aus epidemiologischen Statistiken (vgl. Wedler 1998: 216). Der Soziologe kam zum Schluss, dass gesellschaftliche Ereignisse im Zusammenhang mit der Suizidprävalenz stehen und gesellschaftliche Faktoren demzufolge das Suizidverhalten von Menschen beeinflussen (vgl. ebd.: 216). Unterschieden wurde in seiner Theorie zwischen einem egoistischen, einem altruistischen, einem fatalistischen und einem anomischen Suizid (vgl. ebd.: 216). Insbesondere der anomische Suizidtypus ist bis heute von wissenschaftlicher Bedeutung (vgl. ebd.: 216). In Durkheimers Verständnis wird die Anomie gekennzeichnet durch Orientierungs- und Normlosigkeit, was sich gleichsetzen liesse mit dem Verlust des Kohärenzgefühls (vgl. ebd.: 216). In einem Umfeld, das weder Normen vorgibt noch Orientierung bietet, bleiben Anforderungen oder Signale der Gesellschaft an Individuen häufig unverstanden und schwer interpretierbar, was mit einem Verlust des «sense of comprehensibility» bzw. Verstehbarkeit gleichgesetzt werden kann (vgl. ebd.: 216). Aus dieser Verunsicherung und diesem Unverständnis resultiert, dass den Betroffenen die geeigneten Ressourcen zur Erfüllung der Anforderungen nicht vorhanden scheinen, was wiederum als ein Nichtvorhandensein des «sense of manageability», der Handhabbarkeit, gedeutet und empfunden werden kann (vgl. ebd.: 216). Und nicht zuletzt werden diese Anforderungen und Belastungen von aussen nicht als sinnvoll oder zusammenhängend erlebt, was verhindert, dass der «sense of meaningfulness» erlebt werden kann – die Bedeutsamkeit der Handlungen und des Lebens bleiben für die betroffene Person verborgen (vgl. ebd.: 216). Obwohl Durkheims Ansatz von der Wissenschaft hinterfragt und angefochten wurde, gaben seine Erkenntnisse wichtige Hinweise für sogenannte Risikofaktoren beim Auftreten von Suizidalität (vgl. ebd.: 217). Auf die Frage, weshalb Menschen nicht suizidal sind bzw. werden, könnte mit dem Vorhandensein von Antonovskys Kohärenzgefühl und den drei obigen Grundgefühlen argumentiert werden (vgl. ebd.: 217). In der bisherigen Therapie von Suizidalität wird entsprechend einer pathogenetischen Sichtweise auf das Phänomen vorwiegend versucht, Auslöser und Risikofaktoren zu vermindern oder auszuschalten (vgl. ebd.: 217). Trotz grosser Hoffnung und vielversprechender Erfolge ist es noch nicht gelungen, Suizidalität lediglich mithilfe von Psychopharmaka und Psychotherapie erfolgreich zu behandeln (vgl. ebd.: 217f.). Auch deshalb wäre eine salutogenetische Herangehensweise allenfalls eine wertvolle Ergänzung zur bisherigen Prävention und Behandlung von Suizidalität, welche den Ausbau und Aufbau von Schutzfaktoren in den Vordergrund stellen und somit allenfalls auch nachhaltige(re) Effekte hervorbringen könnte.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass Suizidalität weit mehr als den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext tangiert (vgl. Wolfersdorf et al. 2011: 37). Die grosse Komplexität der Entstehung und die dynamische Wechselwirkung zwischen einer Person und ihrer Umwelt erklärt sowohl die Erschwernis der Definition, wie auch hinsichtlich Erkennung,

Intervention, Behandlung und Prävention. Somit ergibt sich für die Soziale Arbeit, welche durch das Verständnis von Suizidalität als medizinisch-biopsychosoziales Paradigma mitinvolviert ist, ein Handlungsbedarf und die Notwendigkeit, sich vertieft mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Da Suizidalität ein typisches Feld für Prävention darstellt, wird diesbezüglich in der Schweiz bereits einiges unternommen (vgl. Göpel 2002, zit. nach Wettstein 2008: 45). Mit dem Aktionsplan «Suizidprävention in der Schweiz» wurde eine Herangehensweise als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert, welche viele Akteure im Gesundheitswesen miteinbezieht (vgl. BAG 2016a: 4). Die verfolgten Ziele fallen teilweise in den Bereich der Gesundheitsförderung – wie beispielsweise die Stärkung von persönlichen und sozialen Ressourcen (vgl. ebd.: 5). Da sich das Phänomen «Suizidalität» vornehmlich auch mit dem Verlust des Kohärenzgefühls nach Antonovsky erklären liesse, rückt die Gesundheitsförderung mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und der drei Komponenten, welche zum «sense of coherence» führen, zudem in den Vordergrund. In der folgenden Arbeit wird der Denkansatz, dass der Verlust des SOC Suizidalität bedeuten kann, weiterverfolgt, da die Salutogenese ein Konzept der Gesundheitsförderung ist und diese Arbeit aufzuzeigen möchte, inwiefern salutogenetische Ansätze für den Aus- und Aufbau von Schutzfaktoren in Bezug auf Suizidalität genützt werden können.

3. Sucht als Risikofaktor für Suizidalität

In diesem Hauptkapitel wird zunächst eine Begriffsbestimmung von Sucht gegeben. Anschließend werden die beiden meistkonsumierten illegalisierten Substanzen porträtiert, welche in den K+A der Schweiz konsumiert werden, da sich diese Arbeit auf dieses Setting bezieht. Weiter wird die empirische Datenlage des Phänomens «Suizidalität» in Verbindung mit «Sucht» aufgezeigt, gefolgt von möglichen Erklärungs- und Entstehungsansätzen.

3.1. Begriffsbestimmung von Sucht

«Der Begriff Sucht ist nicht klar definiert und es gibt im medizinisch-psychologischen Bereich kein allgemein akzeptiertes Konzept für eine Sucht» (vgl. Schneider et al. 2016: 53). Derweilen wird zwischen sogenannten stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten unterschieden (vgl. ebd.: 53). Eine stoffgebundene Sucht ist beispielsweise die Sucht nach einer psychotropen Substanz, nach Alkohol oder Heroin (vgl. ebd.: 53). Als nicht-stoffgebundene Süchte werden hingegen Internetsucht, Spielsucht oder Sexsucht bezeichnet (vgl. ebd.: 53). Psychotrope Substanzen sind Stoffe, welche dem menschlichen Körper von aussen zugeführt werden (nasal, oral, intravenös), auf das Zentralnervensystem einwirken und Veränderungen des psychischen Befindens hervorrufen (Stimmung, Gefühl, Wahrnehmung) (vgl. ebd.: 53f.). Es handelt sich dabei um eine Gruppe von chemisch heterogenen Stoffen, welche einerseits in gewissen

Pflanzen enthalten sind, andererseits aus chemischen Synthesen gewonnen werden (vgl. ebd.: 54). Opium kommt als Rohsubstanz in den Mohnpflanzen vor und kann zu Heroin verarbeitet werden, Designer-Drogen wie Ecstasy oder 3,4-Methylenedioxyamphetamin, kurz MDMA, werden wiederum rein synthetisch hergestellt (vgl. ebd.: 54). Das Manual ICD-10 der WHO führt die Klassifizierung von psychotropen Substanzen unter den Störungen F10-F19 auf (vgl. Dilling et al. 2014: 107ff.). Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opiode werden unter F11 klassifiziert, durch Kokain unter F14 (vgl. ebd.: 107ff.).

Der Konsum einer solchen psychotropen Substanz kann unterschiedliche Effekte bei der konsumierenden Person bewirken. Es wird grundsätzlich zwischen Akuteffekten, Intoxikationsercheinungen und Effekten bei einem längeren Konsumverhalten unterschieden (vgl. Schneider et al. 2016: 54f.). Das Konsumverhalten an sich lässt sich anhand des sogenannten Würfelmodells in drei Kategorien einordnen: risikoarmer Konsum, problematischer Konsum und Abhängigkeit (vgl. Berthel 2006: 26). Die Klientel in den K+A weisen durch die akute Suchtphase nach ICD-10 entweder einen problematischen bzw. schädlichen Konsum F1x.1 oder eine Abhängigkeit F1x.2 auf (vgl. Infodrog et al. 2011: 2/Dilling et al. 2014: 113ff.). Ersterer wird diagnostiziert, wenn eine tatsächliche Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit der Konsumierenden vorliegt (vgl. Dilling et al. 2014:113). Es wird dann von einem Missbrauch gesprochen (vgl. ebd.: 114). Das sogenannte Abhängigkeitssyndrom liegt vor, wenn während der letzten zwölf Monate drei oder mehr der nachfolgenden Kriterien zur gleichen Zeit vorliegend waren: ein starker Wunsch oder Zwang zum Konsum, eine verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Konsumbeginn, -beendigung und -menge, ein physisches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Beendigung des Konsums, ein Toleranznachweis, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und/oder Vergnügen oder ein anhaltender Konsum trotz nachweislich schädlicher Folgen (vgl. ebd.: 114ff.). Darunter fallen ein chronischer Substanzgebrauch wie eine Drogensucht (vgl. ebd.: 116).

Etymologisch betrachtet stammt der Begriff «Sucht» vom alt- bzw. mittelhochdeutschen Wort «suht» ab, welches für Krankheit steht (vgl. Kuntz 2016: 45). Durch diese Wortherkunft wird unschwer erkennbar, dass Sucht mit körperlicher Schwäche und Krankheit in Verbindung gebracht wird (vgl. ebd.: 45). Der klinisch eingeführte Begriff der «Abhängigkeit» vermeidet zwar diese negative Assoziation mit der Begrifflichkeit «Sucht», lässt das Phänomen jedoch als etwas statisches erscheinen und wird dem aktiven Handlungs- und Verhaltensanteil, welcher substanzmittelabhängige Personen aufweisen, nicht gerecht (vgl. ebd.: 45). Auch ist «Abhängigkeit» ein sehr breiter und universeller Begriff: alle Menschen sind in einem Masse abhängig, sei es als soziales Wesen von anderen Menschen, sei es von Verwaltungen und Institutionen, welche eine Arbeitsstelle ermöglichen etc. (vgl. ebd.: 46ff.). Dass «Sucht» laut Kuntz (2016: 48) nicht selten mit dem Wort «Suche» in Verbindung gebracht wird, zeigt die tiefliegende,

gefühlsmässige Ebene des Phänomens auf: nämlich «dass Suchtverhalten immer auch ein Suchverhalten darstellt». Unabhängig davon, von welcher Art Sucht ein Mensch betroffen ist – so beispielsweise von einer Kauf-Sucht, einer Arbeits-Sucht oder einer Herrschafts-Sucht – allen ist gemeinsam, dass sie sich auf einer inneren Suche befinden (vgl. ebd.: 48). Die dahinterliegenden Motive können sowohl bewusst oder unbewusst vorhanden sein (vgl. ebd.: 48). Es wird zudem auch der Aspekt der «Sehnsucht», auf der Suche fündig zu werden, genannt (vgl. ebd.: 48). Und es leuchtet ein, dass beinahe alle menschlichen Verhaltensweisen einen suchartigen Charakter entwickeln können (vgl. ebd.: 48). Dieses breite Suchtverständnis verweist darauf, dass sich hinter dem Phänomen «Sucht» weitaus mehr verbirgt als lediglich eine Substanzmittelabhängigkeit oder Erkrankung (vgl. ebd.: 48). Denn Drogen sind nicht nur Suchtmittel, Genussmittel, Rauschmittel, sondern werden auch durch die jeweilige Zweckbestimmung durch die Konsumierenden als solche definiert (Schmid 2018: 5).

3.2. Illegalisierte Substanzen

In die Kategorie der illegalisierten Substanzen bzw. Drogen fallen Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis und Gamma-Hydroxybuttersäure (vgl. Dreher 2016/2017: 193ff.). Laut dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe werden abhängigkeits-erzeugende Substanzen des Wirkungstypen Morphin (woraus sich Heroin herstellen lässt), Kokain oder Cannabis, wie auch Stoffe, welche sich auf Grundlage der genannten Substanzen herstellen lassen bzw. eine ähnliche Wirkung erzeugen, als Betäubungsmittel bezeichnet (vgl. Art. 2a BetmG). Als psychotrope Stoffe werden abhängigkeits-erzeugende Präparate bezeichnet, welche Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine oder Halluzinogene als Wirkungstypen enthalten bzw. eine analoge Wirkung haben (vgl. Art. 1b BetmG).

Im Folgenden soll kurz auf die zwei meistkonsumierten illegalisierten Substanzen in den K+A der Schweiz eingegangen werden. Diese sind Heroin und Kokain (vgl. Infodrog 2017: 6).

Heroin, welches chemisch als Diacetylmorphin oder kurz Diamorphin bezeichnet wird, ist ein halbsynthetisches Opioid, dass aus Morphin hergestellt wird (vgl. Dreher 2016/2017: 195f.). Seine Wirkung ist sechsmal stärker und schmerzlindernder als der Stoff Morphin, wird aber aufgrund des hohen Abhängigkeitspotentials nicht mehr im Rahmen der Schmerztherapie verwendet (vgl. ebd.: 195). Vor seiner Prohibition wurde Heroin als Schmerz- und Hustenmittel gehandelt (vgl. ebd.: 195). Nachdem es mit Säure wasserlöslich gemacht wird, kann es intravenös konsumiert werden, wobei auch das Rauchen auf Alufolie oder das «Sniefen» gängige Konsumarten sind (vgl. ebd.: 196). Als Substitution, also Ersatztherapie, existieren eine Methadonsubstitution oder heroingestützte Behandlung als mögliche Varianten (vgl. ebd.: 197ff.). Zweitere wurde in der Schweiz erstmals 1994 im Rahmen einer Kohortenstudie durchgeführt (vgl. BAG 2018: o.S.). Aufgrund positiver Ergebnisse etablierte sie sich als therapeutische Massnahme, welche 2011 bei der Revision des Betäubungsmittelgesetzes gesetzlich verankert wurde (vgl. ebd.: o.S.).

Kokain ist für seine stimulierende Wirkung weltweit bekannt und verbreitet, da es als Dopamin-, Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eine berauschende und aufputschende Wirkung durch den Anstieg dieser Stoffe bewirkt (vgl. Dreher 2016/2017: 208f.). Gewonnen wird Kokain aus Sträuchern der Cocapflanze, welche in Südamerika wächst (vgl. ebd.: 209). Es wurde 1750 erstmals nach Europa importiert und 1879 zur Behandlung und Therapie der Morphinabhängigkeit verwendet (vgl. ebd.: 209). Durch seine lokalanästhetische Eigenschaft wurde und wird es noch heute für Operationen verwendet (vgl. ebd.: 209). Normalerweise wird der Stoff als Kokainhydrochlorid «gesnief», er kann jedoch auch geraucht und intravenös konsumiert werden (vgl. ebd.: 210). Die Wirkung ist stimmungsaufhellend, steigert Leistungsfähigkeit und (sexuelle) Aktivität und erzeugt ein Verschwinden von Müdigkeit und Hunger (vgl. ebd.: 210). Durch das Aufkochen mit Natriumhydrogencarbonat wird Kokain zu einem Gemisch aus Kokainhydrogencarbonat und Kochsalz, welches Crack genannt wird (vgl. ebd.: 210). Crack gilt als Droge mit dem höchsten Potential, durch seine starke Wirkung auf das körpereigene Belohnungssystem eine psychische Abhängigkeit zu bewirken (vgl. ebd.: 210).

Eine telefonische Befragung des Suchtmonitoring Schweiz im Jahr 2016 hat ergeben, dass weniger als ein Prozent der Bevölkerung im vergangenen Jahr Kokain oder Heroin konsumiert haben (vgl. Gmel et al. 2017: 79). Den Konsum von Kokain gaben 0.7% an, den Konsum von Heroin < 0.1 Prozent (vgl. ebd.: 79). Aus der Befragung ging hervor, dass mehr Männer als Frauen illegalisierte Substanzen konsumierten (vgl. ebd.: 79). Die Lebenszeitprävalenz in Bezug auf den Kokainkonsum beträgt bei der Bevölkerung ab 15 Jahren 4.2%, beim Heroinkonsum liegt dieser bei 0.7% (vgl. ebd.: 80). Diese Befragung ist jedoch nur teilrepräsentativ, da aufgrund von Angst vor Stigmatisierung bei Angabe des Konsums von illegalisierten Substanzen die Aussagen allenfalls nicht zutreffend sind (vgl. ebd.: 81). Auch werden bei einer telefonischen Befragung Personen, die sich beispielsweise in K+A aufhalten oder obdachlos sind, nicht erreicht (vgl. ebd.: 81).

3.3. Suizidalität und Substanzmittelabhängigkeit – empirische Datenlage

«Suizid ist eine der wichtigsten Ursachen für einen vorzeitigen Tod bei Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalisierten Drogen.» (vgl. Schneider et al. 2016: 11). Die meisten Suizidopfer leiden laut einer durchgeführten Metaanalyse in Europa und Nordamerika wie bereits aufgezeigt an psychischen Erkrankungen (vgl. Bertolote et al. 2004: 147ff.). An erster Stelle stehen affektive Störungen in 30.2% und an zweiter Stelle substanzgebundene Störungen in 17.6% (vgl. ebd.: 147ff.). Daraus lässt sich folgern, dass Suizidalität bei Suchterkrankten ein häufiges Phänomen darstellt (vgl. Schneider et al. 2016: 14). Bei Drogenkonsumierenden, welche beispielsweise infolge eines «goldenen Schusses» versterben, wird geschätzt, dass es sich bei bis zu 50% um einen Suizidversuch oder Suizid handelt (vgl. Wolfersdorf et al. 2016: 38). Die

Dunkelziffer der tatsächlichen Suizide und Suizidversuche bei Suchterkranken ist dementsprechend relativ hoch und schwer einzuschätzen (vgl. ebd.: 38). Die meisten dieser Studien sind jedoch nicht in Bezug auf illegalisierte Substanzen gemacht worden, was einen Direktvergleich mit Schlussfolgerungen für den Zusammenhang zwischen Suizidalität und illegalisierten Substanzen erschwert.

Wissenschaftliche Erhebungen über den Zusammenhang zwischen illegalisierten Drogen und Suizidalität gibt es vorwiegend anhand von Kohortenstudien (vgl. Schneider et al. 2016: 35). Durch die retrospektive Analyse der Suizidforschung, auch psychologische Autopsie genannt, hat sich ergeben, dass zwischen 19% und 63% aller Suizidopfer an einer Suchterkrankung litten (vgl. Schneider 2009: 303/Schneider et al. 2011: 393/Schneider et al. 2016: 21). Eine 1997 veröffentlichte Recherche über bisherige Resultate in Bezug auf Opioidkonsum und Suizidalität zeigte auf, dass das Suizidrisiko um ein 14-faches erhöht ist (vgl. Harris et al. 1997: 208). Dies konnte eine neuere empirische Überprüfung anhand von drei weiteren Studien bestätigen, welche eine standardisierte Mortalitätsrate von 13.5 errechnete (vgl. Wilcox et al. 2004: S11ff.). Eine 2007 durchgeführte Fallkontrollstudie in Australien kam zum selben Ergebnis: opioidabhängige Personen weisen ein erheblich höheres Risiko auf in Bezug auf suizidales Verhalten und häufigere Suizidversuche als die Kontrollgruppe (vgl. Maloney et al. 2007: 1933ff.). Eine durchgeführte Kohortenstudie, welche Drogenabhängige nach einem Entzug befragte, ergab eine Lebensprävalenz für Suizidgedanken von 28.5% und für Suizidversuche von 21.9% (vgl. Wines et al. 2004: S21ff.). Latente Suizidalität kam laut der Studie im Zusammenhang mit jüngerem Alter, weiblichem Geschlecht, spanischer Herkunft, vergangenem sexuellen Missbrauch und depressiver Symptomatik vor (vgl. ebd.: S21ff.). Als Risikofaktoren wurde unter anderem vorhergegangene Suizidalität angegeben (vgl. ebd.: S21ff.). Diese sogenannte lebenslängliche Suizidalität beschäftigte eine weitere retrospektive Kohortenstudie, welche Borderline- und depressive Erkrankungen, aber auch sexuellen Missbrauch und polytoxischen Drogengebrauch als Risikofaktoren für Suizidalität herauskristallisierte (vgl. Rodríguez-Cintas et al. 2018: 440ff.). Mit Suizidversuchen assoziierte Faktoren waren das Vorhandensein von Borderline- und Persönlichkeitsstörungen, lebenslangem psychischen oder physischen Missbrauch wie auch polytoxem Konsum (vgl. ebd.: 440ff.). Auch Heroinkonsumierende, welche in einem Methadonprogramm sind, weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf (vgl. Lee et al. 2013: 2620ff.). Kokain gilt als diejenige Substanz unter den illegalisierten, welche am häufigsten Suizidalität induziert (vgl. Petit et al. 2012: 702ff.). Eine Studie in Kanada hat ergeben, dass Suizidalität zudem bei Personen erhöht ist, welche illegalisierte Substanzen konsumieren und zusätzlich einen schweren Alkoholkonsum aufweisen (vgl. Kennedy et al. 2015: 272ff.). Dieses Ergebnis stützt eine weitere in Thailand durchgeführte Studie, welche ebenfalls darlegte, dass eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit das Suizidrisiko von Personen mit einer ille-

galisierten Substanzabhängigkeit erhöht (vgl. Kittirattanapaiboon et al. 2014: 453ff.). Eine internationale Studie des World Mental Health Surveys der WHO hat ergeben, dass in Entwicklungsländern Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit ein höheres Risiko in Bezug auf Suizidalität bildet, als die in den Industrieländern meist zugrundeliegenden affektiven Störungen (vgl. Nock et al. 2009: 10ff.). Dass zudem kulturelle, soziopolitische und regionale Faktoren das Vorkommen von Suizidalität in Verbindung mit dem Konsum illegalisierter Substanzen aufweisen, bestätigt auch eine Vergleichsstudie zwischen Tallinn und Frankfurt (vgl. Schneider et al. 2009: 263ff.). Eine Studie spezifisch in Bezug auf den Konsum illegalisierter Drogen hat weiter ergeben, dass auch die Teilnahme an illegalisierten Marktgeschäften, Kriminalität oder – spezifisch bei Frauen – eine Gefängnisstrafe im Zusammenhang mit Suizidgedanken stehen (vgl. Arribas-Ibar et al. 2017: 292ff.).

Aus all diesen empirischen Belegen lässt sich folgern, dass das Vorhandensein einer Substanzmittelabhängigkeit und der Konsum von Drogen die betroffenen Personen als (Hoch-)Risikogruppe in Bezug auf Suizidalität identifizieren lässt. Die Ergebnisse können jedoch auch durch eine Missklassifizierung eines Suizids als unabsichtliche Überdosierung oder andersherum verfälscht sein (vgl. Bohnert et al. 2010: 183ff./Schneider et al. 2016: 39). Kohortenstudien sind weiter insofern nur begrenzt repräsentativ, als dass die Stichproben normalerweise von Menschen ausgehen, welche aufgrund ihres Klinikaufenthaltes schwerer krank bzw. gefährdet sind (vgl. Schneider 2009: 303). Zu den psychologischen Autopsien lässt sich sagen, dass diese Stichproben wiederum nur eine begrenzte Anzahl Personen erfassen können (vgl. ebd.: 303). Dies wiederum führt in den Resultaten zu eher weitgefassten Aussagen in Bezug auf Suizid und substanzverbundene Störungen und einer grossen statistischen Streuung, was den Zusammenhang der beiden oben genannten Thematiken angeht (vgl. ebd.: 303f.). Trotz der unterschiedlichen Schlussfolgerungen und Prozentzahlen sind sich die Studien in einer Sache einig: Substanzmittelabhängige bilden eine eindeutige Risikogruppe. Es sollte aus diesem Grund weitere Forschung geben, die sich spezifisch mit Fragen in Bezug auf Suizidalität und dem Konsum illegalisierter Substanzen auseinandersetzt (vgl. Wilcox et al. 2004: S11ff.). Auch ein vorangegangener Suizidversuch und -ideen wie lebenslange Suizidalität sollten in der Praxis vermehrt beachtet und in die Therapie und Behandlung einbezogen werden (vgl. Rodriguez-Cintas et al. 2018: 440ff.).

3.4. Entstehungs- und Erklärungsansätze von Suizidalität bei einer Suchtmittelabhängigkeit

Wenn man versucht, Zusammenhänge zwischen einer Suchterkrankung und Suizidalität herzustellen, sind folgende Punkte zu berücksichtigen: zum einen, in welchem Zustand die Suizidalität auftritt (Intoxikation, Entzug, Rückfall etc.), zum anderen, wie die aktuelle Stimmungs-

lage der Person ist, welche Art von Substanz und in welcher Konsumform diese zu sich genommen wurde, inwiefern soziale Faktoren vorhanden sind, ob eine psychiatrische Komorbidität diagnostiziert ist, ob substanzbedingte psychische Beeinträchtigungen vorliegen (Psychose o.ä.) und inwiefern physische (Folge-)Erkrankungen zu berücksichtigen sind (vgl. Schneider et. al 2016: 80f.).

Zu den psychologischen Aspekten lässt sich sagen, dass es bisher kaum Untersuchungen gibt zu den Motiven von Substanzmittelabhängigen in Bezug auf Suizidalität (vgl. ebd.: 81). Dass gewisse Substanzen bei der Intoxikation eine Enthemmung, Halluzinationen oder Impulsivität hervorrufen können, ist empirisch belegt. Ob die impulsiven Handlungen jedoch mit Absicht gemacht wurden oder die durch den Konsum produzierte Realitätsverkennung, lässt sich im Nachhinein schlecht entschlüsseln (vgl. ebd.: 81). Bei Suizidversuchen ohne längere Planung wird die Dosis von den Betroffenen meist «grosszügig» bemessen, damit die Wirkung mit grosser Wahrscheinlichkeit eintritt (vgl. ebd.: 82). Ob eine Suizidabsicht hinter dem Verhalten stand, lässt sich auch hier nicht mit Sicherheit sagen (Wetterling et. al 2013, zit. nach Schneider et al. 2016: 82). Ob der Substanzkonsum sich auf Suizidversuche mit längerer Planung und Vorlaufphase auswirkt, ist nicht bekannt (vgl. ebd.: 83).

Der Zustand und Zeitpunkt, in welchem die Suizidalität auftritt, ist von essentieller Bedeutung, insbesondere in Bezug auf die pharmakologische Wirkung auf den Körper der Konsumierenden, welche sich wesentlich unterscheidet bei Intoxikation, Entzug oder Rückfall (vgl. ebd.: 83). Es gibt einige Daten zu Intoxikation bei Suizidopfern – die Ergebnisse unterscheiden sich jedoch nach Studienregion und in den Folgerungen, inwiefern psychotrope Substanzen eine Rolle spielten (vgl. ebd.: 83). Allgemein geht aus den Statistiken hervor, dass eine Intoxikation durch psychotrope Substanzen nur einen kleinen Teil der Suizide ausmacht (vgl. ebd.: 83f.). Da die sogenannten «Drogentoten» nicht in diesen Zahlen enthalten sind, könnte der Anteil jedoch grösser ausfallen (vgl. ebd.: 84). Auch erschwert die Tatsache, dass die Einnahme der Substanzen häufig «Mittel zum Zweck» ist, eine «unabhängige» Angabe über den Einfluss, da dieser ja gewünscht und klar provoziert wird (vgl. ebd.: 84). Häufig begeben sich diese Personen nach einem Suizidversuch mit (illegalisierten) Substanzen nicht in Behandlung (vgl. ebd.: 84). Wenn Substanzmittelkonsumierende oder -abhängige Entzugerscheinungen bzw. «Craving» erleben, verspüren sie oft eine depressive Verstimmung, welche Suizidalität und Suizidgedanken begünstigen können (vgl. ebd.: 84). Bei Rückfällen, welche häufig aufgrund einer Konfliktsituation entstehen, kann sowohl die Konfliktsituation an sich wie auch der Rückfall per se suizidfördernd wirken (vgl. ebd.: 84). In der Literatur und Empirie gibt es weitere Hinweise dafür, dass Suizidalität und Suizide familiär gehäuft auftreten und somit genetisch begünstigt sein können (vgl. ebd.: 86).

Spezifische Modelle zur Entstehung von Suizidalität und Substanzmittelgebrauch gibt es in Bezug auf Alkohol – für illegalisierte Substanzen als auslösende Substanz jedoch nicht (vgl.

ebd.: 90). Das von Lamis und Malone (2012) entwickelte Modell, welches sich auf die Substanz Alkohol bezieht, liesse sich in den Augen der Verfasserin auch für illegalisierte Substanzen verwenden.

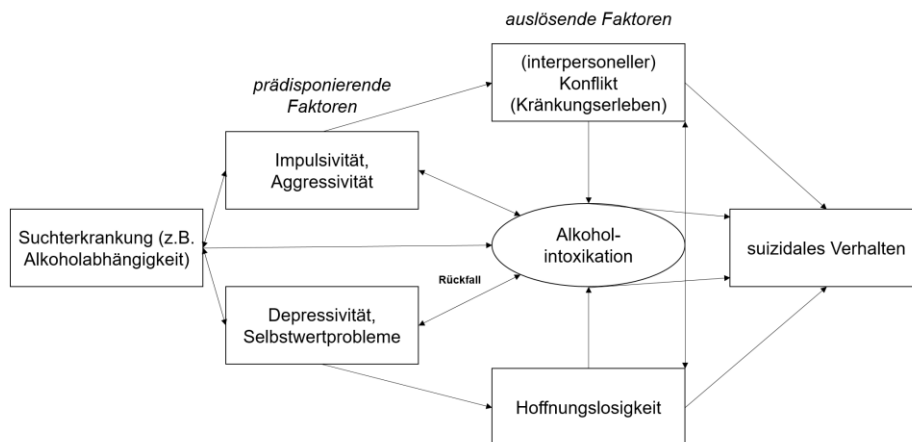


Abb. 2: Prädisponierende und auslösende Faktoren und ihr moderierender Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Alkoholkrankheit und suizidalem Verhalten (in Anlehnung an Conner und Duberstein 2004) (in: Schneider et al. 2016: 90, eigene Darstellung)

Die beiden Verfasser unterscheiden, wie bereits andere Wissenschaftler vor ihnen, zwischen prädisponierenden und auslösenden Faktoren (vgl. Lamis et al. 2012: 4ff.). Prädisponierende Faktoren sind beispielsweise die durch den Konsum hervorgerufene Impulsivität bzw. Aggressivität, fehlende soziale Unterstützung und Hoffnungslosigkeit (vgl. ebd.: 7). Daraus resultierende auslösende Faktoren können zu Belastungen im Leben, interpersonellen Konflikten, negativen Ereignissen, alkoholbedingten Problematiken oder depressiven Symptomen, welche wiederum in Suizidalität enden können, führen (vgl. ebd.: 7). So kann auch der Konsum von illegalisierten Substanzen wie Kokain und/oder Heroin (siehe Unterkapitel 3.3) aufgrund seiner pharmazeutischen Wirkung sowohl Impulsivität als auch Depressivität verursachen. Dieses subjektive Erleben kann wiederum zu Spannungen und Belastungen im Leben oder interpersonellen Konflikten führen, wie beispielsweise Scham aufgrund des Rückfalls. All diese durch den Konsum ausgelösten Faktoren können Suizidalität zusätzlich begünstigen.

Eine psychologischere Herangehensweise bietet Hufford (2001: 797ff.), welcher Mechanismen aufzeigt, die durch den Konsum von Alkohol ausgelöst wurden. Einerseits ist eine erhöhte psychologische Belastung erkennbar, andererseits eine erhöhte Aggressivität, einen durch den Konsum verursachten Antrieb von Suizidgedanken hin zu suizidalen Handlungen wie auch eine verengte Wahrnehmung, welche die Entwicklung und Ausführung anderen Copingstrategien negativ beeinflusst (vgl. ebd.: 797ff.). Der Rückgang der psychischen Belastbarkeit, aber auch eine verengte oder verzerrte Wahrnehmung, können zu Suizidalität führen.

Rückblickend lässt sich unschwer erkennen, dass «Sucht» bzw. «Substanzmittelabhängigkeit» – wie das Phänomen «Suizidalität» – in seiner Beschreibung, Entstehung und Entwicklung ein sehr komplexes Gefüge darstellt. Aus der klinischen Perspektive besteht vermehrt der Eindruck, dass der Konsum und Gebrauch psychotroper Substanzen, besonders von Alkohol, Suizidalität fördern kann und somit Substanzmittelabhängige und -konsumierende in Bezug auf Suizidalität zu einer Hochrisikogruppe macht (vgl. Schneider et al. 2016: 95). Auch die Thematik «Sucht» ist ein typisches Feld der Prävention (vgl. Göpel 2002, zit. nach Wettstein 2008: 45). Es gibt jedoch Personen, welche sich beispielsweise in einer akuten Suchtphase befinden und nicht in der Lage sind, mittel- oder auch längerfristig mit dem Substanzmittelkonsum aufzuhören. Mit solchen Personen arbeitet man in der Sozialen Arbeit unter anderem in den K+A zusammen (vgl. Infodrog et al. 2011: 2). Es stellt sich demzufolge die Frage, inwiefern man Menschen in dieser Lebenslage und Setting adäquat unterstützen kann. Hier könnte die Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle einnehmen, da sie anders als die Prävention nicht die Vermeidung von einem gewissen Verhalten und Bedingungen anstrebt, sondern vielmehr auf den Aus- und Aufbau von Ressourcen und Fähigkeiten abzielt (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 14). Diese ressourcenorientierte Haltung würde sich für die Klientel eignen, die in den K+A ein- und ausgehen. Sie befinden sich meist in sehr schwierigen Lebenssituationen.

4. Gesundheitsförderung

Im vierten Hauptkapitel wird zu Beginn der geschichtliche Hintergrund und die Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung aufgezeigt. Es folgt eine begriffliche Annäherung gefolgt von einem Unterkapitel über die der Gesundheitsförderung zugrundeliegenden Konzepte und Strategien. Des Weiteren wird Gesundheitsförderung spezifisch im Erwachsenenalter wie auch die Anforderungen an eine geschlechtersensible Praxis angeschaut. Zudem werden die Thematiken der Finanzierung, der Entwicklung und Evaluation wie auch der Zukunft der Gesundheitsförderung in jeweils einem Unterkapitel behandelt.

4.1. Geschichtlicher Hintergrund

Ihren Ursprung findet die Gesundheitsförderung in der 1986 veröffentlichten Ottawa-Charta der WHO (vgl. Altgeld et al. 2014: 48). Zwar hatte die WHO bereits früher eine erweiterte Definition von Gesundheit postuliert, welche die biopsychosozialen Dimensionen miteinbezog – diese hatte aber bis Ende der 1970er Jahre relativ wenig Einfluss in der Fachdebatte (vgl. ebd.: 48). Gesundheitsförderung wurde damals als Erstversion wie folgt formuliert:

«Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre

Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.» (vgl. Hildebrandt/Kickbusch 1986: 1).

Die WHO forderte, dass es bei der Gesundheitsförderung darum gehe, die Menschen zu befähigen, selbstbestimmt für ihre Anliegen einzustehen, damit sie sich verwirklichen können (vgl. ebd.: 2). Falls sie nicht in der Lage sind, dies eigenständig zu machen, solle gesundheitsförderliches Handeln darauf ausgerichtet sein, durch aktive anwaltschaftliche Eingriffe die einschränkenden Determinanten positiv zu verändern (vgl. ebd.: 2). Da die Gesundheitsförderung weiterhin alle Politikbereiche in die Mitverantwortung zieht, geht es zudem um eine Vermittlung und Vernetzung aller beteiligten Sektoren, Verbände, Menschen und Gemeinschaften (vgl. ebd.: 2). Eine Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung fand und findet anhand Empfehlungen nachfolgender Konferenzen zur Gesundheitsförderung statt (vgl. Altgeld et al. 2014: 48). Trotz der anfänglich grossen Zustimmung zum Programm begann ihre weltweite Implementierung erst Ende 1990er Jahre (vgl. ebd.: 49).

4.2. Begriffliche Annäherung und Verortung im Gesundheitssektor

Die Begrifflichkeiten Prävention und Gesundheitsförderung werden weder im internationalen Fachdiskurs noch im deutschen Sprachgebrauch einheitlich verwendet (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 13). Unter «Prävention» – als verkürzte Form der Krankheitsprävention – werden «alle Eingriffshandlungen subsumiert, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen» (vgl. ebd.: 14). Zum Begriff «Gesundheitsförderung» zählen alle «Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen» (vgl. ebd.: 14). Die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» definiert für die Schweiz Gesundheitsförderung wie folgt:

«Gesundheitsförderung bezweckt die Verbesserung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils wie auch von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Gesundheitsförderung orientiert sich nicht wie die Prävention an bestimmten Krankheiten, die es zu vermeiden gilt. Sie ist vielmehr krankheitsunspezifisch auf die allgemeine Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet.» (vgl. van der Linde 2005: 12)

Präventive Handlungen zielen demzufolge auf eine Verhinderung oder eine Abwendung von Krankheiten, wohingegen gesundheitsfördernde Programme auf eine Verbesserung der Be-

dingungen hinarbeiten (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 14). Ihr gemeinsames Ziel ist ein Gesundheitsgewinn durch den Abbau von Risikofaktoren für Krankheiten und den Auf- und Ausbau von Ressourcen (vgl. ebd.: 14). Beide Formen werden als «Interventionen» klassifiziert (vgl. ebd.: 14). Dennoch sind sie sowohl in ihrem Wirkungsprinzip, ihrer Klassifikation der Risiko- bzw. Schutzfaktoren, als auch in ihren Möglichkeiten zu unterscheiden: zwar bauen sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Interventionen in ihrem Wirkungsprinzip auf einer Zukunftsprognose auf, dennoch lässt sich der Erfolg unterschiedlich messen (vgl. ebd.: 14ff.). Bei der Prävention gilt als Kriterium, inwiefern ein Krankheitsausbruch und/oder ein Krankheitsverlauf allenfalls gemindert oder sogar vollends verhindert werden konnte (vgl. ebd.: 14). Anders lässt sich der Erfolg bei der Gesundheitsförderung nachweisen, nämlich indem man aufzeigt, inwieweit sich Ressourcen und Schutzfaktoren aus- und aufbauen liessen (vgl. ebd.: 16). Die Wirkungsprinzipien unterscheiden sich demnach zwischen einer pathogenetischen und einer salutogenetischen Betrachtungsweise (vgl. ebd.: 16). Die Klassifikation der Schutzfaktoren – in Abgrenzung zu den Risikofaktoren der Prävention – lässt sich in vier Gruppen aufteilen: zum einen gibt es soziale und wirtschaftliche Faktoren, zum anderen Umweltfaktoren, sogenannte behaviorale und psychische Faktoren, sowie die Bemessung anhand des Zugangs zu gesundheitsrelevanten Leistungen (vgl. ebd.: 16). Ersteres sind beispielsweise solide sozioökonomische Lebensbedingungen, unter Umweltfaktoren können förderliche Wohnbedingungen gesehen werden (vgl. ebd.: 16). Behaviorale und psychische Faktoren wären zum Beispiel die Kontrolle über den eigenen Drogenkonsum oder eine Selbstwirksamkeitserwartung. Unter Letztgenannten wird die Möglichkeit der Teilnahme an Sozialangeboten – wie beispielsweise kostenlose Bewegungsangebote – verstanden (vgl. ebd.: 16). Sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Interventionen stützen sich auf einer Wahrscheinlichkeitsbasis (vgl. ebd.: 15ff.). Es lassen sich beispielsweise Aussagen darüber generieren, inwiefern sich die Qualität der Gesundheit der Mitarbeitenden unterscheiden zwischen einem Betrieb, welcher auf Arbeitsschutz, Mitarbeiterzufriedenheit und flexible Arbeitszeiten setzt, und einem Betrieb, welcher keine solchen Massnahmen trifft und einhält (vgl. ebd.: 17). Dennoch kann weder die Prävention noch die Gesundheitsförderung für sich beanspruchen, dass spezifische Interventionsformen – wie auf das obige Beispiel bezogen das Einführen von «betrieblichem Gesundheitsmanagement» in allen Betrieben – sich direkt und positiv auf die einzelnen Individuen auswirken (vgl. ebd.: 17). Trotz diesem Erfolgsgarantiedefizit lässt sich feststellen, dass beide Interventionsformen sowohl im theoretischen als auch im praktischen Fachdiskurs an Beachtung gewinnen (vgl. ebd.: 17). Präventives Denken und Handeln findet vorwiegend in der Medizin Gehör, also vermehrt weg vom rein kurativen Gedanken hin zur Stärkung eines proaktiven Handelns (vgl. ebd.: 17). Gesundheitsförderliche Denkansätze werden in sozialen Einrichtungen zunehmend umgesetzt (vgl. ebd.: 17). Auf politischer und gesetzlicher Ebene finden jedoch beide Ansätze (noch) nicht den gebührenden Stellenwert (vgl. Hurrelmann et al.

2014: 18). Dies gilt auch für die Schweiz (vgl. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich 2004: 33). Therapie und Kuration standen und stehen aufgrund der traditionellen Logik der Krankheitsheilung im Zentrum des Gesundheitswesens (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 19). Aufgrund des veränderten demografischen Krankheitsspektrums – unter anderem mehr chronische Erkrankungen, welche komplexere Therapien und finanzielle Belastungen nach sich ziehen – lassen sich die neuen Anforderungen nicht mehr nur durch ein auf Kuration und Therapie ausgerichtetes Gesundheitssystem erfüllen (vgl. ebd.: 19ff.). Der wünschenswerte Idealzustand sähe demzufolge Prävention und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile eines nachhaltigen Gesundheitswesens (vgl. ebd. 21).

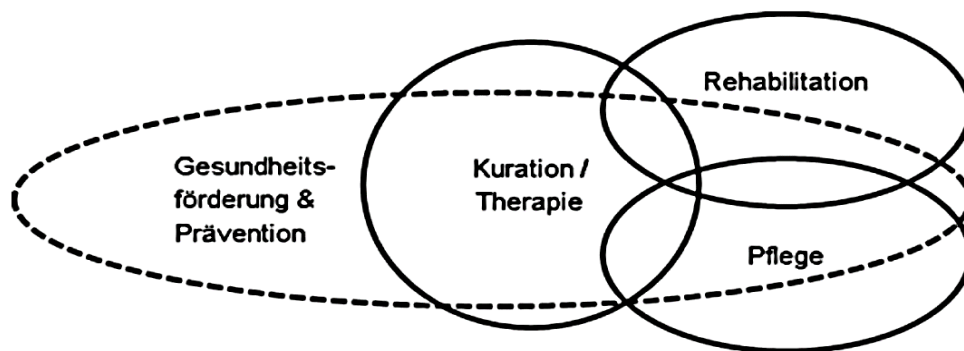


Abb. 3: Abb. 1 Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems (in: Hurrelmann et al. 2014: 21)

Ob sich Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen verstärkt etablieren können, hängt zum einen davon ab, inwieweit es gelingt, sowohl den politischen wie auch ökonomischen Nutzen nachzuweisen (vgl. ebd.: 22). Der Ausgleich von gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Lebenslagen erhält hierbei einen zentralen Stellenwert (vgl. ebd.: 22). Das sogenannte «Präventionsdilemma» zeigt den Sachverhalt auf, dass zwar Risikofaktoren vorwiegend bei Personen mit einem tieferen sozialen und finanziellen Status vorhanden sind, Präventionsprogramme jedoch vorwiegend von sozial und finanziell bessergestellten Bevölkerungsgruppen genutzt werden (vgl. ebd.: 22f.). Das lässt sich unter anderem anhand des höheren Bildungsstandes erklären, welcher Menschen sensibler für ihrer Gesundheit förderliche Angebote macht (vgl. ebd.: 22). Weiter kann eine klare Zielgruppenausrichtung bei präventiven Massnahmen eine unbeabsichtigte stigmatisierende Wirkung erzielen, was wiederum dazu führen könnte, dass die Angebote nicht genutzt und somit keine Veränderung bewirkt werden können (vgl. ebd.: 22). Deshalb sollte vermehrt die Lebenswelt miteinbezogen und die Partizipation der anvisierten Personen gefördert werden, was als «setting approach» verstanden wird (vgl. Hurrelmann et al. 2013: 197).

Auch in der Schweiz lässt sich eine Veränderung hin zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung erkennen. Im Massnahmenplan «Gesundheit 2020» von 2013 wurde festgehalten, dass wirksame und effiziente Unterfangen sowohl in den Gebieten der Prävention als auch in der Gesundheitsförderung eingeführt und als Schwerpunkte gewichtet werden müssen (vgl.

BAG 2013: 4ff.). Es ist unter anderem von einer Stärkung der Gesundheitskompetenz die Rede, was klare Elemente gesundheitsfördernder Ansätze beinhaltet (vgl. ebd.: 4ff.). In der Nationalen Strategie 2017-2024 zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten sind als zentrale Ansatzpunkte sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren, welche auf die Gesundheitsförderung als Teilelement hinweisen, erwähnt (vgl. BAG et al. 2016b: 11). Auch spezifisch für die Thematiken Suizid und Suizidalität wurde der bereits genannte «Aktionsplan Suizidprävention» entwickelt, welcher neben präventiven auch gesundheitsfördernde Ziele beinhaltet (vgl. BAG 2016a: 1/BAG et al. 2016a: 5ff.). Zudem wird im Massnahmenplan zur nationalen Strategie Sucht 2017-2024 festgehalten, Gesundheitsförderung in Bezug auf Folgen der Suchtprobleme – welche wie bereits im Kapitel 2 aufgezeigt wurde unter anderem Suizidalität sein kann – miteinzubeziehen (vgl. BAG 2016b: 4). Somit lässt sich erkennen, dass die Soziale Arbeit als Profession nicht nur ein berufsethisches, sondern auch ein politisches Mandat in Bezug auf Gesundheitsförderung und Suizidalität hat und somit auch im Bereich der Schadensminderung.

Es stellt sich die Frage, anhand welcher Konzepte und Strategien sich Gesundheitsförderung in der Praxis anwenden lässt. Darauf wird im folgenden Unterkapitel eingegangen.

4.3. Zugrundeliegende Konzepte und Strategien

Wie bereits aufgezeigt wurde, verfolgen Prävention und Gesundheitsförderung ähnliche Ziele (vgl. Altgeld et al. 2014: 45). Die Gesundheitsförderung hat jedoch in Abgrenzung zur Prävention, welche eng mit der Verhaltensmedizin und Epidemiologie verbunden ist, Partizipation und Empowerment als zugrundeliegende sozialwissenschaftliche Konzepte (vgl. ebd.: 45). Daher resultiert ihre Verbindung und ihre Herkunft eher aus sozialen Bewegungen und fokussiert auf die jeweilige Lebenswelt der Individuen (vgl. ebd.: 45). Das Modell der Salutogenese, welches vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky im Jahre 1987 erstmals veröffentlicht wurde, hatte die Debatte um die Gesundheitsförderung entscheidend geprägt (vgl. ebd.: 45). Er stellt die pathogenetische, auf Krankheits- und Risikofaktoren ausgerichtete Medizin in Frage und fokussierte darauf, was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund hält – er betont deren Ressourcen und Schutzfaktoren (vgl. ebd.: 45f.). Im Modell der Salutogenese wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Krankheit zwei Pole eines Kontinuums darstellen, auf welchem Personen fortwährend ihre Position ändern (vgl. ebd.: 46). Schutzfaktoren bzw. Ressourcen werden unterteilt in eine personale und eine soziale Ebene (vgl. ebd.: 46). Unter personalen Ressourcen werden sowohl das Selbstwertgefühl wie auch ein stabiles Immunsystem subsumiert, wohingegen bei den sozialen Schutzfaktoren beispielsweise ein tragendes soziales Umfeld und/oder ein verlässliches Sozialwesen angedacht sind (vgl. ebd.: 46).

Die Gesundheitsförderung zielt neben dem Aus- und Aufbau von Ressourcen darauf ab, die Determinanten der Gesundheit zu verändern (vgl. ebd.: 46). Speziell werden die sozialen De-

terminanten in Augenschein genommen, welche die Bedingungen und Einflüsse zusammenfassen, in welchen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern (vgl. WHO o.J.: o.S.). Es sind dies beispielsweise Anstellungsbedingungen, soziale Ausgrenzung oder das Gesundheitswesen (vgl. ebd.: o.S.). Das schweizerische Bundesamt für Gesundheit (BAG) wie auch die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» haben Determinantenmodelle definiert, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen, in ihren Grundzügen jedoch ähnlich sind und beide aufzeigen, dass Erhaltung und Förderung der Gesundheit eine Querschnittsaufgabe aller politischen Sektoren ist (vgl. van der Linde 2005: 17).

Der Gesundheitsförderung liegt also zusammenfassend das Salutogenesemodell zugrunde, wohingegen präventive Interventionen auf dem Risikofaktorenmodell aufbauen (vgl. Altgeld et al. 2014: 46). In der Praxis sind die beiden Strategien nicht komplett auseinanderzuhalten, dennoch ist eine klare konzeptionelle Trennung notwendig, da die Gesundheitsförderung eine andere Perspektive einnimmt und ihr unterschiedliche Konzepte und Strategien zugrunde liegen (vgl. ebd.: 46). Es geht nicht darum, Prävention und Gesundheitsförderung gegeneinander «auszuspielen» (vgl. ebd.: 46). Vielmehr sollte das Ziel sein, ergänzende Massnahmen zu entwickeln, um eine umfassende Herangehensweise an eine bestehende Problematik zu ermöglichen (vgl. Walter et al. 2012, zit. nach Altgeld et al. 2014: 46). Gesundheitsbezogene Interventionen können entweder auf der Ebene der Individuen oder deren Umfeld, der sozialen Umwelt oder aber bei gesellschaftlichen bzw. rechtlichen Rahmenbedingungen ansetzen (vgl. ebd.: 46f.). Man spricht deshalb zur Unterscheidung von verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Massnahmen oder Interventionen (vgl. ebd.: 47). Dies sei laut Wettstein (2018: 11) jedoch problematisch, weil die Individuen auf ihr Verhalten reduziert würden, weshalb sich die Unterscheidung zwischen individuums- und strukturbezogenen Massnahmen besser eignen würden. Als theoretische Fundierung bedienen sich Gesundheitsförderungsprogramme vorwiegend den verschiedenen Disziplinen der Human- und Sozialwissenschaften (vgl. Altgeld et al. 2014.: 47). Dennoch ist die Gesundheitsförderung eine intersektorale Aufgabe, da Gesundheit in biopsychosozialen Dimensionen gesehen wird (vgl. ebd.: 47). Zudem ist die frühzeitige Einbindung und der Miteinbezug der Zielgruppe, wie bereits erwähnt, von grosser Wichtigkeit und sollte als «Goldstandard» sowohl für präventive als auch für gesundheitsfördernde Interventionen gelten (vgl. ebd.: 47). Je früher und intensiver die Partizipation, desto niedriger wird die Schwelle für eine Inanspruchnahme eines solchen Angebotes (vgl. ebd.: 47).

Zu den Kernstrategien der Gesundheitsförderung zählen laut der Ottawa-Charta die Ausrichtung am Konzept des Empowerments und die Einsicht, dass Gesundheitsförderung eine Aufgabe darstellt, welche alle Politikbereiche betrifft, also eine Querschnittsaufgabe darstellt (vgl. ebd.: 49). Da die Ottawa-Charta eine eher abstrakte Ausformulierung eines anzustrebenden Soll-Zustandes darstellt, wurde in Ergänzung dazu das Konzept der gesundheitsfördernden

Settings erstellt (vgl. ebd.: 49). Dieses stellt eine wichtige Grundlage der Gesundheitsförderung dar. Es wird postuliert, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel darstellt, sondern im Lebensalltag und der Lebenswelt der Individuen entsteht (vgl. ebd.: 49). Daraus lässt sich folgern, dass gesundheitsfördernde Massnahmen und Interventionen zwingend in der Lebenswelt und im Lebensalltag der Zielgruppen ansetzen müssen (vgl. ebd.: 50). Es gilt, das Individuum auch im sozialen System zu sehen (vgl. 50). Beispiele für solche Settings wären Schulen, Betriebe, Spitäler oder auch die K+A (vgl. ebd.: 50). Die Ergebnisqualität von solchen Settingsansätzen ist jedoch bisher schlecht erforscht (vgl. ebd.: 50). Und gerade weil Gesundheitsförderung wie oben erwähnt in ihrer umfassenden Ausrichtung eine gewisse Intersektionalität bedingt, zerstreut sich die klare Zuständigkeit, auch in Anbetracht der Finanzierung (vgl. ebd.: 53).

4.4. Gesundheitsfördernde Interventionen im Erwachsenenalter

Prävention wird in der Praxis häufig mit der Vorstellung verbunden, dass sie gewinnbringender ist, je früher eine Massnahme ansetzt (vgl. Faltermaier 2014: 79). Daraus resultiert, dass präventive Interventionen vorwiegend in den Lebensphasen Kindheit und Jugend eine besondere Stellung geniessen sollen (vgl. ebd.: 79). Es ist jedoch nicht sinnvoll, den unterschiedlichen Lebensphasen andere Gewichtungen zuzugestehen (vgl. ebd.: 79). Die Phase des Erwachsenenalters ist die längste und beinhaltet viele gesundheitsrelevante Ereignisse (vgl. ebd.: 79). Daraus lässt sich ableiten, dass es für präventive Massnahmen fundierte ätiologische Theorien braucht, welche den Ursprung von Risiken aufzeigen und somit sinnvolle Interventionsansätze generieren (vgl. ebd.: 79). Es sollten zusätzlich auch salutogenetische Theorien hinzugezogen werden, um den Aus- und Aufbau von Schutzfaktoren als Ansatzpunkt zu verorten (vgl. ebd.: 79).

Die Lebensphase des Erwachsenenalters wird je nach Disziplin und theoretischer Perspektive anders definiert und eingegrenzt: so spricht man von frühem, mittlerem und spätem Erwachsenenalter, welches sich zwischen ca. 20 bis 80 Jahre erstreckt (vgl. Faltermaier et al. 2013, zit. nach Faltermaier 2014: 80). Nach dem Konzept der Entwicklungsaufgaben haben Erwachsene spezifische Aufgaben, wie beispielsweise die Partnerwahl und Familiengründung im frühen Erwachsenenalter oder den Berufseinstieg (vgl. Faltermaier 2013, zit. nach Faltermaier 2014: 80). Neben diesen eher auf die Identitätsfindung bezogenen Aufgaben nimmt die Gesundheit ebenfalls eine wichtige Rolle ein (vgl. Faltermaier et al. 2013, zit. nach Faltermaier et al. 2014: 81). Ab dem 50. Lebensjahr erhöht sich die Mortalitätsrate, die Prävalenzrate von chronischen Erkrankungen nimmt zu und eine zunehmende Multimorbidität tritt auf (vgl. Faltermaier 2014: 81). Um auf diese Gegebenheiten adäquat reagieren zu können, sollten wie bereits erwähnt sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Massnahmen in Betracht gezogen werden (vgl. ebd.: 81). In präventiven Interventionen im Erwachsenenalter würde vorwiegend versucht werden, Risikofaktoren, psychosoziale Risikobedingungen, Stressoren

wie auch riskanten Lebensweisen vorzubeugen (vgl. ebd. 82). Anders sähe die Herangehensweise an die Anforderungen im Erwachsenenalter aus gesundheitsfördernder Perspektive aus: anhand der Salutogenese würde versucht werden, Bedingungen zu fördern, die der Gesundheit zuträglich sind (vgl. ebd.: 83). Die Salutogenese kann hingegen nicht auf den gleichen Umfang an empirischem Forschungswissen zurückgreifen wie dies bei der Ätiologieforschung der Fall ist (vgl. ebd.: 83).

4.5. Geschlechterspezifische Gesundheitsförderung

Bisher finden geschlechterspezifische Ansätze in präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen und Interventionen nur wenig Beachtung (vgl. Merbach et al. 2014: 356). Trotz unterschiedlichem Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern, beispielsweise in Bezug auf das Rauchen, berücksichtigen diesbezügliche Präventionsprogrammen bisher vorwiegend das Alter (vgl. ebd.: 356). Es ist auch bekannt, dass Männer und Frauen unterschiedlich alt werden, andere Krankheiten erleiden und demzufolge auch an unterschiedlichen Krankheiten versterben (vgl. ebd.: 358). Dies zeigt wiederum die Wichtigkeit des Miteinbezuges einer Geschlechterperspektive auf, um adäquate Interventionen auszuarbeiten. Ein beachtenswerter Unterschied in Anbetracht der Geschlechter lässt sich auch – wie bereits im Kapitel Suizid und Suizidalität erwähnt – in den Suizidraten verorten (vgl. Merbach et al. 2014: 358/BFS 2008: 53). Die Wahrnehmung und das subjektive Empfinden in Bezug auf die eigene Gesundheit hat einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und unterscheidet sich wiederum je nach Geschlecht: in Industrienationen empfinden Männer ihren Gesundheitszustand besser als dies Frauen tun (vgl. Merbach et al. 2014: 360f.). Die Sozialisationseinflüsse, aber auch biologische Gegebenheiten wie beispielsweise Hormone, können unterschiedliche Verhalten in Bezug auf die Gesundheit hervorrufen (vgl. ebd.: 360ff.). Demzufolge ist es erforderlich, geschlechterspezifische Unterschiede aus einem biopsychosozialen Blickwinkel anzuschauen und anzugehen, um sowohl genetischen Veranlagungen wie auch sozialen Rollen(-anforderungen) gerecht zu werden (vgl. ebd.: 364). Formen und Ursachen geschlechterbezogener Verzerrungseffekte können einerseits dadurch zustande kommen, dass eine Gleichheit oder zumindest Ähnlichkeit zwischen dem weiblichen und männlichen Geschlecht und Gender angenommen wird (vgl. Jahn et al. 2002: 12). Andererseits basieren solche Verzerrungen darauf, dass wiederum Unterschiede angenommen werden, welche zwischen den Geschlechtern jedoch tatsächlich nicht vorkommen (vgl. ebd.: 12). Daraus resultiert folgende Grundfrage, welche bei jeder Massnahme und Intervention beachtet werden sollte: «Bedeutet der bearbeitete Sachverhalt (z. B. Ressourcenförderung bei Jugendlichen) für Frauen / Mädchen und Männer / Jungen das Gleiche oder Unterschiedliches?» (vgl. ebd.: 12). Die Dimensionen, welche für eine geschlechterangemessene Gesundheitsförderung relevant sind, sind zum einen die sogenannte «Politik», also die Frage, in welchen Bereichen welche Orientierung und Akzentuierung sinnvoller erscheint, und in welchen Praxisfeldern geschlechterbezogene Ungleichheiten

vorherrschen (vgl. ebd.: 16). Zum anderen spielt die Partizipation eine Rolle, indem berücksichtigt wird, wie die Geschlechterverteilung sowohl in der Zielgruppe als auch in der Gruppe der Ausführenden gehandhabt wird (vgl. Jahn et al. 2002: 16/Altgeld et al. 2009: 21). Eine weitere Klärung gilt in Bezug auf die Kategorie(n) des Geschlechtes an sich, ob also in der Massnahme bzw. Intervention eher die biologischen Aspekte oder mehrheitlich die sozialen Rollen(-zuschreibungen) miteinbezogen werden (vgl. Jahn et al. 2002: 16). Diese Dimension wird als «Sex» oder «Gender» betitelt (vgl. ebd.: 16). Weiter sollten die angewendeten Methoden in einer Massnahme oder Intervention kritisch reflektiert werden, ob sie allenfalls beim einen Geschlecht etwas anderes auslöst oder die gewünschte Zielgruppe überhaupt damit erreicht werden kann (vgl. Jahn et al. 2002: 17/Altgeld et al. 2009: 21). Die bereits erwähnte telefonische Befragung in Bezug auf den Konsum illegalisierter Substanzen bildet wie gesagt nur ein eingeschränktes Bild über die schweizerische Gesamtbevölkerung ab, da Substanzmittelabhängige aufgrund der Marginalisierung durch dieses Medium schlecht erreichbar sind (vgl. Gmel et al. 2017: 81f.). Und nicht zuletzt müssen die zugrundeliegenden Theorien und Konzepte in Bezug auf ihre Vollständigkeit überprüft werden, sowie auf den Einbezug der bisherigen Lebensgeschichte, Sozialisation und aktuellen Umstände (vgl. Jahn et al. 2002: 17/Altgeld et al. 2009: 21). Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) hat diesbezüglich einen Fragekatalog für die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» konzipiert, welcher den Einbezug dieser Dimensionen ermöglichen sollte.

4.6. Finanzierung der Gesundheitsförderung

Trotz der Tatsache und dem Bewusstsein, dass chronische Krankheiten in industrialisierten Ländern zunehmen und sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Interventionen einen wichtigen Beitrag für eine Verhinderung bzw. den Ausbau von Schutzfaktoren gegenüber solchen Erkrankungen bieten und fördern könnten, ist die sozialpolitische Verankerung solcher Interventionen noch mangelhaft (vgl. Plamper et al. 2014: 411). Nur knapp 4% der Gesundheitsausgaben fliessen in präventive und gesundheitsfördernde Projekte und Massnahmen (vgl. ebd.: 411). Ab dem Jahr 2018 finanziert die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» in enger Kooperation mit dem Bundesamt für Gesundheit präventive Interventionen im Bereich der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: o.S.). Da nichtübertragbare Krankheiten, wie beispielsweise Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie auch psychische Krankheiten und Sucht, 80% der schweizweiten Gesundheitskosten verursachen, wird die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» bis ins Jahr 2024 im Durchschnitt eine Summe von jährlichen 5.2 Millionen Franken in Prävention einfliessen lassen (vgl. ebd.: o.S.). Die Ziele der Projekte sind zum einen präventiver Natur, indem der Behandlungsbedarf vermindert und Rückfälle vermieden werden sollen (vgl. ebd.: o.S.). Dennoch finden sich auch gesundheitsfördernde Aspekte, wie beispielsweise eine Verbesserung

der Gesundheitskompetenz sowie ein Ausbau der individuellen Fähigkeit zum Selbstmanagement von Krankheiten (vgl. ebd.: o.S.). Weiter gibt es den vom Bund verfassten erwähnten «Aktionsplan zur Suizidprävention», welcher wiederum gesundheitsfördernde Komponenten beinhaltet (vgl. BAG et al. 2016a: 1/BAG 2016a: 5ff.). Präventive wie gesundheitsfördernde Interventionen gelten vor allem dann als ökonomisch vorteilhaft und rentabel, wenn sie neben dem Einsparen von Kosten zusätzlich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis ausweisen können (vgl. Plamper et al. 2014: 411). Dies gilt vorwiegend für sogenannt nicht-klinische Interventionen (vgl. ebd.: 411). Um eine ökonomische Evaluation vornehmen zu können, werden drei verschiedene Verfahren in der Praxis angewendet: zum einen gibt es die Kosten-Nutzen-Analyse, welche sowohl die Kosten als auch den Nutzen von Interventionen in einer monetären Einheit aufzeigt (vgl. ebd.: 418f.). Schwächen dieses Verfahrens zeigen sich unter anderem darin, dass beispielsweise die veränderte Lebensqualität in Geldeinheiten anzugeben ist (vgl. ebd.). Positiv am Verfahren ist hingegen, dass sich Interventionen im Gesundheitswesen mit solchen ausserhalb des Sektors vergleichen lassen – den Besonderheiten der ökonomischen Evaluation im Gesundheitssektor wird jedoch nur bedingt Rechnung getragen (vgl. ebd.: 419). Das zweite Analyseverfahren wird als Kosten-Effektivitäts-Analyse bezeichnet und beurteilt medizinisch relevante Resultate in physischen und nicht monetären Einheiten (vgl. ebd.: 419). Ein illustrierendes Beispiel wäre ein Gewinn an Lebensjahren (vgl. ebd.: 419). Als dritte Möglichkeit anbietet sich eine Kosten-Nutzwert-Analyse, welche die Kosten monetär, die Resultate aber anhand standardisierter Nutzwerte beurteilt (vgl. ebd.: 419). Das am häufigsten hinzugezogene Ermittlungsverfahren zur Nutzwertbestimmung ist das QALY-Konzept, englisch «quality adjusted life years», welches die Patienten- bzw. Klientelsicht miteinbezieht (vgl. ebd.: 419). Entgegen der momentanen Situation, dass Gesundheitsförderung und Prävention eine nebensächliche Rolle im Gesundheitssektor einnehmen und noch wenig finanzielle Mittel zu Verfügung haben, ist zu hoffen, dass deren Bedeutung aufgrund der demografischen Herausforderungen zunehmen wird (vgl. ebd.: 421).

4.7. Qualitätsentwicklung und Evaluation der Gesundheitsförderung

Die Thematiken Evaluation und Qualitätsentwicklung haben in den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit und Bedeutung gewonnen (vgl. Kolip 2014: 438). Diese Popularität kam unter anderem zustande, weil die beiden Interventionsarten eine Finanzierung benötigen und ihre Wirksamkeit als Legitimationsgrund belegen müssen (vgl. ebd.: 438). Die Einteilung der drei Qualitätsdimensionen, anhand welcher präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen und Interventionen gemessen und evaluiert werden, stammt ursprünglich aus der Medizin und Pflege (vgl. ebd.: 438). Es gibt zum einen die sogenannte Strukturqualität, welche Aufschluss darüber gibt, inwiefern organisatorische und institutionelle Voraussetzungen gegeben sind, welche für die gewinnbringende Umsetzung einer Massnahme bzw. Intervention hilfreich wären (vgl. ebd.: 438). Darunter fällt

beispielsweise, dass qualifiziertes Personal sowohl für den Planungsschritt, als auch für die konkrete Umsetzung und anschliessende Auswertung zum jeweiligen Prozess hinzugezogen werden kann (vgl. ebd.: 438). Des Weiteren gibt es die Dimension der Prozessqualität, die sich mit der Umsetzung bzw. dem Prozess der Intervention bzw. Massnahme befasst und diese bewertet (vgl. ebd.: 439). Unter anderem fällt darunter, dass eine Überprüfung stattfindet, ob die zu Beginn formulierten Ziele nach Plan verfolgt und erreicht wurden (vgl. ebd.: 439). Es sollten mögliche Erkenntnisse gezogen werden, falls eine Massnahme nicht wie geplant oder allenfalls gar nicht umgesetzt wurde (vgl. ebd.: 439). Die dritte und letzte Qualitätsdimension erörtert, ob die gewünschten Ergebnisse auch eingetreten sind und erreicht wurden (vgl. ebd.: 439). Dies gelingt nur, wenn die angestrebten Soll-Zustände im Vorfeld klar definiert wurden (vgl. ebd.: 439). Da die meisten Interventionen und Massnahmen komplexe Eingriffe darstellen, ist jedoch die Benennung der Outcomes relativ herausfordernd (vgl. ebd.: 439). Der Erfolg eines präventiven bzw. gesundheitsfördernden Eingriffes kann nur überprüft werden, wenn zuvor definiert wurde, auf welcher Ebene bzw. auf welchen Ebenen ein Erfolg zu erwarten ist (vgl. ebd.: 439). Normalerweise werden dabei sowohl die intendierten, also die gewünschten, wie auch die nicht-intendierten Effekte berücksichtigt (vgl. ebd.: 439). In Bezug auf die Evaluation lässt sich sagen, dass deren zentrale Fragestellung darauf Bezug nimmt, ob und gegebenenfalls auch in welchem Masse die eingeführten Soll-Zustände oder Ziele erreicht wurden (vgl. ebd.: 439). Je nach Kontext ist es zudem relevant, inwiefern die Nachhaltigkeit eines solchen Effektes gegeben ist (vgl. ebd.: 439). Es hat sich jedoch gezeigt, dass die obig genannten drei Qualitätsdimensionen für präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen nicht ausreichen (vgl. ebd.: 440). Deshalb wird in der aktuellen Qualitätsdebatte betont, dass sowohl die Planungs-, wie auch die Konzept- und Assessmentqualität vermehrte Aufmerksamkeit erhalten sollten (vgl. ebd.: 440). Eine differenzierte und ausgereifte Planung, eine wissenschaftliche und theoretische Fundierung, wie auch eine möglichst umfangreiche und flächendeckende Bedarfsabklärung, sind zentrale Bestandteile einer gelingenden Intervention und Massnahme und sollten demnach stärker berücksichtigt und miteinbezogen werden (vgl. ebd.: 440). Trotz der Nachvollziehbarkeit und Stringenz sowohl der Qualitätsdimensionen als auch der Aufgabe der Evaluation zeigen sich in der konkreten Umsetzung in der Praxis Schwierigkeiten, unter anderem, weil eine Unterscheidung zwischen Zielen und Massnahmen nicht überall alltäglich ist (vgl. ebd.: 440).

Durch die zunehmende Relevanz der Qualitätsmerkmale wurden Instrumente entwickelt, die eine solche Messung ermöglichen sollten (vgl. ebd.: 440). Das «Goal Attainment Scaling» dient einer klaren Zielformulierung, die partizipative Qualitätsentwicklung wiederum fokussiert mehr auf die Bedürfnisse der Zielgruppen (vgl. ebd.: 440). «Quintessenz» ist ein Qualitätssystem, welches in der Schweiz entwickelt wurde (vgl. ebd.: 441). Es handelt sich dabei um ein internetbasiertes System, welches Qualitätsentwicklung und Projektmanagement verbindet

(vgl. ebd.: 441). Es ist in sechs Bereiche und wiederum 24 zugehörige Qualitätskriterien unterteilt und bietet verschiedene Handhabungen für strukturierte und systematische Praktiken (vgl. ebd.: 441). Die Vielzahl an Instrumenten ermöglicht es, die Qualität und Effizienz von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen in der Praxis zu belegen (vgl. ebd.: 446). Wichtig ist, dass alle Qualitätsdimensionen berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 446). Zudem wäre es hilfreich, wenn mit der Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle bekannte Instrumente zur Messung der Qualität geprüft und in der Fachwelt verbreitet und eingeführt würde (vgl. ebd.: 446).

4.8. Zukunft der Gesundheitsförderung

Sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung weisen eine Menge an Möglichkeiten und Grenzen in Theorie und Praxis auf (vgl. Haisch et. al. 2014: 449). Spezifische Interventionen können positive Veränderung im gesamten Lebenslauf von Menschen ermöglichen, sind jedoch unter anderem auch politischer Natur, was zu Begrenzungen und Einschränkungen durch Finanzierungsfragen führen kann (vgl. ebd.: 449). Für eine Zukunft und das Weiterbestehen und Ausbauen von Gesundheitsförderung sind verschiedene Punkte von Wichtigkeit: es sollten alle Massnahmen bzw. Interventionen theoretisch begründet sein (vgl. ebd.: 449). Die Orientierung an einem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit ist hilfreich, um einerseits eine solche theoretische Fundierung zu begründen und andererseits die Zuständigkeit verschiedener Fachbereiche und Professionen aufzuzeigen (vgl. ebd.: 449). Auch ergibt sich dadurch eine Vielfalt von Ansatzpunkten und Möglichkeiten für präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen, welche bisher noch nicht gänzlich genutzt wurden (vgl. ebd.: 449). Gesundheitsförderung wie auch Prävention sind in den Policies der einzelnen Disziplinen bereits mehr und umfassender vertreten, als es den Anschein macht – so auch in den Sozialressorts (vgl. ebd.: 450). Unglücklicherweise werden die Interventionen und Massnahmen vorwiegend ohne gegenseitige Berücksichtigung bzw. gewinnbringende Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen konzipiert und durchgeführt (vgl. ebd.: 450). Es geht vielmehr darum, dass die unterschiedlichen Perspektiven und theoretischen Hintergründe gegenseitig anerkannt werden und vom gegenseitigen Erfahrungsschatz profitiert werden kann (vgl. ebd.: 450). Die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» wurde im Jahre 1989 – aufgrund des Scheiterns eines Präventionsgesetzes im Jahre 1984 – ins Leben gerufen (vgl. vgl. Haisch et. al. 2014: 455/van der Linde 2005: 29ff.). Es sollen künftige präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen in der Schweiz angeregt, gefördert, umgesetzt, koordiniert, in ihren Möglichkeiten mitfinanziert, evaluiert und beurteilt werden (vgl. Haisch et al. 2014: 455/van der Linde 2005: 32). Als Grundlage und Ausrichtung dienen der Stiftung der Setting-Ansatz als Konzept sowie verschiedene WHO-Deklarationen (vgl. Haisch et al. 2014: 455/van der Linde 2005: 7ff.). Der umfassende Bericht zur aktuellen Situation von Gesundheitsförderung in der Schweiz

zeigt jedoch zahlreiche Mängel und politische Hindernisse auf: durch den in der Schweiz vorherrschenden Föderalismus gibt es keine allgemein anerkannten nationalen Gesundheitsziele, kein ressortübergreifendes Grundverständnis der Begrifflichkeiten, kein Interesse der Ärzteschaft an gesundheitsfördernden Interventionen und nicht ausreichende Weiterbildung in den beiden Bereichen (vgl. Haisch et al. 2014: 455/van der Linde 2005: 7ff.). Es sei bisher weder gelungen, Kernbegrifflichkeiten und Gesundheitsbegriffe der WHO-Charta zu integrieren und für alle Menschen verständlich zu machen, noch Gesundheitsförderung als staatliche Aufgabe in Gemeinden zu verankern und anzuerkennen (vgl. Haisch et al. 2014: 455/van der Linde 2005: 7ff.).

Rückblickend lässt sich feststellen, dass sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit Fuss gefasst haben und wichtige Arbeits- und Wirkungsbereiche darstellen. Trotz der anfänglichen Popularität der Gesundheitsförderung kämpfen ihre Verfechtenden um weitere Anerkennung, denn die Komplexität der jeweils zu berücksichtigen Faktoren wie beispielsweise Geschlecht oder Alter machen gesundheitsfördernde Massnahmen und Interventionen zu einem komplexen Unterfangen für die Fachpersonen. Diese vielschichtigen Aspekte, wie auch die erwünschten Ergebnisse – zum Beispiel der Aus- und Aufbau von persönlichen Ressourcen – erschweren teilweise aufgrund des grossen Umfangs und der Schwierigkeit, diese Kriterien messbar zu machen, die Nachweisbarkeit bzw. den Erfolg. So entstehen Finanzierungslücken und -engpässe, welche die Gesundheitsförderung wiederum schwächen. Unschwer erkennen lässt sich das nachhaltige Potential eines gesundheitsförderlichen Ansatzes. Es ist die Aufgabe der Fachpersonen, mit diesen Hürden – unter anderem der Messbarkeit und Finanzierung – umzugehen und die Gesundheitsförderung weiter zu stärken und auszubauen. Es soll ein Denken angeregt werden, welches Gesundheitsförderung und Prävention nicht als Gegensätze postuliert, sondern ihre Synergieeffekte betont (vgl. Altgeld et al. 2014: 54).

5. Salutogenese

In diesem Hauptkapitel wird zuerst eine begriffliche Annäherung an die Salutogenese vorgenommen. Anschliessend folgt ein Unterkapitel über das Kohärenzgefühl als «Herzstück» der Salutogenese. Ein weiteres Unterkapitel erläutert die Entwicklung des Kohärenzgefühls. Der Weg hin zur Gesundheit der Menschen in Antonovskys Modell der Salutogenese wird anschliessend skizziert. Zum Schluss wird der aktuelle Stand der Forschung der Salutogenese bzw. des Kohärenzgefühls ausgewiesen. Eine kritische Beleuchtung des Konzepts schliesst das Kapitel ab.

5.1. Begriffliche Annäherung

Modelle zur Erklärung von gesundheitlichen Einschränkungen und Störungen basieren zum einen auf Erkenntnissen aus der Pathogenese und Ätiologie, der Lehre der Ursachen von Krankheiten, zum anderen gibt es auch Ansätze, welche auf sogenannte Schutzfaktoren und Ressourcen fokussieren (vgl. Faltermaier 2012: 5). Besonders wertvoll und relevant gelten für die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung die beiden Konzepte der Salutogenese und Resilienz (vgl. ebd.: 5). Die Resilienz und deren gleichnamige Forschungszweige gehen von Befunden aus Längsschnittstudien aus, welche aufzeigten, dass Kinder und Jugendliche trotz belastender Lebensumstände und dem Vorhandensein von Risikofaktoren zu Anbeginn des Lebens eine gesunde Entwicklung durchlaufen (vgl. ebd.: 5). Die zugrundeliegende Studie von Werner und Smith im Jahre 1982 wurde auf der hawaiianischen Insel Kauai über 40 Jahre durchgeführt und brachte hervor, dass sich gewisse Kinder trotz risikoreicher Faktoren wie beispielsweise Armut, Komplikationen bei der Geburt oder psychische Erkrankungen in der Ursprungsfamilie unbeschadet entwickelten und zu psychisch gesunden Erwachsenen heranwuchsen (vgl. ebd.: 5). Diese Eigenschaft wurde von den Autorinnen als Resilienz bezeichnet, als sogenannte Widerstandsfähigkeit, welche die Kinder vor einer allfälligen negativen Entwicklung oder Ausbildung einer Störung geschützt hat (vgl. ebd.: 5). Die Resilienzforschung suchte folglich bei Personen und in ihrer Umwelt nach protektiven Faktoren bzw. Schutzfaktoren, welche empirisch aufgrund einer eher theoriearmen Unterlegung als mehr oder minder belegt gelten (vgl. ebd.: 5). Neuere Ansätze versuchen verstärkt das Resilienzkonzept auf den Lebensverlauf von Erwachsenen zu beziehen, wobei die grundlegende Suche nach Kräften und Ressourcen beibehalten wird (vgl. ebd.: 5f.). In Bezug auf die spezifische Thematik der Suizidalität und Suizidprävention besteht in der Resilienzforschung noch Handlungs- und Entwicklungsbedarf (vgl. Erlemeier 2013: o.S.). Beinahe zeitgleich wurde in den 1970er Jahren der Ansatz der Salutogenese von Antonovsky in die wissenschaftliche Debatte um Gesundheit und Krankheit eingeführt (vgl. Faltermaier 2012: 6). Die Hauptfrage des Konzeptes, nämlich was Menschen gesund hält, ist noch stärker als das Resilienzkonzept auf die Gesundheit von Personen gerichtet und versucht zu erklären, weshalb Menschen trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben (vgl. ebd.: 6). Besonders an der Salutogenese ist, dass Krankheit und Gesundheit nicht als Dichotomie, sondern als Kontinuum zwischen den beiden Zuständen verstanden wird (vgl. ebd.: 6). Demzufolge befinden sich die Individuen zu Lebzeiten zwischen diesen beiden Polen. Die salutogenetische Fragestellung wäre deshalb, welche Ressourcen und Faktoren zum positiven gesunden Pol ziehen (vgl. ebd.: 6). Antonovsky (1997: 23) beschrieb seine Überlegung wie folgt:

«Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmass gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen.»

Kein Mensch ist demzufolge nur krank oder nur gesund, sondern Teile von ihm können krank und andere gesund sein. Auch sind Stressoren nach Antonovsky (1997: 26) nicht rein pathogenetisch, also krankheitserregend, sondern können auch positive Konsequenzen für die Gesundheit nach sich ziehen. Er sieht Stressoren nicht nur als Zerstörer der Homöostase, der Gesundheit, sondern verweist darauf, dass Stressoren den Körper in Bewegung bringen, ihn mobilisieren – allenfalls in Richtung Gesundheit durch das positive Meistern einer Herausforderung (vgl. ebd.: 27). Als fundamentale These formuliert er für die salutogenetische Orientierung, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie bzw. Unordnung Teil aller lebenden Organismen sind (vgl. ebd.: 29). Daraus folgert er die bereits erwähnte Erkenntnis, die vorherrschende dichotome Klassifizierung der Individuen zu verwerfen und sie stattdessen auf einem multidimensionalen Kontinuum einzuordnen (vgl. ebd.: 29). Weiter wird verhindert, dass man sich ausschliesslich auf die Ätiologie konzentriert, sondern die gesamte Geschichte der Menschen betrachtet (vgl. ebd.: 29). Statt Fragen zu stellen, was auslösende Faktoren für eine Krankheit waren, sollen Fragen im Zentrum stehen, die herausfinden, welche Faktoren beteiligt sind, dass eine Person ihre Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beibehalten oder gar auf den gesunden Pol hinbewegen kann (vgl. ebd.: 30). Der Fokus und Blick wird damit auf Copingstressoren gerichtet, also auf solche, die zu einer Bewältigung beitragen (vgl. ebd.: 30). Stressoren werden als allgegenwärtig und – je nach Charakter und erfolgreicher Auflösung der Spannung – als möglicherweise gesundheitsfördernd wahrgenommen (vgl. ebd.: 30). Statt nach Lösungen als eine Art Wunderwaffe zu suchen, wie es die Prävention teilweise versucht, solle nach der Quelle der negativen Ereignisse gesucht werden, um eine Adaption der Individuen an die neue Umgebung zu ermöglichen und zu erleichtern (vgl. ebd.: 30). Die abweichenden Fälle in pathogenetischen Untersuchungen werden demzufolge relevant für die salutogenetische Orientierung (vgl. ebd.: 30).

5.2. Konzept des Kohärenzgefühls bzw. «Sense of coherence»

Sein Konzept des Kohärenzgefühls, welches nun vorgestellt werden soll, sieht Antonovsky (1997: 33) sowohl als eine Hauptdeterminante dafür, auf welcher Position sich ein Mensch auf dem Kontinuum befindet, als auch als richtungsweisend für die Bewegung einer Person in Richtung gesunden Pol. Die drei Komponenten, welche die Hauptdeterminante bzw. das Konzept des Kohärenzgefühls, des «sense of coherence», kurz SOC, ausmachen, erarbeitete er aus Tiefeninterviews mit Personen, welche alle eine traumatische Erfahrung gemacht hatten und dennoch gut mit ihrem Leben zurechtkamen (vgl. ebd.: 34). Die Komponenten nannte er Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. ebd.: 34). Antonovsky (1997: 34) definiert Verstehbarkeit wie folgt:

«(...) das Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Die Person mit einem hohen Ausmass an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersehbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass hier nichts über die Erwünschtheit von Stimuli impliziert ist. Tod, Krieg und Versagen können eintreten, aber solch eine Person kann sie sich erklären.»

Die Definition weist darauf hin, dass die Personen mit einem hohen SOC Vertrauen in sich haben, eine Situation (kognitiv) zu verstehen, dahinter zu blicken, weshalb diese Dinge passieren. Jene Personen, welche mit einem niedrigen SOC in den Interviews klassifiziert wurden, bezeichneten sich selbst als Pechvogel, als eher passive Subjekte, denen ausnahmslos unglückselige Dinge zugestossen sind und weiter zustossen werden (vgl. ebd.: 35). Daraus lässt sich folgern, dass Personen mit einem ausgeprägten und vorhandenen SOC sich als aktive Wesen wahrnehmen, was auf die zweite Komponente, die Handhabbarkeit, überleiten lässt. Diese definiert Antonovsky (1997: 35) als:

«(...) das Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. «Zur Verfügung» stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut.»

Individuen mit einem hohen Ausmass an erlebter Handhabbarkeit lassen sich nicht in die Rolle des Pechvogels bzw. Opferrolle drängen, sondern vertrauen nach Antonovsky (1997: 35) darauf, dass zwar bedauerliche Dinge im Leben geschehen, sie jedoch ihren Umgang damit finden werden. Die dritte und letzte Komponente, die Bedeutsamkeit, sieht Antonovsky (1997: 35f.) als motivationales Element und beschreibt sie:

«(...) als das Ausmass, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.»

Personen, welche belastenden Ereignisse – wie der Tod einer nahestehenden Person oder der Verlust der Arbeitsstelle – erleben, sind nicht glücklich über diese Erfahrungen, nehmen diese Ereignisse jedoch als Herausforderung an, messen ihr eine tieferliegende Bedeutung zu und tun ihr Möglichstes, sie mit Würde zu überwinden (vgl. ebd.: 36). Zusammenfassend definiert Antonovsky (1997: 36) nun den SOC als:

«(...) globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind, einem Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen und diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.»

Antonovsky (1997: 36) ist der Meinung, dass die drei beschriebenen Komponenten unauflöslich miteinander verbunden und verwoben sind. So hat er einen dynamischen wechselseitigen Zusammenhang erkannt, welcher in folgender Tabelle aufgeführt ist.

Typus	Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	Vorhersage
1	hoch	hoch	hoch	stabil
2	niedrig	hoch	hoch	selten
3	hoch	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
4	niedrig	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
5	hoch	hoch	niedrig	Veränderung nach unten
6	hoch	niedrig	niedrig	Veränderung nach unten
7	niedrig	hoch	niedrig	selten
8	niedrig	niedrig	niedrig	stabil

Abb. 4: Dynamischer wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten (in: Antonovsky 1997: 37)

Menschen, welche alle drei Komponenten entweder stark oder kaum bzw. nicht aufweisen, subsumiert Antonovsky (1997: 37) in Typus 1 und 8 und sagt weiter, dass diese gut einschätzbar sind, da sie ein stabiles Muster in ihrem Verhalten aufweisen. So erleben Personen vom Typus 1 die Welt um sich herum als kohärent – als geordnet, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigbar und sinnhaft – oder als inkohärent – als chaotisch, auf sich alleine gestellt, ohne passende und hilfreiche Ressourcen und sinnlos (vgl. ebd.: 37). Zweiteres würde wohl auf Menschen zutreffen, welche suizidal sind – oder wie Wedler (1998: 216) es ausdrücken würde, auf Menschen, welche das Kohärenzgefühl verloren haben. Die Komponente der Bedeutsamkeit, die motivationale Komponente, scheint von allen drei am wichtigsten zu sein, denn ohne sie ist das Vorhandensein sowohl von Verstehbarkeit als auch Handhabbarkeit von kurzer Dauer (vgl. ebd.: 38). Eine Person, die einen Sinn in der Sache erkennt und sich demzufolge eingibt, hat grosse Chancen, sich Ressourcen zu erschliessen und somit die Umwelt als geordneter wahrzunehmen und zu gestalten (vgl. ebd.: 38). Die Handhabbarkeit wiederum hängt nach Antonovsky (1997: 38) stark vom Verstehen ab, da man die Welt um sich herum zuerst richtig wahrnehmen können muss, um dann die richtigen Ressourcen zu deren Bewältigung einzusetzen. Die Handhabbarkeit ist von grosser Wichtigkeit im Leben der Menschen, da ohne den Glauben daran, über die richtigen und notwendigen Ressourcen zu verfügen, die

Komponente der Bedeutsamkeit sinken kann und in der Folge die Bewältigungsbemühungen nachlassen (vgl. ebd.: 38).

5.3. Entwicklung des Kohärenzgefühls

Die Entwicklung des Kohärenzgefühls betrachtet Antonovsky Lebensaufgabe (vgl. ebd.: 91). In der medizinkritischen Literatur findet sich die Metapher der «Flussabwärts-Perspektive», welche die westliche Medizin als die Kraft bezeichnet, die Menschen aus dem reissenden Fluss vor dem Ertrinken birgt (vgl. ebd.: 91). Antonovsky (1997: 92) sieht den Fluss als Strom des Lebens, indem sich alle Menschen zeitlebens befinden. Für ihn gilt es nicht, sie zu retten, sondern es stellt sich die Frage, wie man in diesem Fluss, welcher von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen mitbestimmt wird, zu einem guten Schwimmer bzw. einer guten Schwimmerin heranwächst (vgl. ebd.: 92). Im Säuglingsalter und der frühen Kindheit beginnt sich die Verstehbarkeit insofern auszubilden, als dass Säuglinge und Kinder lernen, dass Objekte zwar verschwinden, sie aber wieder auftauchen (vgl. ebd.: 96). Mit der Zeit verstehen die Kinder, dass ihre physikalische und soziale Umwelt im Normalfall nicht ständiger Veränderung unterliegt (vgl. ebd.: 96). Die äusseren und inneren Stimuli werden vertraut und bilden sich zu einer Routine aus, womit die (Um-)Welt allmählich verstehbar wird (vgl. ebd.: 96). Der Beginn der Ausbildung der Bedeutsamkeit sieht Antonovsky (1997: 97) darin, dass die Säuglinge und Kinder Teilhabe an Entscheidungsprozessen in sozialen Beziehungen und Aktivitäten erhalten. Wenn Säuglinge beispielsweise aufgrund von Hunger weinen, teilen sie sich und ihre Bedürfnisse der nahen Umwelt mit und üben somit als proaktive Wesen einen gewissen Handlungsdruck aus – die Mutter reagiert allenfalls mit einer Umarmung und füttert das Baby oder aber beschimpft es und ignoriert seine Bedürfnisse (vgl. ebd.: 97). Je nach Reaktion lernen Säuglinge und Kinder, dass es lohnenswert ist, sich den Herausforderungen zu stellen und für die eigenen Bedürfnisse einzustehen – was zum genannten Beginn der Ausbildung der Bedeutsamkeit führen kann. Erste Berührungspunkte mit der Handhabbarkeit haben Säuglinge und Kinder, wenn sie zum Beispiel lernen müssen, eigenständig auf die Toilette zu gehen oder sauber zu essen (vgl. ebd.: 97). Durch die wachsenden Fähigkeiten lernen Säuglinge und Kinder folglich, dass sie Ressourcen besitzen, um den Herausforderungen, welche an sie herangetragen werden, zu begegnen – oder diese durch die Unterstützung der Eltern in der Umwelt einfordern und mobilisieren können. Die Adoleszenz sieht Antonovsky (1997: 100f.) als eine Phase, in welcher die Jugendlichen einen Umbruch erleben. Gestützt auf Erikson war er der Überzeugung, dass sich die Jugendlichen im Sinne der Verstehbarkeit einen Realitätssinn aneignen, im Sinne der Handhabbarkeit Herausforderungen meistern und den eigenen Weg beschreiten lernen und letztlich im Sinne der Bedeutsamkeit ein Bewusstsein über diese prozessualen Aufgaben ausbilden müssen (Erikson 1959, zit. nach Antonovsky 1997: 101). Als hilfreiche Gegebenheiten für die Entwicklung eines starken SOC betitelt Antonovsky (1997: 101) zum einen ein liberales und tolerantes Elternhaus und

Umfeld, die Nähe zu Freunden und Peers und die Kontinuität von Beziehungen – dies trotz allfälliger unliebsamer Experimente mit Cannabis, Sexualität und Karriereträume, auf welche sachlich und dennoch kritisch reagiert wird. Zum anderen kann eine stabile Familienstruktur und die tragenden Bande zwischen ihren Mitgliedern – in Antonovskys Augen vorzugsweise jene in einer jüdischen Familie zwischen Mutter und Kind – zur Ausbildung eines starken SOC beitragen (vgl. ebd.: 102). Und nicht zuletzt sieht er die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppe, welche homogen, sozial und kulturell eigenständig und dennoch in der Gesellschaft präsent und gewissermassen Teil davon ist, als stärkende Grundlage für die Bildung eines SOC (vgl. ebd.: 103). Sie bietet Orientierung (vgl. ebd.: 103). Bei Herausforderungen und bei Fehlritten kann einem die Gemeinschaft verzeihen und bietet Unterstützung (vgl. ebd.: 103). Je nach Gedankengut und Grundsätzen, welche einer solchen Gemeinschaft zugrunde liegen, können die Jugendlichen aber auch im Gefühl aufwachsen, dass die Welt und das Leben aus Angst, Terror und Bösem bestehen, was nicht als hilfreiche Umgebung für das Heranwachsen und Ausbilden eines robusten SOC gesehen wird (vgl. ebd.: 103).

Nach einer eher turbulenten und aufreibenden Phase haben Jugendliche nach Antonovsky (1997: 105) im besten Fall ein vorläufig starkes Kohärenzgefühl ausgebildet, welches sich mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter – mit Anforderungen unter anderem an die soziale Rolle – ausformt. Durch Heirat, die Geburt eines Kindes oder der Beginn einer Berufstätigkeit kehrt eine gewisse Konsistenz und Vorhersehbarkeit in das Leben der Erwachsenen ein (vgl. ebd.: 105ff.). Zwar kann das Kind krank werden, einen Unfall erleiden oder man verliert seine Anstellung – dennoch hat man normalerweise die Unterstützung der Familie und des nahen Umfeldes (vgl. ebd.: 105ff.). Die Erkenntnis, dass man sowohl im Familienleben wie auch in Paarbeziehung und Berufsalltag bei Belastungen angemessene Ressourcen zur Verfügung hat, führt zur Erfahrung der Handhabbarkeit (vgl. ebd.: 109). Die weitere Erkenntnis, dass unterschiedliche Dinge sich ergänzen können, dass unbekannte Dinge – wie die Elternschaft – einen glücklich und zufrieden machen können, stärkt die Komponente der Verstehbarkeit (vgl. ebd.: 110). Diese Phase schliesst für die Menschen eine Vielzahl von Verpflichtungen und neuen Herausforderungen mit ein (vgl. ebd.: 114). Wenn die (jungen) Erwachsenen jedoch bereits mit einem niedrigen Ausmass eines SOC in die Erwachsenenphase starten, lässt sich nach Antonovsky (1997: 116) davon ausgehen, dass dieses wohl tendenziell weiter sinken wird. Daraus folgert er weiter, dass sich eine zunehmende Ungleichheit zwischen Personen ausbilden wird, welche mit einem stark bzw. schwach ausgeprägten Kohärenzgefühl in die Erwachsenenphase starten (vgl. ebd.: 117). Da der SOC jedoch keine rigide, sondern vielmehr eine von der Umgebung und den Erfahrungen abhängige Variable darstellt, kann diese auch modifiziert, also verändert werden (vgl. ebd.: 118ff.).

5.4. Der Weg zur Gesundheit

Eine salutogenetische Orientierung hat als Kernstück die philosophische Überzeugung, dass jeder Mensch sich in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet (vgl. ebd.: 124). Ob die Stressoren, welche diesen dynamischen Zustand auslösen bzw. begünstigen, von der äusseren oder inneren Umgebung stammen, alltäglich, akut, chronisch und andauernd vorhanden sind, sie begleiten das Leben eines jeden konstant (vgl. ebd.: 124f.). Demnach stellt sich für Antonovsky (1997: 128) die Frage, wie diese allgegenwärtigen Stressoren und Spannungen nicht in gefühlten und erlebten Stress umgewandelt werden. Wichtig ist an dieser Stelle zu betonen, dass Stressoren jeweils vom Individuum selbst sowohl als positiv als auch als negativ bewertet bzw. erlebt werden können (vgl. ebd.: 128). Personen, welche ein starkes Kohärenzgefühl ausweisen, bewerten die Stressoren eher als positives Ereignis als jene, welche ein schwaches Kohärenzgefühl haben (vgl. ebd.: 128f.). Ersteren wohnt ein Vertrauen inne, dass sie mit der Situation umgehen und die passenden Ressourcen zur Verfügung haben und mobilisieren können (vgl. ebd.: 129). Es kommt demzufolge nun die Frage auf, wie Menschen auf jeweilige an sie herangetragene oder erlebte Stressoren reagieren und handeln (vgl. ebd.: 130). Das Kohärenzgefühl ist nach Antonovsky (1997: 130ff.) kein Copingstil, sondern vielmehr eine Art Flexibilität oder Überzeugung, flexibel in der Auswahl der Bewältigungsstrategien zu sein. Personen mit einem ausgeprägten oder starken SOC würden demzufolge anpassungsfähig wählen, ob sie nun als Vertrauensperson und Unterstützung – so zum Beispiel in einer Konfliktsituation mit der/dem Arbeitgebenden – die Ehefrau, den Bruder oder eigene Arbeitskollegen hinzuziehen und konsultieren würden (vgl. ebd.: 132). Antonovsky (1997: 138) betont jedoch, dass er ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl nicht als Wunderwaffe lobpreisen möchte, sondern dass sich Menschen mit einem hohen SOC im Lösungsversuch bei Stressoren – seien diese positiver oder negativer Natur – besser bewähren (vgl. ebd.: 138). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Umgang mit Emotionen, welche bei den Betroffenen durch Stressoren ausgelöst werden (können) (vgl. ebd.: 138). Diese Emotionen werden sowohl von Personen mit einem ausgeprägten, als auch von solchen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl wahrgenommen (vgl. ebd.: 140). Der Umgang damit unterscheidet sich insofern, als dass erstere beispielsweise durch die stärker ausgeprägte Komponente der Verstehbarkeit die Gefühle eher offenlegen und kommunizieren, was wiederum zu einer besseren Verortung der Problematik und somit deren Lösung beiträgt (vgl. ebd.: 140). All diese Attribute und Gegebenheiten, welche Personen mit einem starken Kohärenzgefühl aufweisen, können demzufolge zu einer Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheitspol zuträglich sein. Für Antonovsky bestand ein Zusammenhang zwischen dem SOC und der Gesundheit, aber auch des Wohlbefindens – eine Art Annäherung an die Einbeziehung der psychischen Gesundheit, welche er vorsichtig formuliert (vgl. Antonovsky 1997: 163). Er sieht das Kohärenzgefühl aber klar als eine stabile, dauerhafte, generalisierte und

somit dispositionale Orientierung eines Menschen im Erwachsenenalter, sofern keine einschneidenden Ereignisse erlebt werden (vgl. ebd.: 163f.). Inwiefern sich dieses theoretische Konstrukt nun in der Praxis etabliert hat und anwenden lässt, soll nun im Folgenden aufgezeigt werden.

5.5. Aktueller Forschungsstand der Salutogenese und des SOC's

Wie bereits mehrfach erwähnt, ging in der Forschung und Praxis mit dem Einzug der salutogenetischen Sichtweise ein Paradigmenwechsel vorstatten. Die Thematik der Salutogenese erhielt in der Medizin und in den Sozialwissenschaften vermehrt Aufmerksamkeit – vorwiegend in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. BZgA 2001: 9). Zur empirischen Fundierung entwickelte Antonovsky einen Fragebogen, gegliedert in elf Items zur Verstehbarkeit, zehn Items zur Handhabbarkeit und acht Items zur Sinnhaftigkeit (vgl. Antonovsky 1997: 191ff./BZgA 2001: 40/Anhang 2). Damit sollte eine Grundhaltung bzw. veranlagte Orientierung bei den befragten Personen identifizierbar werden (vgl. BZgA 2001: 40). Diese Skala ist inzwischen in mehr als 33 Sprachen übersetzt worden – eine standardisierte deutsche Version liegt bisher jedoch noch nicht vor (vgl. BZgA 2001: 40f./Eriksson et al. 2005: 460ff.). Trotz der anfänglichen Euphorie der Theorie der Salutogenese schätzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001: 42) die bisherigen empirischen Studien und Befunde nur auf ungefähr 200 Veröffentlichungen, was in Anbetracht des Veröffentlichungsjahres eher wenige sind. Ein Grossteil dieser Publikationen wurde von Arbeitsgruppen in Israel und Schweden realisiert (vgl. ebd.: 42). Eine Überprüfung des Konzepts wurde nur teilweise von der Forschung realisiert und wenn dies der Fall war, vorwiegend von Forschungsgruppen um Antonovsky selbst (vgl. ebd.: 42). Ein Grund könnte darin liegen, dass die Komplexität des Modells gross ist (vgl. ebd.: 42). Trotz Antonovskys Unsicherheit, ob ein Zusammenhang zwischen dem SOC und der psychischen Gesundheit besteht, haben die wenigen Studien diesbezüglich eine signifikante Korrelation zwischen dem SOC und psychischer Gesundheit ergeben (vgl. ebd.: 43f.). Eine Studie aus dem Jahr 1992 aus Neuseeland ergab, dass bei 150 hospitalisierten Patienten und Patientinnen bei Eintritt ein niedriges Kohärenzgefühl festzustellen war (vgl. Petrie et al. 1992: 293ff.). Nach sechs Monaten waren die Komponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit ausschlaggebende Prädiktorvariablen (vgl. ebd.: 293ff.). Eine neuere Studie aus Schweden aus dem Jahr 2011 konnte aufzeigen, dass ein niedriger SOC mit hoher Suizidalität assoziiert ist, sowohl beim ersten Eintritt in eine Institution als auch bei einem nach zwei Monaten wiederholtem Test (vgl. Sjöström et al. 2012: 62ff.). Das Vorhandensein bzw. die Assoziation zwischen Suizidalität und einem niedrigen Kohärenzgefühl konnte nicht anhand des Vorhandenseins einer Depression erklärt werden (vgl. ebd.: 68).

Auch wenn das Modell der Salutogenese anscheinend wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit genießt, lässt sich doch eine gewisse Unterstützung des Modells im Forschungsbereich nachweisen (vgl. Bengel et al. 2012, zit. nach Faltermaier 2017: 200). Longitudinalstudien,

welche vorwiegend in Finnland durchgeführt wurden, zeigen, dass anhand des SOC langfristige Aussagen in Bezug auf den Gesundheitszustand gemacht werden können (vgl. Feldt et al. 2011, zit. nach Faltermaier 2017: 200).

5.6. Kritik am Modell

Antonovsky selbst vertrat nicht die Haltung, dass sein theoretisches Konstrukt der Salutogenese bereits eine fertige und tragfähige Lösung seiner Frage sei, was Menschen gesund (er-)hält (vgl. Faltermaier 2017: 201). Die vorliegende Empirie zeigt, dass das Modell in der Praxis standhält – es weist jedoch durchaus Forschungs- und Weiterentwicklungsbedarf auf (vgl. ebd.: 201). Fragen zeigen sich in Bezug auf die Messung des Kohärenzgefühls, auf empirische Indikatoren des Gesundheitskontinuums oder bezüglich des Zusammenwirkens unterschiedlicher Ressourcen und ihrem Beitrag zur Kohärenzentwicklung (vgl. ebd.: 201f.). Kritische Fragen in Bezug auf die Konzeption der Salutogenese lassen sich anhand zweier Argumentationslinien aufzeigen (vgl. ebd.: 202): zum einen ist der Gedanke des Gesundheitsverhaltens nicht ausreichend miteinbezogen (vgl. Faltermaier 1994, zit. nach Faltermaier 2017: 202). Wenn Menschen als Subjekte, auch bezüglich ihrer Gesundheit, betrachtet werden, müsste ihr individuelles gesundheitsbezogenes Handeln ebenfalls in das Modell aufgenommen werden (vgl. ebd.: 202). Dies führte laut Faltermaier (2017) zur folgenden Adaption des ursprünglichen Modells:

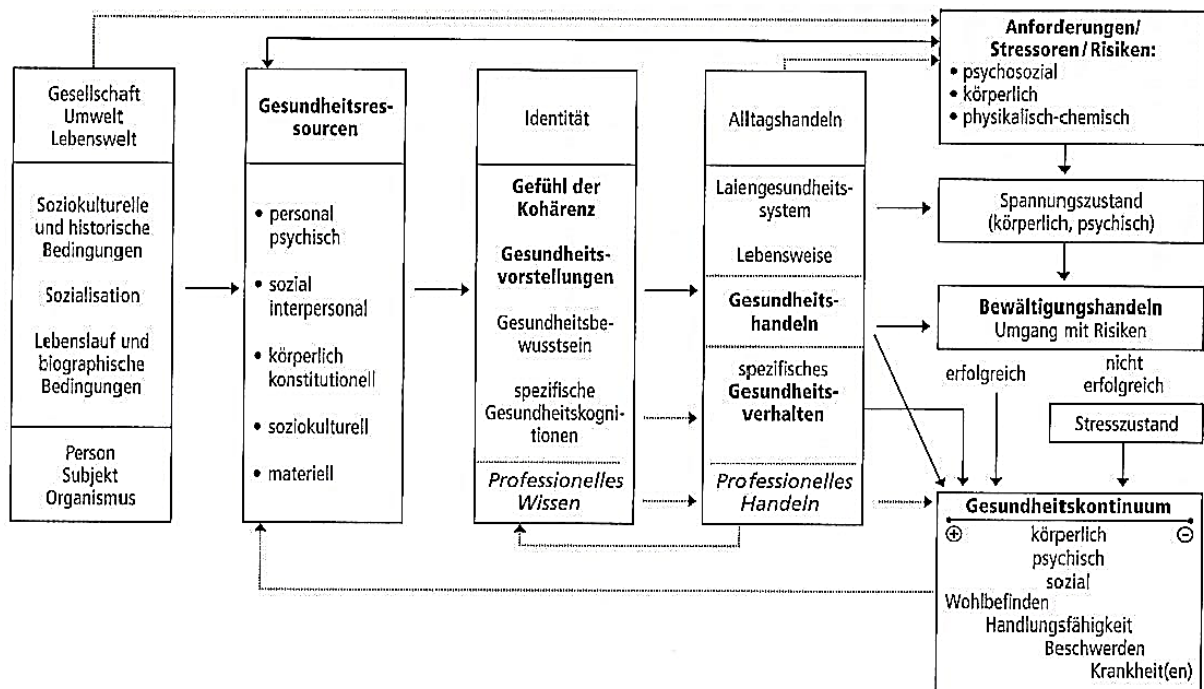


Abb. 5: Integratives Modell der Salutogenese und der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit (in: Faltermaier 2017: 175)

Wie im Modell ersichtlich, sind in der Sparte Identität, welche den Menschen in seinem gesamten Wesen aufzuzeigen versucht, neben dem Kohärenzgefühl auch Gesundheitsvorstellungen, -bewusstsein und -kognitionen aufgeführt, welche allesamt die bewusste Mitwirkung der Subjekte aufzeigt.

Die zweite Argumentationslinie fusst auf der Annahme, dass Antonovskys Theorie die sozialstrukturellen Einflüsse vernachlässigen würde (vgl. u.a. Geyer 1997, zit. nach Faltermaier 2017: 202). Dieser Einwand ist jedoch nicht vollumfänglich berechtigt, denn Antonovsky betonte in seinem Ursprungsmodell mehrfach, dass das Vorhandensein gewisser Ressourcen soziokulturell und/oder historisch bedingt ist (vgl. Faltermaier 2017: 202). Wie sich diese sozialen Rahmenbedingungen hingegen auf das Individuum auswirken, wurde in der Theorie kaum ausgearbeitet (vgl. ebd.: 202). Diese sozialstrukturellen Bedingungen liessen sich als soziale Quellen von Ressourcen, Stressoren oder Bewältigungsversuchen sowie als Grundlage von Gesundheitsverhalten und -vorstellungen integrieren (vgl. ebd.: 203). Diese Ergänzungen würden dazu führen, dass die Gesundheit noch stärker als subjektiv und sozial konstruiertes Konstrukt gesehen werden würde (vgl. ebd.: 203).

Trotz der Kritikpunkte findet das Modell bzw. salutogenetische Ansätze rückblickend Anklang sowohl in Prävention als auch in Gesundheitsförderung (vgl. BZgA 2001: 69ff.). Es sollte jedoch stets kritisch hinterfragt und reflektiert werden, ob es sich bei den Massnahmen wirklich um Salutogenese oder im Endeffekt um die Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren handelt (vgl. ebd.: 72).

Nun stellt sich die Frage, inwiefern sich salutogenetische Ansätze zur Anwendung in der Schadensminderung und konkret in den Institutionen der K+A integrieren und anwenden lassen. Weiter ist zu untersuchen, inwieweit sich dadurch eine Veränderung des gesundheitlichen Gesamtbildes feststellen lässt. Dies soll im nächsten Kapitel aufgezeigt werden.

6. Kontakt- und Anlaufstellen

Im nachfolgenden Kapitel wird als Einführung in die Thematik zu Beginn ein kurzer historischer Rückblick der schweizerischen Suchtpolitik dargelegt. Da sich die K+A als Teil der Schadensminderung verstehen, wird diese Säule näher beleuchtet, gefolgt von der Beschreibung niederschwelliger und akzeptanzorientierter Suchthilfe als Arbeitsweise und Haltung in den K+A. Anschliessend wird ein Bild der Klientel skizziert, welche die K+A besuchen sowie diese Institutionen des Kantons Basel-Stadt vorgestellt. Zum Schluss wird aufgezeigt, inwiefern und wie die K+A des Kantons Basel-Stadt gesundheitsfördernde Massnahmen und Interventionen umsetzen.

6.1. Geschichtlicher Rückblick der schweizerischen Suchtpolitik

Die Schweizer Drogenpolitik hat eine bewegte Geschichte hinter sich (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 4). In den letzten 20 Jahren wurde politisch viel erreicht: sowohl die Schadensminderung als auch die heroingestützte Behandlung im Betäubungsmittelgesetz fanden Einzug im Schweizerischen Gesetz (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014:4). Die Ursprünge der heutigen Suchtpolitik gehen auf die offene Drogenszene in den frühen 1990er Jahren zurück (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 4). Intensive und kontroverse Debatten beschäftigten sowohl Politik wie Öffentlichkeit. Zunehmend wurde erkannt, dass repressive Massnahmen, Therapie und Prävention allein die Not der betroffenen Menschen nicht lindern können und der gnadenlose «Krieg gegen die Drogen», wie er mehrheitlich geführt wurde, gescheitert war (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 4). Aufgrund des grossen Elendes, welches sich in Zürich, Bern und anderen Städten abspielte, wurden von engagierten Freiwilligen und von Fachpersonen erste schadensmindernde Projekte gestartet und angeboten – wie beispielsweise der Tausch und die Abgabe von Spritzenmaterial, Suppenküchen und Erste-Hilfe-Zelte (vgl. Akeret 2014: 4). Es entwickelte sich in der Folge rasch die Einsicht, dass auch auf Bundesebene Veränderungen in Richtung schadensmindernde und akzeptanzorientierte Hilfsangebote erlassen werden müssen (vgl. ebd.: 4). So beschloss der Bundesrat im Jahre 1991 das erste Massnahmenpaket, das sogenannte MaPaDro I, welches das Bundesamt für Gesundheit BAG beauftragte, die Umsetzung der Massnahmen in Bezug auf die Stärkung von Prävention, Therapie und insbesondere Schadensminderung durchzuführen (vgl. Menzi 2012: 27). Die darauffolgenden Massnahmenpakete MaPaDro II + III dienten der Verankerung einer Vier-Säulen-Politik und der Unterstützung und Stärkung von sucht-spezifischen Institutionen (vgl. ebd.: 27). Als letzter Volksentscheid lässt sich die Annahme der Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2008 verzeichnen, was zur gesetzlichen Verankerung der Schadensminderung führte (vgl. Akeret 2014: 4). Eine weitere Veränderung löste die bereits in Kapitel 3 dieser Arbeit erwähnte Entwicklung des Würfelmodells durch die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) aus, welche die Erweiterung der Vier-Säulenpolitik auf alle psychoaktiven Substanzen – unabhängig davon, ob sie illegalisiert oder legalisiert sind – und den Einbezug des Konsummusters forderte und ermöglichte (vgl. Menzi 2012: 27). Mittlerweile ist die Schadensminderung zu einem unverzichtbaren Teil der schweizerischen Viersäulenpolitik herangewachsen (vgl. Akeret 2014: 4). Durch den grossen Spardruck in der Politik unterliegt sie jedoch einem starken Legitimationsdruck (vgl. ebd.: 4). Dieser kam unter anderem deshalb zustande, weil die Schadensminderung mit ihren grossen Leistungen und Erfolgen das ordnungspolitische Ziel, nämlich die offenen Drogenszene zu räumen, erreicht hat (vgl. ebd.: 4). Dadurch ist aber auch die gesellschaftliche Wahrnehmung von ungelösten Problemen im Bereich Sucht ver-

schwunden (vgl. ebd.: 4). Fachpersonen sind gefordert, professionell auf Lücken und Probleme hinzuweisen, diese in der Öffentlichkeit zu diskutieren und eine dynamische Weiterentwicklung der Schadensminderung voranzutreiben (vgl. ebd.: 4).

6.2. Schadensminderung

Die Schadensminderung als dritte Säule wird in der Schweizer Drogenpolitik wie folgt verstanden: «Schadensminderung umfasst alle Strategien und Massnahmen zur Verringerung der negativen Folgen des Drogenkonsums auf die Konsumierenden sowie auf die Gesellschaft.» (vgl. BAG 2016c: o.S.). Sie hat zum Ziel, sowohl individuelle als auch gesellschaftsbezogene Schäden und Risiken des Substanzkonsums zu senken und einen bestmöglichen Gesundheitszustand der Suchtmittelabhängigen anzustreben und zu ermöglichen (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 4f.). Gesundheitliche und soziale Risiken sollen möglichst gemindert werden. Zudem sollen indirekt die negativen Auswirkungen auf gesellschaftlicher Ebene – wie beispielsweise die Belastung des öffentlichen Raums durch gebrauchte Spritzen – reduziert werden (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 5). Die Schadensminderung orientiert sich am Grundrecht der menschlichen Würde und arbeitet akzeptanzorientiert, ohne die Substanzmittelkonsumierenden zu (be-)werten oder gar als moralisch verwerfliche Personen zu sehen (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 5). Dieser pragmatische Arbeits- und Grundansatz basiert auf der Einsicht, dass Personen, welche sich in einer akuten Suchtphase befinden, nicht ohne weiteres und sofort ihren Konsum aufgeben können (vgl. Menzi 2012: 27/Akeret 2014: 5). Schadensmindernde Massnahmen und Interventionen zielen auf eine Stärkung der Individuen und unterstützen die Betroffenen in ihrer Selbstverantwortung (vgl. Menzi 2012: 27). Die praktizierte Niederschwelligkeit solcher Angebote ermöglicht die Erreichung der Konsumierenden, welche nicht abstinenter leben wollen oder können (vgl. ebd.: 27). Elementare Grundversorgung wie Ernährung, Hygiene und medizinische Versorgung, aber auch spezialisierte Angebote in Bezug auf Konsum, Konsumverhalten, Ansteckungsgefahren und Prostitution anhand von «Safer Use» werden angeboten (vgl. ebd.: 28). Das Konzept der Schadensminderung entstand infolge eines «bottom up» Prozesses, also dadurch, dass sich die positiven Auswirkungen in der Praxis nachträglich wissenschaftlich untermauern und bestätigen liessen (vgl. Akeret 2014: 5). Daher handelt es sich um ein eher praxisorientiertes Konzept und begründet noch keine eigenständige Theorie (vgl. ebd.: 5).

Schweizweit ist mittlerweile ein Netzwerk von schadensmindernden Angeboten entstanden, welches ungefähr 140 Angebote umfasst (vgl. Infodrog 2018: o.S.). Es werden zwischen 10'000 und 15'000 Klienten und Klientinnen erreicht (vgl. Menzi 2012: 28/Akeret 2014: 4). Zudem hat sich der gesundheitliche Zustand der Substanzmittelabhängigen verbessert und die Mortalitätsrate ist drastisch zurückgegangen (vgl. Menzi 2012: 28/Akeret 2014: 4).

Als Arbeitsfelder der schadensmindernden Suchthilfe gelten die Bereiche «Konsum und Spritzentausch», «Obdach», «Beschäftigung» bzw. «Arbeit», «Streetwork» oder «aufsuchende Sozialarbeit», «Drug-Checking» vorwiegend im Bereich «Nightlife», «Prostitution», «Substitution» und «Gefängnis» (vgl. Menzi 2012: 28/Akeret 2014: 5ff.).

Aktuelle Herausforderungen in der Schadensminderung sind neben dem bereits erwähnten Legitimationsdruck das vermehrte Aufkommen von Mischkonsum von Substanzen in den K+A wie auch die latente Gewaltbereitschaft der Klientel (vgl. Menzi 2012: 27). Auch der zunehmende Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten, die noch immer hohe Prävalenz von Hepatitis C, Fragen rund um Sucht im Alter sowie fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten stellen die Fachwelt vor Schwierigkeiten (vgl. Menzi 2012: 30). Auch sollte die Ausdehnung von schadensmindernden Massnahmen vermehrt auf andere Substanzen als die illegalisierten Drogen stattfinden (vgl. Menzi 2012: 30/Akeret 2014: 7). Im Bereich Alkohol funktioniert dies sehr gut, bei der Substanz Tabak verhindert jedoch die abstinenzorientierte Ideologie sinnvolle Alternativen (vgl. Akeret 2014: 7). Die Marktregulierung von Cannabis als schadensmindernde Herangehensweise zeigt sich international gesehen als sinnvolle Möglichkeit (vgl. ebd.: 7). Auch sollte die Schadensminderung verstärkt eine praxisorientierte Forschung und Evaluation betreiben, um damit dem Legitimationsdruck professionell zu begegnen (vgl. ebd.: 7).

In der Politik wird unter der Rubrik der Schadensminderung in der Suchtstrategie 2018-2024 die konzeptuelle Weiterentwicklung und Koordination der Angebote im Bereich Schadensminderung angestrebt (vgl. BAG 2016b: 20f.). Das BAG solle Kantone und Gemeinden bei der Bereitstellung und Betreuung von schadensmindernden Angeboten unterstützen, indem es eine Vernetzung der beteiligten Akteure sowie deren fachlichen Austausch fördere und gemeinsam konzeptuelle Grundlagen ausarbeite (vgl. ebd.: 21). Spezifische Aktivitäten seien die Umsetzungsunterstützung, beispielsweise anhand eines Aufbaus von fachspezifischen Netzwerken, die Beratung der Kantone und Gemeinden, eine Erweiterung der Schadensminderung auf weitere Bereiche, in welchen Risikoverhalten festgestellt wird, die Verhinderung von übertragbaren Krankheiten durch Wissensaustausch in Testing, Prävention usw., wie auch die Gesundheit im Strafvollzug, um die gleiche Gesundheitsversorgung im und ausserhalb des Vollzuges zu gewährleisten (vgl. ebd.: 21).

6.3. Charakteristika einer niederschwelligen und akzeptanzorientierten Suchthilfe

Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen und Konzepte, welche die Risiken von Drogenkonsum minimieren wollen (vgl. Rieger 2012: 37). Eine vielfach angewandte Strategie der verschiedenen Länder ist jene der repressiven Prohibitionspolitik, der strafrechtlichen Verfolgung bei der Herstellung, dem Besitz, dem Handeln und dem Konsum illegalisierter Substanzen

(vgl. ebd.: 37). Was die Konsequenzen sind und welche Substanzen darunter subsumiert werden, ist in der Schweiz im Betäubungsmittelgesetz festgeschrieben, welches als Nebengesetz des Schweizerischen Strafgesetzbuches gehandelt wird (vgl. BAG 2018: o.S.).

Der Konsum von illegalisierten Substanzen bzw. Drogen wird sowohl als individuelles wie auch als soziales Problem angesehen, welchem sich die Suchthilfe annimmt (vgl. Rieger 2012: 37). Abstinenzorientierte Ansätze und Strategien waren, wie die Vergangenheit gezeigt hat, nicht ausreichend, um der Problemstellung und Problemlage gerecht zu werden und adäquat zu begegnen (vgl. ebd.: 37). Daher entwickelte sich seit Ende der 1980er Jahre vermehrt die Bildung und Entstehung von niederschweligen und akzeptanzorientierten Konzepten und Institutionen in der Drogenhilfe (vgl. ebd.: 37). Darunter fallen beispielweise Institutionen wie die Notschlafstellen, die K+A und die Gassenküchen (vgl. ebd.: 37).

Das Konzept bzw. der Ansatz einer niederschweligen und akzeptierenden Suchthilfe charakterisiert sich als szenennahes Unterstützungsangebot, welches eine enge Kooperation mit anderen, ähnlichen Hilfs- und Versorgungseinrichtungen anstrebt und pflegt (vgl. ebd.: 37). Als akzeptierend wird sie bezeichnet, da sie bewusst von der Forderung nach einer unmittelbaren Verhaltensänderung – namentlich der Reduktion oder dem kompletten Einstellen des Konsums von illegalisierten Substanzen – absieht (vgl. ebd.: 37). «Niederschwellig» ist diese Art von Suchthilfe insofern, als dass möglichst wenig Hemmschwellen für die Benutzenden vorhanden sein sollen (vgl. ebd.: 38). Sie versucht im Sinne der «harm reduction», die physischen, psychischen und sozialen Schäden, welche der Konsum illegalisierter Substanzen hervorrufen kann, zu lindern (vgl. ebd.: 37f.). Hilfestellungen zum (Über)Leben sollen sowohl bei alltags- als auch bei drogenbezogenen Problemstellungen geboten werden (vgl. ebd.: 38). Das Angebot beruht auf Freiwilligkeit und sieht die Benutzenden prinzipiell als selbstverantwortliche Individuen an, auch auf eine autonom getroffene Entscheidung in Bezug auf den Substanzgebrauch (vgl. ebd.: 38). Als oberstes Ziel steht die Sicherung des Überlebens von substanzmittelgebrauchenden Personen (vgl. ebd.: 38). Dazu zählen unter anderem auch eine psychische, soziale und gesundheitliche Stabilisierung wie die Verminderung und Verhinderung einer zunehmenden Marginalisierung und eines sozialen Ausschlusses (vgl. ebd.: 38). Für die psychische Stabilisierung gibt es persönliche Beratungs- und Betreuungsangebote sowie allfällig gewünschte Weitervermittlungen und Triage in suchttherapeutische Hilfsangebote (vgl. ebd.: 38). Soziale Unterstützung wird insofern geboten, als dass bei der Herauslösung aus dem Drogenmilieu unter anderem beispielsweise anderweitige tagesstrukturierende Massnahmen gesucht und vermittelt werden (vgl. ebd.: 39). Eine gesundheitliche Stabilisierung wird angestrebt, indem durch «Safer Use» eine Vermittlung von Techniken zu einem möglichst schadensarmen Konsum geboten oder durch die Abgabe von frischem Spritzenmaterial oder Präservativen Infektionsrisiken vermindert werden (vgl. ebd.: 38). Und nicht zuletzt sollen solche niederschweligen und akzeptierenden Angebote zu einer Entlastung des öffentlichen Raumes

beitragen (vgl. ebd.: 39). Neben diesem ordnungspolitischen Auftrag bzw. Mandat verfolgt die niederschwellige und akzeptanzorientierte Suchthilfe weiterführende Angebote, wie beispielsweise die Schaffung von Treffpunkten und Aufenthaltsmöglichkeiten, medizinische Akut- und Grundversorgung, Beratungsmöglichkeiten, Krisenintervention und Öffentlichkeitsarbeit (vgl. ebd.: 39f.). Das differenzierte und szenennahe Angebot steht nicht in einem Konkurrenzverhalten zu den abstinenzorientierten Institutionen, sondern versteht sich vielmehr als weiteres Hilfeangebot (vgl. ebd.: 40). Kennzeichnende Merkmale dieser spezifischen Art von Drogenhilfe sind wie bereits erwähnt die Akzeptanz, ein verständnisvoller Umgang, der Aufbau und die Herstellung von Vertrauen, Einfühlungsvermögen und nicht zuletzt Verschwiegenheit und Respekt (vgl. ebd.: 40).

Resümierend lässt sich festhalten, dass die niederschwellige und akzeptanzorientierte Suchthilfe, die beispielsweise durch die Schaffung von K+A realisiert wird, eine Alternativmöglichkeit zu den abstinenzorientierten Einrichtungen darstellt (vgl. Rieger 2012: 50). Beide Ansätze haben ihre Berechtigung in der Drogenpolitik, sollten sich jedoch nicht konkurrenzieren, sondern zum Wohl von Substanzmittelgebrauchenden und Gesellschaft beitragen (vgl. ebd.: 50). Die Würde derjenigen, die Substanzmittel konsumieren, gilt es zu achten und allenfalls wiederherzustellen (vgl. ebd.: 50). Denn der Konsum macht zwar einen Teil ihrer Persönlichkeit aus, sie sind jedoch primär Menschen wie alle anderen auch, mit Stärken und Schwächen (vgl. ebd.: 51). Das Grundprinzip, dass die Unterstützung und Hilfe durch die Mitarbeitenden in den Einrichtungen eine intensive und stabile Beziehung voraussetzt, ist zentral und unverzichtbar (vgl. ebd.: 51).

6.4. Klientel in den Kontakt- und Anlaufstellen der Schweiz

Im Jahr 2011 wurde eine Grossbefragung in den schweizerischen K+A durchgeführt, welche von 456 Personen beantwortet wurde (vgl. Locicirio et al. 2012: 9). Daraus liessen sich die nachfolgenden Erkenntnisse gewinnen: die grosse Mehrheit der befragten Klientel (78.9%), welche sich in den K+A aufhält, ist männlichen Geschlechts (vgl. ebd.: 11). Das Durchschnittsalter liegt bei 38.9 Jahren, wobei zwei Drittel der interviewten Personen über 35 Jahren alt sind (vgl. ebd.: 11). Beinahe drei Viertel der Klientinnen und Klienten sind Schweizerinnen und Schweizer (vgl. ebd.: 11). Bezüglich des Zivilstandes lässt sich feststellen, dass die grosse Mehrheit der Interviewten angab, ledig, getrennt oder geschieden zu sein, wobei der Anteil an ledigen Personen am höchsten vertreten ist, gefolgt von den getrennt oder geschieden lebenden Personen (vgl. ebd.: 11). Ein Drittel gab an, ein oder mehrere Kinder zu haben (vgl. ebd.: 11). Knapp ein Viertel ging nach der obligatorischen Schulzeit keinem Beruf nach (vgl. ebd.: 11). Knapp 80% lebten im letzten Monat vorwiegend an einem fixen Wohnort (vgl. ebd.: 11). Personen ohne festen Wohnsitz machen knapp 10% der Gesamtzahl aus (vgl. ebd.: 11f.). Als Haupteinnahmequelle des vorherigen Monats gaben die meisten an erster Stelle die Sozial-

hilfe an, gefolgt von den verschiedenen Sozialversicherungen (Invalidenversicherung IV, Arbeitslosenversicherung ALV, Alters- und Hinterbliebenenversicherung AHV) und an dritter Stelle Familie, Freunde/Freundinnen und Bekannte (vgl. ebd.: 11).

Beinahe alle Interviewten gaben an, in ihrem Leben mindestens einen einmaligen Konsum von Heroin, Kokain oder Cannabis gehabt zu haben (vgl. ebd.: 13). Cannabis und Alkohol gehörten zu den ersten konsumierten Substanzen (vgl. ebd.: 13). Im vergangenen Monat hatte die Hälfte der Befragten gleichzeitig sowohl Heroin als auch Kokain konsumiert (vgl. ebd.: 14). 76,5% haben im vergangenen Monat Heroin, 59,3% Kokain konsumiert (vgl. ebd.: 14). Heroin ist demzufolge die meistkonsumierte Substanz, gefolgt von Kokain. An dritter Stelle stehen die Benzodiazepine (vgl. ebd.: 14). Crack wurde von knapp einem Fünftel der Interviewten im vergangenen Monat konsumiert (vgl. ebd.: 14). Am häufigsten (48.6%) regelmässig wird von den Befragten Heroin konsumiert (vgl. ebd.: 14). 30,0% der Befragten konsumiert mehrmals wöchentlich bis hin zu mehrmals täglich Kokain (vgl. ebd.: 14). Heroin wird am meisten gesnieft, Kokain injiziert (vgl. ebd.: 14). Drei Fünftel der Befragten, welche im Laufe ihres Lebens Heroin konsumiert haben, greifen auf die orale Methadonsubstitution zurück (vgl. ebd.: 14). Ein beträchtlicher Anteil der Interviewten befindet sich somit in keiner Substitutionsbehandlung.

Über den Gesundheitszustand lässt sich sagen, dass mehr als ein Zehntel derjenigen, die sich Drogen injiziert haben, im letzten halben Jahr an einem Abszess litt (vgl. ebd.: 23). Mehr als 40% der intravenösen Drogenkonsumierenden hatten eine Überdosierung erlitten, die durchschnittliche Anzahl an Überdosen im gesamten Leben beträgt 3.4 (vgl. ebd.: 23f.). Ein HIV-Test wurde von neun Zehntel der Interviewten bereits einmal im Leben gemacht, gut die Hälfte unterzog sich einem solchen Test in den letzten 6 Monaten (vgl. ebd.: 23f.). 7.6% der Befragten, die einen Test gemacht haben, gaben an, HIV-positiv zu sein, wovon sich wiederum vier Fünftel diesbezüglich in einer Behandlung befanden (vgl. ebd.: 23f.). Acht von zehn Konsumierenden unterzogen sich bereits einmal einem Hepatitis-B-Testverfahren, die Hälfte der Konsumierenden tat dies im letzten Jahr (vgl. ebd.: 23f.). Bei einem Neuntel der Interviewten erwies sich der letzte Test als positiv (vgl. ebd.: 23f.). Knapp die Hälfte der Besuchenden sind gegen Hepatitis B geimpft (vgl. ebd.: 23f.). 81.1% hatten bereits einmal einen Hepatitis-C-Test durchführen lassen (vgl. ebd.: 23f.). Knapp drei Fünftel taten dies im Verlauf des letzten Jahres (vgl. ebd.: 23f.). Positiv auf Hepatitis C getestet wurde ein Drittel der Befragten, von diesen befindet sich ein Achtel aktuell oder in der Vorgeschichte bereits in einer Behandlung gegen das Virus (vgl. ebd.: 23f.). 30.4% der Befragten nimmt derzeit an einer Psychotherapie teil (vgl. ebd. 25f.). In Betracht ihrer Lebensgeschichte erhielten Konsumierende als ambulante Patienten und Patientinnen 1.7-mal Unterstützung bei emotionalen oder psychologischen Problemen, als Hospitalisierte durchschnittlich 2.1-mal (vgl. ebd.: 25f.). Den aktuellen physischen Gesundheitszustand schätzt ein Viertel der Konsumierenden als eher schlecht oder sehr

schlecht ein (vgl. ebd.: 25f.). Was den psychischen und emotionalen Zustand angeht, so haben 38.3% diesen als eher schlecht oder sehr schlecht angegeben (vgl. ebd.: 25f.). Fast ein Drittel der Interviewten gab weiterhin an, zu glauben, dass sie in Bezug auf die psychischen Probleme Unterstützung und Hilfestellungen benötigen würden (vgl. ebd.: 25f.). Den persönlichen Konsum an psychotropen Substanzen schätzt die Hälfte der Konsumierenden als ziemlich oder sehr problematisch ein (vgl. ebd.: 25f.). Gut ein Drittel der Konsumierenden in den K+A erlebten in der Kindheit und Vorgeschichte Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, ausgeübt durch Vater oder Mutter (vgl. ebd.: 26f.). Insgesamt haben 123 der Befragten den Vater, 35 die Mutter, 34 beide Elternteile und 22 Stiefeltern angegeben, welche die Misshandlung ausgeübt haben (vgl. ebd.: 26f.). Bei einigen kam es sogar vor, dass sie von mehreren Angehörigen (sowohl vom Vater als auch vom Bruder oder Schwester beispielsweise) körperlich misshandelt wurden (vgl. ebd.: 27). 81.6% der misshandelten Konsumierenden, welche von einem Elternteil misshandelt wurden, mussten diese Taten laut Aussagen ziemlich oft oder sogar sehr oft erleben (vgl. ebd.: 27). Bei knapp einem Viertel der Interviewten fand ein Übergriff durch einen Partner bzw. eine Partnerin statt, bei 38.0% ziemlich oft (vgl. ebd.: 27). Gewalttaten ausgeübt sowohl durch einen Elternteil als auch durch den/die Partnerin hatten 12.9% der Interviewten bisher erleben müssen (vgl. ebd.: 27).

In einer im Jahre 2008 durchgeführten Befragung gaben die meisten interviewten Konsumierenden an, sich mehrheitlich in der Drogenszene aufzuhalten (vgl. Storni et al. 2008: 10). Der Freundeskreis besteht bei vielen vorwiegend aus Bekanntschaften von der Gasse und Freunden/Freundinnen, welche ebenfalls Drogen konsumieren (vgl. ebd.: 10). In der Regel halten sich die Befragten mehrmals wöchentlich in den K+A auf (vgl. ebd.: 13). Über 30% der Konsumierenden suchen sie sogar täglich auf (vgl. ebd.: 13). Neben diesen niederschweligen Einrichtungen besuchen die Konsumierenden häufig weitere ähnliche Angebote wie die Gassenküche oder Sozialberatungsstellen (vgl. ebd.: 13). Nicht selten werden auch spezialisierte Suchtberatungsstellen und psychologische Beratung genutzt (vgl. ebd.: 13). Knapp 30% gaben an, diese regelmässig aufzusuchen (vgl. ebd.: 13). Mehr als ein Drittel der Konsumierenden der K+A besuchen Suchtberatungsstellen (vgl. Storni et al. 2008: 14). Sozialberatungsstellen werden hingegen nur von einem Viertel aufgesucht (vgl. ebd.: 2008: 14). Arbeitseinsatzprogramme werden im Vergleich mit anderen Kantonen von der Klientel in Basel eher weniger benutzt (vgl. ebd.: 14).

6.5. Kontakt- und Anlaufstellen im Kanton Basel-Stadt

Die K+ A gehören wie bereits erwähnt zu den schadensmindernden Angeboten in der Suchthilfe. 1999 wurden von der Fachgruppe VSD – heute Fachverband Sucht –, der Schweizerischen Fachstelle für Schadensminderung FASD – heute unter dem Namen «Infodrog» bekannt –, sowie Vertretenden der «Sektion Drogen» des BAG Standards für die K+A ausgearbeitet (vgl. Infodrog et al. 2011: 2). Aktuell zählt die Schweiz insgesamt 14 K+A (vgl. ebd.: 2).

Die K+A des Kantons Basel-Stadt richten sich ebenfalls nach diesen Standards (vgl. Meury et al. 2016: 3). Sie sind ganzjährig geöffnet, inklusive Sonn- und Feiertage (vgl. ebd.: 3). Sie gehören zur Stiftung «Suchthilfe Region Basel», welche im Auftrag des Kantons Basel-Stadt handelt (vgl. ebd.: 3). Sie sind an zwei unterschiedlichen Standorten zu finden: am Dreispitz und am Riehenring (vgl. Suchthilfe o.J.: o.S.). In den K+A gibt es beaufsichtigte Inhalations- und Injektionsräume, eine im Gebäude integrierte Cafeteria als Aufenthaltsort mit der Möglichkeit einer kleinen Verpflegung und einem Vorplatz als «Pufferzone» und Warteraum. Alle K+A bieten die Möglichkeit einer fachgerechten Entsorgung und dem Austausch von sauberem Spritzenmaterial sowie dem Angebot von niederschweligen Beratungen (vgl. Meury et al. 2016: 3f.). Ihr Leistungsauftrag schreibt vor, dass die K+A sowohl für den Kanton Basel-Stadt als auch für Basel-Landschaft Überlebenshilfe anbieten und Schadensminderung betreiben (vgl. ebd.: 4). Die aktuelle Lebenssituation der Konsumierenden wird grundsätzlich akzeptiert, es wird jedoch eine Verbesserung des biopsychosozialen Gesundheitszustandes sowie die Sicherstellung der Gesundheitsvorsorge, insbesondere Infektionsprophylaxe, angestrebt (vgl. ebd.: 4). Dadurch stellen K+A eine Ergänzung zu weiteren Institutionen der Drogenhilfe dar und arbeiten eng mit diesen zusammen (vgl. ebd.: 4). K+A leisten einen Beitrag zur Wahrung der öffentlichen Ordnung (vgl. ebd.: 4). Als Zielgruppe sehen die K+A Basel-Stadt Suchtmittelabhängige, welche in einer akuten Sucht- und Konsumphase sind und sich dadurch in einer anspruchsvollen Lebenssituation befinden, welche häufig auch von Marginalisierung und sozialer Ausgrenzung gekennzeichnet ist (vgl. ebd.: 4). Die Zielpersonen weisen teilweise schwere Defizite aufgrund Perspektivlosigkeit, Verwahrlosung und Resignation auf und sind auf professionelle Unterstützung und Hilfe angewiesen (vgl. ebd.: 4). Nach dem Kredo der Früherfassung können durch Niederschwelligkeit und unbürokratische Hilfe auch Personen erreicht werden, welche bisher noch keinen Kontakt zum Hilfesystem oder Beratungsstellen gehabt haben (vgl. ebd.: 4). Das Angebot der K+A Basel umfasst medizinische, soziale, ordnungspolitische und pädagogische Dienstleistungen (vgl. ebd.: 5f.). Bei den medizinischen Dienstleistungen handelt es sich um Aids- und Infektionsprophylaxe, erste Hilfe, allgemeine Grundversorgung und Arztsprechstunden (vgl. ebd.: 5). Unter sozialen Dienstleistungen werden Kurzberatungen, psychosoziale Beratungen, Beschäftigungsprogramme für Benutzende, geschlechterspezifische Angebote und Satellitenpräsenzen anderer Partnerorganisationen subsumiert (vgl. 6). Ordnungspolitische und pädagogische Dienstleistungen werden insofern umgesetzt, als dass die Einhaltung der internen Hausordnung durchgesetzt wird, wie auch die Vorplatzbetreuung, eine Zutrittskontrolle und die Aufnahmekapazität gewährleistet und überwacht wird (vgl. ebd.: 6f.). Der Personalkörper setzt sich aus Mitarbeitenden aus dem medizinisch-pflegerischen bzw. sozialarbeiterischen/-pädagogischen Bereich zusammen (vgl. ebd.: 8). Ähnliche Bereiche oder Personen mit einem entsprechenden Erfahrungshintergrund und/oder einer persönlichen Eignung können ebenfalls im Team mitarbeiten (vgl. ebd.: 8). Zudem

werden auch Praktikumsplätze für Absolvierende der FHNW, wie auch für Zivildienstleistende und Aushilfsmitarbeitende zur Verfügung gestellt (vgl. ebd.: 8). Mit der Polizei wird eine Kooperation angestrebt. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit seitens K+A wird zum Abbau von Ängsten und Vorurteilen in der Gesellschaft beigetragen (vgl. ebd. 9).

6.6. Gesundheitsförderung in den Kontakt- und Anlaufstellen Basel-Stadt

Die K+A des Kantons Basel-Stadt werden täglich von 195 Benutzerinnen und Benutzer aufgesucht (vgl. Abteilung Sucht 2017: 45). Gesundheitsförderung wird im Betriebskonzept nicht explizit als solche erwähnt, es ist jedoch implizit angedeutet, beispielsweise in der Beschreibung der psychosozialen Beratung oder des Beschäftigungskonzepts (vgl. Meury et al. 2016: 6). Bei der psychosozialen Beratung wird eine Förderung und Stabilisierung der psychosozialen Struktur der Suchtmittelabhängigen angestrebt, im Beschäftigungsangebot sollen die begleitenden Mitarbeitenden ihre Ressourcen (wieder) kennenlernen und eine Verbesserung des Selbstwerts- und des Verantwortungsgefühls erfahren (vgl. ebd.: 6). Durch ihre Mitarbeit hinter der Theke erhalten die Suchtmittelkonsumierenden Mitverantwortung im Betrieb (vgl. Leu-Hausmann et al. 2017: 2). Ziele der Mitarbeit sind der Zugang zu den eigenen Ressourcen, Verantwortung zu übernehmen, Anerkennung zu erhalten, Selbstvertrauen (wieder) zu finden und einen Moment der Tagesstruktur zu erleben (vgl. ebd.: 3). Das Vertrauen und die Beziehung zwischen den Suchtmittelkonsumierenden und den Mitarbeitenden aus dem Team soll durch das gemeinsame Arbeiten hinter der Theke gestärkt und vertieft werden (vgl. ebd.: 3). Als eine Möglichkeit, den Drogenalltag für einen Moment zu verlassen, können sie durch ihre Mitarbeit ihr Selbstwertgefühl steigern, was allenfalls als Anstoss zu möglichen weiterführenden Veränderungen genutzt werden kann (vgl. ebd.: 3). Ihre Mithilfe wird mit einem kleinen Einkommen entlohnt, was der Beschaffungskriminalität entgegenwirkt (vgl. ebd.: 4). Neben dem gesundheitsfördernden Beschäftigungsangebot für die Suchtmittelkonsumierenden wurde das Projekt «MannKann» ins Leben gerufen (vgl. Leu-Hausmann 2017: 1ff.). Die eine Zielgruppe dieses Angebotes sind randständige, drogenkonsumierende Männer, grösstenteils über fünfzig, welche durch das Vorgängerprojekt «Man(n) schützt sich» auf den damals externen Treffpunkt aufmerksam wurden, und diesen als Austauschplattform fern der Drogenszene und in Abwesenheit der weiblichen Besucherinnen nutzten (vgl. ebd.: 1). Diese können sich aufgrund einer Bedarfsabklärung während des Vorgängerprojekts jeweils in der Cafeteria in den K+A ausserhalb der Öffnungszeiten in einer betreuten «Männerstube» treffen und sich austauschen (vgl. ebd.: 4). Ziele sind die Lebensqualität und Gesundheit der beschriebenen Gruppe zu verbessern (vgl. ebd.: 4). Dies soll dadurch erreicht werden, dass die älteren männlichen Besucher in männerspezifischen, gesundheitsbezogenen oder sozialen Themen persönlich unterstützt werden, alternative Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten erleben, individuelle Fähigkeiten und Ressourcen vertiefen und kennenlernen und allenfalls durch das Angebot «Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum», kurz KISS, Strategien und

Möglichkeiten eines kontrollierten Konsums kennenlernen können (vgl. ebd.: 4). Durch den aktiven Miteinbezug der Besuchenden wird zudem ihre Selbstständigkeit gefördert (vgl. ebd.: 4). Die zweite Zielgruppe des Projekts bilden ebenfalls ältere marginalisierte Männer, welche Sexualkontakte mit anderen Männern leben, und jüngere Männer, welche sich prostituieren und solche sexuellen Dienstleistungen anbieten (vgl. ebd.: 2). Dank aufsuchender Arbeit mit Peers konnte ein Beitrag zur Schadensminderung geleistet werden, da diese nach einer vertieften Aneignung von Basiswissen in Bezug auf Übertragungswege, Safersex etc. dieses Wissen weitergeben konnten (vgl. ebd.: 2f.). Die Peers sind jeweils zu zweit zwei bis drei Stunden im öffentlichen Raum unterwegs und pflegen Kontakte zur Szene und vermitteln Wissen (vgl. ebd.: 3). Bei beiden Zielgruppen werden typische gesundheitsfördernde Ziele angestrebt, wie beispielsweise der Aus- und Aufbau von Ressourcen oder Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass Drogenkonsumierende, welche in den Kontakt- und Anlaufstellen verkehren, biopsychosoziale Mehrfachrisiken für Suizidalität aufweisen. Sowohl der Zivilstand «ledig» wie auch «geschieden oder getrennt» können Risikofaktoren für Suizidalität sein. Die Mehrheit der Substanzkonsumierenden hält sich mehrheitlich in der Drogenszene und in den K+A auf. Dies lässt den Schluss zu, dass sie von der Gesellschaft verstossen und marginalisiert sind. Diese Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrung ist als Risikofaktor empirisch mehrfach belegt worden (vgl. Götz 2004: 167ff./Stöver 2016: 124ff.). Eine unzureichende Integration als weiteres Suizidrisiko ist ebenfalls bekannt und belegt (vgl. Duberstein et al. 2004: 1331ff.). Auch Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sind stark verknüpft mit Suizidalität (vgl. de Araujo et al. 2016: 14ff.). Es wird weiter ersichtlich, dass in den K+A Basel-Stadt bereits gesundheitsfördernde Angebote und Massnahmen vorhanden sind bzw. durchgeführt werden. Diese zielen darauf ab, die Klientel in ihrer schwierigen Lebenssituation zu unterstützen und vorhandene Ressourcen auszubauen oder neue zu erschliessen.

7. Schlussfolgerungen

In diesem abschliessenden Hauptkapitel soll eine Zusammenfassung der Erkenntnisse abgebildet und die Fragestellung beantwortet werden. Zudem wird ein kurzer Ausblick mit weitergehenden Fragen dargelegt.

7.1. Zusammenfassung der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung

Salutogenetische Ansätze bei erwachsenen Menschen mit einer illegalisierten Substanzmittelabhängigkeit bzw. -gebrauch können einen positiven Einfluss haben im Setting der K + A, da aus einer theoretischen Perspektive heraus gewisse Schutzfaktoren in Bezug auf ein Suizidrisiko bzw. Suizidalität aufgebaut werden. Durch das Schaffen von Selbstwirksamkeits-

oder Gemeinschaftserfahrungen bzw. -erlebnissen könnte die Ausbildung dieser Schutzfaktoren angeregt werden. Wie die Ausführungen im zweiten und dritten Hauptkapitel empirisch belegen konnten, gelten Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit oder -gebrauch als (Hoch-)Risikogruppe in Bezug auf Suizidalität (vgl. Schneider et al. 2016: 21ff.). Im Setting der K+A gehen viele dieser betroffenen Personen ein und aus. Es ist deshalb naheliegend, sich auch mit dem Thema der Suizidalität auseinanderzusetzen. Wie in Kapitel 4 aufgezeigt wurde, kann die professionelle Herangehensweise auf der Grundhaltung von Prävention oder Gesundheitsförderung basieren. Da die Benutzenden der K+A sich in einer akuten Suchtphase befinden und mehrheitlich nicht in der Lage sind, auf den Konsum – der suizidfördernd sein kann – zu verzichten, eignen sich in den Augen der Verfasserin präventive Massnahmen zu diesem Zeitpunkt nur bedingt. Aufgrund der häufig beobachteten Resistenz der Konsumierenden gegenüber präventiven Massnahmen dürfen diese trotzdem auch während der akuten Suchtphase nicht gänzlich wegfallen und ausser Acht gelassen werden. Sie sind notwendig – beispielsweise in Bezug auf «saferuse»-Praktiken – um die Ansteckungsgefahr von Hepatitis und HIV zu vermeiden. Was die durch den Konsum möglicherweise ausgelöste oder verstärkte Suizidalität betrifft, werden Vermeidungsmassnahmen wohl kaum zielführend sein. Ergänzend zu ausgewählten präventiven Interventionen muss aus Sicht der Verfasserin das Augenmerk auf einen gesundheitsfördernden Ressourcenaus- und -aufbau gelegt werden. Da Suizidalität nach Wedler (1998: 216) als Verlust des «sense of coherence» (SOC), des Kohärenzgefühls, gedeutet werden kann und es laut Sjöström et al. (2012: 62ff.) empirisch bewiesen ist, dass Menschen mit einem niedrigen SOC eine höhere Prävalenz in Bezug auf (erneute) Suizidalität aufweisen, könnte aus Sicht der Verfasserin der folgende Umkehrschluss zutreffen: wenn man Menschen in der Stärkung des SOC unterstützt, so kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Stärkung in einer Minderung der Suizidgefahr niederschlägt. Empirisch ist dies allerdings noch nicht belegt. Hier liegt in den Augen der Verfasserin weiterer Forschungsbedarf. Nach Antonovsky (1997: 30) sind Stressoren allgegenwärtig. Die Haltung, dass Menschen Stressoren grundsätzlich positiv verarbeiten können, beruht auf der Vorstellung des Vorhandenseins eines starken Kohärenzgefühls. Es geht nicht darum, Stressoren zu vermeiden, sondern den Menschen Ressourcen zur Bewältigung von Herausforderungen in die Hand und auf den Weg (mit) zu geben.

Konkrete Beispiele, wie diese Stärkung im Setting der K+A realisiert werden können, wurden im Unterkapitel 6.6 dargelegt. Beispielsweise können Selbstwirksamkeit und Handhabbarkeit durch das Mitarbeiten der Benutzenden an der Theke ermöglicht werden, indem durch diese Aktivität eigene Ressourcen erfahren werden. Indem durch einen solchen Einsatz eine gewisse Tagesstruktur geschaffen wird und gegenseitige Vereinbarungen getroffen werden, erfährt die betroffene Person ein Gefühl von Bedeutsamkeit. Die Arbeit kann als sinnvoll erlebt werden. Das gemeinsame Arbeiten lässt Gespräche zu und ermöglicht es Benutzenden und

Teammitgliedern über Geschichten und Erlebtes zu sprechen, Situationen zu reflektieren, Zusammenhänge zu erkennen und andere Blickwinkel einzunehmen. Damit kann das Gefühl der Verstehbarkeit verstärkt werden. Es ist jedoch kritisch zu bedenken, dass ein Einsatz an der Theke auch ein stressvolles Erlebnis sein kann – je nach Besuchendenzahl oder Stimmung der Benutzenden. So kann ein erwünschtes positives Erlebnis auch negativ empfunden werden und im schlimmsten Fall Versagensgedanken verstärken. In einem solchen Fall ist eine Nachbesprechung unabdingbar.

Auch im Projekt «MannKann» lassen sich salutogenetische oder gesundheitsfördernde Ansätze erkennen. Die Peers haben in der Evaluation angegeben, dass sie das Projekt als wertvollen Beitrag zur Stärkung des Selbstwertgefühls, als eine Erweiterung der Sozialkompetenzen, und nicht zuletzt als sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeit erlebt haben (vgl. Leu-Hausmann 2017: 2). Der Aufbau der Handhabbarkeit zeigt sich darin, dass die Peers eigene Ressourcen wahrnehmen konnten, indem es ihnen gelungen ist, andere Betroffene anzusprechen, über Themen und Anliegen zu informieren und sie sich sozialkompetent erlebten. Als bedeutsam könnte die Tatsache erlebt werden, dass die Beschäftigung als sinnvolles und lehrreiches Engagement empfunden wird. Das Gefühl der Verstehbarkeit lässt sich dadurch aus- und aufbauen, indem Betroffene, wie auch Peers selbst, beispielsweise durch die Aufklärung über Geschlechtskrankheiten und mögliche vorbeugende Massnahmen, Wissen weitergeben, Zusammenhänge verstehen und neues Wissen erlangen können. Dies wiederum kann das Gefühl der Handhabbarkeit stärken.

Ob dieser Aus- und Aufbau von Ressourcen als Schutzfaktor in Bezug auf die Suizidalität wirkt, müsste empirisch noch belegt werden. Dass durch die genannten Massnahmen und Faktoren aber Kontakte geknüpft, Vertrauen aufgebaut und Verbindlichkeit geschaffen wird, spricht aus einer theoretischen Perspektive für ein solches Vorgehen.

Die genannten Interventionen und Massnahmen entsprechen in den Augen der Verfasserin wichtigen Punkten, die für gesundheitsfördernde Massnahmen und Interventionen bedeutungsvoll sind: so wird beispielsweise die Thematik «Geschlecht» und «Alter» beim Projekt «MannKann» berücksichtigt und beide Massnahmen sind dem Setting entsprechend niederschwellig und leicht zugänglich für die Zielgruppe – ganz nach dem Credo des «setting approach». In Puncto Finanzierung fallen bei der ersten erwähnten gesundheitsfördernden Intervention keine zusätzlichen Kosten für die K+A an, was ebenfalls als positiv angesehen werden kann.

Durch oder dank salutogenetischer Ansätze und Gesundheitsförderung, wird der Fokus auf den «gesunden Teil» von Menschen gerichtet und damit gearbeitet. In der akuten Suchtphase und im spezifischen Setting der K+A lässt sich der «erkrankte Teil» nur oberflächlich behandeln, der «gesunde Teil» liesse sich jedoch erweitern. Ganz im Sinne des Unabhängigkeitsmodells der ehemaligen Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme

SFA, in welchem der Ausbau von Ressourcen möglich ist trotz gleichbleibendem Anteil Krankheit einer Person (vgl. SFA 2008, zit. nach Wettstein 2008: 43).

Gesundheitsfördernde Massnahmen und Interventionen sind alleine nicht ausreichend, um die Suizidalität der Klientel der K+A zu reduzieren. Wichtig ist, im Sinne des Synergieeffekts nach Altgeld et al. (2014: 54), präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen koordiniert anzubieten und durchzuführen. Damit Suizidalität durch die Professionellen vorbeugend angegangen wird, sollen die Benutzenden weiterhin auf die Thematik angesprochen werden. Die Verfasserin ist der Überzeugung, dass die genannten salutogenetischen Interventionen – auch wenn sie noch so banal und unscheinbar scheinen – eine beträchtliche Wirkung auf die Verminderung von Suizidalität haben können. In diesem Sinne wurde auch das Musikprojekt der Verfasserin angedacht.

Ob neuangeeignete Ressourcen anhand salutogenetischer Ansätze sich positiv auf das Suchtverhalten, die Lebenslage, die psychische Gesundheit auswirkt und eine allfällige Suizidalität mindern kann – ob diese Hypothese in der Praxis bestätigt werden kann – muss mit Studien empirisch belegt werden.

7.2. Ausblick

Salutogenetische Ansätze bei erwachsenen Menschen mit einer illegalisierten Substanzmittelabhängigkeit bzw. einem illegalisierten Substanzmittelgebrauch im Setting der K+A können (theoretisch) genutzt werden, um als Schutzfaktoren in Bezug auf das Suizidrisiko zu wirken. Was kann die Gesellschaft beitragen, um das Risiko von betroffenen Personen zu mindern? Trägt sie einen Anteil Mitverantwortung oder gar Schuld an der Suizidalität, indem suchtmittelabhängige Menschen in der Öffentlichkeit stigmatisiert und marginalisiert werden (vgl. Oexle et al. 2017: 1ff.)? Ohne ein gesellschaftliches Umdenken wird sich die Suizidalität aber nur teilweise reduzieren lassen. Es wäre wichtig, gezielt Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und für eine Entstigmatisierung von illegalisierten Substanzen zu kämpfen, um eine ganzheitliche Verbesserung der Gesundheit von Betroffenen anzustreben. Denn wie Autor Johann Hari in seinem Werk «Chasing the Scream» schreibt: «The opposit of addiction is connection.» («Das Gegenteil von Sucht ist Beziehung/Zugehörigkeit»). Und so gilt es wohl auch für Suizidalität. Wenn es der Gesundheitsförderung und Schadensminderung gelingt, integrativ zusammenzuarbeiten, könnte dadurch dem (politischen) Legitimationsdruck begegnet werden. Dazu müsste empirisch belegt werden, dass salutogenetische Ansätze in der Schadensminderung zu einer besseren (psychischen) Gesundheit führen.

Zum Schluss soll noch angemerkt werden, dass es bisher wenige oder noch keine Alters- und Pflegeheime gibt, die sich den spezifischen Bedürfnissen von älteren Substanzmittelabhängigen oder -konsumierenden annehmen. Wo sollen diese Menschen hin, wenn sich ihr Leben dem Ende zu neigt? Diese Tatsache könnte sich als «neuer» Suizidgrund herausstellen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abteilung Sucht (2017). Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt. Jahresbericht 2017. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Akeret, René (2014). Schadensminderung! In: SuchtMagazin. 2. Bern: Infodrog. S. 4-7.
- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2009). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (Hrsg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 15-26.
- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 45-56.
- Arribas-Ibar, Elisabet / Suelves, Josep Maria/ Sanchez-Niubòde, Albert/ Domingo-Salvanya, Antònia/Brugalf, M.T. (2017). Suicidal behaviours in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. In: Gaceta Sanitaria. Volume 31. Issue 4. Barcelona: Sociedad Espanola De Salud Pública y Administracion Sanitaria (SESPAS). S. 292-298.
- Berthel, Toni (2006). Das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Instrument für die Suchtpolitik oder Hilfe für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem komplexen Problemfeld? In: abhängigkeiten. Nr. 3. Lausanne: ISPA Press.
- Bertolote, José Manoel/Fleischmann, Alexandra/De Leo, Diego/Wassermann, Danuta (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. In: Crisis. Vol. 25 (4). Hogrefe & Huber Publishers. S. 147-155.
- Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951 (Stand am 1. Oktober 2013). (812.121). S. 1-28.
- Bohnert, Amy S./Roeder, Kathryn/Ilggen, Mark A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: A review of overlap and risk factors. In: Drug and Alcohol Dependence. 110. Amsterdam: Elsevier. S. 183-192.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2016a). Faktenblatt Aktionsplan Suizidprävention. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2016b). Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017-2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2016c). Schweizer Drogenpolitik. URL: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/int/drogen-politik.pdf.download.pdf/schweizer-drogen-politik.pdf> [Zugriffsdatum: 19. Mai 2018].

Bundesamt für Gesundheit BAG (2017). Stärkung der Gesundheitskompetenz. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Das Betäubungsmittelgesetz. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-betaeubungsmittel.html> [Zugriffsdatum: 13. Mai 2018].

Bundesamt für Gesundheit BAG/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK/Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (2016a). Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2016b). Herausforderungen nichtübertragbarer Krankheiten. Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017-2024 (NCD-Strategie). Kurzfassung. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Statistik BFS (2008). Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004. Herausgebende Reihe: «Statistik der Schweiz». Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.

Bundesamt für Statistik (2017a). Medienmitteilung. 14 Gesundheit. Todesursachenstatistik 2015. Aussergewöhnlich viele Todesfälle im Jahr 2015 infolge Grippe und Hitze. Nr. 2017-0081-D. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.

Bundesamt für Statistik (2017b). Suizidmethoden nach Geschlecht, Entwicklung. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.3742875.html> [Zugriffsdatum: 11. Mai 2018].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung

- und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6. Erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Cheng, Andrew T. A./Mann, A. H./Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide. A case-control study. In: The British Journal of Psychiatry. 178. London: Royal College of Psychiatrists. S. 441-446.
- De Araujo, R.M.F./Lara, D.R. (2016). More than words : The association of childhood emotional abuse and suicidal behavior. In: European Psychiatry. 37. Amsterdam: Elsevier. S. 14-21.
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, H. (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Richtlinien. 9. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dreher, Jan (2015/2016). Psychopharmakotherapie griffbereit. Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Duberstein, Paul R./Conwell, Y./Conner K. R./ Eberly S./Evinger J. S./Caine, E. D. (2004). Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. In: Psychological Medicine. 34. Cambridge: Cambridge University Press. S. 1331-1337.
- Eriksson, Monica/Lindström, Bengt (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale : a systematic review. In: Journal of Epidemiology & Community Health. 59 (6). London: BMJ. S. 460-466.
- Erlemeier, Norbert (2013). Was leistet die Resilienzforschung für die Suizidprävention. In: Suizidprophylaxe. Nr. 155. Regensburg: Roderer-Verlag.
- Faltermaier, Toni (2012). Salutogenese – Resilienz. Theoretische Grundlagen einer psychosozialen Gesundheitsförderung. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. Nr. 4. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB). S. 4-7.
- Faltermaier, Toni (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 79-88.
- Faltermaier, Toni (2017). Gesundheitspsychologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Prävention in der Gesundheitsversorgung: Finanzierung von innovativen Projekten. URL: <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/medien/medienmitteilungen/artikel/praevention-in-der-gesundheitsversorgung-finanzierung-von-innovativen-projekten.html> [Zugriffsdatum: 03. Mai 2018].
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C. (2017). Suchtmonitoring Schweiz. Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gölz, Jörg H. (2004). Stigmatisierung von Drogenabhängigen. In: Suchttherapie. 5. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 167-171.
- Haisch, Jochen/Klotz, Theodor/Hurrelmann, Klaus (2014). Die Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 449-456.
- Harris, E. C./Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. In: The British Journal of Psychiatry. 170. London: Royal College of Psychiatrists. S. 205-228.
- Hildebrandt/Kickbusch (1986). Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Zugriffsdatum: 12. Mai 2018].
- Hufford, Michael R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. Clinical Psychology Review. Vol. 21. Nr. 5. Amsterdam: Elsevier Science Ltd. S. 797-811.
- Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 13-24.
- Infodrog (2017). Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen – Jahresbericht 2016. Bern: Infodrog.
- Infodrog (2018). Suchtindex.ch. Verzeichnis der Suchthilfeangebote in der Schweiz. URL: <https://suchtindex.infodrog.ch/?referral=Infodrog> [Zugriffsdatum: 28. April 2018].
- Infodrog/Fachverband Sucht (2011). Standards Kontakt- und Anlaufstellen. Bern: Infodrog.

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2004). Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich. Nr. 11. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Jahn, Ingeborg/Kolip, Petra (2002). Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).
- Kennedy, Mary Clare/Marshall, Brandon C.L./Hayashi, Kanna/Nguyen, Paul/Wood, Evan, Kerr, Thomas (2015). Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study. In: Drug and Alcohol Dependence. 151. Amsterdam: Elsevier. S. 272-277.
- Kittirattanapaiboon, Phunnapa/Suttajit, Sirijit/Junsirimongkol, Boonsiri/Likhitsathian, Surinporn/Srisurapanont, Manit (2014). Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. In : Neuropsychiatric Disease and Treatment. 10. Macclesfield/Cheshire: Dove Medical Press. S. 453-458.
- Koch, Martin (2004). Durch Musik(erziehung) Gesundheit fördern?! In: Hundeloh, H./Schnabel, G./Yurdatap, N. Kongress Gute und gesunde Schule. 15. + 16. November 2004. Kongresszentrum Westfalenhallen Dortmund. Dokumentation. Nordrhein-Westfalen: Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen. S.113-120.
- Kolip, Petra (2014). Qualitätsentwicklung und Evaluation in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 438-447.
- Krug, Etienne G./Dahlberg, Linda L./Mercy, James A./Zwi, Anthony B./Lozano, Rafael (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization WHO.
- Kuntz, Helmut (2016). Drogen und Sucht. Alles was Sie wissen müssen. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lamis, Dorian A./Malone, Patrick S. (2012). Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model. In: Suicidology Online. 3. Regensburg: Electronic Journals Library (EZB). S. 4-23.
- Lee, Charles T.C./Chen, Vincent C.H./Tan, Happy K.L./Chou, Sun-Yuan/ Wu, Kuen-Hong/Chan, Chia-Hsiang/Gossop, Michael (2013). Suicide and other-cause mortality

- among heroin users in Taiwan: A prospective study. In: Addictive Behaviors. 38. Amsterdam: Elsevier. S. 2619-2623.
- Leu-Hausmann, Saskia/Arbeitsgruppe «BAP» (2017). Konzept Beschäftigungsangebot. Niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten für Besucher und Besucherinnen der Kontakt- und Anlaufstellen BS. Basel: Suchthilfe Region Basel.
- Leu-Hausmann, Saskia (2017). Konzept Kooperationsprojekt MannKann. Basel: Suchthilfe Region Basel.
- Locicero, Stéphanie/Arnaud, Sophie/Fueglistaler, Gabriel/Dubois-Arber, Françoise/Gervasoni, Jean-Pierre (2012). Ergebnisse der Befragung 2011 unter den Klientinnen der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz. Lausanne: IUMSP Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UEPP Unité d'évaluation de programmes de prévention. Raison de santé 199b.
- Maloney, Elizabeth/Degenhardt, Louisa/Darke, Shane/Mattick, Richard P./Nelson, Elliot (2007). Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. In: Society for the Study of Addiction. 102. Northampton: The Society for the Study of Addiction. S. 1933-1941.
- Menzi, Peter (2012). Schadensminderung – unverzichtbarer Teil einer kohärenten Suchtpolitik. In: SuchtMagazin. 2. Bern: Infodrog. S. 27-33.
- Merbach, Martin/Brähler, Elmar (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Männer und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 356-366.
- Meury, Walter/Bühlmann, Horst (2016). Betriebskonzept für die Kontakt- und Anlaufstellen. Basel: Suchthilfe Region Basel.
- Nock, Matthew K./Hwang, Irving/Sampson, Nancy/Kessler, Roland C./Angermeyer, Matthias/Beautrais, Anette/Borges, Guilherme/Bromet, Evelyn/Bruffaerts, Ronny/de Girolamo, Giovanni/de Graaf, Ron/Florescu, Silvia/Gureje, Oye/Haro, Josep Maria/Hu, Chiyi/Huang, Yueqin/Karam, Elie G./Kawakami, Norito/Kovess, Viviane/Levinson, Daphna/Posada-Villa, Jose/Sagar, Rajesh/Tomov, Toma/Viana, Maria Carmen/Williams, David R. (2009). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. In: PLOS Medicine. Vol. 6. Issue 8. San Francisco: Public Library of Science. S. 1-17.

- Oexle, N./Rüsch, N. (2017). Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens. Implikationen für die Suizidprävention. In: Der Nervenarzt. Springer Medizin Verlag GmbH. S. 1-5.
- Petit, Aymeric/Reynaud, Michel/Lejoyeux, Michel/Coscas, Sarah/Karila, Laurent (2012). Addiction à la cocaïne : un facteur de risque de suicide ? In : La Presse Médicale. 41. Amsterdam: Elsevier. S. 702-712.
- Petrie, Keith/Brook, Richard (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. In : British Journal of Clinical Psychology. Vol. 31. Issue 3. New Jersey: Wiley-Blackwell. S. 293-300.
- Plamper, Evelyn/Stock, Stephanie (2014). Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. S. 411-422.
- Quensel, Stephan (2010). Das Elend der Suchtprävention. Analyse – Kritik – Alternative. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien GmbH.
- Rieger, Klaus (2012). Niederschwellige und akzeptanzorientierte Drogenhilfe in einem Kontaktladen. In: Gastiger, Sigmund/Abstein, Hans Joachim (Hrsg.). Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Freiburg in Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 37-52.
- Rodríguez-Cintas, Laia/Daigre, Constanza/Braquehais, María Dolores/Palma-Alvarez, Raúl Felipe/Grau-López, Lara/Ros-Cucurull, Elena/Rodríguez-Martos, Lola/Abad, Alfonso Carlos/Roncero, Carlos (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. In : Psychiatry Research. 262. Amsterdam: Elsevier. S. 440-445.
- Schmid, Otto (2018). Diagnostik und Behandlung von Drogenproblemen Teil 1. Institut Soziale Arbeit und Gesundheit. Unveröffentlichtes Unterrichtsmanuskript. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Studium in Sozialer Arbeit. Frühlingssemester 2018. 24. April 2018.
- Schneider, Barbara (2003). Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Schneider, Barbara (2009). Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. In: Archives of Suicide Research. 13: 4. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. S. 202-216.
- Schneider, Barbara/Kölves, Kairi/Blettner, Maria/Wetterling, Tilman/Schnabel, Axel/Värnik, Airi (2009). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central

- European city (Tallinn and Frankfurt/Main). In: *Psychiatry Research*. 165. Amsterdam: Elsevier. S. 263-272.
- Schneider, Barbara/Roland, Thorsten/Grebner, Kristin/Wetterling, Tilman (2011). Suizidalität bei Patienten mit Suchterkrankung. In: *SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*. 57 (5). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. S. 393-401.
- Schneider, Barbara/Wetterling, Tilman (2016). *Sucht und Suizidalität*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Sjöström, Nils/Hetta, J./Waern, M. (2012). Sense of coherence and suicidality in suicide attempters: a prospective study. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 19. New Jersey: Wiley-Blackwell. S. 62-69.
- Stenbacka, Marlene/Leifman, Anders/Romelsjö, Anders (2010). Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: A 37 year follow up. In: *Drug and Alcohol Review*. 29. New Jersey: Wiley-Blackwell. S. 21-29.
- Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (2000). Einführung: Gesundheit – ein Kernthema Sozialer Arbeit? In: Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (Hrsg.) (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 7-11.
- Storni, Marco/Schmid, Martin (2008). *Klientenstruktur der Kontakt- und Anlaufstellen*. Basel, Schaffhausen und Solothurn. Basel: ecce Gemeinschaft für Sozialforschung.
- Stöver, Heino (2016). Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. In: *Suchttherapie*. 17. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 124-130.
- Suchthilfe Region Basel (o.J.). *Konsumräume*. Basel: Suchthilfe Region Basel. URL: <http://www.suchthilfe.ch/konsumraeume.html> [Zugriffsdatum: 29. April 2018].
- Van der Linde, François (2005). *Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz*. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Wedler, Hans (1998). Beitrag 7. Salutogenetische Elemente in der Suizidologie. In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (Hrsg.). *Handbuch der Salutogenese. Konzepte und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co. S. 215-220.
- Wettstein, Felix (2008). *Gesundheitsförderung und Prävention – ein Beitrag zur Klärung des oft diskutierten Verhältnisses unter besonderer Berücksichtigung der Suchthematik*. In: *abhängigkeiten*. Nr. 2. 14 Jahrgang. Lausanne: ISPA Press.

- Wettstein, Felix (2018). Ethische Reflexionen zur Begründung von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention. Unveröffentlichtes Unterrichtsmanuskript. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Studium in Sozialer Arbeit. Frühjahrssemester 2018. Olten: 20. April.
- Wines Junior, James D./Saitz, Richard/Horton, Nicholas J./Lloyd-Travaglini, Christine/Samet, Jeffrey H. (2004). Suicidal behavior, drug use and depressive symptoms after detoxification : a 2-year prospective study. In: Drug and Alcohol Dependence. 76S. Amsterdam: Elsevier. S. 21-29.
- Wolfersdorf, Manfred (2008a). Suizidalität. In: Der Nervenarzt. 79. Berlin: Springer Medizin GmbH. S. 1319-1336.
- Wolfersdorf, Manfred/Etzersdorfer, Elmar (2011). Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- World Health Organization WHO (o.J.). About social determinants of health. URL: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ [Zugriffsdatum: 17. Mai 2018].
- World Health Organization (2018). Suicide. Fact sheet. Who is at risk? URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. [Zugriffsdatum: 05. Mai 2018].

Anhang

Anhang 1: Betriebskonzept der K + A Basel-Stadt

Betriebskonzept K+A

K+A B 02 Ko 01



BETRIEBSKONZEPT Für die Kontakt- und Anlaufstellen

Leitung und Sekretariat:

Suchthilfe Region Basel
Kontakt- und Anlaufstellen
Mülhauserstrasse 113
4056 Basel

Telefon: 061 / 383 01 99
Fax: 061 / 383 01 95
E-Mail: horst.buehlmann@suchthilfe.ch

Standorte:

K+A I Dreispitz
Münchensteinerstr. 97
4052 Basel

K+A II Riehenring
Riehenring 200
4058 Basel

Tel.-Nr. 061 261 23 00

Tel.-Nr. 061 692 44 77

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite	3
2. Kurzbeschreibung der Institution	Seite	3
3. Leistungsauftrag	Seite	4
4. Zielgruppe	Seite	4
5. Angebot	Seite	5
5.1. Medizinische Dienstleistungen	Seite	5
5.1.1. Aids- und Infektionsprophylaxe		
5.1.2. Erste Hilfe		
5.1.3. Allgemeine Gesundheitsvorsorge		
5.1.4. Arztprechstunden		
5.2. Soziale Dienstleistungen	Seite	6
5.2.1. Kurzberatung		
5.2.2. Psychosoziale Betreuung		
5.2.3. Beschäftigungsangebot für BesucherInnen		
5.2.4. Geschlechterspezifische Angebote		
5.2.5. Satellitenpräsenz		
5.3. Ordnungspolitische und Pädagogische Dienstleistungen	Seite	6
5.3.1. Hausordnung intern		
5.3.2. Vorplatzbetreuung		
5.3.3. Zutrittskontrolle		
5.3.4. Aufnahmekapazität		
6. Öffnungszeiten	Seite	8
7. Personal	Seite	8
7.1. Berufliche Qualifikation / Teamzusammensetzung		
7.2. Weiterbildung		
7.3. Minimalbestand zur Betriebssicherstellung		
7.4. Pflichtenhefte und Funktionsbeschriebe		
8. Polizei	Seite	9
9. Informations- und Öffentlichkeitsarbeit	Seite	9
10. Anhang	Seite	10

1. Einleitung

Das Dogma der Hilfe zur Abstinenz als einzig gangbarer Weg erwies sich Ende der 80er Jahre nicht zuletzt angesichts der steigenden Zahlen von Aids- und Drogentoten als unzulänglich und wurde um eine differenzierte Sicht der Drogenarbeit, welche Überlebenshilfe und Schadensminderung mit einschliesst, erweitert.

Dieser Bereich der niederschweligen Suchthilfe wurde anfangs der neunziger Jahre im Rahmen des "Massnahmenpakets Drogen" zur offiziellen Bundespolitik. Die vier vom Bundesrat verabschiedeten Massnahmenstränge sahen neben der Prävention, der Repression und der Therapie auch die Überlebenshilfe bzw. Schadensminderung vor.

Die pragmatische Ausrichtung der Drogenpolitik, die den Aspekt der Suchtakzeptanz mitberücksichtigt, kann wie folgt umschrieben werden:

Die Bewältigung des Drogenproblems ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Durch integrierende Anstrengungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Aids-Prophylaxe, sollen Widersprüchlichkeiten soweit als möglich vermieden werden, auch wenn dies aufgrund der gesellschaftlichen Normenvielfalt nie ganz gelingen dürfte, da die suchtfreie Gesellschaft eine Utopie ist.

Das Bekenntnis der Abhängigen zur Suchtfreiheit ist keine Vorbedingung für staatliche oder private Hilfe.

Für den Betrieb von Kontakt- und Anlaufstellen erachten wir zudem die Einhaltung und Erfüllung der in Zusammenarbeit mit der Sektion Drogenintervention des BAG und der Fachstelle für Schadensminderung erarbeiteten Standards als wichtige Grundlage und Voraussetzung.

Für weitere Details wird auf die Standards für Kontakt- und Anlaufstelle, (2. überarbeitete Auflagen 2011) verwiesen.

2. Kurzbeschreibung der Institution

Die Kontakt- und Anlaufstellen BS sind niederschwellige Institutionen im Bereich der Schadensminderung, welche ganzjährig (inkl. Sonn- und Feiertage) geöffnet sind. Mit ihrem Angebot leisten sie einen Beitrag zur Aids- und Infektionsprophylaxe und bieten zudem psychosoziale Betreuung und Beratung für KonsumentInnen illegaler Drogen.

Sie werden von der Stiftung Suchthilfe Region Basel im Auftrag des Kantons Basel-Stadt und von einem gemischtgeschlechtlichen sowie interdisziplinären Team, bestehend aus SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und Personen mit medizinisch / pflegerischen Berufsausbildungen betrieben.

Die Kontakt- und Anlaufstellen, Schadensminderung, sind Bestandteil der Suchthilfe Region Basel. Dazu gehören ausserdem das im öffentlichen Raum tätige Sprützwäspi, sowie die Lagerhaltung, Bestellung und Belieferung von Aidsprophylaxematerial für im Drogenbereich tätige Einrichtungen im ganzen Kanton Basel-Stadt.

Das Angebot besteht aus beaufsichtigten Injektions- und Inhalationsräumen, in welchen die DrogenkonsumentInnen unter Aufsicht ihre mitgebrachten Drogen unter hygienischen und stressarmen Bedingungen konsumieren können.

Die in den Gebäulichkeiten integrierten Cafeterias stehen als Aufenthaltsorte zur Verfügung und bieten den BesucherInnen auch die Möglichkeit, Getränke und kleinere Verpflegungen zu sich zu

nehmen. Der dazugehörige Vorplatz, welcher ebenfalls betreut wird, dient als „Pufferzone“ und Warteraum mit dem Ziel, das direkte Umfeld der jeweiligen Anlaufstellen zu entlasten.

Die Kontakt- und Anlaufstellen stellen im Austauschverfahren sauberes Injektionsmaterial zur Verfügung; gebrauchte Utensilien werden fachgerecht entsorgt.

Für weitere Details wird auf die Modalitäten für den Umgang mit Spritzenmaterial verwiesen.

Zur Unterstützung der Aids- und Infektionsprophylaxe werden auch Präservative abgegeben.

Die MitarbeiterInnen bieten zudem Information und Beratung über weiterführende Angebote und zu alltäglichen Fragen. Der medizinische Bereich umfasst erste Hilfe Massnahmen, Wundversorgungen und eine kostenlose, niederschwellige Arztprechstunde.

3. Leistungsauftrag

Die Kontakt- und Anlaufstellen nehmen im Rahmen der Drogeneinrichtungen des Kantons Basel-Stadt sowie der umliegenden Gemeinden des Kantons Basel-Landschaft einen Platz ein, welcher der Überlebenshilfe / Schadensminderung zugeordnet ist.

Die momentane Lebenssituation der Besucher und Besucherinnen wird grundsätzlich akzeptiert. Das Ziel besteht in der Verbesserung deren psychischen, physischen und sozialen Grundstruktur sowie der Sicherstellung der Gesundheitsvorsorge, im Besonderen der Infektionsprophylaxe (AIDS, Hepatiden, Abszesse etc.).

Damit stellen die Kontakt- und Anlaufstellen mit ihren niederschweligen Angeboten eine Ergänzung zu anderen Institutionen der Drogenhilfe dar. Es findet eine enge Zusammenarbeit mit privaten und staatlichen Organisationen im sozialen Hilffssystem statt.

Die Kontakt- und Anlaufstellen sind zudem ein Beitrag an die Wahrung der öffentlichen Ordnung, weil sie Drogenabhängigen ermöglichen, andere Aufenthaltsorte als Strassen und öffentliche Plätze zu wählen. Sie stellen somit eine wichtige Massnahme zur Verhinderung von offenen Drogenszenen dar.

4. Zielgruppe

Mit den Kontakt- und Anlaufstellen wird eine Gruppe von Drogenabhängigen angesprochen, welche sich in einer akuten Suchtphase befinden und somit in einer schwierigen Lebenssituation stehen. Viele von ihnen sind sozial ausgegrenzt und weisen, bedingt durch die Perspektivlosigkeit, Resignation und Verwahrlosung, schwerste Defizite auf.

Meist sind diese Drogenabhängigen nicht mehr in der Lage, sich ohne professionelle Hilfe mit ihrer Situation konstruktiv auseinanderzusetzen. Oft haben sie keine tragfähigen, oder dann nur gestörte soziale Beziehungen. Es fehlt ihnen an Vertrauen in sich selbst, in ihre Mitmenschen und in die Veränderung ihrer momentanen Situation.

Im Sinne einer Früherfassung erreichen die Kontakt- und Anlaufstellen teilweise Abhängige, die sich nie zuvor bei Beratungsstellen gemeldet haben. Sie kommen so erstmals in Kontakt mit Hilfsangeboten und es ist ihnen möglich, ein längerfristiges Vertrauensverhältnis zum Hilffssystem aufzubauen.

5. Angebot

5.1. Medizinische Dienstleistungen

5.1.1. Aids- und Infektionsprophylaxe

In den Injektionsräumen stehen Einwegspritzen und -Nadeln sowie Desinfektionsmaterial, Ascorbin, Trockentupfer, Filter und sterile Löffel zur Verfügung.

In der Cafeteria werden unentgeltlich Injektionsutensilien (im Tausch) und Präservative in der jeweils benötigten Menge abgegeben.

In den Inhalationsräumen werden Alufolie, Bicarbonat und weitere Utensilien für einen hygienisch vertretbaren, inhalativen Drogenkonsum zur Verfügung gestellt.

Für weitere Details wird auf das Konzept Inhalationsraum verwiesen (Juni 07).

5.1.2. Erste Hilfe

Im Falle einer Überdosierung werden unmittelbar die lebensrettenden Schritte eingeleitet. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Kontakt- und Anlaufstellen sind in den notwendigen Reanimationstechniken ausgebildet und besuchen diesbezüglich regelmässige Wiederholungskurse.

Für weitere Details wird auf folgende im Anhang befindliche Unterlagen verwiesen:

- Medizinischer Leitfaden :
 - Leitfaden Verbandswechsel K+A
 - Beatmungs- / Epilepsierichtlinien
 - Vorgehen bei Stichverletzungen

5.1.3. Allgemeine Gesundheitsvorsorge

Im Injektionsraum werden die Drogenabhängigen auf die korrekte Injektionstechnik und die notwendigen Hygienevorkehrungen bei intravenösem Konsum (Safer Use) hingewiesen.

In den Inhalationsräumen werden die Drogenabhängigen ebenfalls auf die notwendigen Hygienevorkehrungen hingewiesen.

Sie werden zudem bezüglich grundlegender alltäglicher Gesundheitsbelange sensibilisiert und können von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einfache Wundversorgungen vornehmen lassen.

Für weitere Details wird auf folgende im Anhang befindliche Unterlagen verwiesen:

- Konzept Inhalationsraum (Juni 07)
- Regeln für den Injektionsraum
- Medizinischer Dienst

5.1.4. Arztprechstunden

Die ärztliche Betreuung wird durch wöchentlich stattfindende niederschwellige Sprechstunden von einer externen, fachlich qualifizierten Arztperson sichergestellt.

In diesem Zusammenhang wird auf das separate Konzept Medizinischer Dienst in den Kontakt- und Anlaufstellen verwiesen.

5.2. Soziale Dienstleistungen

5.2.1. Kurzberatung

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leisten konkrete und aktuelle Informations- und Aufklärungsarbeit zu suchtrelevanten Themen und machen die Abhängigen auf weiterführende Hilfsangebote aufmerksam.

5.2.2. Psychosoziale Betreuung

Der kontinuierliche, nicht-wertende Kontakt zwischen den Drogenabhängigen und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ermöglicht eine vertrauensvolle Basis für individuelle Betreuungsarbeit. Angestrebt wird die Förderung und Stabilisierung der psychosozialen Struktur der Drogenabhängigen.

5.2.3. Beschäftigungsangebot für BesucherInnen

Durch die Möglichkeit, stundenweise und gegen Entgelt begleitet Beschäftigungsangeboten nach zu gehen, haben die jeweiligen BesucherInnen eine Gelegenheit, ihre Ressourcen (wieder) kennenzulernen und zu verbessern sowie Selbstwert- und Verantwortungsgefühl aufzubauen.

Für weitere Details wird auf das Konzept Beschäftigungsangebote für BesucherInnen verwiesen.

5.2.4. Geschlechterspezifische Angebote

Soweit es möglich ist, wird in allen Arbeitsbereichen der Kontakt- und Anlaufstellen auf geschlechterspezifische Anliegen eingegangen.

5.2.5. Satellitenpräsenz

Vertreter und Vertreterinnen weiterführender und abstinentenorientierter Institutionen stellen zu regelmässigen Zeiten ihre Angebote in den Kontakt- und Anlaufstellen vor; dies mit dem Ziel, den Drogenabhängigen eine unbürokratische und unverbindliche erste Kontaktnahme zu ermöglichen und allfällige Berührungängste abzubauen.

5.3. Ordnungspolitische und Pädagogische Dienstleistungen

5.3.1. Hausordnung intern

Unter pädagogischen Massnahmen verstehen wir nebst Einhaltung der Hausordnung ein permanentes, „erzieherisches“ Einwirken auf die drogenabhängigen BesucherInnen der Kontakt- und Anlaufstellen.

Ziel dieser Massnahmen ist es einerseits, ein stressarmes Umfeld innerhalb der Anlaufstellen und auf den dazugehörigen Vorplätzen zu schaffen.

Andererseits soll damit den Drogenabhängigen eine bessere Ausgangslage für jegliche Ausstiegs- und Reintegrationsbemühungen vermittelt werden.

Und letztlich kann damit ein weiterer Beitrag zur Verminderung der Probleme und zur Wahrung der Ordnung im öffentlichen Raum geleistet werden.

Hausordnung

- Kein Konsum von illegalen Drogen ausserhalb der dafür vorgesehenen Räumen
- Kein Kauf oder Verkauf von Drogen, Medikamenten oder sonstigen Waren und keine Geschenke
- Kein offenes Geld (Ausnahme: im Thekenbereich)
- Keine offenen Drogen, Medikamente usw.
- Kein Alkohol

- Keine aggressiven Handlungen und Äusserungen und keine körperliche oder verbale Gewalt
 - Keine rassistischen und sexistischen Äusserungen
- ⇒ Übertretungen der Hausordnung können durch ein- bzw. mehrtägige Hausverbote sanktioniert werden.

5.3.2. Vorplatzbetreuung

Die Betreuung und Beaufsichtigung der auf dem Vorplatz wartenden Personen wird durch K+A MitarbeiterInnen wahrgenommen. Dabei wird in erster Linie Wert gelegt auf präventives, pädagogisches Auftreten und Intervenieren, damit keine Tötlichkeiten und Konflikte unter den BesucherInnen entstehen.

Bei Konflikten und Tötlichkeiten wird im Einzelfall Unterstützung angefordert.

Der Konsum illegaler Drogen auf den Vorplätzen ist verboten und wird nach Möglichkeit von den MitarbeiterInnen bereits im Ansatz verhindert. Die Drogenabhängigen werden dabei auf die Angebote der Konsumräume innerhalb der Einrichtungen hingewiesen.

Soweit es die Situation zulässt, sorgen die MitarbeiterInnen der K+A ausserdem dafür, dass während der gesamten Öffnungszeit der Vorplätze übermässige Verschmutzung und Lärmbelästigung verhindert werden können.

Die BesucherInnen werden dazu angehalten, den Abfall in den entsprechenden Behältern zu entsorgen.

Einzelne BesucherInnen werden dazu angehalten, den Platz wenn nötig auch während der Öffnungszeit zu reinigen.

Bei Betriebsschluss werden die BesucherInnen dazu angehalten, die Örtlichkeiten zu verlassen.

Der Vorplatz wird zudem täglich nach Betriebsschluss gereinigt.

Vorplatzordnung

- Kein Konsum illegaler Drogen
- Keine vorbereitenden Handlungen zum Konsum illegaler Drogen
- Kein Alkohol
- Keine aggressiven Handlungen und Aeusserungen und keine körperliche oder verbale Gewalt

⇒ Übertretungen der Vorplatzordnung können durch ein- bzw. mehrtägige Zutrittsverbote sanktioniert werden.

Für Details wird auf das Vorplatz-Handbuch vom November 2006 verwiesen.

5.3.3. Zutrittskontrolle

Am Eingang der Vorplätze wird, im Auftrag des Kantons Basel-Stadt, durch MitarbeiterInnen einer Sicherheits- und Bewachungsfirma eine permanente Zutrittskontrolle durchgeführt. Zweck dieser Zutrittskontrolle ist es, dafür zu sorgen, dass Unberechtigte keinen Zutritt zu den Vorplätzen und den Räumlichkeiten der Kontakt- und Anlaufstellen erhalten oder sich verschaffen.

Für Details wird auf den Auftragsbeschrieb der Gesundheitsdienste Basel-Stadt für die Sicherheitsfirma verwiesen.

5.3.4. Aufnahmekapazität

Die Aufnahmekapazitäten der einzelnen Standorte sind für alle Bereiche klar definiert. Diese Definitionen sind notwendig, um auch pädagogische und ordnungspolitische Aufträge ausführen zu können und um geordnete Betriebsabläufe in allen Bereichen sicher zu stellen. Die dafür notwendige Regulierung am Eingang zu den K+A Räumlichkeiten wird durch K+A MitarbeiterInnen durchgeführt.

6. Öffnungszeiten

Die Kontakt- und Anlaufstellen sind ganzjährig (inkl. Sonn- und Feiertage) täglich an mindestens 2 Standorten (ausser sonntags) geöffnet.

Die Öffnungszeiten können bei Bedarf in Absprache mit dem Auftraggeber, den sich verändernden Bedingungen angepasst werden.

7. Personal

7.1. Berufliche Qualifikation / Teamzusammensetzung

Das Personal ist in der Regel paritätär gemischtgeschlechtlich und interdisziplinär zusammengesetzt. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verfügen über medizinisch/pflegerische bzw. sozialpädagogisch/-arbeiterische oder ähnliche Grundausbildungen. Ausnahmsweise kommen bei entsprechendem Erfahrungshintergrund und persönlicher Eignung auch andere BerufsträgerInnen in Frage.

Nebst den Festangestellten werden AushilfsmitarbeiterInnen und Zivildienstleistende beschäftigt.

Die Kontakt- und Anlaufstellen bieten zudem Praktikumsplätze an für Absolventen der Fachhochschule Nordwestschweiz.

7.2. Weiterbildung

Auf Weiterbildung und Vernetzung wird grossen Wert gelegt. Nebst der Supervision finden suchttthemenspezifische interne Fortbildungen sowie Besuche bei oder von Institutionen statt, die in der Drogenarbeit aktiv sind.

Für das festangestellte Personal der Kontakt- und Anlaufstellen besteht die Möglichkeit für individuelle externe Weiterbildung.

Festangestellte, SpringerInnen und PraktikantInnen werden regelmässig in den notwendigen Reanimationstechniken geschult.

Es werden spezialisierte Kurse und Weiterbildungen im Bereich Deeskalation sowie Umgang mit Gewalt und Aggressionen angeboten und durchgeführt.

7.3. Minimalbestand zur Betriebssicherstellung

Um eine Betriebsöffnung zu gewährleisten und unter dem Aspekt minimalster Sicherheitsvorkehrungen verantworten zu können, müssen innerhalb der Räumlichkeiten wenigstens 3 MitarbeiterInnen tätig sein.

Dabei ist zu beachten, dass in allen Injektionsräumen eine permanente Beaufsichtigung des Drogenkonsums gewährleistet sein muss. Wenn an einem Standort ein zweiter Injektionsraum und/oder Inhalationsraum betrieben wird, sind deshalb mindestens 4 MitarbeiterInnen erforderlich.

Die minimale Betreuung und Beaufsichtigung der Vorplätze, in Kombination mit der notwendigen Einlassregulierung zu den K+A Räumlichkeiten, erfordert mindestens eine zusätzliche Person.

7.4. Pflichtenhefte und Funktionsbeschriebe

Für die einzelnen Arbeitsbereiche und die Ressortaufgaben bestehen separate Pflichtenhefte und Funktionsbeschriebe.

Für weitere Details wird auf folgende im Anhang befindlichen Unterlagen verwiesen:

- Funktionsbeschrieb Mitarbeiter K+A
- Interne Richtlinien K+A MitarbeiterInnen
- Regeln für den Injektionsraum
- Ressortbeschriebe
- Vorplatz-Handbuch

8. Polizei

Der einvernehmliche Kontakt mit den polizeilichen Instanzen im Sinne einer Kooperation statt Konfrontation hat hohen Stellenwert.

Die zuständigen Stellen der Abteilung Sucht sorgen dafür, dass seitens der Polizei sichergestellt ist, dass die Anforderung von Unterstützung bei Konflikten und Tätlichkeiten entsprechende Priorität erhält und jeweils möglichst rasch erfolgt.

9. Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit wird von Seiten der Kontakt- und Anlaufstellen hohe Bedeutung zugemessen. Mit der Anwohnerschaft, den Gewerbetreibenden, Schulen, privaten, staatlichen und sozialen Institutionen und Medien wird in Absprache mit dem Auftraggeber, ein Informationsaustausch gepflegt.

Ziel dieses informativen Dialogs ist es, Vorurteile richtig zu stellen, Ängste der betroffenen Bevölkerung ernst zu nehmen, abzubauen und somit ein Klima der Toleranz und des gegenseitigen Respekts zu schaffen.

Walter Meury, Geschäftsführer SRB

Horst Bühlmann, Leiter K+A

10. Anhang

Die im vorliegenden Konzept erwähnten Reglemente, Richtlinien, separate Konzepte etc. sind als integrierte Bestandteile zu betrachten.

Alle erwähnten, zum Anhang gehörenden Unterlagen sind nachfolgend aufgelistet:

- Standards für Kontakt- und Anlaufstelle, 2. überarbeitete Auflage 2011
- Konzept Inhalationsraum (Juni 07)
- Richtlinien Injektionsraum
- Regeln Injektionsraum
- Medizinischer Leitfaden :
 - Leitfaden Verbandswechsel K+A
 - Beatmungs- / Epilepsierichtlinien
 - Vorgehen bei Stichverletzungen
- Modalitäten für den Umgang mit Spritzenmaterial
- Medizinischer Dienst in den Kontakt- und Anlaufstellen Juni 2006
- Funktionsbeschrieb Mitarbeiter K+A
- Ressortbeschriebe
- Konzept Beschäftigungsangebote
- aktuelles Öffnungszeitenmodell
- Interne Richtlinien K+A MitarbeiterInnen
- Vorplatz-Handbuch
- Hygienekonzept
- Auftragsbeschrieb für die Zutrittskontrolle (Gesundheitsdienste BS / Securitas)

Konzept Beschäftigungsangebote

**Niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten
für Besucher und Besucherinnen in den
Kontakt- und Anlaufstellen BS**

1. Einleitung

Der zentrale Raum der Kontakt- und Anlaufstellen Basel ist eine entsprechend eingerichtete Cafeteria. Hier werden den Besucher und Besucherinnen Getränke sowie kleinere Mahlzeiten und Kioskartikel angeboten. Dieser Aufenthaltsraum soll die Drogenkonsumierenden dazu einladen zu verweilen und mit den MitarbeiterInnen sowie auch untereinander ins Gespräch zu kommen. Dadurch wird es möglich, eine Atmosphäre zu schaffen, welche Raum bietet für pädagogische Massnahmen, Beratungen, Kriseninterventionen und Informationsgespräche über weiterführende Hilfsangebote in den Bereichen Entzug, Therapie, Wohnen, Arbeit etc.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass es notwendig und sinnvoll ist, gerade im Zusammenhang mit der Möglichkeit des Drogenkonsums, im Sinne einer umfassenden Gesundheitsvorsorge und Überlebenshilfe auch Getränke und einfache Mahlzeiten anzubieten. Der Beschaffungsstress der Drogenkonsumierenden lässt Einzelne oft vergessen, dass Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme grundlegend wichtige Voraussetzungen sind für eine minimale Gesunderhaltung des menschlichen Körpers. Das Angebot in den Cafeteria's ist ein zentraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes und nimmt einen wichtigen Platz innerhalb der Schadensminderung ein.

Die Erfahrungen zeigen, dass gerade bei Drogenkonsumierenden Masslosigkeit und Verschwendung ein alltägliches Übel darstellen, dem es mit geeigneten Mitteln zu begegnen gilt. Auch in den Kontakt- und Anlaufstellen soll bei aller Fürsorge der Bezug zur Realität nicht verloren gehen, sondern vielmehr schrittweise wiederhergestellt werden. Die in diesem Zusammenhang notwendigen, pädagogischen Überlegungen haben dazu geführt, dass wir einen Teil des Angebotes in den Cafeterias gegen Entgelt abgeben.

Mit dem aus dem Thekenverkauf erwirtschafteten Gewinn sollen niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten für Besucher und Besucherinnen innerhalb der K+A geschaffen werden, welche in einem definierten Rahmen den Drogenkonsumierenden die Möglichkeit bieten, in verstärktem Umfang Mitverantwortung für den Betrieb zu übernehmen.

Niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten

werden in folgenden Bereichen angeboten:

- im Thekenbereich, wo Getränke und Esswaren abgegeben werden
- beim Spritzentausch und der Materialausgabe
- Reinigungs- und Entsorgungsarbeiten in den K+A sowie auf den Vorplätzen
- Unterhaltsarbeiten in den K+A
- Spritzensammeltouren im Umfeld der K+A
- Steckaktionen im Umfeld der K+A

Die Beschäftigungsangebote sind niederschwellig, das heisst:

- es braucht keine Vorkenntnisse
- die Einsätze erfolgen unbürokratisch ohne schriftliche Vereinbarungen, mit der Ausnahme von einem zu unterzeichnenden Formular mit der Aufklärung über ihre Pflichten im Zusammenhang mit Einkünften aus Beschäftigungsangeboten.
- mehrheitlich sofortige Einsätze ohne Voranmeldung
- kurze und längere Einsätze

Zielgruppe

Die niederschweligen Beschäftigungsmöglichkeiten richten sich grundsätzlich an alle Besucher und Besucherinnen der K+A. Vorrang haben jedoch jene, die keiner regelmässigen Erwerbstätigkeit nachgehen. Als einzige Voraussetzung für einen Einsatz innerhalb dieser, wird eine zumutbare physische und psychische Verfassung der jeweiligen Besucher und Besucherinnen erwartet. Die im Umgang mit Lebensmitteln notwendige Hygiene sowie ein sauberes Auftreten bei Einsätzen in der Öffentlichkeit werden vorausgesetzt.

Ziele

Die Beschäftigungsangebote haben zum Ziel, Drogenkonsumierenden in einem klar strukturierten Rahmen (wieder) einen Zugang zu eigenen Ressourcen zu ermöglichen. Hier können sie Verantwortung übernehmen, Anerkennung erhalten, Selbstvertrauen finden und ihrem Tagesablauf einen sinnvollen Inhalt geben. Für die Besucher und Besucherinnen besteht somit auch die Möglichkeit, einen Beitrag an die Institution K+A zu leisten, wodurch ihre Mitverantwortung für die K+A gefördert wird.. Mit solchen Einsätzen soll das Vertrauen und die Beziehung zwischen den Drogenabhängigen und den MitarbeiterInnen verstärkt werden. Das so intensivierte Betreuungsverhältnis ermöglicht es uns, in noch stärkerem Masse die psychosozialen Ziele des Betriebskonzeptes zu verfolgen.

Mit diesen niederschweligen Beschäftigungsmöglichkeiten soll allen Besuchern und Besucherinnen der K+A eine Möglichkeit eröffnet werden, ihren Drogenalltag für kurze Zeit zu verlassen. Sie können sich und die MitarbeiterInnen der K+A von einer anderen Seite erleben und ihr Selbstwertgefühl steigern. Für Einzelne können solche Beschäftigungsangebote einen Anstoss zu möglichen Veränderungsabsichten beitragen.

Beschäftigungsbereiche

Die Tätigkeitsbereiche sind im Einzelnen detailliert beschrieben (Anhang Zugangsbestimmungen und Regeln für Beschäftigungseinsätze).

Tätigkeitsdauer

Die Tätigkeitsdauer eines Einsatzes wird je nach Beschäftigungsbereich geregelt (siehe "Zugangsbestimmungen und Regeln für Beschäftigungseinsätze").

Bezahlung

Ein Einsatz wird allgemein mit FR 5.- pro halbe Stunde honoriert. Besucher und Besucherinnen haben neben der Barauszahlung die Möglichkeit, sich stattdessen Naturalien aus dem Kioskangebot der K+A oder Gutscheine für die Gassenküche oder die Notschlafstelle, auszahlen zu lassen.

Administratives

Während den Beschäftigungseinsätzen sind die Besucher und Besucherinnen im Rahmen der kollektiven Unfallversicherung und der Haftpflichtversicherung versichert.

Der Grundsatz der Anonymität soll auch im Rahmen solcher Beschäftigungsmöglichkeiten bewahrt bleiben, weshalb keine Einsatzmeldungen, bspw. an die Sozialhilfe erfolgen.

Mittels einer internen Liste wird jedoch darauf geachtet dass niemand mehr als 150 sFr. monatlich, was die Grenze der Schwelle bis zur Anrechnung an Unterstützungsleistungen darstellt, verdienen kann. Ebenfalls ist dadurch garantiert, dass ein jährlicher Gesamtbetrag unter der AHV-pflichtigen Grenze bleibt. Besucher und Besucherinnen der K+A, welche an Beschäftigungsangeboten teilnehmen, müssen ein Formular unterzeichnen welches Sie darüber informiert, dass Sie verpflichtet sind, sämtliche Einkünfte der Sozialhilfe zu melden. (siehe auch: Zugangsbestimmungen und Regeln für Beschäftigungseinsätze).

Zugehörige Dokumente:

- K+A VII 04 Fo 02 Deklaration für die Entlohnung von Beschäftigungseinsätzen
- K+A VII 04 Ri 01 Zugangsbestimmungen und Regeln für Beschäftigungsangebote

Überarbeitet im August 2017

Saskia Leu-Hausmann mit der „Arbeitsgruppe BAP“

Gültig ab: 02.10.2017
Überprüft am: 21.4.2018 SLH

Suchthilfe Region Basel

Seite 4/ 4

Anhang 3: Konzept Kooperationsprojekt «MannKann»

Konzept Kooperationsprojekt MannKann

Basisdaten	
Arbeitstitel / Projekt	Projekt MannKann
Verantwortliche Person(en)	Projektleitung: Frau Saskia Leu-Hausmann, dipl. Pflegefachfrau HF DNII, MAS Spezialisierung in Suchtfragen (FHNW) Assistenz Leitung in den Kontakt- und Anlaufstellen der Suchthilfe Region Basel und Springerin in der frauenOase, Verein Frau sucht Gesundheit Projektausschuss: Herr Walter Meury, Geschäftsführer Suchthilfe Region Basel (SRB) Frau Elfie Walter, Leiterin der frauenOase, Verein Frau sucht Gesundheit Herr Daniel Stolz, Geschäftsleiter der Aidshilfe beider Basel Aidshilfe beider Basel (AHbB) www.suchthilfe.ch www.frauen-oase.ch www.ahbb.ch
Telefonnummer	061 / 383 01 99
E-Mail Adresse	Saskia.Leu-Hausmann@suchthilfe.ch
(Voraussichtliche) Trägerschaft	Kooperationsvereinbarung zwischen der SRB, AHbB und der frauenOase. Die Finanzierung wird von der Suchthilfe Region Basel getragen
Datum/Versionsnummer	25.10.2017 Version 3
Anhänge	- Executive Summary und Empfehlungen von Socialdesign - Pflichtenheft und Charta für Peers

Das vorliegende Konzept beschreibt die Weiterführung des Projekts „Man(n) schützt sich“, künftig „MannKann“, auf der Grundlage der Evaluation von Socialdesign, deren zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen dem Anhang beigelegt sind.

1 Projektbegründung

1.1 Ausgangslage und Bedarf: Wesentliche Erkenntnisse

Das Pilotprojekt „Man(n) schützt sich“ konnte zwei unterschiedliche Zielgruppen erreichen und entsprechend unterschiedlichen Bedarf ermitteln.

Die eine Zielgruppe bilden randständige, drogenkonsumierende Männer, mehrheitlich über Fünfzig, die über die Kontakt- und Anlaufstellen auf den Treffpunkt MannKann aufmerksam geworden sind und diesen für den sozialen Austausch mit den anwesenden Betreuern und ähnlich situierten männlichen Besuchern genutzt haben. Der Rahmen des Treffpunkts, der nicht durch Beschaffungs- und Suchtstress geprägt ist, sowie die Abwesenheit von weiblichen Besucherinnen und Betreuerinnen, liessen andere Gespräche zu, als dies im Kontext einer Kontakt und Anlaufstelle (K+A) möglich ist und eröffneten vor allem biografische Themen sowie männerspezifische Fragen und Anliegen zu den Themen Sexualität, Beziehung, Sucht und sozialer Isolation.

Darüber hinaus konnten alltägliche Hilfestellungen geleistet werden im Bereich Wohnungs- oder Arbeitssuche, Wohnkompetenz und Freizeitgestaltung.

Die andere Zielgruppe bilden randständige, teilweise drogen- oder alkoholkonsumierende, einerseits cruisende¹ und tendenziell ältere Männer, sowie sich prostituierende und tendenziell jüngere Männer, welche durch die im Projekt mitarbeitenden Peers, im öffentlichen Raum erreicht werden konnten. Diese Zielgruppe hat wenig Bedarf am Treffpunkt geäußert. Stattdessen nutzte Sie nach einer längeren Phase des Vertrauensaufbau, den Kontakt mit den Peers zu alltäglichen sowie biografischen Themen und bezogen regelmässig Informationen zu STI's, HIV und Hepatitis sowie Safersex Material und Informationsbroschüren zu Gesundheitsfragen und sozialen Adressen. Die Peers konnten der Szene darüber hinaus auch vermittelnd zur Seite stehen bei Konflikte innerhalb der Szene und konnten Verhaltensregeln zum Schutz vor Gewalt weitergeben.

Die Peers selbst konnten durch die Projektmitarbeit nebst einem wertvollen Wissensgewinn in den projektbezogenen Themen, eine von Ihnen als sehr bereichernd erlebte Erweiterung von Sozialkompetenzen trainieren. Darüber hinaus beschreiben die Peers diese Form der Beschäftigung als wertvollen Beitrag zu ihrem Selbstwertgefühl.

2 Aufsuchende Arbeit durch Peers

2.1 Einleitung

Der Begriff Peer oder Peergruppe bezeichnet „Menschen, die durch gleiche Altersgruppe, gleichen sozialen und/oder kulturellen Hintergrund, gleiche Vorlieben und Einstellungen gekennzeichnet sind.“²

Die aufsuchende Arbeit durch Peers im Projekt MannKann, leistet einen Beitrag zur Schadensminderung durch die Verbesserung der Gesundheit, der psychosozialen Situation und somit der Lebensqualität von überwiegend randständigen, sich prostituierenden und/oder cruisende Männern.

Das Peer Involvement schafft eine Annäherung an die Enttabuisierung von mann-männlicher Prostitution, um betroffenen Männern Unterstützung bieten zu können. Austausch über männerspezifische Themen, männliche Gesundheit und männliches Suchtverhalten wird durch das Peer Involvement gefördert und leistet damit, nebst einer Verbesserung der Lebensqualität einen Beitrag zur Verhinderung und Behandlung von HIV, Hepatitis und weiteren STI (sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten). Peers erreichen Orte und Betroffene, die Fachpersonen verborgen bleiben und schlagen so eine Brücke zu Hilfsangeboten.

2.2 Zielgruppe

Die Zielgruppe, die durch die Präsenzen der Peers im öffentlichen Raum erreicht werden soll, bilden cruisende und sich prostituierende, überwiegend randständige Männer unterschiedlichen Alters.

2.3 Ziele

Die Präsenzen der Peers haben zum Ziel, die Gesundheit und Lebensqualität von cruisenden und sich prostituierenden Männern zu verbessern.

¹ Mit dem Begriff „Gaycruising“ ist das Aufsuchen von ausgewählten, öffentlichen Orten gemeint an denen sich Männer treffen, um dort unverbindliche Sexualkontakte zu knüpfen, die meistens auch unmittelbar an diesen Orten ausgeübt werden.

² Definition aus dem viersprachigen Glossar zur Gesundheitsförderung, erstellt unter der Leitung von Dr. Emmanuel Rusch, Koordinator des Glossaire européen multilingue. <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>, abgerufen am 6.3.2014, Quelle übernommen aus: Infodrog 2014 ISBN: 978-3-9522791-9-9,

Dies soll durch die Sensibilisierung für folgende Themen erreicht werden:

- Übertragungswege, Krankheitssymptome und Auswirkungen von HIV, Hepatitis und weiteren STI
- Safersex Praktiken
- Beratungsstellen, Test- und Behandlungsmöglichkeiten
- Gefahren und Auswirkungen der Prostitution sowie entsprechende Hilfsangebote
- Schutzmaßnahmen vor Gewalt
- Saferuse Praktiken beim Suchtmittelkonsum
- Solidarische Verhaltensweisen in der Szene

2.4 Vorgehensweise/ Strukturen

Einmal wöchentlich sind jeweils zwei Peers, zwei bis drei Stunden im öffentlichen Raum an sogenannten Hotspots unterwegs. Die Peers pflegen Kontakt zur Szene, verteilen Safersex und Saferuse Materialien (Kondome, Gleitgel, diverse Broschüren) und vermitteln Wissen zu obengenannten Themen. Die Peers können Auskunft geben über die unterschiedlichen Unterstützungsangebote und Betroffene bei Bedarf direkt an die entsprechenden Einrichtungen begleiten. Darüber hinaus besteht eine „Hotline“ die von den peerbetreuenden Fachpersonen bedient wird. Die „Hotline“ dient der direkten Auskunft zu einfachen Fragestellungen, zur Vermittlung an die Aidshilfe bei Anliegen zur sexuellen Gesundheit oder zur Terminvereinbarung mit den Projektmitarbeitenden bei psychosozialen Angelegenheiten.

2.5 Begleitung und Förderung der Peers

Die aktuell im Projekt tätigen drei Peers konnten sich während des Pilotprojekts „Man(n) schützt sich“ ein breites Basiswissen zu prioritären Gesundheitsthemen aneignen und dies während zwei Schulungen durch die Aidshilfe beider Basel festigen und vertiefen. Methodische und soziale Kompetenzen konnten Sie kontinuierlich weiterentwickeln. Fach-, Methoden und Sozialkompetenz werden weiterhin durch einen regelmäßigen Austausch mit Peerbetreuenden und durch wiederholte Schulungen aufrechterhalten und gefördert. Der regelmäßige Austausch ist gewährleistet durch ein Debriefing nach jeder Präsenz und einmal monatlich stattfindende Sitzungen.

Eine nähere Zusammenarbeit mit der Aidshilfe beider Basel auf operativer Ebene soll die Peers künftig unterstützen, die Zielgruppe bei Bedarf direkt den Unterstützungsangeboten der Aidshilfe beider Basel zuführen zu können.

2.5.1 Peerprofil

Die Rolle der Peers gleicht weiterhin einem „Promoter“. Auftrag der Peers ist es, im Rahmen eines adressatengerechten und wertschätzenden Kontakts zur Zielgruppe, Informationen zu den unter den Zielen beschriebenen Themen zu vermitteln. Dabei orientieren sich Peers ausschließlich an den fachlichen Grundlagen, die Ihnen durch die Peerbetreuenden und in den Schulungen vermittelt wurden. Eigene Ideen sind wiederum sehr erwünscht, müssen aber jeweils in den genannten Austauschgefäßen diskutiert werden. Möglichkeiten und Grenzen des Peer Involvements sind weiter dem Pflichtenheft und der Charta für Peers zu entnehmen. Die aktuelle Peergruppe von drei Männern bleibt bestehen. Das Projekt sieht jedoch vor, auch neue Peers zu „rekrutieren“. Bei der „Rekrutierung“ von neuen Peers ist neben dem Kontakt zur Szene und der Sensibilisierung auf entsprechende Themen noch vermehrt auf MSM Erfahrung zu achten.

2.5.2 Administrative Rahmenbedingungen für das Peer Involvement

Peers sind keine Angestellte. Der Rahmen ihres Engagements ist im Pflichtenheft geregelt. Peers erhalten eine Aufwandsentschädigung. Die Regelungen um die Entschädigung entsprechen dem Konzept „Beschäftigungsangebote in den K+A.“

3 „Männerstube“ in den Kontakt- und Anlaufstellen (K+A)

3.1. Einleitung

Anstelle des Treffpunkts MannKann, der Ende Juni geschlossen wurde, soll in der Cafeteria einer K+A außerhalb der regulären Öffnungszeiten, eine betreute "Männerstube" eröffnet werden. In diesem Rahmen soll dieselbe Zielgruppe erreicht werden, die den Treffpunkt aufgesucht hat. Es handelt sich bei dieser Zielgruppe um Männer, die mehrheitlich einen relativ moderaten Konsum von Drogen betreiben, häufig begleitet von einem problematischen Alkoholkonsum. Die K+A's stellen für diese Männer einen, und häufig der einzige, soziale Treffpunkt dar. Dieser ist zwar eng mit dem Konsum von Drogen verbunden, wobei der Konsum für diese Zielgruppe nicht oder nicht mehr im Vordergrund steht. Gerade diese Gruppe von drogenkonsumierenden Männern und deren Bedürfnisse nach alternativen Lebensinhalten, kommen unter der Diversität der K+A Klientel, dem hohen Besucheraufkommen und den, notwendigerweise auf die Konsumräume ausgerichteten Abläufen, oftmals zu kurz. Die "Männerstube" soll dieser Gruppe suchtmittelkonsumierender Männer, ein alternativer sozialer Treffpunkt bieten, indem Konsum und Beschaffungsstress weniger vordergründig sind und der dennoch niederschwellig zugänglich ist.

3.2. Zielgruppe

Die Zielgruppe bilden randständige, tendenziell ältere, drogenkonsumierende Männer die in oder vor den K+A verkehren.

3.3. Ziele

Das Angebot einer „Männerstube“ soll für die beschriebene Zielgruppe einen alternativen sozialen Treffpunkt zur K+A darstellen, mit dem Ziel, die Lebensqualität und Gesundheit der beschriebenen Zielgruppe zu verbessern und sozialer Isolation entgegenzuwirken. | Dies soll erreicht werden, indem Besucher:

- in männerspezifischen, sozialen und gesundheitsbezogenen Themen individuell gefördert und unterstützt werden
- zu alternativen Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten angeleitet werden
- individuelle Ressourcen kennenlernen und vertiefen können
- Formen des kontrollierten Konsums in Anlehnung an „KISS“³ kennenlernen und vertiefen können

3.4. Vorgehensweise/Strukturen

Die „Männerstube“ hat zwei mal wöchentlich, außerhalb der Öffnungszeiten der K+A, vorzugsweise in der K+A Riechenring geöffnet und wird jeweils von zwei Mitarbeitern betreut. Aufgrund der Pilotphase wird aktuell mit maximal 15 bis 20 Männern pro Öffnung gerechnet. Während dieser Öffnungen sind die Konsumräume für den inhalativen und intravenösen Drogenkonsum geschlossen und ein allfälliger Handel mit Suchtmitteln auf dem Vorplatz und in der Cafeteria wird nicht toleriert. Zutritt haben nur suchtmittelkonsumierende Männer. Damit wird sichergestellt, ausschließlich die beabsichtigte Zielgruppe zu erreichen und eine Atmosphäre zu schaffen, welche die folgenden Angebotsinhalte ermöglichen. Besucher werden in die Angebotsgestaltung aktiv miteinbezogen um Sie in ihren Ressourcen und ihrer Selbstständigkeit zu fördern.

³ KISS steht für "Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum". KISS ist ein neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm ("Behavioral Self-Control Training") zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen (Körkel & GK Quest, 2005).

3.4.1. Angebot

Die „Männerstube“ verfügt über ein breites Repertoire an gendersensiblen Gesellschaftsspielen, Büchern, Filmen, Handwerks- und Bastelutensilien und es besteht die Möglichkeit, zusammen zu kochen und zu essen, sowie gelegentlich und unter Mitgestaltung der Besucher, externe Aktivitäten zu unternehmen. Über diese Angebotsinhalte sollen einerseits Anreize zur Freizeitgestaltung, Selbstkompetenz, Alltagsführung und Beschäftigung gesetzt werden, in deren Weiterentwicklung die Besucher individuell gefördert und wenn immer möglich an weiterführende Angebote oder externe Möglichkeiten vermittelt werden. Andererseits werden daraus resultierende Themen aufgegriffen und vertieft. Weiter sollen je nach Gruppenkonstellation KISS Kurse im Einzel- oder Gruppenmodus, auf niederschwellige Weise möglich sein.

Es ist ein breites Angebot an Informationsmaterial zu sozialen und gesundheitsspezifischen Themen und Einrichtungen vorhanden sowie ein Computer mit Internet für Wohnungs- und Arbeitssuche sowie zur gezielten Informationsbeschaffung.

In der Cafeteria ist immer mindestens ein Mitarbeiter anwesend, während ein zweiter Mitarbeiter bei Bedarf auch Einzelberatungen oder Begleitungen durchführen kann.

4 Evaluation

Aufbauend auf der Evaluation des Pilotprojektes von Socialdesign werden dieselben statistischen Daten weiterhin gesammelt und Journale über die Peerpräsenzen und die „Männerstube“ geführt.

5 Kooperation

Das Projekt MannKann wird weiterhin unter der Kooperation der Suchthilfe Region Basel, der Aidshilfe beider Basel und dem Verein frau sucht Gesundheit gestaltet. Auf operativer Ebene sind die drei Institutionen für die zwei unterschiedlichen Zielgruppen unterschiedlich stark involviert.