

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 46 (2020)
Heft: 2

Artikel: Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen
Autor: Schicker, Franziska
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-881042>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen

2020-2
Jg. 46
S. 27-30

In den Kontakt- und Anlaufstellen (K&A) können seit fast dreissig Jahren im geschützten Rahmen und unter hygienischen Bedingungen psychoaktive Substanzen konsumiert werden. Wie sich Frauen in diesen niederschweligen Einrichtungen bewegen und wie man als Fachperson mit ihren Anliegen umgeht, davon handelt dieser Artikel.

FRANZISKA SCHICKER

Sozialarbeiterin FH, Stabsmitarbeiterin und Mitarbeiterin Fachteam Beratung Kontakt- und Anlaufstellen Zürich, Selnaustrasse 27, CH-8001 Zürich, franziska.schicker@zuerich.ch

Zum Einstieg ein paar Zahlen

Die K&A der Stadt Zürich werden von ca. 950 KlientInnen genutzt.¹ Wie so häufig bei Suchterkrankungen bilden die Frauen die kleinere Gruppe der Klientel. In Zürich machen sie ein Drittel aus, ähnliche Zahlen werden es auch in anderen Einrichtungen der Schweiz sein.

Auf der Seite der Mitarbeitenden arbeiten 48 Frauen und 30 Männer, was für Gesundheits- und Sozialberufe ein eher ausgeglichenes Verhältnis ist. Die Stellenprozentage für das sogenannte Kernteam betragen in der Regel maximal 80 %, können jedoch kurzzeitig erhöht werden, wenn ein bestimmtes Projekt geplant werden muss. Ca. die Hälfte der Mitarbeitenden der K&A arbeiten mit einem 50 %-Pensum oder weniger. Da alle drei Einrichtungen in Zürich 365 Tage im Jahr in Betrieb sind und eine Mindestbelegung beim Personal zwingend ist, um den Betrieb aufrechtzuerhalten, müssen Krankheitsausfälle schnell und zuverlässig abgedeckt werden können.

In zwei der drei städtischen Kontakt- und Anlaufstellen leiten Frauen die Teams. Je höher die Kaderstufe, desto seltener sind jedoch Frauen vertreten, dies gilt für die ganze Stadtverwaltung. Diesbezüglich wurde der Handlungs- und Förderungsbedarf erkannt und Massnahmen sind im Gleichstellungsplan der Stadt Zürich geplant.²

Wie sich Klientinnen durch die Anlaufstellen navigieren

In den Kontakt- und Anlaufstellen bewe-

gen sich Menschen mit den unterschiedlichsten familiären und beruflichen Hintergründen, Krankheiten und Lebensgeschichten. Der Umgangston unter der Klientel ist teilweise rau, es geht um Substanzen und Geld, um Beziehungen. Häufig spielen sich kleinere und grössere soziale Dramen ab. Das Verhalten der anderen, sei es das der Mitklientel oder von VertreterInnen des Hilfesystems, wird oft kommentiert und beschäftigt die Konsumierenden im Alltag teilweise stark, sicherlich auch deshalb, weil eine sinnvolle Tagesstruktur fehlt.

Junge Klientinnen und Neueinsteigerinnen in den Kontakt- und Anlaufstellen sieht man häufig in Partnerschaften mit langjährigen, älteren Klienten, die ihnen durch ihre Szenekontakte den Zugang zu Substanzen vereinfachen.

Auf der anderen Seite haben wir Klientel mit psychischen Beeinträchtigungen wie z. B. Borderlinestörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Schizophrenie. Diese leben je nach Behandlungsstatus teilweise sehr eigenständig, eher jedoch unter desolaten Umständen und benötigen im täglichen Kontakt viele Ressourcen der Mitarbeitenden der Anlaufstellen.

Suchtmittelabhängige Klientinnen befinden sich oftmals in sehr symbiotischen, teils langjährigen Beziehungen. Es entsteht der Eindruck «ohne den Partner geht's nicht, mit ihm auch nicht». Ältere Konsumentinnen ohne Partner sind eher als Einzelgängerinnen unterwegs. Vor allem Klientinnen, die seit Jahrzeh-

ten konsumieren, haben gelernt, sich «durchzuschlagen» und zeigen dies mit einem resoluten Auftreten.

Einige Klientinnen berichten, dass sie den Zusammenhalt unter den Klientinnen während der offenen Drogenszene als stärker empfunden haben als heute. Tatsächlich werden Freundschaften in den Kontakt- und Anlaufstellen eher bei Männern beobachtet, seltener unter Frauen, was es diesen wohl auch schwerer macht, sich mit ihren Anliegen zu positionieren.

Frauenspezifische Anforderungen und Risiken

Schwerstabhängige Frauen sind besonderen Risiken ausgesetzt. Von uns Fachleuten an vorderster Front wird beobachtet, dass Frauen, die unter einer schwerwiegenden Suchterkrankung leiden, schneller verwahrlosen als Männer in derselben Situation. Das harte Leben «auf der Gasse», draussen ohne Schutz zu schlafen und nächtlanges Unterwegssein, setzt Frauen physisch und psychisch eher zu.

Es gibt Klientinnen, die sich, um sich Drogen zu beschaffen, prostituieren. Dies geschieht im Gegensatz zu früher nicht mehr so öffentlich, wie damals am Sihlquai in Zürich, bevor die Strassenprostitution zum Strichplatz verlegt wurde, auf dem Sexarbeitende nun geschützt arbeiten können. In sozialen Medien wie Facebook und Tinder werden Kontakte geknüpft. Es gibt auch Frauen, die sich in beziehungsähnlichen Konstel-

lationen befinden, in diesen jedoch Geld für gewisse Dienstleistungen bekommen. Die Grenzen sind nicht mehr so klar ersichtlich. Es kann vorkommen, dass obdachlose schwerstabhängige Frauen mehrere Tage bis Wochen bei solchen «Bekanntem» oder «Freunden» wohnen.

Wenn Frauen «Kurierdienste» übernehmen, können sie ihren Konsum auf diese Weise finanzieren. Fällt diese Möglichkeit weg, zum Beispiel, weil ein Dealer inhaftiert ist, kann es vorkommen, dass ihnen beim Stoffkauf eine andere «Möglichkeit zum Bezahlen» vorgeschlagen wird. Je nach Suchtdruck und Verzweiflungsgrad gehen die Frauen darauf ein und erbringen eine sexuelle Dienstleistung.

Verhütung, sexuell übertragbare Krankheiten und Schwangerschaft

Frauen, die sich innerhalb der Drogenszene bewegen, sind einem erhöhten Risiko von übertragbaren Krankheiten wie HIV, Hepatitis oder Geschlechtskrankheiten ausgesetzt. Einerseits besteht das Risiko einer Ansteckung während des Konsums, andererseits durch sexuellen Kontakt – und dort sind die Frauen naturgemäss eher gefährdet.

Ebenfalls ist das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft erhöht, da meist eine effiziente Verhütung fehlt. In diesen Fällen sollte nicht die Pille die erste Wahl der Verhütungsmethode sein, da sie einer zuverlässigen und regelmässigen Einnahme bedarf (und sie schützt auch nicht vor den sexuell übertragbaren Krankheiten). So können Frauen z. B. aufgrund ihres Substanzkonsums erbrechen, was den Schutz durch die Pille gefährdet und es muss resp. müsste eine zusätzliche Verhütungsmethode angewendet werden.

Hormonspiralen oder andere dauerhafte Verhütungsmethoden sind zur Vermeidung von Schwangerschaften grundsätzlich zu empfehlen. In der Praxis raten wir den Klientinnen, während des Geschlechtsverkehrs auf der Verwendung von Kondomen zu bestehen, damit sie vor übertragbaren Krankheiten geschützt sind.

Vorstellung von heilem Familienleben vs. Realität der sozialen Situation von Klientinnen

Junge Konsumentinnen äussern manchmal direkt nach dem Konsum, auf dem sog. «Flash», den Wunsch nach Kindern und einer Familie. Ihre Vorstellung des Familienlebens ist sehr idealisiert und harmonisch und hat wenig mit der realen Lebenswelt der Klientinnen zu tun, zumal sie aus eigener Erfahrung teilweise eher desolate Familiensituationen erlebt haben. Aussagen wie «Wenn ich schwanger bin, höre ich sofort auf zu konsumieren» oder «Ich würde es nie so machen wie meine Eltern» hören wir wöchentlich. Sie beschränken sich vor allem – aber nicht nur – auf die Frauen.

Die Realität in den Anlaufstellen ist, dass sehr wenige Klientinnen den langen Weg von Therapie, Abstinenz oder reduziertem Konsum nach der Schwangerschaft und in der Mutterschaft mit all ihren Anforderungen durchhalten. Bei älteren Klientinnen sind die Kinder teilweise seit Jahren in Pflegefamilien oder bereits erwachsen. Die betroffenen Frauen leiden unter Schuldgefühlen und glauben, sie hätten als Mütter versagt. Diese Gefühle versuchen sie u. a. mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen erträglicher zu machen.

Einige jüngere konsumierende Mütter betreuen mit Unterstützung von Beiständen und Familienbegleitungen ihre Kinder zu Hause. In diesen Fällen ist es wichtig, dass alle Beteiligten gut zusammenarbeiten und wir als Suchtfachleute an vorderster Front Veränderungen im Konsumverhalten festhalten und an die verantwortlichen Personen (z. B. Beistände/Kindsbeistände) rückmelden. In den Kontakt- und Anlaufstellen wird meist zuerst beobachtet, dass ein Vater oder eine Mutter wieder mehr konsumiert oder sich «szenennah» bewegt. Das heisst, dass die Eltern (z. T. mit Kind) in der Nähe der Anlaufstellen gesichtet werden und sich über mehrere Stunden im Umkreis aufhalten oder dass andere KlientInnen von ihrem Kontakt zu Mutter oder Vater erzählen und sich in deren Wohnungen aufhalten. Unter diesen Umständen ist es wichtig, dass transparent kommuniziert wird, nicht nur mit anderen Institutionen, sondern vor allem mit den betroffenen Müttern, damit eine gute, tragfähige Lösung gefunden werden kann. Wenn vorhanden, werden auch die Väter in die Gespräche

mit eingebunden. Tatsache im Berufsalltag ist jedoch, dass es sich meist um die Mütter handelt, da diese ihre Kinder meist alleine betreuen.

Begleitung schwangerer Klientinnen innerhalb der Kontakt- und Anlaufstellen

Schwangerschaften werden von suchtbetroffenen Frauen meist spät bemerkt. Aufgrund ihrer Suchterkrankung ist ihr Körpergefühl eingeschränkt und die Monatsblutung häufig seit Monaten, wenn nicht Jahren, ausgeblieben. Dies hat zur Folge, dass während den ersten Wochen der Schwangerschaft ohne Einschränkung konsumiert wird, was beim ungeborenen Kind zu Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen führen kann. Das ungeborene Kind kann langsamer wachsen als in einer suchtfreien Schwangerschaft und die Gefahr besteht, dass so die Schwangerschaftswoche und somit der Geburtstermin falsch berechnet werden. Fällt es in den Anlaufstellen auf, dass eine Klientin einen gewölbten Bauch hat oder etwas unter einem weiten Pullover oder einer Jacke verstecken möchte, wird sie angesprochen und möglichst vor Ort ein Schwangerschaftstest gemacht. Bestätigt sich der Verdacht auf eine Schwangerschaft, wird die Klientin über Risiken des Konsums für das ungeborene Kind, über den Einbezug der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), Unterstützungsangebote sowie notwendige ärztliche Untersuchungen informiert.

Eine Schwangerschaft unter diesen Umständen ist immer eine emotionale Belastung für die Klientin. Auch für professionelle Mitarbeitende in den Kontakt- und Anlaufstellen ist diese Thematik nicht einfach. Mit einer schwangeren Klientin zu arbeiten, die ein Bier in der Hand hat oder an einer Base-Pfeife zieht, intravenös konsumiert und dazu noch obdachlos ist, fordert eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle. Man findet sich schnell bei sozial-ethischen Themen wie individuelle Freiheit und der Tatsache, dass ein Kind für den Rest seines Lebens gesundheitlich und sozial beeinträchtigt sowie auf die Unterstützung von Institutionen angewiesen sein könnte.

Seit Anfang 2019 sind die Vorschriften zur Meldung von hilfsbedürftigen Kindern und Erwachsenen an die KESB neu geregelt. Auch wenn zukünftige Kindswohlgefährdungen nicht ausgeschlossen werden können, ist es wichtig, dass eine Meldung an die KESB erfolgt, damit schon vor der Geburt ein Helfernetz aufgebaut werden kann. Gemäss Art. 314d ZGB sind Fachpersonen meldepflichtig «1. aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Betreuung, Erziehung, Bildung, Sozialberatung, Religion und Sport, die beruflich regelmässig Kontakt zu Kindern haben; 2. wer in amtlicher Tätigkeit von einem solchen Fall erfährt».³

Nun, was heisst das in der Praxis? In den Kontakt- und Anlaufstellen Zürich wird der Klientin eine Sozialarbeiterin aus dem Team der Sozialberatung der niederschweligen Einrichtungen zur Seite gestellt. Dieses Setting ist für die Klientin im Rahmen des Möglichen verpflichtend und kann wieder aufgehoben werden, wenn die Schwangerschaft abgebrochen oder das Kindeswohl nach Geburt gesichert ist. Lässt sich die Klientin jedoch nicht zu einer Zusammenarbeit bewegen, sind uns Fachpersonen die Hände gebunden, da das ungeborene Kind rechtlich noch nicht geschützt werden kann. Dieses Dilemma gilt es als Fachpersonen auszuhalten. In den meisten Situationen sind die schwangeren Frauen jedoch froh um die Unterstützung.

Die Sozialarbeiterin koordiniert den Fall und hält immer wieder Rücksprache mit der Klientin. Die Sozialarbeiterin arbeitet mit spezifischen AkteurInnen des Helfernetzes zusammen, z. B. mit der Abteilung Risikoschwangerschaften des Triemlispirals in Zürich, der Gynäkologie des Ambulatorium Kanonengasse der Stadt Zürich und der Fachgruppe Schwangerschaft/Elternschaft, in der VertreterInnen der oben genannten Institutionen und Abteilungen der Stadt Zürich sich treffen und austauschen. Ausserdem melden wir das ungeborene Kind der KESB, damit schon vorgeburtliche Massnahmen getroffen werden können. Ein Mensch ist zwar erst mit der Geburt offiziell rechtsfähig, doch es entspricht «Best Practice», dass auch ungeborene Kinder und ihre suchtblasteten Mütter so gut wie möglich auf die Geburt vorbe-

reitet werden und gemeinsam mit ihnen der weitere Verlauf geplant wird. Es gilt mit allen möglichen Mitteln zu verhindern, dass eine schwangere Frau unter prekären Bedingungen gebärt und u. U. ihr Kind danach aussetzt oder gar tötet.

In den Kontakt- und Anlaufstellen wird der schwangeren Klientin die Anzahl der Konsumeinheiten eingeschränkt, wohlwissend, dass es nicht kontrollierbar ist, was sie ausserhalb der K&A konsumiert.

Lebt die Mutter nach der Geburt mit dem Kind zu Hause oder in einer stationären Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Einrichtung, wird in den Anlaufstellen eine Konsumagenda eingerichtet. In dieser ist ersichtlich, wie häufig in den Kontakt- und Anlaufstellen konsumiert wird und ob sich das Konsumverhalten steigert. Ist dies der Fall, wird die Konsumagenda mit der Klientin angeschaut und die Kindsbeistandschaft von der zuständigen Sozialarbeiterin oder dem Sozialarbeiter informiert. Idealerweise informiert die Klientin selbst die Beistandschaft und deklariert offen ihr verändertes Konsumverhalten. Ist ihr das nicht möglich oder verweigert die Klientin dies gar, erfolgt die Information über die zuständigen Sozialarbeitenden.

Transgenerationale Suchthematik

Man kann nicht über die Mütter reden, ohne auch die Kinder mit einzubeziehen. Zunehmend konsumieren auch erwachsene Kinder von abhängigen Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen – man könnte sagen, wir sind mit den Kindern der 1980er- und 90er-Jahre konfrontiert. Wurden früher Kinder, teils aus Überforderung des Helfernetzes mit der Thematik, teils als «Stabilisierungshilfe» bei ihren abhängigen Eltern, insbesondere Müttern, gelassen,⁴ gibt es heute unterschiedliche Ansätze, um Kinder von belastenden Kindheitserfahrungen zu schützen. Wichtig in den Anlaufstellen ist, dass wir mit den Frauen und Müttern gemeinsam arbeiten, das Kindeswohl jedoch oberste Priorität hat. Dies kann ein Widerspruch sein, ist doch die gegenseitige Vertrauensbasis eines der wichtigsten Instrumente in der Arbeit mit den Klientinnen. Mit einer akzeptierenden Haltung einerseits und einer klaren, transparenten Kommunikation betref-

fend notwendigen Interventionen und rechtlichen Bedingungen andererseits ist es jedoch möglich, dass die Beziehungen zwischen den Sozialarbeitenden und den Klientinnen tragfähig bleiben.

Dazu noch ein paar Zahlen: Die US-amerikanische ACE-Studie⁵ untersuchte zwischen 1995 und 1997 den Zusammenhang von belastenden und traumatischen Kindheitserlebnissen und physischen und psychischen Erkrankungen. 17 000 Erwachsene wurden befragt und ein deutlicher Zusammenhang wurde erkannt: Suchtmittelmissbrauch im Haushalt ist mit 26,9 % das am zweithäufigsten genannte traumatische Kindheitserlebnis direkt nach körperlicher Misshandlung mit 28,3 %. Solche Erfahrungen erhöhen im Erwachsenenalter nachweislich das Risiko von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen sowie auch von transgenerationalen Substanzmissbrauch.

Gewalt, sexualisierte Gewalt und deren Folgen

Frauen sind schon als Mädchen einer erhöhten Gefahr der sexualisierten Gewalt ausgesetzt. Gemäss der Schweizer Optimus-Studie⁶ von 2012 erleben 22 % der Mädchen und 8 % der Jungen einen sexuellen Übergriff mit körperlichem Kontakt. Schwere Vernachlässigung, Gewalterfahrungen im Kindesalter sowie sexuelle Gewalterfahrungen können zu Posttraumatischen Belastungsstörungen bis hin zu Dissoziativen Persönlichkeitsstörungen führen. Werden diese bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nicht erkannt und behandelt oder gar falsch diagnostiziert, sind abstinente Phasen selten langanhaltend.

Substanz- und Medikamentenkonsum können als Selbstmedikation verwendet werden, um sich «abzustellen» und «stumpf» zu machen. Vergangene sowie anhaltende Gewalterfahrungen (auch sexualisierte Gewalt) können so eher ausgehalten werden und innere Spannungen werden erträglicher gemacht. Unter Fachleuten der Suchtarbeit wird geschätzt, dass die Anzahl Menschen, die an einer Traumafolgestörung leiden, bei Schwerstabhängigen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung erhöht ist (vgl. Catani & Potthast 2012; Lüdecke et al. 2010).

Arbeit mit Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen Zürich

In der Arbeit mit Frauen sollte berücksichtigt werden, dass bei gewissen Themen nur Mitarbeiterinnen mit ihnen arbeiten. Müssen im Medizinzimmer bestimmte Körperteile kontrolliert werden, zum Beispiel wegen Abszessverdacht aufgrund intravenösen Leistenkonsums, oder wenn ein Schwangerschaftstest gemacht werden muss, wird das von weiblichen Mitarbeitenden übernommen. Zudem ist es bei gewissen Klientinnen empfehlenswert, Beratungsgespräche bei offener Türe sowie unter Umständen auch in einer Zweierbesetzung durchzuführen. In semi-professionellen Institutionen z. B. aus dem kirchlichen Bereich, in denen häufig Freiwillige arbeiten, wird der Nähe- und Distanzthematik oft zu wenig Beachtung geschenkt, sodass es zu Übergriffen oder Anschuldigungen von Übergriffen kommen kann. Mit einer professionellen Vorgehensweise kann dies praktisch ausgeschlossen werden.

Im Betriebskonzept der Kontakt- und Anlaufstellen Zürich bezieht sich die spezielle Arbeit mit Frauen ausschliesslich auf Betreuung und Begleitung in Bezug auf Verhütung, Schutz bei Geschlechtsverkehr, Schwangerschaft und Mutterschaft. Frauenspezifische Angebote, die über die Beratung und Betreuung hinausgehen (z. B. ein Frauenbrunch), wurden ausprobiert, fanden jedoch wenig Anklang und waren schlecht besucht. Über die sicherlich unterschiedlichen Gründe für die Ablehnung kann nur spekuliert werden. Die Praxiserfahrung zeigt, dass die Frauen teils in der Nacht arbeiten und neben ihrem Suchtdruck und der Konsummittelbeschaffung wenig Ressourcen haben, sich noch auf weitere Angebote einzulassen.

Fachmitarbeiterinnen in der K+A

Der Umgang mit der vorwiegend männlichen Klientel stellt besondere Anforderungen an die Mitarbeiterinnen. Das Frauenbild der Klientel scheint vielfach von Stereotypen geprägt, teilweise auch aufgrund der kulturellen Hintergründe der Klienten aus patriarchalen Familienstrukturen. Gerade wenn eine Sanktion ausgesprochen werden muss, weil z. B. gegen die Hausordnung verstossen wurde, haben manche Klienten

Mühe, die Anweisung von Frauen anzunehmen. Beleidigungen können dann schnell sexualisiert ausgesprochen werden («Schlampe» etc.). Es fallen auch Macho-Sprüche, die eher an ein Stammtischniveau erinnern, in dieser Szene ein wenig dazugehören, in einem durchschnittlichen Berufsumfeld jedoch nicht mehr toleriert und als zeitgemäss empfunden würden. Das Klientel wird jeweils vom gesamten Team klar angewiesen, solche Sprüche zu unterlassen, allenfalls wird für eine gewisse Zeit ein Hausverbot ausgesprochen.

Das Bewusstsein für die Nähe-Distanz-Thematik ist für Mitarbeitende im niederschweligen Suchtbereichen ausserordentlich wichtig. Wir kennen die Klientel häufig seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, und es kann ein Gefühl der Nähe entstehen, das für die Klientel nicht immer klar trennbar von einer rein professionellen Beziehung ist. Es liegt in der Verantwortung der Mitarbeitenden, diese Linie nicht zu überschreiten und auf Avancen und Komplimente nicht einzugehen. Fachmitarbeitende sollten sich immer bewusst sein, in welchem Umfeld sie sich befinden. Diese und andere Themen sollten regelmässig in Supervisionen und Teamsitzungen bearbeitet werden, diese fördern die reflektierte Betrachtung der eigenen Rolle. Es ist ebenfalls zu empfehlen, die Nähe-Distanz-Thematik mit den entsprechenden Erwartungen und Konsequenzen in Leitbildern auszuformulieren.

Ausblick

In Zukunft werden uns sicherlich die alternden Suchtmittelabhängigen beschäftigen. Durch die gute Gesundheitsversorgung ist die Lebenserwartung der Klientinnen und Klienten deutlich gestiegen im Vergleich zu Zeiten der offenen Szenen vor dreissig bis vierzig Jahren. Und doch leiden sie unter chronischen Erkrankungen, welche auf den teils jahrzehntelangen Konsum von Substanzen zurückzuführen sind (COPD, Hepatitis C, Organerkrankungen). Einrichtungen müssen sich auf einen erhöhten pflegerischen Bedarf vorbereiten. Sie müssen rollstuhlgängig sein und es braucht mehr Platz für die psychisch stark belastete Klientel, dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen.

Das Thema Verhütung müsste proaktiver angegangen werden, bei KlientInnen. Klientinnen im gebärfähigen Alter sollten regelmässig vom Fachpersonal auf ihre Verhütung angesprochen und entsprechend begleitet werden, z. B. zu einer gynäkologischen Praxis.

Was den Kinderschutz bei Eltern mit einer Suchterkrankung betrifft, gibt es noch einiges an Handlungsbedarf. Viele Fachleute, die von einem Kind in einer sucht betroffenen Familie erfahren, wissen nicht genau, was sie mit dieser Information anfangen sollen. Es steht auch immer gleich die Angst im Raum, dass ein Kind den Eltern sofort entzogen würde, was Fachpersonen davon abhalten kann, genauer hinzuschauen und Massnahmen zu ergreifen. Das Thema ist häufig ein Tabuthema, dabei wären Unterstützung und allenfalls eine Intervention wichtig, um transgenerationale Suchterkrankungen zu reduzieren. Bei schwangeren Frauen und Frauen, die ihre Kinder zuhause betreuen und Substanzen konsumieren, ist es wichtig, dass es Handlungsanleitungen für Fachpersonen gibt. Auch Fachgruppen können sich explizit und vernetzt um die Thematik kümmern.

Literatur

- Catani, C./Potthast, N. (2012): Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. Bern: Hogrefe.
- Inauen, N./Schicker, F. (2020): Von umstrittenen Pionierprojekten zum Erfolgsmodell. In: M. Krebs/R. Mäder/T. Mezzera (Hrsg.), Soziale Arbeit und Sucht. Wiesbaden: Springer (im Erscheinen).
- Lüdecke, C./Sachsse, U./Faure, H. (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.

Endnoten

- ¹ Zur Geschichte der K&A, vgl. Inauen & Schicker (2020).
 - ² Vgl. den Gleichstellungsplan der Stadt Zürich 2019-2022: <https://tinyurl.com/w6phjvs>
 - ³ Merkblatt der KOKES – Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz vom 25. Januar 2019: <https://tinyurl.com/wyzd4z8>
 - ⁴ Vgl. Artikel auf watson vom 17.02.2020: <https://tinyurl.com/uyhy8cp>
 - ⁵ Zusammenfassung der Adverse Childhood Experiences (ACE) Studie: <https://tinyurl.com/w9l8fmj>
 - ⁶ Vgl. <https://tinyurl.com/tztetcr>
- Zugriff Links: 01.04.2020

