

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

## **Wenn Opiatabhängige ins Alter kommen**

### **Eine Herausforderung für das betreute Wohnen in der Suchthilfe**

Bachelor Thesis von  
Manuel Bütikofer  
13-260-989

Eingereicht bei  
Dr. Jan Willem Nieuwenboom  
Olten, im Januar 2017

## Abstract

Eine Mehrheit der heutigen Opiatabhängigen ist mittlerweile über 40 Jahre alt. Dieser beobachtbare konstatierte Anstieg älterer Opiatkonsumentinnen und -konsumenten kann mit der Heroinepidemie in Verbindung gebracht werden, die in der Schweiz um 1970 begann und ihren Höhepunkt Anfang der 1990er Jahre erlebte. Bei Menschen mit einer Opiatabhängigkeit sind bereits im Alter von 40 Jahren gesundheitliche Beeinträchtigungen zu beobachten, wobei der Unterstützungsbedarf zunimmt. Bis heute bietet jedoch die Suchthilfe relativ wenige Angebote in der Alltagsbewältigung für diese Klientel an.

Diese Bachelor Thesis befasst sich mit den Bedürfnissen und Problemlagen von alternen Opiatabhängigen im Kontext des Wohnens und wirft die Frage auf, inwiefern das betreute Wohnen eine geeignete Lebensform für diese Personengruppe sein kann. Dabei werden die nötige professionelle Unterstützung und die entstehenden Herausforderungen in der Alltagsbewältigung des betreuten Wohnens genauer untersucht. Anhand eines erarbeiteten Leitfadens des Autors, welcher als möglicher Ansatz für die Praxis gedacht ist, wird ein bereits bestehendes Projekt in Deutschland analysiert.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>6</b>
1.1	Vorverständnis .....	6
1.2	Relevanz der Themenstellung für die Soziale Arbeit.....	8
1.3	Erkenntnisinteresse .....	8
1.4	Zielsetzung .....	9
1.5	Fragestellungen.....	10
1.6	Begriffserklärung.....	10
1.6.1	<i>Alternde Opiatabhängige.....</i>	<i>10</i>
1.6.2	<i>Betreutes Wohnen .....</i>	<i>12</i>
1.7	Methodische Überlegungen.....	12
1.8	Vorgehensweise .....	13
<b>2</b>	<b>Opiatabhängigkeit .....</b>	<b>14</b>
2.1	Abhängigkeitserkrankung .....	14
2.2	Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen .....	16
2.3	Opiate und deren Effekte.....	19
<b>3</b>	<b>Bedürfnisse und Problemlage im Alter, insbesondere bei alternden Opiatabhängigen .....</b>	<b>23</b>
3.1	Begriff Alter.....	23
3.2	Bedürfnisse und Problemlage .....	26
3.2.1	<i>Biologische Dimension.....</i>	<i>27</i>
3.2.1.1	<i>Im Alter .....</i>	<i>27</i>
3.2.1.2	<i>Bei alternden Opiatabhängigen .....</i>	<i>27</i>
3.2.2	<i>Psychologische Dimension.....</i>	<i>29</i>
3.2.2.1	<i>Im Alter .....</i>	<i>30</i>
3.2.2.2	<i>Bei alternden Opiatabhängigen .....</i>	<i>31</i>
3.2.3	<i>Soziale Dimension.....</i>	<i>32</i>
3.2.3.1	<i>Im Alter .....</i>	<i>32</i>
3.2.3.2	<i>Bei alternden Opiatabhängigen .....</i>	<i>33</i>
3.2.4	<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>39</i>

<b>4</b>	<b>Professionelle Unterstützung und Herausforderungen im Wohnalltag des betreuten Wohnens.....</b>	<b>41</b>
4.1	Betreutes Wohnen im Kontext Psychiatrie.....	41
4.1.1	<i>Entstehung betreutes Wohnen .....</i>	<i>41</i>
4.1.2	<i>Betreutes Wohnen .....</i>	<i>42</i>
4.1.3	<i>Verschiedene Formen des betreuten Wohnen .....</i>	<i>43</i>
4.1.4	<i>Betreutes Wohnen in der Suchthilfe.....</i>	<i>44</i>
4.2	Herausforderungen in der professionellen Arbeit im betreuten Wohnen mit alternden Opiatabhängigen .....	45
4.2.1	<i>Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte .....</i>	<i>46</i>
4.2.2	<i>Multidisziplinäre Vernetzung und Kooperation.....</i>	<i>48</i>
4.2.3	<i>Assessment zur Früherkennung und Diagnostik.....</i>	<i>49</i>
4.2.4	<i>Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.....</i>	<i>49</i>
4.2.5	<i>Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Angeboten.....</i>	<i>50</i>
4.2.6	<i>Beheimatung der Bewohnerinnen und Bewohner .....</i>	<i>50</i>
4.2.7	<i>Soziale Integration der Bewohnerinnen und Bewohner .....</i>	<i>51</i>
4.2.8	<i>Beziehungsgestaltung zwischen Professionellen und Bewohnenden.....</i>	<i>52</i>
4.2.9	<i>Zusammenfassender Leitfaden für das betreute Wohnen mit alternden Opiatabhängigen.....</i>	<i>53</i>
4.3	Bereits bestehende Projekte .....	55
4.3.1	<i>Schweiz: BEWO City und Sternenhof Basel.....</i>	<i>55</i>
4.3.2	<i>Woodstock.....</i>	<i>57</i>
4.3.3	<i>LÜSA als Fallbeispiel.....</i>	<i>58</i>
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>63</b>
5.1	Zusammenfassung und Diskussion.....	63
5.2	Ausblick .....	65
<b>6</b>	<b>Quellenangaben.....</b>	<b>67</b>
6.1	Literaturverzeichnis.....	67
	<b>Anhang.....</b>	<b>72</b>
	Ehrenwörtliche Erklärung .....	72

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEWO	Betreutes Wohnen
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
DSM-IV&V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 & 5
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
HIV	Humane Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Classification of Diseases Version 10
IV	Invalidenversicherung
LÜSA	Langzeit Übergangs- und Stützungs-Angebot
SDDCARE	EU-Projekt „Senior Drug Dependents and Care Structures“
VFWD e.V.	Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abhängigkeitsentwicklung- Suchtzyklus eigene Darstellung (in: Wolter 2011:55).....	16
Abbildung 2: Anzahl Personen in substitutionsgestützter Behandlung 1993-2009 (in: Bundesamt für Gesundheit (BAG) o.J.: 1).....	22
Abbildung 3: Psychosoziale Folgen der Drogenabhängigkeit (in: Deimel 2011: 24) .....	34

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Risiko- und Schutzfaktoren eigene Darstellung (in: Uchtenhagen 2000:196ff.).....	19
---	----

# 1 Einleitung

Die vorliegende Bachelor-Thesis nimmt sich dem Thema Alternde Opiatabhängige – Eine Herausforderung für das betreute Wohnen an. Nachfolgendes Kapitel liefert eingangs ein Vorverständnis über die Thematik der Arbeit. Daran anknüpfend wird die Bedeutung der Thematik für die Soziale Arbeit diskutiert, danach werden die Erkenntnisinteressen erläutert, das Ziel der Arbeit aufgezeigt und Fragestellungen dargelegt. Zum Schluss werden erste wichtige theoretische Begriffe geklärt, die methodischen Überlegungen des Autors aufgezeigt und die Vorgehensweise bzw. der Aufbau der vorliegenden Arbeit beschrieben.

## 1.1 Vorverständnis

Die Schweiz erlebt wie andere europäische Länder eine demografische Alterung. Dies ist auf die bis vor kurzem sinkende Geburtenraten und steigenden Lebenserwartungen zurückzuführen (vgl. Höpflinger 2009: 23f.). Das Phänomen der demografischen Alterung ist auch bei den Menschen mit Suchterkrankungen zu beobachten. Die Zahl der älteren Frauen und Männer mit einer Suchtproblematik wächst stetig (vgl. Vogt 2011b: 5).

Die Suchthilfestatistik von act-info im Jahr 2008 zeigt auf, dass zwei Drittel der Schweizer Opiatkonsumentinnen und -konsumenten zwischen 40 und 49 Jahren bereits vor ihrem 25. Lebensjahr erstmals Opiate konsumiert haben. Bei dieser Personengruppe handelt es sich demzufolge um Menschen, die seit dem jungen Erwachsenenalter von Drogenabhängigkeit betroffen sind. Dieser statistisch relevante Anstieg älterer Opiatkonsumentinnen und -konsumenten kann mit der Heroinepidemie in Verbindung gebracht werden. Diese begann in der Schweiz um 1970 und erlebte ihren Höhepunkt anfangs der 1990er Jahre (vgl. Maffli/Delgrande Jordan 2010: 18).

Die starke Zunahme der älteren Opiatkonsumentinnen und -konsumenten ist zudem auf das veränderte Hilfsangebot der Suchthilfe zurückzuführen, insbesondere auf die Angebote zur Schadensminderung und zur Gesundheitsförderung. Die Schadensminderung zielt nicht auf die Verhinderung des Drogenkonsums, sondern darauf die Folgeschäden möglichst gering zu halten. Zudem sind die medizinischen Behandlungen von Sucht und von chronischen Krankheiten, die bei Abhängigen gehäuft vorkommen, verbessert worden (vgl. Vogt 2011b: 5).

Der Konsum von Heroin ist im Vergleich zum Alkoholkonsum ein eher neues gesellschaftliches Phänomen im deutschsprachigen Raum. Bislang sind die Personen, die aufgrund

von Problemen mit illegalen Substanzen wie Heroin medizinisch und sozial behandelt wurden eher jung. In etwa zehn Jahren wird jedoch eine Mehrheit der Klientel die Altersgrenzen von 40 Jahren überschritten haben und eine grosse Anzahl Personen wird sogar wesentlich älter sein. Es ist zu befürchten, dass sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die sich durch den Drogenkonsum entwickelt haben, wie beispielsweise chronische Infektionskrankheiten (Hepatitis C und HIV), psychische Störungen, kognitive Einschränkungen sowie Risiken des Parallelkonsums von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen, den normalen Alterungsprozess noch verstärken (vgl. Maffli/Delgrande Jordan 2010: 18f.).

Vogt beschreibt in ähnlicher Weise wie Maffli et al., dass bei Menschen mit einer Suchterkrankung bereits im Alter von 40 Jahren gesundheitliche Beeinträchtigungen und Beschwerden zu beobachten sind. Mit zunehmendem Alter wird der Unterstützungsbedarf bei dieser Personengruppe steigen (vgl. Vogt 2011b: 5).

Es ist davon auszugehen, dass Personen mit einer langen Drogenkarriere früher und intensiver soziale und medizinische Betreuung im Alter benötigen als die Durchschnittsbevölkerung (vgl. Maffli/Delegrande Jordan 2010: 19).

Bis heute bietet die Suchthilfe in der Schweiz und in Deutschland trotz steigender Anzahl an Menschen mit Suchterkrankungen über 40 Jahren relativ wenig zur Versorgung ihrer Klientinnen und Klienten an. Das liegt auch daran, dass die Vernetzung zwischen Suchthilfe und Altenpflege noch ganz am Anfang steht und dringend ausgebaut werden sollte (vgl. Vogt et al. 2010: 34).

Aus der Sicht der Suchthilfe und der Alten- und Pflegehilfe stellen sich Fragen, wer sich um diese Menschen im Krankheitsfall kümmert, wer ihre Pflege übernimmt und wer die Kosten für die Behandlung und Betreuung trägt. Die Pflegeheime sind bis heute nicht auf die spezifischen Bedarfe alkohol- und drogenabhängiger Menschen eingestellt (vgl. Vogt 2009a: 21). Die Altenpflegerinnen und Altenpfleger verfügen oft nicht über das nötige Fachwissen, um diese Klientel bedarfsgerecht zu begleiten und zu pflegen. Oft kommen Vorbehalte der Altenpflegehilfe gegenüber den Drogenabhängigen als Klientel dazu (vgl. Vogt et al. 2010: 36).

Zudem sind die meisten Einrichtungen der Suchthilfe weder konzeptionell noch räumlich oder personell auf die Begleitung von älteren Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen ausgerichtet. Zurzeit sind es verschiedene Formen des betreuten Wohnens, die älteren und hilfsbedürftigen Drogenabhängigen eine Unterbringung anbieten. Für diese Wohnformen wird es jedoch nötig sein, neue Konzepte für die Unterbringung zu entwickeln und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Pflegediensten und medizinischen Fachkräften herzustellen (vgl. Vogt 2009a: 21).

## 1.2 Relevanz der Themenstellung für die Soziale Arbeit

Sozialarbeitende sind laut Rosenhagen oftmals die ersten unter den professionellen Helferinnen und Helfern, die mit Menschen mit einer Abhängigkeit in Kontakt kommen. Im Suchthilfesystem sind die Sozialarbeitenden nahezu in allen Institutionen tätig und übernehmen dort unterschiedliche Aufgaben (vgl. Rosenhagen 2005: 83).

Nach Abstein hat eine Suchtproblematik Auswirkungen in vielerlei Bereich (Familie, Arbeit, Finanzen, Gesundheit und Kriminalität etc.). Suchtprobleme sind dementsprechend sozial- und gesundheitspolitische Herausforderungen, die nur professions- und leistungsbereichsübergreifend bearbeitet werden können. Es braucht daher ein Schnittstellenmanagement. Dies ist eine der Hauptgründe, weshalb die Soziale Arbeit nach wie vor die zahlenmässig dominanteste Berufsgruppe im Hilfesystem der Menschen mit einer Abhängigkeit darstellt. Professionsspezifische Kompetenzen, wie das Erfassen und Analysieren der Lebenslagen und Hilfebedarfe, die Kenntnisse der sozialleistungsrechtlichen Ansprüche und das Wissen über die Verfahrenswege, die Hilfeplanungen und das Case-Management befähigen Sozialarbeitende dieses Schnittstellenmanagement zu übernehmen (vgl. Abstein 2012: 7f. ).

Die Tätigkeitsfelder der Sozialen Altenarbeit gewinnen durch die demografische Veränderung zunehmend an quantitativer und qualitativer Bedeutung. Es werden immer mehr Angebote für eine Zielgruppe entwickelt, die von vitalen Frühpensionierten bis zu chronisch kranken hochbetagten Menschen reicht. Die Soziale Altersarbeit übernimmt verschiedene Aufgaben, die vor allem auf die Förderung der Teilhabe in der Gesellschaft und den Erhalt der Selbständigkeit abzielen (vgl. Baumeister 2009: 17).

Vor diesem Hintergrund wird sichtbar, dass die alternden Opiatabhängigen eine bedeutende Zielgruppe für die Soziale Arbeit darstellen und die Sozialarbeitenden im Bereich Wohnen zwingend mitgestalten und mitwirken müssen.

## 1.3 Erkenntnisinteresse

Der Autor arbeitete in seinem ersten Ausbildungspraktikum in einem Übergangwohnheim für Menschen mit einer Suchterkrankung (meist Opiatsucht) in Kanton Bern. In seiner täglichen Arbeit durfte er verschiedenen Menschen kennenlernen und im Alltag begleiten. Ein Teil der Klientinnen und Klienten waren bereits zwischen 40-60 Jahre alt. Bei einigen dieser Menschen waren Alterserscheinungen zu beobachten, häufig traten Gedächtnisstörungen und Mobilitätsprobleme auf. Zwei Klienten waren im Wohnalltag so beeinträchtigt,



dass sie in der Institution nicht mehr zurechtkamen. Mit den Betroffenen, den Angehörigen und den Beiständinnen und Beiständen wurde nach Lösungen gesucht. Schliesslich wurden die beiden Klienten in ein Alters- und Pflegeheim überwiesen. Diese Überweisung war für die Beteiligten nicht die Wunschlösung, allerdings gab es im Kanton Bern keine adäquaten Möglichkeiten. Diese Situation hat den Autor angeregt, sich mit dem Thema Wohnen im Alter mit einer Opiatabhängigkeit vertiefter auseinanderzusetzen.

Weder die Altenpflegheime noch die Institutionen der Suchthilfe sind sich im Klaren darüber, wer für die Versorgung dieser Klientel aufkommen soll. Bis heute ist ein Mangel an Fachwissen und eine meist fehlende Zusammenarbeit dieser beiden Berufsfelder auszumachen. Zurzeit werden die meisten alternden Opiatabhängigen bei Bedarf im betreuten Wohnen der Suchthilfe versorgt (vgl. Vogt 2009a: 21).

Laut Vogt gibt es weltweit keinen Mangel an Fachliteratur zu illegalen Drogen, was jedoch bis heute fachlich kaum diskutiert wird ist das Thema Alter und Sucht. Dies ist erstaunlich, weil die Altersforschung in den letzten 20 Jahren einen starken Aufschwung erlebt hat. Dieser Trend hat die Suchthilfe jedoch bis heute nicht erreicht. (vgl. ebd.: 18)

Das Wohnangebot für alternde Opiatabhängige ist bis heute eher spärlich. In den letzten Jahren sind jedoch erste kreative Angebote und innovative Projekte entstanden, die sich gezielt an diese Klientengruppe wenden und neue Wege aufzeigen betreffend Wohnen und Alltagsbewältigung (vgl. Vogt 2010: 5).

Der Autor möchte in seiner Arbeit das betreute Wohnen alternder Opiatabhängigen untersuchen, weil bis heute zu dieser Thematik kaum Literatur zu finden ist und es in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum nur wenige Institutionen gibt, die konzeptionell, räumlich und personell für die Bedarfslagen alternder Opiatabhängigen eingerichtet sind. Er will damit aufzeigen, dass das betreute Wohnen sowohl für die Professionellen der Sozialen Arbeit als auch für die Klientel herausfordernd sein kann und es dabei bedarfsgerechte professionelle Unterstützungsleistungen braucht.

## **1.4 Zielsetzung**

Im Rahmen der Bachelor-Thesis soll die Bedürfnisse und Problemlage der alternden Opiatabhängigen aufgezeigt werden und es sollen Herausforderungen, die in der professionellen Arbeit des betreuten Wohnens mit dieser Klientel entstehen, erörtert werden. Anhand eines bereits bestehenden Wohnprojekts sollen die zuvor gewonnenen Erkenntnisse dann noch praktisch angewendet werden.

Diese Bachelor-Thesis hat den Anspruch in den oben genannten Bereichen zu Erkenntnissen zu kommen, um einen kleinen Beitrag zur momentan eher dürftigen Forschungs-

und Datenlage zu leisten. Mit den in dieser Arbeit gewonnenen Informationen sollen zudem Anregungen für die praktische Suchthilfe erarbeitet werden. Sie soll die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe zur Reflexion anregen und sie ermutigen, kreative Angebote im Wohnen und in der Alltagsgestaltung für die Zielgruppe „alternde Opiatabhängige“ auszuarbeiten.

## 1.5 Fragestellungen

- **Inwiefern ist das betreute Wohnen eine geeignete Wohnform für alternde Opiatabhängige ab 40 Jahren und welche Herausforderungen stellt dies Wohnform an die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Schweiz?**
- Was ist unter einer Opiatabhängigkeit zu verstehen und was sind mögliche Ursachen die zur Abhängigkeit führen?
- Welche Bedürfnisse haben alternden Opiatabhängige und mit welchen Problemlagen sind sie konfrontiert?
- Wie können die alternden Opiatabhängigen im betreuten Wohnen professionell unterstützt werden und welche Herausforderungen entstehen dabei?
- Was für Wohnprojekte gibt es bereits für alternde Opiatabhängige und was zeichnet sie aus?

## 1.6 Begriffserklärung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Begriffe, die in der Arbeit immer wieder aufgegriffen werden, kurz theoretisch erläutert.

### 1.6.1 Alternde Opiatabhängige

Diese Arbeit versteht unter „alternden Opiatabhängigen“, Menschen die eine Abhängigkeit gegenüber Opiaten entwickelt haben und sich bereits im fortgeschrittenen Alter (ab 40 Jahren) befinden. Diese Personengruppe wird nachfolgend genauer erläutert:

Es gibt verschiedene Konsumformen, sinnvollerweise sollte zwischen dem (einfachen) Missbrauch und dem wiederholten schädlichen Gebrauch unterschieden werden. Von Abhängigkeit ist die Rede, wenn ein oft starker, teilweise sogar übermächtiger Konsumwunsch besteht. Nach ICD-10 gibt es folgende Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom:

1. Starker Wunsch oder Zwang die Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom
4. Nachweis der Toleranz
5. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten Substanzkonsums
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Um die Diagnose „Abhängigkeit“ zu stellen, müssen mindestens drei dieser Kriterien erfüllt sein (vgl. Köhler 2000: 16).

Als Opioide werden alle Substanzen bezeichnet, die in ihren pharmakologischen Wirkungen dem Morphin gleichen. Morphin ist das Hauptalkaloid des Opiums. Dabei gibt es natürliche Opioide wie Morphin und Codein, halbsynthetische Opioide (chemisch behandelte natürliche Opioide) wie Heroin und Vollsynthetische Opioide (hergestellt im Labor) wie Methadon und jegliche Schmerzmittel mit Morphinstoffen (vgl. ebd.: 74f.).

In dieser Arbeit wird bewusst von „Opiaten“ anstelle von „Opioiden“ gesprochen, weil dieser Begriff in der deutschsprachigen Fachliteratur die grösste Verwendung findet. Des Weiteren werden in der vorliegenden Bachelor-Thesis unter „Opiatabhängigen“ nur Menschen gefasst, die heroin- und/oder substituitionsabhängig (genauere Erläuterung in Kapitel 2.3) sind.

Laut Bojack et al. gibt es keine einheitliche Definition des Begriffes „Alter“ bzw. des „Alters“, da dieses Phänomen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann. Die verbreitetste Bestimmung des Alters erfolgt durch die Anzahl gelebter Jahre. Laut WHO werden Menschen zwischen 50-60 Jahren als „alternde Menschen“, 61-75 Jährige als „ältere Menschen“ und 79-90 Jährige als „alte Menschen“ bezeichnet (vgl. Bojack et al. 2010: 13f.).

Diese Definition der WHO kann für Opiatabhängige nur bedingt übernommen werden. Infolge des langjährigen Opiatkonsums gilt ein beträchtlicher Teil dieser Gruppe als vorgealtert und leidet frühzeitig an chronischen Erkrankungen und Invalidität (vgl. Dürstler-MacFarland et al. 2010: 29). Laut Vogt sind Opiatabhängige bereits mit 40 Jahren mit verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden konfrontiert und auch ihr Unterstützungsbedarf nimmt zu.

In dieser Arbeit werden Opiatabhängige ab 40 Jahren berücksichtigt, die bereits an gesundheitlichen Beschwerden leiden und auf Unterstützungsbedarf angewiesen sind. Diese Personengruppe wird hier als „alternde Opiatabhängige“ bezeichnet.

## 1.6.2 Betreutes Wohnen

Seit den 1970er Jahren hat in der Psychiatrie ein Paradigmenwechsel von der Heimversorgung hin zur ambulanten Unterstützung stattgefunden. Dieser Paradigmenwechsel bringt mit sich, dass die Hilfeleistungen nicht mehr institutions-, sondern personenzentriert sind. Die zentralen Herausforderungen des ambulanten bzw. des betreuten Wohnens sind: Die Betreuungsleistungen sind individuell auf das Individuum auszurichten und die Wohn- und Lebensverhältnisse sind an den Wünschen der Klientel zu orientieren. Die Professionellen unterstützen die Klientinnen und Klienten in ihrem Wohnraum und nicht in einem Spital- oder Klinikzimmer (vgl. Rosemann et al. 2011b: 52).

Das betreute Wohnen ist im Arbeitsgebiet der Psychiatrie entstanden, wird jedoch heute im Kinder- und Jugendbereich, in der Behindertenhilfe, in der Alterspflege und auch im Suchtbereich angeboten. Das betreute Wohnen kennt vielerlei Ausprägungen, die von Konzepten, Ideologien und vom Geldmittelfluss, sowie vom aktuellen politischen Willen und von den gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängen (vgl. Rosemann 1999: 8f.).

## 1.7 Methodische Überlegungen

Bei der Literaturrecherche hat sich der Autor zuerst mittels Büchern und Fachzeitschriften aus Bibliotheken verschiedener Hochschulen einen ersten Einblick verschafft. Danach hat er über die Suchplattformen „Google“ und „Google Scholar“ erste wichtige Texte gefunden. Durch diese Texte fand er einen ersten Zugang zu verschiedenen Büchern und Autorinnen und Autoren. Über Literaturdatenbanken wie „Psyndex“ und „PsycInfo“ suchte er, mit definierten Stichwörtern, nach Artikeln, Studien, Büchern und nach wichtigen Autorinnen und Autoren. Folgende Stichwörter wurden dabei verwendet: „Opiatabhängigkeit“, „Heroinabhängigkeit“, „alternde Süchtige“, „Süchtige altern“, „alternde Opiatabhängige“, „Lebenslage alternder Abhängigen“, „Lebenslage alternden Süchtigen“, „Sucht und Alter“, „Sucht im Alter“, „Wohnen und Sucht“, „betreutes Wohnen“, „Wohnen im Alter“, „Alter“, „Lebensphase Alter“.

Auf der Suche nach deutschsprachiger Fachliteratur zum Thema „alternde Opiatabhängige“ und zum Thema „alternde Opiatabhängige im Kontext Wohnen“, konnte der Autor nur ganz wenige Artikel und Studien finden. Ihm ist jedoch aufgefallen, dass im angelsächsischen Raum und insbesondere in Nordamerika die Fachliteratur zum Thema „Opiatsucht im Alter“ beachtlich ist. In dieser wurden auch bereits einige wissenschaftliche Studien publiziert, welche die Lebenslage dieser Zielgruppe näher untersuchten. Der Autor hat die Erhebungen aus dem angelsächsischen Raum nicht mitberücksichtigt, da er sich in seiner

Arbeit auf den deutschsprachigen Raum fokussieren will. Für die theoretischen Erklärungen von „Abhängigkeit“, „Alter“ und „betreutes Wohnen“ wird sich der Autor auf Forschende stützen, die in diesem Bereich einiges veröffentlicht und dadurch einen gewissen Bekanntheitsgrad erlangt haben. Um die Fragestellung „Welche Bedürfnisse haben alternde Opiatabhängige und mit welchen Problemlagen sind sie konfrontiert?“ zu beantworten, wird sich der Autor auf verschiedene Studien (aus dem deutschsprachigen Raum), bei der die Klientel befragt wurde, stützen.

Die zentrale Fragestellung wird der Autor anhand von Erkenntnissen aus den bereits erwähnten Studien und einigen Artikeln zum Thema „alternde Opiatabhängige im Kontext Wohnen“ beantworten.

Zwei bereits bestehenden Projekte in der Schweiz, ein bekanntes Projekt mit Pioniercharakter aus den Niederlanden und eine gut etablierte Institution in Deutschland wird er anhand von Literatur, Betriebskonzepten und Präsentationsfolien von Fachtagungen vorstellen.

## **1.8 Vorgehensweise**

Um diese Fragestellungen zu beantworten, wird nach dem einleitenden Kapitel, in Kapitel zwei die Abhängigkeitsthematik definiert, die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung beschrieben und die Opiatabhängigkeit im Speziellen erläutert. Im Kapitel drei wird zuerst der Altersbegriff definiert, danach werden die Bedürfnisse und Problemlagen alternden Menschen zuerst ohne und dann mit Opiatabhängigkeit aufgezeigt, wobei dies immer unter dem Blickwinkel des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells geschieht. Im Kapitel vier wird anfangs das Modell betreutes Wohnen beschrieben und anschliessend werden die Herausforderungen in der professionellen Arbeit im betreuten Wohnen mit alternden Opiatabhängigen aufgezeigt. Danach folgt ein Überblick über bereits bestehende Wohnprojekte in der Schweiz, in Deutschland sowie in den Niederlanden. Das Projektes LÜSA in Deutschland wird schliesslich anhand des erarbeiteten Leitfadens in Kapitel 4.2 analysiert.

Im Schlussteil werden die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst und es wird ein Ausblick in die Zukunft gemacht.

## 2 Opiatabhängigkeit

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie der Begriff „Abhängigkeit“ von anderen Begriffen abgegrenzt werden kann und was die WHO unter einer Abhängigkeitserkrankung versteht. Es werden mögliche Ursachen, die zu einer Abhängigkeit führen können erläutert und anschliessend werden verschiedene Formen von Opiaten und deren Effekte aufgezeigt. Dabei wird auch die geschichtliche Entwicklung der Opiate und der Substitution in der Schweiz aufgezeigt.

### 2.1 Abhängigkeitserkrankung

Die Abhängigkeit lässt sich auf den Begriff „Sucht“ zurückführen, der sich im frühen 19. Jahrhundert als noch heute gültige Terminologie durchsetzte. Vorher wurde allein der akute Rausch als eine Art Krankheit verstanden, die häufige Trunkenheit hingegen als ein Laster. Der Begriff „Sucht“ leitet sich ab von dem Verb „siechen“ und bedeutet krank sein und war ursprünglich die Bezeichnung für jede körperliche Krankheit, die nicht durch Unfälle oder Verletzungen herbeigeführt wurde (vgl. Wolter 2011: 49f.).

1964 empfahl die WHO, den Begriff „Sucht“ als unwissenschaftlich aufzugeben und durch die Begriffe der „Abhängigkeitserkrankung“ und des „schädlichen Missbrauchs“ zu ersetzen. Seit diesem Zeitpunkt unterscheidet die WHO unterschiedliche Abhängigkeitserkrankungen. Es wird dabei zwischen der psychischen Abhängigkeit, dem unwiderstehlichen und übermächtigen Verlangen, eine Substanz wieder einzunehmen und der physischen Abhängigkeit, die durch Dosissteigerung und das Auftreten von Entzugerscheinungen gekennzeichnet ist, unterschieden (vgl. ebd.: 49f.).

Es ist zudem sinnvoll, zwischen schädlichem Gebrauch (Missbrauch) von Substanzen und einer Abhängigkeitserkrankung zu unterscheiden. Von Missbrauch bzw. schädlichem Gebrauch wird dann gesprochen, wenn eine Substanz trotz bestehendem Wissen zu den negativen Folgen konsumiert wird (vgl. Köhler 2000: 12f.). Nach ICD-10 liegt ein solcher Gebrauch vor, wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung führt. DSM-IV definiert den Substanzmissbrauch auch in der sozialen Dimension und zwar wie folgt (vgl. ebd.: 50f.):

- Wiederholter Konsum mit der Folge von Versagen in Schule/Beruf/Familie
- Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es dadurch zu körperlicher Gefährdung kommen kann

- Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum
- Fortgesetzter Konsum trotz häufiger sozialer Probleme, die auf den Substanzkonsum zurückgehen

Von einer Abhängigkeit wird gesprochen, wenn nach ICD-10 mindesten drei Kriterien im Laufe des letzten Jahres erfüllt wurden (vgl. Köhler 2000: 16):

- starker Wunsch oder eine Art Zwang nach Konsum des Mittels
- verminderte Kontrolle über den Konsum (zu oft, zu viel, zu lange, zu regelmässig)
- körperliche Entzugssymptome
- nachweisliche Toleranzbildung
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums (hoher Zeitaufwand für Beschaffung der Substanz und für den Konsum)
- Anhaltender Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen

Eine Abhängigkeitserkrankung führt meist zu einer Vernachlässigung von beruflichen und gesellschaftlichen Verpflichtungen. Die Verrichtungen des täglichen Lebens und des Drogenkonsums treten stärker in den Vordergrund. Oftmals werden andere Interessen und soziale Kontakte zugunsten des Substanzkonsums aufgegeben. Der Gebrauch der Substanz wird fortgesetzt, trotz eindeutiger schädlicher psychischer, sozialer oder körperlichen Folgen. Der Körper reagiert mit verschiedenen Entzugssymptomen wie Tremor, Schlafstörungen und starkes Schwitzen. Durch den regelmässigen Konsum entwickelt sich eine zunehmende Toleranz gegenüber der konsumierten Substanz (vgl. Wolter 2011: 52).

Eine Droge ist durch die von ihr hervorgerufenen angenehmen und unangenehmen Wirkungen gekennzeichnet. Die Drogenwirkung muss das konsumierende Individuum subjektiv spüren und von anderen Substanzen unterscheiden können. Ein Abhängigkeitspotential entsteht, wenn die Substanzeinnahme positiv verstärkt wird, z.B. indem sie angenehme Gefühle auslöst und die unangenehmen Wirkungen nur in einem geringen Mass auftreten. Die soziale Umwelt der Konsumentin oder des Konsumenten spielt bei der Verstärkung eine grosse Rolle. Eingriffe in das körperliche Gleichgewicht (Störung der körperlichen Selbstregulation) mit teilweise neurotoxischen Effekten und Störungen, Anpassungen im Sinne einer Toleranzentwicklung und das Auftreten von Entzugssymptomen beim plötzlichen Absetzen der Substanz kennzeichnen eine Abhängigkeitsentwicklung. Dies führt dazu, dass die Dosierung regelmässig erhöht werden muss und die Abstände zwischen den Konsumphasen zeitlich verkürzt werden müssen. Zur Abhängig-

keitsentwicklung gehören aber auch die Störung der langfristigen Handlungsplanung und das Auftreten eines sich wiederholenden und stereotypen, automatisch ablaufenden Konsums, der kaum noch positive Gefühle auslöst. Längerfristig kann dies zu einer Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit führen (vgl. ebd.: 53f.). In der Abbildung 1 ist der Suchtzyklus/die Abhängigkeitsentwicklung nach Schmidt/Rist ersichtlich.

#### Übersicht: Abhängigkeitsentwicklung – Suchtzyklus

---

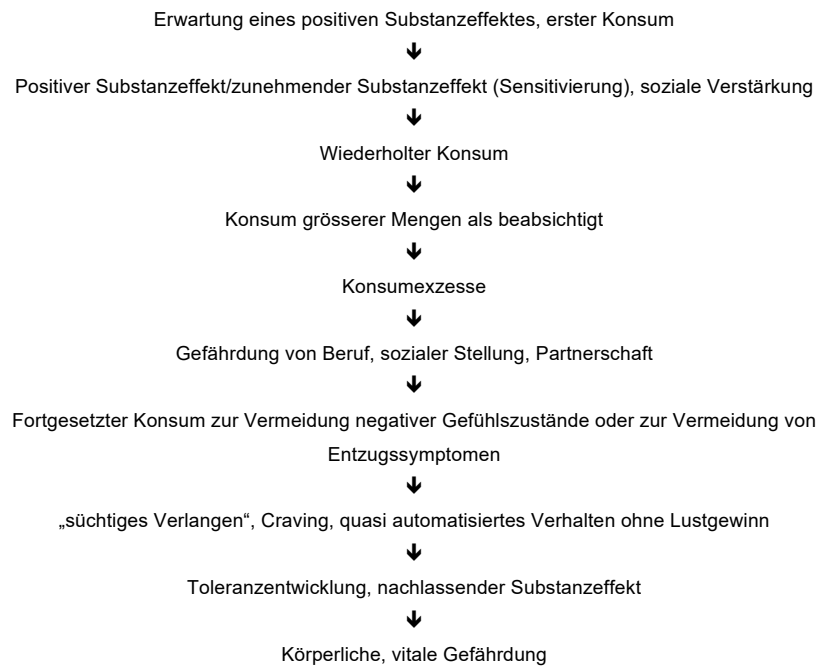


Abbildung 1: Abhängigkeitsentwicklung- Suchtzyklus eigene Darstellung (In Anlehnung an: Schmidt/Rist 2006, mod. in Wolter 2011:55)

## 2.2 Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen

Biologische Wissenschaften, Sozialwissenschaften, Psychologie und Ökonomie haben versucht Erklärungen für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen zu formulieren und ausgehend von empirischen Daten entsprechende Konzepte ausgearbeitet. Die Erklärungen für die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung sind je nach Disziplin jedoch sehr unterschiedlich (vgl. Uchtenhagen 2000: 193):

### Biologische Suchtkonzepte

Erste Theorien verstanden das abhängige Verhalten als Ergebnis einer Konditionierung



im Sinne eines bedingten Reflexes (nach Pawlow). Befriedigende Erfahrungen nach der Einnahme der psychotropen Substanz (ein Stoff der die Psyche des Menschen beeinflusst) erhöhen die Bereitschaft und das Verlangen nach einer Wiederaufnahme. Begleitumstände (gleicher Ort, gleiche Gruppe, Gerüche, gleiche Musik, bestimmte Stresssituationen etc.) während der befriedigenden Erfahrung können zu Auslösern werden. Die zentrale Rolle von Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik bei der Entstehung einer Abhängigkeit wird durch biologische Mechanismen erklärt. Unerklärt bleibt hier, wie es auch ohne Toleranzbildung zu Abhängigkeit kommen kann (vgl. ebd.: 193f.).

### **Sozialwissenschaftliche Konzepte**

Die Akzeptanz und der Gebrauch einer gewissen psychotropen Substanz in einer Bevölkerung, einer Bevölkerungsgruppe, einer Berufsgruppe etc. erleichtert den Zugang zur Substanz und lädt dazu ein, es den anderen gleichzutun. Der psychotropen Substanz wird oft auch eine Vorbildfunktion zugesprochen, etwa im familiären Umfeld oder im Kontakt mit Gleichaltrigen oder bei gewissen Freizeitaktivitäten. Diese milieutheoretischen Konzepte liefern ein Verständnis für den Gebrauch der Substanz, aber nicht über die Entstehung der Abhängigkeit. Sie erklären nicht, unter welchen Bedingungen es zu einer Abhängigkeit kommt oder nicht (vgl. ebd.: 194).

### **Individualpsychologische Konzepte**

Der Gebrauch der psychotropen Substanz wird als ein erlerntes Verhalten beschrieben, genau wie bei anderen Lernprozessen, welche der Bewältigung von inneren und äußeren Herausforderungen dienen. Dies ist insbesondere bei der Stressbewältigung sehr zentral; auslösender Stress kann extern (z.B. durch Unter- oder Überforderung) oder intern (z.B. durch Schuld- oder Schamgefühle, durch Verlustängste) bedingt sein. Zudem können psychotrope Substanzen zum Zwecke einer besseren Befindlichkeit eingesetzt werden, wenn ein Mensch seine emotionale Selbstkontrolle, seinen Selbstwert oder seine soziale Akzeptanz als defizitär bewertet (vgl. ebd.).

### **Psychopathologische Konzepte**

Klinische und epidemiologische Forschung haben gezeigt, dass der Gebrauch und Missbrauch von psychotropen Substanzen bei Menschen mit gleichzeitigem Vorliegen psychischer Störungen (Persönlichkeitsstörungen, Depression, manischen und schizophrenen Psychosen, Hirnschädigungen, posttraumatischem Stress und Angststörungen) übermäßig häufig vorkommt. Sofern diese Störung nicht eine Folge des Substanzkonsums oder der Abhängigkeit ist, werden sie als Anlass und Auslöser für versuchte Selbstmedikation mittels psychotroper Substanzen gewertet. Der Gebrauch psychotroper Stoffe wird zudem

häufig als entgegengesetztes Bedürfnis zur Selbsterstörung und der latenten Suizidalität verstanden (vgl. ebd.: 195).

### Ökonomische Konzepte

Die Analyse von Konsumverhalten und Marktmechanismen lässt sich ebenso auf den Konsum und den Markt psychotroper Stoffe anwenden. Angebote, Erhältlichkeit, tiefer Preise und durch Werbung positiv stimulierte Erwartungen steigern die Nachfrage (vgl. ebd.).

### Integrative Konzepte

Jede dieser genannten Theorien ist evidenzbasiert und leistet einen Beitrag zur Erklärung der Abhängigkeitsentwicklung. Keine dieser Theorien deckt jedoch alle Aspekte ab und ist generell anwendbar. Die Wissenschaft ist heute deshalb bemüht, die einzelnen Erklärungssätze miteinander zu verknüpfen (vgl. ebd.).

### Konzept der Risikofaktoren

Ein Konzept, welches Erklärungsansätze aus den verschiedenen Bereichen einfließen lässt und deshalb integrativ arbeitet, ist das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren. Das Konzept der Risikofaktoren sagt, dass die Wahrscheinlichkeit von Substanzkonsum und Abhängigkeit durch Umstände und Faktoren, die bei der Konsumentin oder beim Konsumenten überdurchschnittlich vorhanden sind, erhöht wird. Vorhandene Schutzfaktoren hingegen vermindern die Risikolage. Risikofaktoren können durch Schutzfaktoren neutralisiert werden und umgekehrt. Dabei gibt es Risiko- und Schutzfaktoren aus der Umwelt die auf das Individuum einwirken und es gibt individuelle Faktoren, die vom Individuum ausgehen (vgl. ebd.: 196). In der Tabelle 1 werden die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren aufgeführt.

<b>Risikofaktoren</b>	
<b>Umweltfaktoren</b>	<b>Individuelle Faktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Schicht (<i>ist nicht empirisch belegt</i>)</li> <li>• Soziale Auf-/Abstieg</li> <li>• Soziokultureller Umbruch</li> <li>• Erziehungsmilieu</li> <li>• Aktuelles soziales Umfeld (Peers)</li> <li>• Risikoberufe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische Disposition (<i>nur im Zusammenhang mit Alkohol empirisch belegt</i>)</li> <li>• Missbrauch im Kindesalter</li> <li>• Störungen der psychischen Gesundheit</li> </ul>

<b>Schutzfaktoren</b>	
<b>Umweltfaktoren</b>	<b>Individuelle Faktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Information und Bildung</li> <li>• Zugang zu Gesundheitseinrichtungen</li> <li>• Wohnqualität</li> <li>• Klima in der Schulklasse/am Arbeitsplatz</li> <li>• Soziale Vernetzung</li> <li>• Soziale Unterstützung/Kontrolle</li> <li>• Befriedigende Entwicklungsperspektiven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikobewusstsein</li> <li>• Gesundheitsverhalten</li> <li>• Vertrauen in Selbstwirksamkeit</li> <li>• Aktives Angehen von Problemen</li> <li>• Erfahrungen im Bewältigen von Problemlagen</li> <li>• Selbständige Urteilsbildung, Widerstand gegen Verführung</li> <li>• Emotionale Stabilität</li> <li>• Religiöse Bindung</li> </ul>

Tabelle 1: Risiko- und Schutzfaktoren eigene Darstellung (In Anlehnung an: Uchtenhagen 2000:196ff.)

## 2.3 Opiate und deren Effekte

Wie bereits in der Einleitung (vgl. 1.6.1 ‚alternde Opiatabhängige‘) erläutert, gibt es verschiedene Opiode oder Opiate mit unterschiedlicher Herkunft. Allen gleich ist, dass ihre pharmakologische Wirkung dem Morphin ähnlich ist. Diese Arbeit beschäftigt sich mit Heroinabhängigkeit und der Substitutionsabhängigkeit, Opiate als Medikamente werden nicht berücksichtigt.

Opiate, insbesondere Heroin, können in verschiedenen Formen konsumiert werden. Es kann injiziert, geschnupft, geraucht, inhaliert oder geschluckt werden. Meist wird Heroin jedoch injiziert, da durch die intravenöse Konsumform ein sogenannter „Kick“ entsteht (vgl. Loviscach 1996: 148).

Die unmittelbaren Effekte bei der Einnahme von Opiaten kommt im wesentlichen durch die Bindung an Opiatrezeptoren zustande, wobei hier ähnliche Veränderungen wie bei körpereigenen Opioiden hervorgerufen werden. Opiate wirken in erster Linie stark schmerzlindernd. Unter diesen Aspekten finden sie in der Medizin nach wie vor ihre therapeutische Verwendung. Des Weiteren haben sie, durch die veranlasste Dopaminausschüttung im Hirn, eine stark euphorisierende Wirkung auf die Konsumierenden. Dies ist der wichtigste Wirkungsfaktor für die Suchtentwicklung. Opiate gehören auch zur Gruppe der Narkotika (Narkosemittel), welchen eine sedierende und betäubende Wirkung zugesprochen wird. Die meisten Opiate haben eine stark dämpfende Wirkung auf das Husten- und auf das Atemzentrum. Sie können den Hustenreiz unterdrücken und die Atmung verlangsamen. Bei einer überhöhten Opiatdosisierung kann es deshalb gelegentlich zu einer tödlichen Atemdepression kommen. Weiter wirken Opiate beruhigend auf den Magen-Darm-

Trakt (Behandlung von Darmkoliken), können anfangs aber auch Übelkeit und Erbrechen hervorrufen (vgl. Köhler 2000: 79ff.).

Der regelmässige Konsum von Opiaten führt zu körperlichen und auch psychischen Entzugerscheinungen. Diese treten nach sechs bis acht Stunden Abstinenz ein, erreichen ihren Höhepunkt nach zwei bis drei Tagen und können insgesamt vier bis zehn Tage andauern. Je nach Grad der Abhängigkeit gehören folgende Symptome zu einer Entzugskrankheit: Angst, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Nervosität, Weinen, Schmerzen, Krämpfe, Schlaflosigkeit, abwechselnde Schweissausbrüche und Kälteempfindungen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Zittern, hoher Puls und Blutdruck sowie Gänsehaut. Hinzu kommen häufig Depressionen und andere psychische Störungen (vgl. Loviscach 1996: 147).

Eine Opiatabhängigkeit nach ICD-10 entsteht einerseits aufgrund seiner euphorisierend-sedierenden Wirkung und der rasch einsetzenden Entzugssymptomen andererseits durch die rasche Gewöhnungsphase (vgl. Wolter 2011: 127). Die Toleranzentwicklung gegenüber Opiaten ist sehr ausgeprägt, nach wenigen Tagen des regelmässigen Konsums muss die Dosis von Morphin oder Heroin bereits verdoppelt werden, um den gleichbleibenden euphorisierenden Effekt zu erzielen (vgl. Köhler 2000: 85). Die Toleranzentwicklung ist auf die Anpassung der in der Verminderung der Empfindlichkeit der Sinneszellen oder Sinnesorgane der Opiatrezeptoren zurückzuführen (vgl. Wolter 2011: 127). Die Opiat- bzw. die Heroinabhängigkeit ist ein chronischer Prozess, der meist durch abwechselnde Phasen von Abstinenz (häufig haftbedingt) und Drogengebrauch gekennzeichnet ist und von gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen begleitet wird. Häufig wechseln Opiatabhängige zwischen Abstinenz, Drogenkonsum und Substitutionsbehandlung, wobei sie während der Substitutionstherapie vielfach gleichzeitig weitere Drogen konsumieren. Es gibt keine generelles „Herauswachsen“ aus der chronischen Heroinabhängigkeit. Einige Personen gelingt es, langfristig drogenabstinent zu leben, eine grosse Gruppe setzt jedoch den Opiatkonsum bis in Alter fort (vgl. ebd.: 128).

Opium und opiumhaltige Mischungen haben über Jahrtausende als Heilmittel gedient, 1874 wurde Heroin erstmals vom Engländer C.R.A. Wright im Chemielabor hergestellt. Wenig später wurde Heroin in grossen Mengen in der chemischen und pharmazeutischen Industrie in Deutschland und in der Schweiz produziert und als Arzneimittel vermarktet. Auf Grund von moralischen, medizinischen und politischen Vorstellungen kam es zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu einer Verschärfung der Drogenpolitik gegen Opiate. Auf der einen Seite wurde der medizinische Nutzen in Frage gestellt und auf der anderen Seite wurde die soziale Schädlichkeit von Heroin betont. Schliesslich wurden Opiate auf Druck

internationaler Abkommen in der Schweiz verboten und dem ersten Betäubungsmittelgesetz (BtmG) von 1924 unterstellt. Ende der 1980er Jahre entstanden in verschiedenen Schweizer Städten offene Drogenszenen. In den Szenen bewegte sich eine wachsende Anzahl schwer Abhängigen, welche dem hohen Risiko von HIV- Infektion, Beschaffungskriminalität und Prostitution ausgesetzt waren. Eine gesetzliche Ausnahmeregelung ermöglichte 1994 einen ersten wissenschaftlichen Versuch zur ärztlichen Heroinverschreibung. 1999 wurde offiziell mit den ärztlichen Verschreibungen von Heroin begonnen. Zeitgleich wurden andere Massnahmen, wie die Spritzenabgabe und das Einrichten von Kontakt- und Anlaufstellen beschlossen. Die heroingeschützte Behandlung (HeGeBe) wurde nach vielen politischen Diskussionen im Juli 1999 als dringlicher Bundesbeschluss vom Volk angenommen. Die HeGeBe ist seit dem revidierten Betäubungsmittelgesetz im Jahr 2008 gesetzlich verankert (vgl. Sucht Schweiz o.J.: 1).

Seit den 1960er Jahren wird Methadon als Substitutionsmittel gegen körperliche Entzugserscheinungen bei einer Heroinabhängigkeit eingesetzt. In der Schweiz besteht seit 1975 eine gesetzliche Grundlage zur Behandlung von opiatabhängigen Personen mit dem Substitutionsmittel Methadon. Die Substitutionsbehandlung gehört seither, zum Standardverfahren der therapeutischen Angebotspalette in der Suchtpolitik Schweiz. Bei einer Substitutionsbehandlung handelt es sich um eine medizinische und psychosoziale Intervention bei einer illegalen Opiatabhängigkeit. Dabei wird das illegal konsumierte Opiat (meistens Heroin) durch ein ärztlich verordnetes legales Medikament ersetzt. Heute stehen verschiedene Substitutionsmittel zur Verfügung, wie Methadon, Buprenorphin, Diacetylmorphin und andere Opiate wie Morphin oder Codein (vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG) o.J.: 1). In der nachfolgenden Abbildung 2 wird die Anzahl Personen in einer Substitutionsbehandlung sichtbar. Im Jahr 2009 waren etwa 18'000 Personen in einer Methadon- oder Buprenorphintherapie und 1370 Personen in einer Substitutionstherapie mit Diacetylmorphin (Heroin).

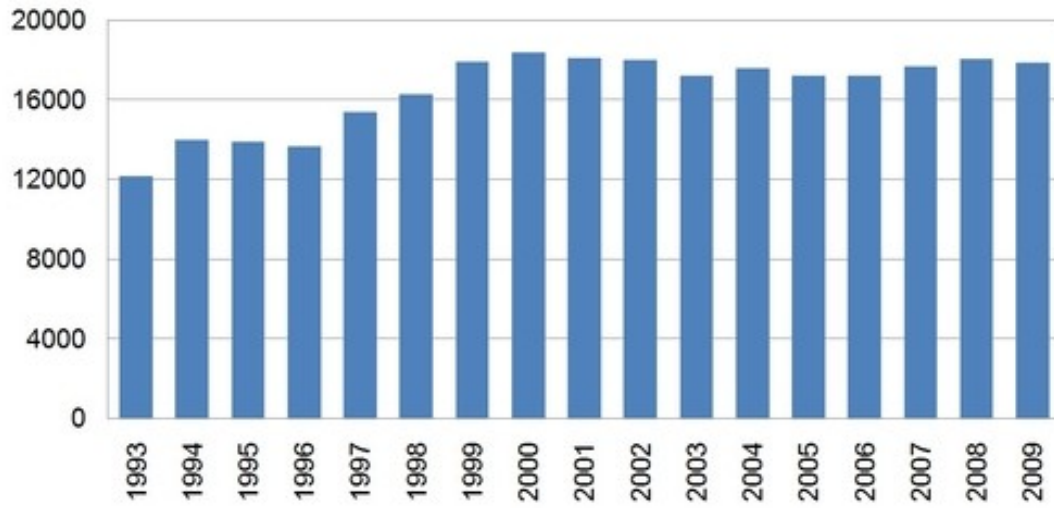


Abbildung 2: Anzahl Personen in substitutionsgestützter Behandlung 1993-2009 (ohne Diacetylmorphin) (in: Bundesamt für Gesundheit (BAG) o.J.: 1)

## **3 Bedürfnisse und Problemlage im Alter, insbesondere bei alternden Opiatabhängigen**

In diesem Kapitel wird zuerst versucht der Begriff „Alter“ anhand von verschiedenen Theorien und Konzepten zu erläutern. Im Anschluss werden die Bedürfnisse und Problemlagen von alternden Menschen und von alternden Opiatabhängigen anhand des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells nach Engel aufgezeigt.

### **3.1 Begriff Alter**

Um den Begriff „Alter“ genauer zu erläutern, werden hier Definitionen von verschiedenen Autorinnen und Autoren miteinbezogen, welche einander ergänzen sollen.

„Alter ist als Begriff inzwischen vielschichtiger und unbestimmter denn je. Er wird in sehr unterschiedlichen Kontexten genutzt und beinhaltet eine Vielzahl gesellschaftlicher und kultureller Deutungen“. (Backes 2013: 11) Dem Begriff „Alter“ wird in unserer Leistungsgesellschaft im Sinne einer Abgrenzung oder als Gegenteil zu „Jugend“ verstanden. Alter gilt als Lebensphase, in welcher die Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, in der nicht mehr mitgehalten werden kann, in der Menschen ausgewechselt werden. Das Alter wird jedoch ebenfalls als Phase des Zurückblickens auf die erbrachten Leistungen, des verdienten Lebensabends und der neu gewonnenen Freiheiten verstanden. In der Regel werden Merkmale menschlichen Daseins bereits nach der Lebensmitte mit „alt“ oder „älter“ gekennzeichnet: z.B. ältere Arbeitnehmende ab dem 50. Lebensjahr, in manchen Berufen bereits früher. Als kulturelles Muster des Eintritts in die „Lebensphase Alter“ hat sich jedoch mit der Einführung der Altersvorsorge der Übergang in den Ruhestand nach Beendigung des Erwerbslebens herausgebildet. Diese Abgrenzung ist heute ökonomisch klar abgegrenzt durch die gesellschaftliche organisierte Freistellung von der Erwerbsarbeit und durch die Verfügbarkeit über (idealerweise) bedarfsdeckende und statussichernde Lohnersatzleistungen (vgl. Backes 2013: 11f.).

Die Lebensphase als Teil des Lebenslaufes genau abzugrenzen, wird zunehmend schwieriger. „Das Ende des Lebens ist mit dem Tod klar begrenzt, doch der Übergang vom mittleren zum höheren Erwachsenenalter – und damit ins Alter – ist immer schwieriger zu bestimmen“. (ebd.: 22) Der Übergang in den beruflichen Ruhestand hat einen Teil seiner determinierenden Wirkung verloren, da der Vorruhestand, der gleitende Übergang in den Ruhestand, die Erwerbsminderung und die Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmenden

den den Zeitpunkt des Austritts aus dem Erwerbslebens gedrückt und uneinheitlich gemacht haben (vgl. ebd.: 22).

Dies ist einer der Gründe, weshalb viele Autorinnen und Autoren und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das „kalendarische oder chronologische Alter“ als Altersbezeichnung verwenden. Dieser Altersbegriff bezeichnet die Anzahl der bisher gelebten Jahre und macht Alter messbar. Damit lassen sich ausserdem verschiedene Lebensabschnitte markieren. Die WHO definiert das jeweilige chronische Alter wie folgt (vgl. Bojack et al. 2010: 13f.):

- Alternde Menschen: 50-60 Jahre
- Ältere Menschen: 61-75 Jahre
- Alte Menschen: 76-90 Jahre
- Sehr alte Menschen: 91-100 Jahre
- Hochaltrige: über 100 Jahre

Backes sieht jedoch die wichtigste Einteilung von Alternsstadien nicht am kalendarischen Alter, sondern an den jeweils noch vorhandenen Fähigkeiten in körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Funktionsbereichen (vgl. Backes 2013: 23).

Backes (ebd.) beschreibt in diesem Zusammenhang folgendes:

Danach prägen sich allgemein unterschiedliche Alternsformen für Teilgruppen der Alten aus, manche Menschen altern langsam, andere sind ‚vorgealtert‘. Ausserdem können Alternsprozesse in einzelnen Funktionsbereichen unterschiedlich schnell verlaufen, sodass das funktionale Alter nur differenziell zu bestimmen ist. Deutlich wird dadurch eine Vielfalt von Alternsprozessen und Alternsstadien innerhalb des Lebenslaufs, und damit auch von Ausprägungen von Alter innerhalb des Bevölkerungssegments von über 60-Jährigen.

Nach Backes müsste für eine Analyse vom Begriff „Lebensphase im Alter“ ausgegangen werden, da „Alter“ als einzelne Phase zu heterogen ist hinsichtlich Rollenübernahmen, Veränderungen im Selbstkonzept und entwickelter Identitätsvorstellungen (vgl. ebd.: 23).

Ausserdem hat der demografische Wandel in den letzten 30-40 Jahren den Altersbegriff und das Älterwerden stark beeinflusst. Die Schweiz und andere europäischen Länder erleben eine demografische Alterung. Aufgrund eines seit 1972 tiefen Geburtenniveaus sinkt der Anteil an jüngeren Menschen und die Gesamtbevölkerung wird älter. Junge Menschen werden zur demografischen Minderheit, während die Anzahl älterer Menschen ansteigt. Ein entscheidender Einflussfaktor der unmittelbaren demografischen Zukunft der Schweiz ist das Altern der geburtenstarken Jahrgänge (Babyboom-Generation), die selbst



jedoch wenig Kinder zur Welt brachten. Seit den 1970er Jahren wird die demografische Alterung der schweizerischen Bevölkerung zusätzlich durch einen lange Zeit unterschätzten Anstieg der Lebenserwartungen älterer Frauen und Männern vorangetrieben (vgl. Höpflinger 2009: 23f.).

Aufgrund der Ausdehnung der Lebensspanne und vor allem der Ausweitung der gesunden bzw. behinderungsfreien Lebenserwartungen, findet Höpflinger, dass die Einteilung in erwerbstätige Bevölkerung und Altersrentnerinnen/Altersrentner nicht mehr der Realität entspricht. Er unterteilt die zweite Lebenshälfte (50+) deshalb in verschiedene Lebensphasen (vgl. ebd.: 24):

### **Höheres Erwachsenenalter bzw. Seniorenalter (etwa 50-65 Jahre)**

In dieser Phase sind die meisten Menschen weiterhin erwerbstätig, jedoch rückt das Ende der Erwerbsphase näher. Die eigenen Kinder werden erwachsen und ziehen meist von zuhause weg. Meist verfügen Menschen in dieser Phase wieder über mehr Zeit zur Pflege ihrer Interessen und ihr frei verfügbares Einkommen steigt durch die wegfallende Abhängigkeit ihrer Kinder an. Im späteren Erwachsenenalter werden Frauen und Männer oft mit weiteren familiären Herausforderungen konfrontiert wie dem Altern und Sterben ihrer Eltern einerseits und der Geburt von Enkelkindern andererseits (vgl. ebd.: 25f.).

### **Gesundes Rentenalter (zumeist 63/65-80/84 Jahre)**

Mit der Pensionierung werden Frauen und Männer von der Erwerbsarbeit befreit. Obwohl der Wegfall der Erwerbsarbeit häufig mit Statusverlust und Einkommenseinbussen verbunden ist, gibt es keine Hinweise darauf, dass die Mehrheit der Rentnerinnen und Rentner an einem „Pensionierungsschock“ leiden. Da immer mehr Frauen und Männer nach dem Rentenalter lange gesund bleiben und wirtschaftlich abgesichert sind, können sie immer mehr von einer langen aktiven Freiheit profitieren. In dieser Lebensphase sind immer mehr ältere Männer und Frauen aktiv und engagiert, sei es zur Unterstützung der Angehörigen oder durch Freiwilligenarbeit in Vereinen oder Organisationen. Mit der Pensionierung wird die Wohnung noch stärker als vorher zum Lebensmittelpunkt, da der Arbeitsort und der berufliche Pendelverkehr wegfallen (vgl. ebd.: 26f.).

### **Hohes Lebensalter mit verstärkter ‚Fragilität‘ (häufig ab 80/84 Jahren)**

Im hohen Lebensalter treten auch bei gesunder Lebensführung altersbezogene Einschränkungen und Defizite auf. Das fragile Alter beginnt jedoch bei den meisten Männern und Frauen vergleichsweise spät, nach dem 80. Lebensjahr, obschon eine Minderheit schon früher unter chronischen Beschwerden und funktionalen Einschränkungen leidet.

Im hohen Alter sind Höreinbussen und Seheinschränkungen sehr häufig und chronische Beschwerden treten vermehrt auf. Selbständiges Haushalten und Wohnen ist in dieser Lebensphase meist noch möglich, aber oft nur mit Einschränkungen und mit ambulanter Unterstützung und angepassten Wohnungen und Wohnumgebungen (barrierefreies Wohnen) (vgl. ebd.: 27ff.).

### **Pflegebedürftiges Alter und Lebensende**

Pflegebedürftigkeit im Alter ist kein zwangsläufiges Schicksal, denn manche Menschen sterben ohne längere Phase der Pflegebedürftigkeit. Es ist jedoch klar, dass mit steigendem Lebensalter das Risiko von Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Abhängigkeit von Pflege und Hilfe zunimmt. Es gibt viele einzelne Ursachen für Pflegebedürftigkeit, im hohen Alter zentral sind hirnorganische Störungen. Mehr als ein Drittel der über 90-Jährigen leidet an demenziellen Erkrankungen. In dieser Lebensphase ist eine intensive Pflege notwendig, die in der angestammten Wohnung für die Angehörigen oft eine zu grosse Belastung bedeutet. Viele Frauen und Männer im pflegebedürftigen Alter leben deshalb in Alters- und Pflegeheimen und verbringen dort ihre letzte Lebenszeit (vgl. ebd.: 29).

## **3.2 Bedürfnisse und Problemlage**

Der Psychiater Georg L. Engel publizierte 1977 zum ersten Mal das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Er entwarf damit einen Gegenentwurf zum biomedizinischen Modell der Humanmedizin. Damit wurde in der Medizin erstmals der Mensch nicht mehr als „funktionierende Maschine“ betrachtet, sondern er wurde als körperlich-seelisches Wesen in seiner sozialen Lebenswelt verstanden. Der Grundgedanke des Modells nach Engels besteht darin, dass die biologisch-organischen, die psychischen und die sozialen Bedingungen, in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen. Aus diesen Faktoren und deren Veränderungen lassen sich Entwicklungen und Verlauf von Störungen erklären (vgl. Jungnitsch 2009: 31).

Der Autor versteht daher den Mensch nicht nur als biologisches Wesen, sondern er möchte ebenso die psychologischen und sozialen Faktoren mitberücksichtigen, da auch diese Auswirkungen auf die Gesundheit von älteren Menschen haben.

### **3.2.1 Biologische Dimension**

In diesem Unterkapitel werden die körperlichen Bedürfnisse, Veränderung und Beeinträchtigungen im Alter mit und ohne Opiatabhängigkeit diskutiert.

#### **3.2.1.1 Im Alter**

Der Anstieg der Lebenserwartungen und die zeitliche Ausdehnung des gesunden und behinderungsfreien Lebens, ermöglicht es den Rentnerinnen und Rentner aktiv und kreativ ihre nachberufliche Lebensphase zu gestalten. Ältere Menschen bleiben im höheren Lebensalter zunehmend aktiv und engagiert. Soziale Verhaltensweisen wie Sport, Sexualität und Lernen, die früher nur jüngeren Erwachsenen zugetraut wurden, werden vermehrt als zentrale Voraussetzung eines erfolgreichen Alterns definiert (vgl. Höpflinger 2009: 35).

Mit ansteigendem Alter stellen sich im Menschen jedoch physiologische Veränderungen ein wie Verminderung der Seh- und Hörkraft, Einschränkungen der Lungenfunktion, Veränderungen der Blutgefäße und des Blutdrucks, geringere Knochendichte und eine veränderte Glukose- und Alkoholtoleranz. Die Ausprägungen der jeweiligen Krankheitsbilder und Einschränkungen sind individuell, weisen jedoch im Alter oft Parallelen auf. Bereits früh auftretende körperliche Probleme können sich im Alter verstärken und chronisch werden, was zunehmende Anpassungs- und Kompensationsleistungen erforderlich machen. Im höheren Alter nehmen insbesondere chronische Erkrankungen, Tumorerkrankungen und das Schmerzempfinden zu. Ausserdem treten Krankheiten vermehrt gleichzeitig auf. Durch die zunehmende Anhäufung von Erkrankungen und körperlichen Beeinträchtigungen steigt der Bedarf an Unterstützungsleistungen, welcher bis hin zur Pflegebedürftigkeit führen kann. Im hohen Alter steigt auf Grund von Einschränkungen im Bewegungsapparat und Beeinträchtigung im Seh- und Hörvermögen das Sturzrisiko an. Etwa 10-20% dieser Stürze führt jeweils zu Verletzungen (vgl. Bojack et al. 2010: 26ff.). Hier ist noch zu erwähnen, dass die Aufrechterhaltung und Entwicklung der Gesundheit mit steigendem Alter immer mehr an Bedeutung gewinnt, da chronische Beschwerden in zunehmendem Alter die physische Funktion zu beeinträchtigen beginnen. Die Gesundheitssituation ist eine wesentliche Determinante der Lebensgestaltung, der Lebenszufriedenheit und der Planung der zukünftigen Lebensbedingungen (vgl. Niekrens 2012: 26f.).

#### **3.2.1.2 Bei alternden Opiatabhängigen**

Im Vergleich zur durchschnittlichen älteren Bevölkerung bestehen bei alternden Opiatabhängigen deutlich höheren Raten an Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C oder HIV sowie weitere chronische körperliche Erkrankungen, die andauernd behandelt wer-

den müssen. Dabei stehen Krankheiten wie Arthritis, Bluthochdruck, chronische Lungenerkrankung, Magengeschwüre bzw. Reizdarm, Herzprobleme, Leberzirrhose und Diabetes mellitus im Vordergrund.

Die Todesursache unterscheidet sich zwischen jüngeren und älteren Opiatabhängigen deutlich. Es existieren Ergebnisse von Studien in England die zeigen, dass Abhängige unter 40 Jahren zu etwa 50% an direkt mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehenden Ursachen sterben, während bei älteren Abhängigen in den meisten Fällen die Todesursache nicht direkt mit dem Drogenkonsum in Verbindung steht. Bei älteren Abhängigen stehen Erkrankungen der Leber, der Lunge, Tumore oder Virushepatitiden im Vordergrund. Zudem nimmt, wie bei der allgemeinen Bevölkerung, im Alter die Sturzgefahr zu. Dies ist besonders problematisch, da die Knochendichte bei opiatabhängigen Menschen im fortgeschrittenen Alter im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung disproportional stark abnimmt. Dazu kommen Gefässerkrankungen in den Beinen durch den intravenösen Konsum, die zu verminderter körperlicher Aktivität und zunehmender Immobilität führen. Die immer schlechter werdenden Venenverhältnisse und zunehmende Sehprobleme können die intravenöse Anwendung des Opiats/Substituts erschweren (vgl. Dürstler-MacFarland et al. 2011: 106f.).

In Befragungen von Betroffenen wird diese Situation mehrheitlich bestätigt. Im Rahmen der Studie „Ältere Drogenabhängige in Deutschland“ wurden im Jahr 2010 je 15 leitfadengestützte Interviews mit ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in Berlin und Frankfurt am Main durchgeführt (vgl. Vogt et al. 2010b: 11). Eine Mehrzahl der Befragten berichtet von zum Teil schweren körperlichen Erkrankungen, jedoch fühlen sich nur die wenigsten dadurch im Alltag eingeschränkt. Die Leiden der Befragten sind sehr unterschiedlich und bestehen unter anderem aus Problemen mit der Wirbelsäule, vermindertem Sehvermögen, chronischen Lebererkrankungen, Zahnproblemen oder Nebenwirkungen der Medikamente zur HIV- oder AIDS-Behandlung. Die meisten fühlen sich jedoch dadurch nicht beeinträchtigt und nehmen es vielmehr als vermeintliche Belästigung hin. Einige Befragte äussern sogar, dass sie sich topfit fühlen. Trotz starken Einschränkungen sind die meisten subjektiv sehr optimistisch, was ihre körperliche Gesundheit anbelangt (vgl. ebd.: 75ff.).

Ähnliche Ergebnisse erhalten Vogt et al. in der SDDCare Studie, welche Resultate aus der ganzen Bundesrepublik liefert. Im Rahmen des EU-Projekts „Senior drug dependents and care structures“ (SDDCare) wurden im Jahr 2009 qualitative Interviews mit 20 Betroffenen in ganz Deutschland geführt (vgl. Vogt et al. 2010a: 7). Trotz erheblichen und schwerwiegenden Erkrankungen kommen die meisten Betroffenen damit gut zurecht. Offenbar gelingt es vielen die Schwere der gesundheitlichen Erkrankungen bewusst auszu-

blenden. Ebenfalls denkbar ist, dass die meist täglich eingenommenen Opiate dazu beitragen, dass sie die körperlichen Belastungen und Schmerzen weniger stark wahrnehmen. Eine Mehrheit der Betroffenen erlebt die Krankheiten und Nebenwirkungen des Drogenkonsums jedoch als Belastung, insbesondere erschweren sie die Teilhabe am öffentlichen Leben und die Ausübung von Freizeitaktivitäten (vgl. ebd.: 41ff.).

Einigen ist ihre bedrohliche gesundheitliche Belastung bewusst, sie fühlen sich jedoch meist damit allein gelassen. Die Mehrzahl der Betroffenen haben keine Familienangehörige, Partnerin resp. Partner oder Freundinnen oder Freunde, die sich im Krankheitsfall um sie kümmern oder wenigstens einmal vorbeischaun und wenn nötig Hilfe organisieren würden. Da die meisten keine Unterstützung im Umfeld bekommen, sind sie auf professionelle Dienste angewiesen (vgl. Vogt et al. 2010b: 77).

Eine quantitative Studie in Hamburg zeigt ein vergleichbares Bild. Die Hamburger Studie „Die Bedarfe älterer Konsumentinnen illegaler Drogen“ befragte im Jahr 2008 mittels eines standardisierten Fragebogens 51 aktive und ehemalige Drogenkonsumierende ab einem Alter von 45 Jahren und stellte ihnen in einem Interview offene Fragen (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 14). Hier gibt ebenfalls nur ein kleiner Teil der Befragten an, unter keinen körperlichen Beschwerden oder Einschränkungen zu leiden. Von den 80%, die an Einschränkungen leiden, äussert die Hälfte Gelenkserkrankungen zu haben und ein Viertel leidet an Atemwegserkrankungen. Die Hälfte der Betroffenen ist zudem mit Hepatitis C infiziert und ein erheblicher Anteil der Befragten ist HIV-positiv. Nach subjektiver Einschätzung ist jedoch nur rund ein Viertel der Befragten in ihrem Alltag durch körperliche Erkrankungen eingeschränkt (vgl. ebd.: 51f.).

Ein grosser Teil der Betroffenen in der Hamburger Studie gibt an, dass sie keine Einschränkungen oder nur leichte Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung, der Körperpflege und der Mahlzeitenzubereitung haben. Ein grosser Teil der Älteren ist in der Lage Gesundheitsrisiken zu meiden, indem sie z.B. nur frische Spritzen verwenden oder keinen ungeschützten Sex praktizieren. Einer grossen Anzahl alternden Opiatabhängigen gelingt es hingegen nicht sich ausgewogen zu ernähren und sich körperlich fit zu halten (vgl. ebd.: 58f.).

### **3.2.2 Psychologische Dimension**

In diesem Unterkapitel werden die psychologischen, geistig und spirituellen Bedürfnisse, Veränderungen und Beeinträchtigungen im Alter mit und ohne Opiatabhängigkeit genauer erläutert.

### 3.2.2.1 Im Alter

Allgemein wirken sich körperliche und soziale Einschränkungen und Defizite auf die Belastbarkeit und das Verarbeitungsvermögen von alten Menschen aus. Das höhere Alter (ab dem 75. Lebensjahr) ist geprägt von seltener werdenden Selbsterfahrungen als aktiver und leistungsfähiger Mensch, Einbussen von Anerkennung und Bestätigung, Verlusten von Bezugspersonen, körperlichen Funktionseinbussen und Schmerzen und Beeinträchtigungen. Die Auseinandersetzung mit Trauer und Abschied ist zwar in diesem Alter nach wie vor möglich, jedoch nicht mehr in gleichem Mass wie in jungen Jahren. Im Alter zeigt sich eine intensive Verbindung zwischen Körper und Psyche, körperliche Einschränkungen und Erkrankungen bringen deshalb eine erhöhte psychische und seelische Verletzlichkeit (Vulnerabilität) mit sich. „Umso wichtiger werden psychische Rahmenbedingungen und die Sinnhaftigkeit des Seins, die durch Interessen, soziale Bindungen und sinnvolle Aufgaben gekennzeichnet sind“. (Backes 2013: 106) Die alterstypischen Rahmenbedingungen bilden den Hintergrund für die wichtigsten psychischen Alterskrankheiten wie Demenzen und depressiven Störungen (vgl. ebd.).

Die „Berliner Altersstudie“ hat Art und Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei alten Menschen in Berlin untersucht. Dabei zeigen 44% der über 79- Jährigen keinerlei psychische Störungen, während ein Viertel eindeutig psychisch krank ist. Von den psychischen Krankheiten werden meist Demenzerkrankungen diagnostiziert (bei 14% der Untersuchungsgruppe diagnostiziert), gefolgt von Depressionen mit 9% (vgl. ebd.: 107f.).

Nebst Depressionen und Demenzen sind Schlafstörungen bei älteren Menschen sehr oft ein Anlass für die Verordnung von Medikamenten. Aufgrund verschiedener physiologischer Veränderungen wird der Schlaf oberflächlicher und störanfälliger, insbesondere im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen (vgl. Bojack 2010: 28).

Nach Niekrens kann das vermehrte Auftreten von chronischen Erkrankungen im Alter und die steigende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Gefühle der Resignation hervorrufen oder zu einem negativen Weltbild führen, da die Autonomie und die Selbstbestimmung hier verletzt werden. Solche Faktoren können eine Suchtmittelabhängigkeit oder eine Medikamentenabhängigkeit begünstigen (vgl. Niekrens 2012: 28).

Es ist noch anzufügen, dass die Lebensphase Alter nicht nur negativ erlebt wird. Je nach individuellen Gegebenheiten und umweltbezogenen Einflüssen wird das Altern unterschiedlich erlebt. Insbesondere die frühe Altersphase (65-70 Jahre) wird von vielen Betroffenen als positiver und aktiver Lebensabschnitt verstanden, zudem kann ihr Selbstwertgefühl und ihr Autonomiegrad zu dieser Zeit sehr hoch sein (vgl. Wolter 2011: 33).

### 3.2.2.2 Bei alternden Opiatabhängigen

Menschen mit einer Opiatabhängigkeit leiden überdurchschnittlich häufig an chronischen psychischen Erkrankungen und dies verändert sich im Alter nicht. Allerdings können in dieser Lebensphase Störungen neu auftreten, gerade im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren wie Vereinsamung, sozialer Ausgrenzung oder zunehmenden körperlichen Beschwerden. Besonders von Bedeutung sind affektive Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Diese prägen das Beziehungsmuster auch im Alter und können zu sozialen Problemen im nahen Umfeld und in der professionellen Beziehung beitragen. Dazu kommen neurokognitive Auffälligkeiten wie Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, der Psychomotorik oder der exekutiven Funktionen (vgl. Dürstler-MacFarland et al. 2011: 107f.).

Gemäss der bereits erwähnten SDDCare Studie leiden viele Betroffene sowohl an körperlichen als auch an psychischen Störungen. Obwohl die körperlichen Einschränkungen oft erheblich sind, sind es die psychischen Störungen, die ihnen mehr zusetzen. Dabei erleben die Betroffenen Störungen wie Depressionen und Ängste als ausserordentlich belastend. In solchen Fällen prägen die psychischen Störungen meist den Alltag und machen die Betroffenen häufig einsam und vulnerabel gegenüber Diskriminierung (vgl. Vogt et al. 2010a: 41f.). Aus den Befragungen in Berlin und Frankfurt am Main geht hervor, dass Depressionen und Angststörungen sowie Panikattacken die meist verbreiteten psychischen Erkrankungen sind. Einerseits beschreiben die Betroffenen, dass ein verstärkter Substanzkonsum psychische Störungen auslöst beziehungsweise verstärkt, andererseits werden sie oft auch als Selbstmedikation missbraucht. Konkret heisst dies, dass die Betroffenen die psychoaktiven Substanzen zur Milderung ihrer psychischen Leiden einsetzen. Die Betroffenen beschreiben ihre psychischen Störungen als sehr wirkmächtig und beeinträchtigend. Depressionen und Ängste können zudem mit sozialem Rückzug verbunden sein (Vogt et al. 2010b: 81f.).

In der bereits erwähnten Hamburger Studie zeigt sich ein vergleichbares Bild. Über 80% der Befragten gibt an, an mindesten einer psychischen Belastung zu leiden. Nebst bereits genannten Störungen wie Depression sowie Angst- und Panikattacken, sind hier noch Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten und Einsamkeit von grosser Bedeutung. Zudem hatte ein nicht unerheblicher Teil der Befragten im letzten Jahr Selbstmordgedanken. Daher lässt diese Studie ebenfalls den Schluss zu, dass psychische Beschwerden einen starken Einfluss auf das gegenwärtige Leben der Befragten haben. Bei mehr als der Hälfte wirken psychische Störungen stark einschränkend im Alltag. Nur ein kleiner Teil der Betroffenen bestätigt, im letzten Monat gar nicht oder wenig unter psychischen Beschwerden gelitten zu haben (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 54).

### 3.2.3 Soziale Dimension

In diesem Unterkapitel werden die sozialen Bedürfnisse, Veränderungen und Beeinträchtigungen im Alter mit und ohne Opiatabhängigkeit diskutiert. Dabei wird genauer auf die sozialen Kontakte, die Wohnsituation, die Versorgung und Unterstützung und die Lebensperspektive eingegangen.

#### 3.2.3.1 Im Alter

Vor allem Veränderungen in den Möglichkeiten einer aktiven Teilhabe kennzeichnen die soziale Dimension. „Durch die gesellschaftliche Prägung des Alters werden charakteristische Übergänge in den individuellen Lebensläufen und damit verbundene Entwicklungsaufgaben definiert“. (vgl. Bojack et al. 2010: 20) Diese erfordern eine grundlegende Neuorientierung und bergen das Risiko einer Fehlanpassung. Wichtige Kriterien der sozialen Dimension sind die Berufsaufgabe, gesellschaftliche Altersstereotypen, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung und Aktivität (vgl. ebd.: 24).

Durch den Eintritt in die Pensionierung fällt die Berufstätigkeit weg. Die damit verbundene berufliche Identität und das Wahrnehmen einer sinn- und gemeinschaftsstiftenden Beschäftigung und gewohnte Tagesstrukturierung gehen ebenfalls verloren. Eine solche Veränderung kann eine Identitätskrise bei einem alternden Mensch auslösen. Die neuen Freiheiten (Wegfall von elterlichen Pflichten und Berufstätigkeit), können auch zu einer Belastung werden, wenn Aktivitäten oder soziale Kontakte fehlen (vgl. ebd.). Oftmals wird dieser Wechsel von den Betroffenen jedoch als positiv empfunden. Die neu verfügbaren zeitlichen Ressourcen werden für Freizeitaktivitäten, gemeinnützige Arbeit und Betreuung von Enkelkindern eingesetzt (vgl. Höpflinger 2009: 26f.).

Der Eintritt in die Pensionierung ist oft mit Einkommensverlusten verbunden. In Ländern wie Deutschland und der Schweiz stellt sich die heutige finanzielle Lage der Rentnerinnen und Rentner relativ gut dar, da die heutige Rentnergeneration noch weitgehend von einer guten Einkommensbasis ausgehen kann. Dennoch gibt es einen beträchtlichen Anteil älterer Menschen, der in Armut leben muss. In Deutschland zum Beispiel lag das Risiko der Einkommensarmut im Jahr 2005 bei Älteren bei 11.4 Prozent (vgl. Bojack et al. 2010: 25).

Die Wirkung der Wohnverhältnisse auf das körperliche und psychische Wohlbefinden darf nicht unterschätzt werden. Mit zunehmendem Alter findet die Alltagsgestaltung zunehmend im Wohnraum statt und insbesondere bei bestehender Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit verbringen Menschen immer mehr Zeit ihres Lebens in der Wohnung. Das Leben in der eigenen Wohnung ist für alte Menschen der Ausdruck vorhandener Kompe-



tenz, Selbständigkeit und Eigenbestimmung. Die Wohnung wird somit immer stärker zum Lebensmittelpunkt und zum zentralen Ort für soziale Kontakte (vgl. Kleiner 2012: 29).

Mit steigendem Lebensalter nimmt in der Regel der Umfang der sozialen und familiären Beziehungen ab. Dies begründet sich einerseits im Tod von der Partnerin oder des Partners, von Angehörigen und Freundinnen und Freunden und andererseits im individuellen Rückzug (zunehmende Immobilität, Erkrankungen und Einschränkungen sowie der Wunsch, niemandem zur Last fallen zu wollen etc.). Eingeschränkte soziale Kontakte fördern die Entwicklung von Gefühlen der Einsamkeit und der sozialen und emotionalen Isolation. Der Verlust der Partnerin oder des Partners gilt dabei als eines der belastendsten Lebensereignissen. Mit dem Tod der Lebenspartnerin oder des -partners ist nicht nur der Verlust einer andauernden Beziehung zu einer wichtige Vertrauensperson verbunden, sondern auch eine Reihe von Veränderungen (Sinnverlust, Verringerung soziales Netz, finanzielle Einbussen, Übernahme ungewohnter Aufgaben und eventuelle Veränderungen in der Wohnsituation etc.). Diese vielfachen Belastungsfaktoren führen nicht selten zu einer Beeinträchtigung der physiologischen und psychologischen Gesundheit (vgl. ebd.: 30f.).

### **3.2.3.2 Bei alternden Opiatabhängigen**

Die Opiatabhängigkeit bringt nicht nur somatische und psychische Folgeerscheinungen mit sich, sondern hat genauso diverse soziale Konsequenzen. Da der Besitz und der Handel von Heroin in der Schweiz und in Deutschland illegal sind, machen sich die Konsumentinnen und Konsumenten vor dem Gesetz strafbar. Die Folge davon ist ein Abrutschen in die Beschaffungskriminalität, welche oft Gefängnisaufenthalte mit sich bringt. Frauen gehen zudem häufig der Prostitution nach, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Dadurch bewegen sie sich meist in einem kriminellen Umfeld und erleben immer wiederkehrende traumatische Verletzungen (vgl. Deimel 2011: 21f.).

Ein grosser Teil der Opiatabhängigen ist stark verschuldet. Aufgrund der angespannten finanziellen Situation kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten bei der Bezahlung der Wohnungsmiete. Folgen sind in vielen Fällen der Verlust des Wohnraums und die darauf folgende Obdachlosigkeit (vgl. ebd.: 22).

Da die Suchterkrankung ihren Beginn meist in den Jugendjahren oder im frühen Erwachsenenalter hat, haben die Betroffenen oftmals nur einen niedrigen Bildungsstand. Dies erschwert meist eine erfolgreiche Berufskarriere. Aufgrund des täglichen Drogenkonsums ist es vielen Abhängigen nicht möglich einer geregelten Arbeit nachzugehen und sie sind daher vielfach arbeitslos und beziehen Sozialhilfe oder eine IV-Rente (vgl. ebd.: 22).

Durch den Drogenkonsum und die Prostitution halten sich die Betroffenen in mehrheitlich kriminellen und auf sie schädigend wirkende Szenen auf. Aufgrund von Gewalterfahrun-

gen und dem Einfluss der Illegalität ist ein Verlust von Werten und Normen die Folge. Viele Opiatabhängige verlieren durch den Aufenthalt in der Drogenszene und den regelmäßigen Konsum ihre schützenden und unterstützenden sozialen Beziehungen. Drogenabhängige stellen eine Randgruppe in unserer Gesellschaft dar und haben dadurch Schwierigkeiten am öffentlichen Leben teilzunehmen. Durch die Ausgrenzung ist auch der Zugang zu Hilfesystemen für sie erschwert (vgl. ebd.: 23).

Es wird deutlich, dass die Opiatabhängigkeit in vieler Hinsicht auf die soziale Integration eines Menschen schädigend wirken kann. Die Betroffenen haben es mit multifaktoriellen Problemlagen zu tun. Diese Faktoren sind nicht nur Folgen der Abhängigkeitserkrankung, sondern können auch den Beginn einer Abhängigkeit begünstigen, deren weiteren Verlauf und die Genesung des Betroffenen stark beeinflussen (vgl. ebd.: 24). In der folgenden Abbildung werden die Folgen der Opiatabhängigkeit nochmals dargestellt:

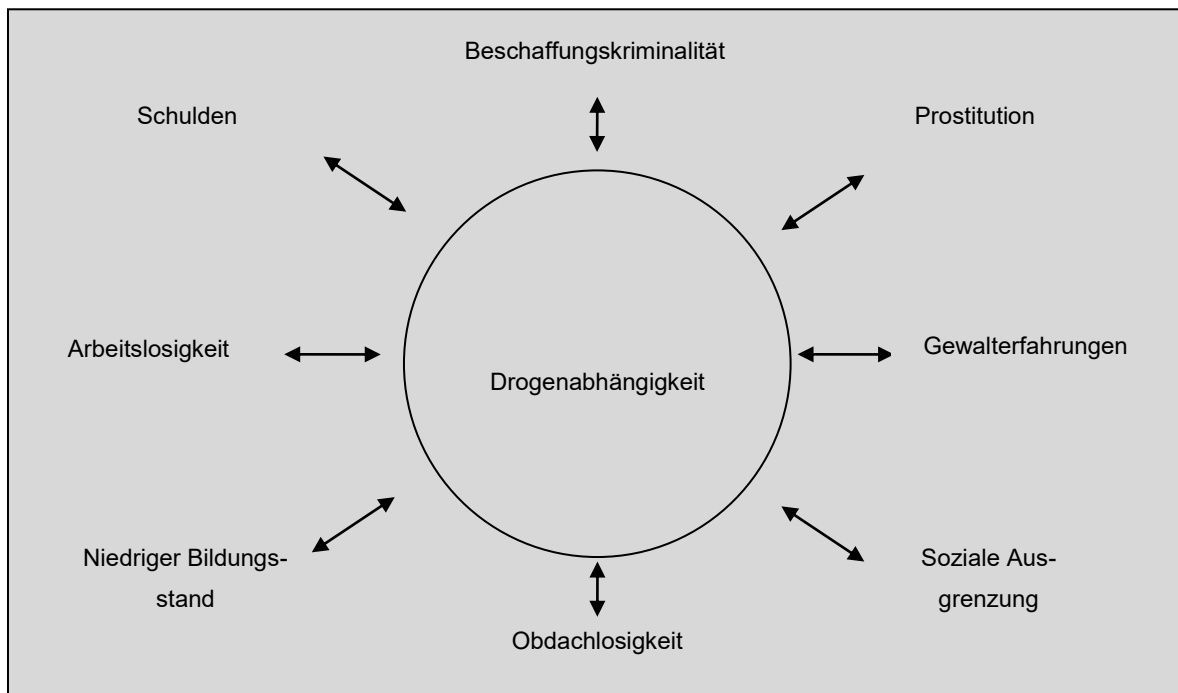


Abbildung 3: Psychosoziale Folgen der Drogenabhängigkeit (in: Deimel 2011: 24)

Deimel erläutert die obengenannten sozialen Folgen einer Opiatabhängigkeit nicht explizit für alternde Opiatabhängige, jedoch werden die noch folgenden Resultate von Studien in Deutschland aufzeigen, dass sich diese ebenfalls auf alternde Opiatabhängige übertragen lassen.

## Soziale Kontakte

Vogt et al. haben im Rahmen der SDDCare- Studie, welche, wie bereits erwähnt, deutschlandweit Opiatabhängige zu ihrer Herkunftsfamilie befragt. Dabei ist herausgekommen, dass über die Hälfte der Interviewten den Kontakt zur Kernfamilie oder zu Verwandten verloren hat. Einige haben nach wie vor Kontakt zu Familienangehörigen, meist jedoch sind die Beziehungen sehr brüchig. Nur wenige verfügen über einen engen und intensiven Kontakt zu ihren Eltern oder Geschwistern. Vorwiegend wird die Drogenabhängigkeit als Grund für die schwierige Beziehungsgestaltung angegeben. Viele der Befragten würden sich bei einem Treffen mit Familienangehörigen Vorwürfe machen oder müssten damit rechnen, dass sie abgelehnt werden, weil sich die Familienmitglieder für sie schämen. Ein Grossteil versucht deshalb gar nicht erst wieder Kontakt aufzunehmen und sucht stattdessen Kontakt zu Bekannten aus der Drogenszene oder schottet sich ab (vgl. Vogt et al. 2010a: 20f.). Der Kontakt zu Kindern oder Enkelkindern wird durch die Drogenabhängigkeit ebenfalls stark belastet. Nur wenige Väter und Mütter haben einen engen Kontakt, die Mehrheit hat, wenn, dann nur losen Kontakt zu ihren Kindern. Einerseits wollen die Kinder oft keinen Kontakt zu drogenabhängigen Elternteilen, andererseits schämen sich viele Eltern auf Grund der Drogenabhängigkeit in Kontakt mit ihren Kindern zu treten. Einen engeren Kontakt zu Kindern entsteht meist erst, wenn die Kinder erwachsen sind beziehungsweise die Elternteile den Drogenkonsum kontrollieren können, z.B. durch eine Substitutionsbehandlung. Für einige Abhängige stellt eine mögliche Verbesserung in der Beziehung zu den Kindern eine Motivation für die Veränderung der Lebenssituation und der Verringerung des Drogenkonsums dar (vgl. ebd.: 25f.).

Weniger als ein Viertel der Befragten lebt in einer Partnerschaft und davon lebt nur ein Bruchteil zusammen in einer Wohnung. Oft sind es von aussen aufgezwungene Gründe und Umstände (Gefängnis, Wohnungslosigkeit, Kriminalität und Armut), die ein Zusammenleben verunmöglichen. Eine Mehrzahl der Befragten, die nicht in einer Partnerschaft lebt, wünscht sich jedoch einen Lebenspartnerin oder eine Lebenspartner an ihrer Seite. Alleine zu sein ist für viele oft sehr negativ besetzt (vgl. ebd.: 26f.).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Betroffenen oftmals nur über wenige soziale Kontakte ausserhalb des Drogenmilieus verfügen. Ihre Kontakte beschränken sich häufig nur auf die Szene und die Hilfseinrichtungen der Drogenhilfe. Durch die immer weniger werdenden Kontakte in der „Normalbevölkerung“ verkehren die Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zunehmend nur noch in einem Umfeld, wo Drogen konsumiert werden (vgl. ebd.: 26ff.).

Wenn Opiatabhängige versuchen mit der „Normalbevölkerung“ in Kontakt zu treten, erleben sie vielfach negative Zuschreibungen wie „arm sein“ und „unzuverlässig sein“. Oft sind sie als Kunden in Geschäften, Restaurants oder als Besucher bei Privatpersonen

unerwünscht. Zudem müssen die Opiatabhängigen häufig mitansehen, wie die „Normalbevölkerung“ Handtaschen und Geldbeutel fester fassen und Türen und Schubladen verschliessen, wenn sie in ihre Nähe kommen. Die alternden Drogenabhängigen nehmen genau wahr, dass sie vielerorts auf Vorurteile treffen, weil sie abhängig sind. Diese Abschottung der „Normalbevölkerung“ führt dazu, dass sich die Abhängigen an den „Rand der Gesellschaft“ zurückziehen. Nicht alle Befragten sehen diese Abschottung als Problem an. Vereinzelt Befragte fühlen sich nicht so stark von der Gesellschaft ausgegrenzt. Diese verfügen meist über eigene Strategien, um Ausgrenzung und Einsamkeit zu überwinden. Viele fühlen sich davon aber klar betroffen und fordern deshalb, dass etwas gegen diese Ausgrenzung gemacht wird. Sie selbst unternehmen jedoch meist wenig, um aus der Isolation auszubrechen (vgl. ebd.: 30ff.).

Eine weitere Schwierigkeit stellt für die Betroffenen der Ausstieg aus dem Drogenmilieu dar. Wenn sich Personen ein neues Umfeld aufbauen wollen, ist der Übergang von den Szenenkontakten hin zu drogenfreien Kontakten ebenfalls häufig sehr schwer. Mit der Herauslösung aus dem Drogenmilieu fallen auch die Drogenkontakte weg. Die Isolation nimmt daher zu Beginn zu. Die Vereinsamung wird erst dann durchbrochen, wenn es den Betroffenen gelingt, Kontakte zu Menschen aufzubauen, die keine Drogenkarriere haben. Besonders schwierig ist die Situation für diejenigen Opiatabhängigen, die HIV-positiv sind und ihre Erkrankung nicht verbergen können. Eine Reintegration in die Gesellschaft scheint für diese Gruppe fast unmöglich zu sein (vgl. Eppler et al. 2011: 200f.).

Ähnliche Ergebnisse präsentiert auch die Studie, bei der alternde Opiatabhängige in Frankfurt am Main und Berlin befragt wurden: Viele der Befragten fühlen sich einsam und alleine. Sie haben oft nur Bekannte und Freunde aus der Drogenszene, möchten jedoch daneben in Kontakt mit anderen Menschen stehen. Dabei arbeiten einige aktiv gegen die Vereinsamung, während sich andere bewusst aus der Gesellschaft zurückziehen (vgl. Vogt et al. 2010b: 68). Allerdings gibt die Mehrheit an keinen Kontakt zu Familienangehörigen zu haben. Grund dafür sind laut Aussagen der Befragten, die Vorwürfe der Familienangehörigen und die eigene Scham für ihre Drogenabhängigkeit. Die Betroffenen beschreiben häufig, dass die engste Beziehung jene zu ihren Kindern sei. Die meisten Väter und Mütter haben regelmässig Kontakt zu ihnen. Sehr unterschiedlich zeigt sich jedoch die Intensität dieser Beziehungen. Eine Minderheit hat ein sehr enges Verhältnis zu ihren Kindern, die meisten jedoch telefonieren nur sporadisch und sehen sich sehr selten (vgl. ebd.: 60f.).

Wie schon in der SDDCare- Studie fühlen sich auch in Berlin und Frankfurt am Main viele alternde Opiatabhängige von der Normalgesellschaft ausgegrenzt. Ca. 50% fühlt sich an vielen Orten unerwünscht und hat den Eindruck meist unfreundlich behandelt zu werden. Einige Befragte geben an, selbst in der Drogenszene unter Diskriminierung und Ausgren-

zung zu leiden und zwar auf Grund einer HIV-Infektion oder einer AIDS- Erkrankung (vgl. ebd.: 70ff.).

Degkwitz und Zurhold ergänzen in ihren Hamburger Erhebungen, dass die sozialen Beziehungen im Alter abnehmen. Die Lebenssituation ist zunehmend davon geprägt, auf sich alleine gestellt zu sein. Bei einem Teil der befragten alternden Menschen mit einer Opiatabhängigkeit sind die Eltern bereits verstorben oder pflegebedürftig. Todesfälle in der Familie, Verlust von Partnerin oder Partner oder fehlender Kontakt zu den eigenen Kindern führen zur Vereinsamung. Viele Befragte verfügen nur noch über wenige gute und verlässliche Kontakte. Die dadurch bedingte Isolation ist oft der Grund für den Rückzug von der Aussenwelt (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 46). Somit verfestigt sich die Vereinsamung der alternden Opiatabhängigen. In Verbindung mit fehlendem Zugang zur Arbeit, wenigen tragfähigen Partnerschaften (mit Suchtproblematik), kaum weiteren (drogenfreien) Beziehungen und dem Rückgang der Bedeutung von Szenenkontakten verschärft sich die soziale Isolation. Die älteren Abhängigen haben insbesondere bei Beziehungen erhebliche Teilhabestörungen und entsprechend eine geringe Zufriedenheit und Lebensqualität (vgl. ebd.: 34f.).

### **Wohnsituation**

Mehr als die Hälfte der Befragten in Hamburg geben an alleine zu leben. Nur gerade 20% geben an mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner gemeinsam zu wohnen. Die Art des Zusammenlebens besteht im Schnitt seit zehn Jahren, wobei befragte Frauen häufiger als befragte Männer in einer Partnerschaft leben. In den meisten Fällen weisen die jeweiligen Partnerinnen oder Partner ebenfalls eine Drogenabhängigkeit auf (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 44).

Die Befragten in der deutschlandweiten Studie wünschen sich solange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung leben zu können. Sie ziehen in der Regel das Alleine-Leben gegenüber einer Gemeinschaft vor. Sie möchten aber trotzdem gerne Kontakt mit anderen Menschen haben. Das „Alleine-Wohnen“ wird im Alter zunehmend schwieriger, da die älteren Opiatabhängigen zunehmend auf Unterstützungsleistungen und Pflege angewiesen sind. Viele wünschen sich deshalb ein Leben in einer losen Gemeinschaft in einem betreuten Einzelwohnen. Einige wünschen sich ausserdem stärker in eine Wohngemeinschaft eingebunden zu sein. Solche, die sich ein Wohnen in Gemeinschaft vorstellen können, haben klare Vorstellungen davon, mit welchen Leuten sie zusammenleben können und mit welchen nicht. Meist wünschen sie sich ein Zusammenleben mit Menschen, die in einer ähnlichen Lebenslage sind (Mitbewohnende mit ähnlicher Abhängigkeitserkrankung) (vgl. Vogt et al. 2010a: 46f.).

Befragte aus Berlin und Frankfurt am Main haben ähnliche Vorstellungen betreffend Wohnen: Knapp die Hälfte der Befragten möchte so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben. Es ist ihnen zudem wichtig, in einer ihnen vertrauten Umgebung im Quartier alt zu werden. Als für sie infrage kommende alternative Wohnformen geben sie das betreute Einzelwohnen, die betreute Wohngemeinschaft und das Alters- und Pflegeheim an. Wobei sich etwa die Hälfte der Betroffenen ein Leben im Alters- und Pflegeheim vorstellen kann. Für die andere Hälfte stellt das Alters- und Pflegeheim keine geeignete Wohnform dar. Bei einem allfälligen Übertritt ins Alters- und Pflegeheim wünschen sich die Befragten, dass ihnen ohne Vorurteil begegnet wird und sie als „normale“ Menschen behandelt werden (vgl. Vogt et al. 2010b: 89ff.).

### **Versorgung und Unterstützung**

Bei allen drei Studien wird klar ersichtlich, dass ein grosser Teil der Betroffenen im Krankheitsfall auf professionelle Unterstützung angewiesen sind, da ihr soziales Netz sehr dünn ist und sich selten Partnerinnen und Partner, Freundinnen und Freunde oder Familienangehörige um die Pflege und die medizinische Versorgung kümmern können oder wollen. Die Befragten in Berlin und Frankfurt am Main wünschen sich vor allem Unterstützung in der Überwindung der Einsamkeit und in der alltäglichen Lebensbewältigung. Einige haben zudem den Wunsch nach einer geregelten Tagesstruktur mit Freizeit- und Beschäftigungsangeboten. Für viele ist mit anderen gemeinsam zusammen zu sein und etwas zu tun von grosser Bedeutung, um soziale Kontakte zu knüpfen. Es gibt aber auch einige Befragte, die dies ablehnen und lieber für sich sind (vgl. Vogt et al. 2010b: 85).

### **Lebensperspektive**

In der SDDCare-Studie in Deutschland erwähnen viele alternde Opiatabhängige den Wunsch nach einer Veränderung ihres Konsummusters, sei dies eine Reduktion des Konsums oder das Erreichen der Abstinenz (vgl. Vogt et al. 2010a: 34). In den Befragung in Berlin und Frankfurt am Main konnten die verschiedenen Absichten der Betroffenen in drei Gruppen zusammengefasst werden: Eine grosse Gruppe wünscht sich ein Leben ohne Opiate. Eine zweite etwas kleinere Gruppe, denkt, dass sie mit einer Substitution alt wird und eine kleine Gruppe definiert sich über ihren Drogenkonsum (vgl. Vogt et al. 2010b: 73).

Die Befragten in Berlin und Frankfurt am Main sehen ihre Zukunft eher negativ. Für viele ist die Zukunft stark angstbesetzt. Dabei haben viele Angst vor zunehmender Gebrechlichkeit und einer negativen Entwicklung ihrer Krankheiten. Ein kleiner Anteil der Befragten sehen den Selbstmord als einzigen Ausweg diesen zukünftigen Leidensweg zu umgehen. Einige haben jedoch auch Freude am Leben und möchten möglichst alt werden.

Diese Personen haben auch konkrete Wünsche und Vorstellungen, wie ihr Leben noch aussehen sollte (vgl. ebd.: 94).

Bei der deutschlandweiten Befragung sehen die Betroffenen ihr Leben in Zukunft überwiegend positiv. Viele haben Ziele und Wünsche, die sie gerne umsetzen würden. Wichtige Kriterien für positive Zukunftsbilder sind: finanzielle Unabhängigkeit, erfüllende Tätigkeit und Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit. Die Mehrzahl hofft ihre Wünsche umsetzen zu können und ihre Lebenssituation zu verbessern. Einige Betroffene sind weniger optimistisch und erwarten nicht, noch viele Jahre zu leben. Falls doch, gehen sie nicht davon aus, dass diese gut sein werden (vgl. Vogt et al. 2010a: 54).

### **3.2.4 Zusammenfassung**

Sowohl bei älteren Menschen ohne Abhängigkeitserkrankung als auch bei älteren Menschen mit einer Opiatabhängigkeit sind im Alter zunehmende körperliche Beschwerden und Einschränkungen wie Verminderung der Seh- und Hörkraft, Einschränkungen der Lungenfunktion und Veränderungen der Blutgefäße und des Blutdrucks festzustellen. Opiatabhängige leiden jedoch häufiger an chronischen Infektionskrankheiten und an Leber- und Lungenerkrankungen. Des Weiteren nimmt ihre Knochendichte im fortgeschrittenen Alter im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung disproportional stark ab. Es wird davon ausgegangen, dass der Alterungsprozess bei Opiatabhängigen früher einsetzt und schneller voranschreitet als bei der Durchschnittsbevölkerung.

Neben demenziellen Störungen leiden ältere Menschen häufig an Depressionen. Depressive Störungen hängen oft mit der sozialen Situation von älteren Menschen zusammen. Alternde Opiatabhängige leiden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung übermässig häufig an psychischen Erkrankungen. Häufig treten dabei Depressionen und Persönlichkeitsstörungen und Angst- und Panikattacken auf.

Mit zunehmendem Alter nehmen soziale Kontakte ab, was oft zu Vereinsamung und sozialer Isolation führen kann. Darunter leiden alternde Menschen mit und ohne Abhängigkeitserkrankung. Opiatabhängige haben im Vergleich zu anderen alten Menschen jedoch oft keinen Kontakt zu ihren Kindern und Familienangehörigen aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit und sie erfahren auch in der „Normalbevölkerung“ meist Ablehnung. Dies führt dazu, dass sie sich fast ausschliesslich in der Drogenszene bewegen und dort ihre Kontakte pflegen. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist ihr soziales Netz sehr dünn und im Krankheitsfall sind sie stark von professioneller Hilfe abhängig.

Das Bedürfnis möglichst lange in der eigenen Wohnung zu leben haben die meisten älteren Menschen, unabhängig davon ob sie an einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder

nicht. Die Zukunftsperspektiven sehen jedoch bei älteren Opiatabhängigen meist düsterer aus. Viele können sich ein angenehmes Altern nicht vorstellen.



## **4 Professionelle Unterstützung und Herausforderungen im Wohnalltag des betreuten Wohnens**

Um die professionelle Unterstützung und die Herausforderungen im Wohnalltag des betreuten Wohnens zu untersuchen, wird hier zuerst das betreute Wohnen in seiner Entstehung, in seiner Definition und in seinen verschiedenen Formen vorgestellt. Anschliessend werden die Herausforderungen in der professionellen Arbeit im betreuten Wohnen mit alternden Opiatabhängigen anhand verschiedener Studien im deutschsprachigen Raum aufgezeigt. Im letzten Teil werden verschiedene Projekte in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden vorgestellt und abschliessend wird das Projekt LÜSA anhand des vom Autor erarbeiteten Leitfadens kurz analysiert.

### **4.1 Betreutes Wohnen im Kontext Psychiatrie**

In diesem Kapitel wird zuerst aufgezeigt wie das betreute Wohnen entstanden ist, anschliessend wird der Begriff näher erläutert, dann werden verschiedene Formen des betreuten Wohnens vorgestellt und zum Schluss wird das betreute Wohnen im Kontext Sucht erklärt.

#### **4.1.1 Entstehung betreutes Wohnen**

Als 1975 mit dem Bericht über die Lager der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête) die erste vom Staat beauftragte Untersuchung veröffentlicht wurde, waren für psychisch erkrankte Menschen neben der Krankenhausversorgung nur noch Heime als mögliche Orte zum Leben denkbar, wenn sie nicht in ihrem familiären Kontext verbleiben konnten. Die Heime unterschieden sich von den menschenunwürdigen Zuständen der Kliniken und Spitäler nur unwesentlich. Aber gerade die Heime bekamen eine besondere Aufgabe im Prozess der Reduktion der psychiatrischen Kliniken, denn durch die Verlegung der „einfachen Fälle“ in Heime in Umland der Kliniken wurde der erste Schritt in Richtung „Enthospitalisierung“ (Entlassung aus den geschlossenen Grossanstalten) gemacht (vgl. Rosemann 1999: 16).

In Folge der Enthospitalisierung in Deutschland wurden auch in anderen europäischen Ländern, darunter ebenfalls in der Schweiz Psychiatriereformen durchgeführt bzw. begonnen (vgl. Kuhl 2008: 11).

Es wurde bald einmal zwischen traditionellen Heimeinrichtungen und Übergangswohnheimen unterschieden. Darin kam der Wille zum Ausdruck, dass das Heim nicht als Endstation und als dauerhaften Lebensraum zu begreifen ist, sondern als Ort des Lebens, des Wiedergewinns von Lebenstüchtigkeit und sozialer Fähigkeiten (vgl. Rosemann 1999: 16f.).

Parallel zur beauftragten Untersuchung (Psychiatrie-Enquête) entstanden Hilfsvereine, wo sich Ärztinnen und Ärzte, Angehörige und andere Nicht-Professionelle engagierten. Ihr Engagement bestand in der Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen, Treffpunkten und Cafés, sie gründeten darüber hinaus Wohngemeinschaften und andere betreute Wohnformen (vgl. ebd.: 17).

Ein anderer Faktor, der die Bewegung der Enthospitalisierung prägte, war die öffentliche und veröffentlichte Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen in den Kliniken durch die Universitäten (vgl. ebd.: 17).

Seit über 30 Jahren gibt es verschiedene betreute Wohnformen, solche Modelle konnten sich in der Behindertenhilfe, der Suchthilfe und der Alterspflege etablieren. Das betreute Wohnen wuchs in den letzten Jahrzehnten zunehmend zu einem bewährten Mittel der Sozialen Arbeit heran (vgl. ebd.: 18f.).

#### **4.1.2 Betreutes Wohnen**

Der Paradigmenwechsel von der Heimversorgung hin zur ambulanten Unterstützung bringt mit sich, dass die Hilfeleistungen nicht mehr institutionszentriert sind, sondern personenzentriert. Dabei sind die Betreuungsleistungen individuell auf das Individuum auszurichten und die Wohn- und Lebensverhältnisse sind an den Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten zu orientieren (vgl. Rosemann et al. 2011b: 52).

Nach Bill steckt hinter der Sammelbezeichnung „betreutes Wohnen“ eine Vielfalt von Wohngruppen, therapeutischen Wohngemeinschaften, sozialtherapeutischen Gemeinschaften, Wohngemeinschaften mit externer Betreuung bis hin zum betreuten Einzelwohnen. Allen ist gemeinsam, dass Hilfeleistungen und Betreuung mit dem Wohnen verknüpft sind (vgl. Bill 1988: 7ff.).

Laut Roseman suggeriert der Begriff „betreutes Wohnen“, dass sich die Hilfe alleine auf das Wohnen von Menschen bezieht. Wenn es jedoch personenzentriert praktiziert wird, ist betreutes Wohnen eine umfassende Hilfe in allen Lebensbereichen, in denen Unterstützung nötig ist. Betreutes Wohnen ist Alltagsbegleitung die bei den Grundbedürfnissen beginnt und sich gegebenenfalls auch ausserhalb der Wohnung vollziehen kann. Die Klientel kann beispielsweise am Arbeitsort getroffen werden. Die Fixierung auf den

Wohnbereich vernachlässigt, dass sich die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vor allem durch das Tätig-Werden manifestiert (vgl. Rosemann et al. 2011a: 23ff.).

Formen des betreuten Wohnens sind in der Alterspflege, der Jugendhilfe, der Behindertenhilfe und in der Suchthilfe weit verbreitet. Das betreute Wohnen wird meist von Sozialarbeitenden, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Pflege- und Betreuungsfachkräften sowie Ärztinnen und Ärzten interdisziplinär geführt (vgl. Rosemann 1999: 18f.).

#### **4.1.3 Verschiedene Formen des betreuten Wohnen**

##### **Betreute Einzel- oder Paarwohnen**

Die Klientin oder der Klient lebt allein oder mit einer Partnerin oder einem Partner in einer eigenen Wohnung, in der Regel in einem „normalen“ Miethaus. In einigen Fällen sind sie direkt die Mieter der Wohnung in anderen Fällen ist die betreuende Institution die Mieterin. Die Klientel soll ihren Haushalt möglichst selbständig führen können und in der Lage sein, mit dem Alleinwohnen umgehen zu können. Meist findet regelmässig (täglich oder wöchentlich) ein Treffen zwischen dem Betreuungspersonal und der Klientel in der Wohnung oder an einem Ort ausserhalb der Wohnung statt. Dabei wird die zu betreuende Person meist punktuell im Haushalt unterstützt, bei administrativen Tätigkeiten begleitet oder es wird die medizinische Versorgung überwacht. Betreutes Einzelwohnen ist die Betreuungs- und Hilfeform im Bereich des betreuten Wohnens mit dem geringsten institutionellen Charakter und dem höchsten Normalisierungsgrad (vgl. Rosemann 1999: 54ff.).

##### **Wohngemeinschaften**

Als Wohngemeinschaft wird das Zusammenleben mehrerer Personen, die keine Familie sind, bezeichnet. Dabei ist jedes Mitglied für die eigenen Angelegenheiten verantwortlich. Es können jedoch ebenso Personen, die nicht über das volle Mass an Selbstverantwortung verfügen, in Wohngemeinschaften leben. Die Eigenständigkeit kann trotz der Notwendigkeit von regelmässiger Beratung und Mithilfe durch Betreuungspersonen gegeben sein. Eine „Rund-um-die-Uhr“- Betreuung wäre jedoch eher eine heimtypische Hilfe. Wohngemeinschaften sollen bei Jugendlichen den Entwicklungsprozess fördern. Bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung steht insbesondere der Selbsthilfeaspekt im Vordergrund (vgl. ebd.: 62ff.).

## **Heime**

Heime fassen alle Leistungen für einen Mensch in einer Organisationsstruktur zusammen: Sie bieten Unterkunft, Verpflegung, Arbeitsstruktur und Freizeitaktivitäten, Finanzverwaltung, Haushaltsführung und oft medizinische Versorgung. Heime bieten den Bewohnenden eine gewisse Sicherheit und Verlässlichkeit, beschränken jedoch gleichzeitig die Wahlfreiheit und die Selbstbestimmung eines Menschen. Heime übernehmen die Aufgabe der beschützenden und versorgenden Einrichtung für jene Menschen, die dauerhaft oder für längere Zeit des Schutzes und der Versorgung bedürfen (vgl. ebd.: 74f.).

## **Übergangsheime**

Die Übergangswohnheime haben den Auftrag den Bewohnenden zu einer selbständigen Lebens- und Arbeitsform zu verhelfen. Sie sollen nicht als dauerhafter Wohnort gesehen werden, sondern das Leben der Bewohnenden im Übergangswohnheim stellt ein Zwischenschritt dar, der zu einer anderen Lebensform führt. Durch den klaren rehabilitativen Charakter und den entsprechenden gesellschaftlichen Leistungsdruck, haben Übergangswohnheime oft klare Aufnahmevoraussetzungen und Ausschlusskriterien. Übergangswohnheime haben meist definierte Rehabilitationsprogramme wie Arbeits- oder Beschäftigungstherapie, gemeinsame Freizeitaktivitäten, übende Programme zur Selbstversorgung und regelmässige Gespräche mit medizinischen Fachpersonen (vgl. ebd.: 81ff.).

## **Andere Betreuungsformen**

Es gibt noch eine beachtliche Anzahl weiterer Betreuungsformen wie Aussenwohngruppen, Einzelfallhilfe, Rehabilitationseinrichtungen und Familienpflege, die hier jedoch nicht näher erläutert werden (vgl. ebd.: 87ff.).

### **4.1.4 Betreutes Wohnen in der Suchthilfe**

Das betreute Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen hat das Ziel, Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nach ICD-10 ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und zu sichern. Dabei handelt es sich um eine Betreuungsform, die, wie bereits erwähnt, am Bedarf der betreuten Person orientiert ist. Das Betreuungsangebot beinhaltet ein breites Spektrum an Hilfeleistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziales Netzwerk. Ziel der Betreuung ist es, die durch den Substanzmissbrauch eingeengten Möglichkeiten des Einzelnen wiederherzustellen, die bereits eingetretenen Störungen zu behandeln und weitere Schäden zu minimieren oder zu verhindern. Die Betreuungsleistungen sind auf die individuellen sozialen Problemlagen, Entwicklungsdefizite, psychi-

schen Störungsbilder sowie auf die vereinbarten Betreuungszielen abgestimmt. Die Intensität der Betreuung wird individuell für jede Klientin und jeden Klienten gestaltet und beinhaltet meist aufsuchende Hilfe, wöchentliche Gespräche (Einzel- und/oder Gruppensetting), Teilnahme an Freizeitaktivitäten der Einrichtung, Finanzverwaltung und Schuldenregulierung und Klärung juristischer Belange. Situativ werden die Klientinnen und Klienten in der Arbeitssuche unterstützt und/oder es werden Beschäftigungsprogramme angeboten (vgl. Schay 2013: 102f.).

## **4.2 Herausforderungen in der professionellen Arbeit im betreuten Wohnen mit alternden Opiatabhängigen**

Mit zunehmendem Alter nehmen die körperlichen Belastungen und Schmerzen klar zu. Dies ist bei alternden Opiatabhängigen nicht anders, sie leiden, wie erwähnt, oft schon verfrüht an Alterskrankheiten und leiden zusätzlich noch an Folgen und Nebenwirkungen der Opiatabhängigkeit. Dies führt in der Regel zu körperlichen Einschränkungen sowie abnehmender Mobilität (vgl. Dürstler-MacFarland et al. 2011: 106f.). Durch die zunehmenden körperlichen und psychischen Belastungen werden die selbständige Alltagsbewältigung, die Körperpflege und die Haushaltsführung zunehmend erschwert (vgl. Kapitel 3.2).

Es kommt dazu, dass die Mehrzahl der Betroffenen keine Familienangehörigen, Partnerinnen oder Partner oder Freundinnen oder Freunde hat, die sich im Krankheitsfall, um sie kümmern. Da die meisten keine Unterstützung im Umfeld kriegen, sind sie auf professionelle Dienste angewiesen (vgl. Vogt et al. 2010b: 77) (vgl. ebenfalls 3.2).

Um diese bio-psycho-sozialen Problematiken der älteren Opiatabhängigen zu mindern, ist es wichtig, geeignete Unterstützungsformen und vor allem geeignete Wohnformen zu diskutieren. Die Alternative zum Alters- und Pflegeheim könnten verschiedene Formen des betreuten Wohnens für substituierte oder drogenabhängige Personen sein. Auf drogenspezifische Probleme könnte so gezielt eingegangen werden, da die Professionalisierung der Suchthilfe bereits stark fortgeschritten ist und daher Mitarbeitenden aus diesem Bereich solche spezifischen Probleme abfangen und aufarbeiten könnten. Der nahe Kontakt mehrerer alternder Opiatabhängiger ermöglicht den Austausch von Erfahrung der Bewohnenden untereinander. Verständnis für das durch Drogen geprägte Leben sowie Empathie entwickeln sich wahrscheinlich eher bei den Mitbewohnerinnen und Mitbewohner als bei drogenunerfahrenen Personen. Es ist gut vorstellbar, dass das subjektive

Wohlbefinden der Bewohnenden deutlich ansteigen würde, wenn sie unter „Ihresgleichen“ leben würden und sich nicht andauernd als Randgruppe („der/die Drogenabhängige“) innerhalb einer Randgruppe („der/die Alte“) fühlen müssten (vgl. Ebert/Sturm 2006: 24).

Um der Lebenslage der alternden Opiatabhängigen gerecht zu werden, braucht es in der Suchthilfe neue Wissensbestände, zusätzliche Kompetenzen und Fachpersonal sowie eine gute Vernetzung und Kooperation mit anderen Arbeitsbereichen/Professionen. Nachfolgend werden verschiedene Chancen und Risiken des betreuten Wohnens mit alternden Opiatabhängigen genauer diskutiert. Dabei werden die Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte, die multidisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit, das Assessment zur Früherkennung und Diagnostik, die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Angeboten, Beheimatung von Bewohnerinnen und Bewohner, soziale Integration der Bewohnerinnen und Bewohner und die Beziehungsgestaltung zwischen Professionellen und Bewohnenden näher erläutert.

#### **4.2.1 Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte**

Bis heute fehlen in vielen Einrichtungen, die auch älteren Drogenabhängigen offenstehen, differenzierte Kenntnisse über die Alten- und Krankenpflege sowie über die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse dieser Klientel. Die Helferinnen und Helfer wissen oft nicht, wie sie auf die Drogenabhängigkeit bei älteren Menschen reagieren sollen und wie mit den Betroffenen umzugehen ist (vgl. Vogt 2009a: 21).

Nach Vogt et al. erweist sich das Thema „ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung“ als Querschnittsthema zwischen Suchthilfe und Altenpflege. Die Betreuung und Pflege drogenabhängiger Menschen erfordert medizinisches Wissen hinsichtlich dieser Krankheitsbilder sowie den damit verbundenen körperlichen Abnutzungs- und Abbauprozessen, die mit dem Alter ausgeprägter werden. Weiter ist psychisches Fachwissen unabdingbar, da eine Mehrheit der abhängigkeitskranken Menschen unter psychischen Störungen wie Depressionen, Ängsten und Persönlichkeitsstörungen leiden. In diesem Bereich sind Defizite auf der Seite des Pflegepersonals feststellbar. Es besteht ein dringender Fort- und Weiterbildungsbedarf hinsichtlich zentraler Arbeitseinsätze in der Suchthilfe, suchtspezifischer Diagnostik, Interventionsmethoden bei Suchtkranken in Kombination mit der Pflege von älteren abhängigen Menschen, Bedeutung der medikamentösen Behandlung bei Opiatabhängigkeit usw. (vgl. Vogt et al. 2010b: 146f.).

Es sind allerdings nicht nur die Pflegefachkräfte, die einen erheblichen Fort- und Weiterbildungsbedarf haben, bei den Professionellen der Suchthilfe ist dies genauso Thema. Diese haben oftmals kaum Kenntnisse über Alterungsprozesse und damit einhergehende

körperliche Verschleisserscheinungen und psychische Krankheitsbilder wie Demenz. Darüber hinaus fehlt Fachwissen zu altersspezifischen Interventionsverfahren, zur Umsetzung von Konsumreduktionsprogrammen und zu Rehabilitationsmassnahmen mit älteren Opiatabhängigen (vgl. ebd.).

Degkwitz und Zurhold sehen das Personal der Suchthilfe für die Versorgung von älteren Menschen grundsätzlich als qualifiziert an. Für eine stärkere Beachtung der körperlichen und psychischen Gesundheitsprobleme bis hin zu geriatrischen Aspekten bei älteren Abhängigen braucht es jedoch spezielles Fachwissen und Qualifikationen. Es bestehen Defizite hinsichtlich des nötigen Fachwissens zur Pflegebedürftigkeit, um frühe Anzeichen von Pflegebedürftigkeit zu erkennen und um eine solche Prüfung zu veranlassen. Bei Pflegekräften ist meist ein Mangel an Wissen zu Abhängigkeitserkrankungen und zum Umgang mit abhängigen Menschen zu beobachten. Die Mitarbeitenden benötigen für diese Arbeit Lebenserfahrung, professionelle Distanz, Verständnis und Empathie für die Zielgruppe sowie Kommunikationsbereitschaft (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 109).

Ebert und Sturm nennen noch weitere Kompetenzen, die im Umgang mit älteren Opiatabhängigen im betreuten Wohnen wichtig sind: Es braucht Kompetenzen in der Krisenintervention aufgrund von körperlichen/kognitiven Beeinträchtigungen oder Behinderungen, es braucht Kenntnisse über Pflegegesetze und Wissen über altersübliche Krankheiten wie Demenz, Parkinson oder „normale Gebrechlichkeit“ (Schwierigkeiten bei der Fortbewegung, Verwirrtheit, Unsicherheiten in alltäglichen Handlungen etc.). Dazu kommen Kenntnisse über Lebererkrankungen (Hepatitis), HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen (vgl. Ebert/Sturm 2006: 26).

Eine Befragung von Expertinnen und Experten von der Hamburger Suchthilfe hat ergeben, dass die Hilfebedarfe alternden Menschen mit Drogenproblemen sowohl sucht- als auch altenspezifische Unterstützungsleistungen nötig machen würden. Eine gegenseitige Schulung von Sucht- und Altenhilfe zur Vermittlung des jeweiligen Fachwissens wird deshalb für erforderlich gehalten. Im Hinblick auf die Anforderungen und die Qualifikationen des Personals wird in der Befragung deutlich, dass das Fachwissen auf Seiten der Drogenhilfe und auf Seiten der Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und spezifische Kenntnisse zu erlangen sind. Zu diesem Zweck wird eine Fort- und Weiterbildung gewünscht, in der die Suchthilfe spezifisches Wissen an Pflegefachkräfte vermittelt und im Gegenzug pflegerische Kenntnisse durch Pflegeexpertinnen und -experten erhält (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 92f.).

Diese gegenseitige Schulung kann gleichzeitig zur Kooperation und Vernetzung in diesen Versorgungsbereichen beitragen (vgl. ebd.: 110).

#### 4.2.2 Multidisziplinäre Vernetzung und Kooperation

Die befragten Expertinnen und Experten der Suchthilfe Hamburg sind sich einig, dass der Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen und der Altenhilfe intensiviert werden sollte, um gegenseitig von Erfahrungen zu profitieren. Teilweise wird ein noch stärker interdisziplinäres Team in der Suchthilfe durch die Einstellung einer Altenpflegekraft befürwortet. Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass es eine bessere Vernetzung zwischen der Kranken- und Altenpflege, den Krankenhäusern und den Hospizen braucht, um dieser Klientel gerecht zu werden (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.:93).

Um eine adäquate Versorgung von alternden Opiatabhängigen zu gewährleisten, ist laut den Hamburger Expertinnen und Experten die Etablierung von Behandlungs- und Versorgungswegen sinnvoll, die sich am individuellen Bedarf orientieren. Es muss das Ziel sein, die häufig getrennten Hilfen in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung, Suchtbehandlung und medizinischer Behandlung sowie Pflegeleistungen zusammenzuführen. Eine angemessene Integration dieser verschiedenen Versorgungsbereiche erfordert eine stärkere Kooperation und Vernetzung von Suchthilfe, ambulanter Pflege und medizinischer Versorgung. Es ist durchaus sinnvoll, wenn die Suchthilfe die Schnittstelle in diesem Trägernetz bildet und die Fallführung übernimmt, da die älteren Opiatabhängigen in der Regel schon lange an die Suchthilfe angebunden sind und die Absprachen und die Weitervermittlungen im Netz so relativ einfach erfolgen könnte (vgl. ebd.: 107f.).

Nach Ebert und Sturm sind die Mitarbeitenden des betreuten Wohnens für die Sicherstellung der Grundbedürfnisse der betreuten Menschen zuständig. „Zum einen als Hilfe zur Selbsthilfe, wenn es dem Erkrankten soweit möglich ist, zum anderen bedeutet es die Kooperation mit Pflegekräften, sobald der Krankheitsverlauf dies erfordert.“ (Ebert/Sturm 2006: 26) Während pflegerische und medizinische Aspekte der Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal durchgeführt werden müssen, sind die Mitarbeitenden der Suchthilfe für psychosoziale Aspekte zuständig (vgl. ebd.: 26).

Schmidt und Jörden-Thamm erwähnen ihrerseits, dass die Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in den Bereichen, Ernährung, Mobilität, Hygiene, hauswirtschaftliche Versorgung, Gesundheit und Substitution möglichst lang sicherzustellen ist. Gerade im Alter kann diesen Umfang jedoch stark abnehmen, der nur durch das zusätzliche Anwerben von Pflegediensten und Haushaltshilfen zu bewerkstelligen ist. Daneben ist bei älteren Opiatabhängigen meist eine ärztliche Betreuung notwendig, wobei im Alter neben der substituierenden Hausärztin oder dem substituierenden Hausarzt häufig Fachärztinnen und Fachärzte hinzugezogen werden müssen. Daraus ergibt sich eine Drogen-Altenarbeit, in der notwendige Hilfen im Sinne des Klientinnen- und Klientenwohls zu ko-



ordinieren, zu überwachen, zusammenzuführen und anzupassen sind (vgl. Schmidt/Jörden-Thamm 2011: 258).

#### **4.2.3 Assessment zur Früherkennung und Diagnostik**

Bei älteren Opiatabhängigen erfolgt grundsätzlich dasselbe Assessment, das üblicherweise auch bei jüngeren Opiatabhängigen angewendet wird. Dabei wird nicht nur der Substanzkonsum und das Alter berücksichtigt, sondern es werden ebenso die physische und psychische Gesundheit, die sozialen Aktivitäten und persönlichen Beziehungen, Umweltfaktoren und vorhandene Kompetenzen und Ressourcen untersucht. Aufgrund der spezifischen Bedarfslagen der Älteren sollten die verschiedenen Bereiche spezifisch und differenziert betrachtet werden. Bei älteren Opiatabhängigen verliert der Opiatkonsum oft an Bedeutung, da sie meist in langjährigen Substitutionsbehandlungen und psychosozialer Betreuung sind. Damit verbunden spielen Probleme wie reduzierte Kontrolle über Körper und Psyche und Entzugserscheinungen eine weniger grosse Rolle. Die Bewertung des Substanzkonsums sollte diese altersspezifischen Veränderungen, wie auch die Konsumverlagerung in Richtung auf Alkohol und Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmedikamente) berücksichtigen. Gleichzeitig sollte der Blick stärker auf die Folgeprobleme des Substanzkonsums gerichtet werden, um die Bandbreite möglicher klinischer Probleme zu erkennen. Bei älteren Opiatabhängigen sollte deshalb das Augenmerk gezielt auf die fachliche Beurteilung von chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen und die damit verbundenen Fragen von Mobilität und eigenständiger Lebensweise gerichtet werden (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 106).

#### **4.2.4 Auseinandersetzung mit Sterben und Tod**

In den Altenpflegeheimen hat sich inzwischen eine Sterbe- und Abschiedskultur etabliert. In vielen Einrichtungen gibt es einen Aussegnungsraum, eine Gedenkstunde, einen Gedenktisch und Material für die Erinnerungsarbeit. Dabei werden die sterbende Person und die Angehörigen von einer Bezugsperson begleitet und betreut. Diese Sterbebegleitungen sind oft ehrenamtlich. In einigen Einrichtungen in der Suchthilfe gehören Sterben und Tod ebenfalls bereits zum Alltag, insbesondere in Einrichtungen für AIDS-kranke Drogenabhängige. In vielen Institutionen der Suchthilfe wird jedoch bis heute dem Thema zu wenig Beachtung geschenkt (vgl. Vogt 2010b: 132f.).

Die Professionellen des betreuten Wohnens werden in der Betreuung von alten und auf Pflege angewiesenen Menschen intensive mit dem Tod und mit dem Vorgang des Sterbens konfrontiert werden (vgl. Ebert/Sturm 2006: 26). Der Drogennotfall (Wenn jemand durch Drogenkonsum in ein physische oder psychische Notsituation gerät.) gehört zwar

zum Alltag in der Arbeit mit Drogenabhängigen, dies hat bislang nicht dazu geführt, dass sich die Suchthilfe mit den Themen Sterben und Tod inhaltlich auseinandergesetzt hat. Diese Auseinandersetzung scheint jedoch nötig zu sein, wenn eine grössere Anzahl älterer Drogenabhängiger im betreuten Wohnen aufgenommen werden soll (vgl. Vogt 2009a: 22).

#### **4.2.5 Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Angeboten**

Für alternde Opiatabhängige bedarf es zusätzlich zum sonstigen Betreuungsangebot im betreuten Wohnen der Suchthilfe Betreuungsmodelle, welche Altersprobleme aufgreifen bzw. diese Probleme altersgerecht bearbeiten. Insbesondere sind Angebote zur Reduzierung der sozialen Isolation notwendig (vgl. Westermann/Witzerstorfer 2011: 226). Um dieser entgegenzuwirken, sollten Angebote wie Begegnungsstätten, Tagescafés, Kontaktstellen, „Alten-Treffs“, Selbsthilfegruppen und diverse Freizeitangebote belebt oder geschaffen werden. Ausserdem ist die Frage nach Arbeit und Beschäftigung im Alter von 40-50 Jahren nicht erledigt. Bei bestehender Arbeitsfähigkeit sind neue Angebote zur Weiterbildung und Beschäftigung anzustreben oder wo dies nicht möglich ist, sollten Angebote zur Tagesstrukturierung gestaltet werden (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 110f.).

Die Frage nach der geeigneten Wohnform wird mit zunehmendem Alter und damit einhergehenden Einschränkungen zur Schlüsselfrage. Dabei soll so lange als möglich das Leben im vertrauten Wohnraum und die Aufrechterhaltung der selbständigen Haushaltsführung ermöglicht werden. Ebenso muss frühzeitig möglicher Pflegebedarf erkannt und Pflegefachkräfte miteinbezogen werden, sodass ein Leben in der eigenen Wohnung oder im betreuten Wohnen weiterhin gewährleistet werden kann. Die zunehmenden chronischen Erkrankungen und andauernden medizinischen Behandlungen der alternden Opiatabhängigen setzen eine Kooperation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt sowie Fachärztinnen und Fachärzten voraus (vgl. ebd.)

Es ist zu überlegen, ob bei dieser Klientel die aufsuchende und nachgehende Arbeit zu verstärken ist. Durch die abnehmende Mobilität wird es für die Älteren immer schwieriger Arztbesuche oder andere Termine wahrzunehmen. Ein verbindliches Kontakthalten mit alternden Menschen erleichtert zudem das Erkennen von plötzlichen Erkrankungen oder anderen gravierenden Veränderungen (vgl. ebd.).

#### **4.2.6 Beheimatung der Bewohnerinnen und Bewohner**

Das Verlassen der eigenen Wohnung oder der Wechsel des Wohnorts bringen immer eine „Entwurzelung“ aus der gewohnten Umgebung und damit verbundenen Verlust möglicher jahrelanger Bezugspersonen mit sich. Das Herausnehmen aus dem Umfeld ist ne-

ben der ohnehin schon schwierigen Situation, das bisherige Wohnumfeld aufzugeben, für die Lebensqualität der älteren Menschen nicht zu unterschätzen (vgl. Ebert/Sturm 2006: 24). Mit der Idee der Beheimatung geht die Vorstellung einher, alternden Opiatabhängigen dauerhaft einen Lebensmittelpunkt zu schaffen. Das betreute Wohnen sollte daher bemüht sein, dass sich ihre Bewohnerinnen und Bewohner bei ihnen zu Hause fühlen, also beheimatet sind. Meist geht es darum, dass sich die Klientinnen und Klienten dauerhaft niederlassen und ihre „Altlasten“ aufarbeiten. Die Beheimatung von alternden Opiatabhängigen hat viele Facetten: Zum einen soll es suchtkranken Menschen, die um die 50 Jahre alt sind und deren Lebensgeschichte in vielen Fällen von Wohnungslosigkeit geprägt ist, ermöglicht werden eine „Heimat“ zu finden. Zum anderen ist eine dauerhafte Unterkunft nicht immer erwünscht oder sinnvoll. Bei Klientinnen und Klienten, bei denen nicht die Pflege sondern die Rehabilitation im Vordergrund steht, ist eine auf Dauer angelegte Beheimatung nicht erstrebenswert. Dieser Weg blockiert oder versperrt die rehabilitative Massnahme. Im Umgang mit älteren Opiatabhängigen muss daher das Konzept der Beheimatung flexibel gehandhabt werden (vgl. Vogt et al. 2010b: 127ff.).

#### **4.2.7 Soziale Integration der Bewohnerinnen und Bewohner**

Wie bereits bei den sozialen Bedürfnissen und Problemlagen (vgl. Kapitel 3.2.3.2) besprochen, weisen viele alternde Opiatabhängige nur ein sehr dünnes Beziehungsnetz auf. Oftmals fehlt der Kontakt zu ihrer Familie und Freundschaften und Bekannte ausserhalb des Drogenmilieus sind eher selten. Um einer sozialen Isolation vorzubeugen, braucht es unbedingt Massnahmen und Angebote in den Institutionen der Suchthilfe bzw. im betreuten Wohnen, um ihre soziale Situation zu verbessern (vgl. Degkwitz/Zurhold o.J.: 111).

Um der sozialen Isolation und der Vereinsamung entgegen zu treten, sollten Angebote wie „Alten-Treffs“, Selbsthilfegruppen, Freizeitangebote, kulturelle Ausflüge, Begegnungsstätten und Kontaktstellen angeboten werden. Es sollten ebenfalls gezielte Möglichkeiten geschaffen werden, damit sich die Bewohnenden aktiv in das Quartierleben integrieren können (vgl. ebd.)

Westermann und Witzerstorfer sehen die Ausgestaltung von Angeboten zur Reduzierung der sozialen Isolation ebenfalls als sehr zentral an. Dabei soll den Bewohnenden eine Tagesstruktur angeboten werden und verschiedene Beschäftigungen zur Auswahl stehen. Sehr wichtig ist zudem eine hohe Beziehungskontinuität in der Betreuung und Begleitung und demzufolge eine möglichst geringe Fluktuation bei den wichtigsten Bezugspersonen. Wenn Wechsel unvermeidbar sind, sollten diese gut vorbereitet und angepasst durchgeführt werden. Die speziellen Ressourcen der Bewohnenden sind zur Ausschöpfung vor-

handener Teilhabechancen zu würdigen und zu aktivieren (vgl. Westermann/Witzerstorfer 2011: 226).

Hirsch nennt die Gruppenpsychotherapie als gute Möglichkeit, um die Isolation und die Einsamkeit zu verringern. Er ist der Meinung, dass diese Therapieform noch viel zu selten in ambulanten Gruppen angeboten werde. „Im Vordergrund der Behandlung steht die Unterstützung der Gruppenmitglieder bei der psychischen Auseinandersetzung mit aktuellen Krisensituationen und Belastungen des Alterns“. (Hirsch 2011: 354) Diese Therapieform wirkt nicht nur auf den therapeutischen Prozess, sondern vermittelt häufig das Gefühl der Zugehörigkeit in der Gruppe und bietet der einzelnen Person neue soziale Kontakte. Zudem können die Älteren ihre kommunikativen Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen in der Interaktion mit der Gruppe wiedergewinnen oder verbessern (vgl. Hirsch 2011: 354).

Wohnheime für alternde Opiatabhängige können sicherlich auch Negatives bei den Bewohnenden auslösen und sich kontraproduktiv im Sinne der (Re-) Integration auswirken. Wichtig ist, dass durch die Bildung eines solchen Wohnheims oder einer solchen Wohngruppe keine Stigmatisierung und Ausgrenzung im Ort oder Quartier stattfindet oder sogar ein neuer sozialer Brennpunkt entsteht. Die Wohninstitution muss sich mit allen damit verbundenen Auswirkungen, wie den Regeln bzgl. des Umgangs mit dem Drogenkonsum, Szenenbildung, erhöhter Kriminalitätsbelastung oder zumindest mit den bestehenden Vorurteilen, die bei den umliegenden Bewohnenden herrschen, befassen. (vgl. Ebert/Sturm 2006: 24).

#### **4.2.8 Beziehungsgestaltung zwischen Professionellen und Bewohnenden**

Die bereits mehrfach erwähnten Expertinnen und Experten der Suchthilfe in Frankfurt und Berlin setzen eine akzeptierende Haltung gegenüber dem Umgang mit dem Drogenkonsum bei den Mitarbeitenden voraus. Zudem spielt im pflegerischen Umgang mit den alternden Opiatabhängigen Empathie und Wertschätzung eine wesentliche Rolle. Dies ist nötig, da viele der älteren Menschen mit einer Opiatabhängigkeit unter ihrem marginalisierten Status und einer damit einhergehenden mangelnden Wertschätzung durch andere Bevölkerungsgruppen leiden (vgl. Vogt et al. 2010b: 123).

Die starke Einbindung der Bewohnenden in den Alltag und in die Alltagsarbeit sowie die Nähe, die durch die Pflege entsteht, machen die Grenzen zwischen den Parteien fließend. Der oftmals geringe Altersunterschied und die „kulturelle“ Nähe zwischen Klientel und den Professionellen erleichtern die Herstellung eines freundschaftlichen Klimas, welches zudem förderlich für die Beheimatung (vgl. Kapitel 4.2.6) ist. Diese Faktoren erschweren jedoch häufig im Gegenzug eine professionelle Abgrenzung zur Klientel. In

klassischen Alters- und Pflegeheime ist die Distanz zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und den Pflegekräften in der Regel viel grösser, da der Altersunterschied grösser ist und die Alltagsgestaltung weniger individuell und vielfältig gestaltet wird (vgl. Vogt et al. 2010b: 130ff.).

#### **4.2.9 Zusammenfassender Leitfaden für das betreute Wohnen mit alternden Opiatabhängigen**

Die in den vorgehenden Kapiteln beschriebenen Thematiken sowie insbesondere die in 4.2.1 bis 4.2.8 beleuchteten Herausforderungen in der professionellen Arbeit im betreuten Wohnen mit alternden Opiatabhängigen bildeten die Grundlagen für die Erarbeitung des Leitfadens. Dieser soll die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe zur Reflexion anregen und sie bei der Gestaltung von neuen Angeboten im Wohnen und in der Alltagsbewältigung für die Zielgruppe „alternde Opiatabhängige“ unterstützen.

- **Qualifizierung und Weiterbildung Personal**

Das Thema „alternde Opiatabhängige“ ist eine Querschnittsthematik der beiden Fachbereiche Drogenhilfe und Altenpflege. Die Professionellen des betreuten Wohnens brauchen deshalb Wissen und Kompetenzen im Bereich der Suchthilfe und der Altenhilfe. Eine gegenseitige Schulung von Sucht- und Altenhilfe zur Vermittlung des jeweiligen Fachwissens ist deshalb erforderlich. Diese gegenseitige Schulung kann gleichzeitig zur Kooperation und Vernetzung in beiden Versorgungsbereichen beitragen.

- **Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation**

Um die Alltagsbewältigung und die Versorgung der alternden Opiatabhängigen zu gewährleisten, ist eine enge Vernetzung bzw. eine starke Kooperation zwischen der Suchthilfe, der Altenpflege und medizinischen Fachkräften bzw. Ärztinnen und Ärzten unumgänglich. Es macht durchaus Sinn, wenn die Suchthilfe bzw. das betreute Wohnen dieses Netz koordiniert, überwacht und überprüft. Idealerweise sind alle Disziplinen direkt in der Institution angesiedelt, um Wartezeiten, Unannehmlichkeiten, Kommunikationsbarrieren und Vorurteile zu minimieren.

- **Assessment zur Früherkennung und Diagnostik**

Bei der Früherkennung und Diagnostik sollten die spezifischen Bedarfslagen der Älteren sehr genau betrachtet werden. Bei älteren Opiatabhängigen sollte deshalb das Augenmerk gezielter auf die fachliche Beurteilung von chronischen körperli-

chen und psychischen Erkrankungen und den damit verbundenen Fragen von Mobilität und eigenständiger Lebensweise gerichtet werden

- **Auseinandersetzung mit Sterben und Tod**

Die Professionellen des betreuten Wohnens werden in der Betreuung und Pflege von alternden Opiatabhängigen intensiv mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert sein. Es ist deshalb wichtig, dass sich die Institution auf solche Situationen und Vorgänge konzeptionell vorbereitet und die Mitarbeitenden in dieser Thematik entsprechend geschult sind.

- **Gestaltung neuer spezifischer Angebote**

Für alternde Opiatabhängige braucht es zusätzliche oder alternative Betreuungsangebote, die Bedürfnisse und Problematiken der älteren Menschen aufgreifen. Sehr zentral sind Angebote, welche eine soziale Isolation verringern. Zudem ist das Thema Arbeit mit 40-50 Jahren noch nicht erledigt, es gilt also auch dort altersgerechte Weiterbildungen, Arbeitsplätze oder Beschäftigungsprogramme zur Verfügung zu stellen. Auf Grund der abnehmenden Mobilität stellt sich die Frage, ob nicht eine aufsuchende Arbeit (Alltagsbewältigung, Pflege und medizinische Versorgung) sinnvoll sein kann.

- **Beheimatung der Bewohnenden**

Einerseits sollte das betreute Wohnen bemüht sein, dass sich ihre Bewohnerinnen und Bewohner bei ihnen längerfristig zu Hause fühlen, andererseits kann eine dauerhafte Beheimatung den Weg für rehabilitative Massnahmen erschweren. Im Umgang mit älteren Opiatabhängigen muss daher das Konzept der Beheimatung flexibel gehandhabt werden.

- **Soziale Integration**

Um die soziale Integration der alternden Opiatabhängigen zu erhöhen, sollten verschiedene Angebote kreiert werden, die einen Austausch unter „Ihresgleichen“, ein „In-Kontakttreten“ mit anderen Bevölkerungsgruppen und eine aktive Teilhabe am Quartierleben ermöglichen. Sehr wichtig ist zudem eine hohe Beziehungskontinuität in der Betreuung und demzufolge eine möglichst geringe Fluktuation bei den wichtigsten Bezugspersonen. Wenn Wechsel unvermeidbar sind, sollten diese gut vorbereitet werden.

- **Beziehungsgestaltung**

Die Mitarbeitenden sollten den Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine wertschätzende Haltung entgegen bringen und sich in ihre Lebenslage hineinversetzen können. Die Beziehung zu den Bewohnenden sollte immer wieder reflektiert werden, da sich durch geringe Altersunterschiede und „kulturelle Nähe“ eine sehr freundschaftliche Atmosphäre einstellen kann, die eine Abgrenzung der Professionellen zur Klientel erschweren kann.

## **4.3 Bereits bestehende Projekte**

Seit einigen Jahren gibt es in Westeuropa und auch in der Schweiz erste Institutionen, die ein betreutes Wohnen speziell für alternde Drogenabhängige bzw. Opiatabhängige anbieten. Diese Angebote sind zum Teil noch Pilotprojekte während sich andere bereits gut etabliert sind. Der Autor wird hier nun zuerst zwei führende Projekte aus der Schweiz kurz vorstellen, bevor er dann das bekannte Vorzeigeprojekt Woodstock in den Niederlanden näher beschreibt und abschliessend anhand der erarbeiteten Kriterien (vgl. 4.2.9 Zusammenfassender Leitfaden für das betreute Wohnen mit alternden Opiatabhängigen) die seit langem etablierte und mit alternden Opiatabhängigen erfahrene Institution LÜSA in Deutschland analysiert.

### **4.3.1 Schweiz: BEWO City und Sternenhof Basel**

#### **Zürich: Betreutes Wohnen City**

Die Institution „Betreutes Wohnen City“ (BEWO City) wurde 2006 als erste solche Institution für alternde Drogenabhängige in der Schweiz eröffnet. Das Wohnangebot richtet sich primär an langjährige Drogenabhängige, die nicht abstinent leben wollen oder dazu nicht fähig sind. Der Konzeption nach ist das betreute Wohnen ein Angebot für sozial und gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die nicht in der Lage sind, sich in einen regulären Heimbetrieb einzufügen. Die Bewohnenden müssen jedoch nicht unbedingt alt und pflegebedürftig sein, um aufgenommen zu werden. Personen die intensive medizinische und/oder psychiatrische Pflege benötigen, können jedoch nicht aufgenommen werden (vgl. Spieler Frauenfelder 2015: 2ff.).

Die Wohninstitution bietet 47 rollstuhlgängige Einzelzimmer (mit Dusche/WC auf der Etage). Es sind verschiedene Fachpersonen im Einsatz, die eine Betreuung an 365 Tagen im 24-Stunden-Betrieb gewährleisten. Dabei werden den Bewohnenden zusätzlich psychische und medizinische Unterstützungsleistungen angeboten. Weitere Betreuungsaufga-

ben sind die Krisenintervention und die Vermittlung von externen Angeboten zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation. Die Aufenthaltsdauer ist für die Bewohnerinnen und Bewohner unbefristet (vgl. ebd.).

Die Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung leben zwar gemeinsam in einem Haus, trotzdem ist es kein zwingendes „Miteinander“. In der Tagesstrukturierung und in der Freizeitgestaltung sind die Bewohnenden selbstbestimmend und unabhängig, denn solche Angebote sind eher selten und nicht verpflichtend. In der „BEWO City“ gibt es nur wenige Regeln, die für alle verbindlich sind, dementsprechend steht es den Bewohnerinnen und Bewohner frei, ihren Alltag frei zu gestalten (vgl. Vogt 2009b: 30).

Die „BEWO City“ arbeitet intensiv mit anderen Fachstellen, wie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, dem psychiatrischen Dienst der Stadt Zürich, privaten und öffentlichen Fachstellen zur Sucht- und Drogenhilfe und mit Fachstellen aus dem Gesundheitswesen, zusammen (vgl. Spieler Frauenfelder 2015: 2ff.).

### **Basel: Pilotprojekt für ältere Suchtkranke in der Stiftung Sternenhof**

In der Alters- und Pflegeeinrichtung „Sternenhof“ in Basel startete am 1. Juli 2009 ein Pilotprojekt für ältere pflegebedürftige Suchtkranke. Seither gibt es eine Pflegewohngruppe spezifisch für abhängigkeitskranke Frauen und Männer, die zwischen 52 und 70 Jahre alt sind. Die Idee des Pilotprojektes ist, pflegebedürftigen Suchtkranken die gleichen Dienstleistungen anzubieten wie nichtsüchtigen Pflegebedürftigen. Zudem sollten damit auch längere Aufenthalte in der Psychiatrie und Geriatrie vermieden werden.

Die Wohngruppe ist im Auftrag des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt geschaffen worden. Mit der Realisierung dieses Pilotprojektes sollen nun im Kanton Basel-Stadt erste Erfahrungen in der Pflege und Betreuung von alternden Drogenabhängigen gesammelt werden, um später neue Angebote zu kreieren oder das bestehende zu erweitern. Die Pflegewohngruppe des Sternenhofs bietet sechs Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung Wohnraum. Bei Bedarf kann das Angebot auf maximal 12 Plätze erweitert werden, indem eine zweite Pflegewohngruppe eingerichtet wird. Das in der Betreuung und Pflege eingesetzte Personal wird für die neuen Aufgaben mit spezifischen Weiterbildungen geschult. Zudem wurde für die Konzepterstellung eine Zusammenarbeit mit der kantonalen Abteilung Sucht und der kantonalen Abteilung Behindertenhilfe eingegangen. Dieses Angebot des Sternenhofs steht sowohl Personen mit einer IV-Rente als auch Personen mit einer AHV-Rente offen. Die Substanzabhängigkeit der Bewohnenden kann sowohl legale als auch illegale Suchtmittel betreffen (vgl. Binggeli 2009: 40).

Das Projekt in der Alters- und Pflegeeinrichtung „Sternenhof“ wurde im Jahr 2011 vom Basler Gesundheitsdepartement evaluiert. Die Stiftung Sternenhof hat die Anzahl der Wohnplätze seit Ende des Pilotprojekts im Jahr 2011 kontinuierlich ausgebaut und bietet



heute auf 4 Wohngruppen insgesamt 28 alternden Drogenabhängigen eine unbefristete Wohnmöglichkeit (vgl. Sternenhof – Leben und Wohnen im Alter o.J.: 1).

#### **4.3.2 Woodstock**

„Woodstock“ ist ein Wohnheim für ältere Drogenabhängige in Den Haag, welches im Jahr 2008 eröffnet wurde. Im „Woodstock“ wohnen heute 33 abhängigkeiterkrankte Menschen zwischen dem 45. und dem 72. Lebensjahr. Das Wohnheim „Woodstock“ war innerhalb von zwei Monaten nach der Eröffnung komplett belegt. Das grosse Interesse ist auf die Einzigartigkeit des Angebots in Den Hag und auf die Namensgebung zurückzuführen.

Die Bewohnenden des „Woodstocks“ leben in einer kleinen Wohnung mit eigener Küche, Bad, Schlafzimmer und Wohnbereich. Das „Woodstock“ stellt den Bewohnenden nicht nur Wohnraum zur Verfügung, sondern sie sollen zusätzlich im Wohnheim arbeiten und am gesellschaftlichen Leben in der Nachbarschaft teilnehmen können. Die Bewohnenden werden im Woodstock rundum medizinisch versorgt, erhalten Hilfe bei administrativen Angelegenheiten und bei der Finanzverwaltung und werden bei der Findung von Freizeitaktivitäten und Arbeit unterstützt (vgl. Wittwer 2011: 1).

Das „Woodstock“ bietet den alternden Drogenabhängigen eine unbefristete Wohnmöglichkeit mit Begleitung und Betreuung im Alltag und niederschwelliger hausärztlicher und psychiatrischer Versorgung. Die Bewohnenden haben die Möglichkeit an drei täglichen Mahlzeiten teilzunehmen sowie gegen ein Entgelt niederschwellige Arbeiten zu verrichten. Pro Arbeitstag können bis zu zehn Euro verdient werden, jedoch darf der Maximalbetrag (festgelegte Grenze der Sozialhilfe) von 125 Euro pro Monat nicht überschritten werden. Die möglichen Arbeitseinsätze sind sehr unterschiedlich. Es stehen immer wieder Reinigungsarbeiten, Kochen für die Gemeinschaftsküche, Kellnern im hauseigenen Restaurant, Telefondienste an der Rezeption, Waschen, Tier- und Gartenpflege und Unterstützungsarbeiten im angrenzenden Alters- und Pflegezentrum an. Diese Tagesaktivitäten sollen den Bewohnenden mehr Selbstvertrauen geben, ihre Ressourcen und Eigenständigkeit fördern, eine Tagesstruktur durch sinnvolle Tätigkeit ermöglichen, den Suchtdruck minimieren und die Gemeinschaft fördern. Das verdiente Geld gibt den Bewohnerinnen und Bewohner zudem die Gelegenheit, ihren Beikonsum zu finanzieren, ohne kriminell werden zu müssen (vgl. Schulte- Wefers 2013: 33-38).

Durch das Betreiben eines kleinen Restaurants, das für Anwohnerinnen und Anwohner günstige Speisen anbietet sowie durch verschiedene Festivitäten und öffentliche Führungen, soll das Verhältnis zur Nachbarschaft verbessert werden (vgl. ebd.: 39f.).

Um im Wohnheim „Woodstock“ aufgenommen zu werden, muss eine Therapieresistenz (mehrere erfolglose Entgiftungen und Entwöhnungen, gescheiterte abstinenz-orientierte

Therapieversuche) und eine seit mindestens 20 Jahren andauernde schwere Abhängigkeit bestehen, eine Obdachlosigkeit vorliegen und das 45. Lebensjahr erreicht sein. Es ist zudem nur Einwohnenden von Den Haag möglich, sich im Wohnheim niederzulassen (vgl. ebd.: 27).

Die Teamzusammensetzung im Wohnheim ist interdisziplinär, denn es arbeiten Arbeitsagoginnen und Arbeitsagogen, Betreuungsfachpersonen, Sozialarbeitende, Pflegefachkräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Sekretariatsmitarbeitende zusammen. Dabei soll eine medizinische und psychiatrische Versorgung gewährleistet und eine längerfristige Stabilisierung der Gesundheit und der Lebenssituation erreicht werden können (vgl. ebd.: 41-48).

### **4.3.3 LÜSA als Fallbeispiel**

Der Autor möchte abschliessend anhand des erarbeiteten Leitfadens (vgl. 4.2.9 Zusammenfassender Leitfaden für das betreute Wohnen mit alternden Opiatabhängigen) das Projekt LÜSA in Deutschland kurz analysieren.

Das Projekt LÜSA wurde im Herbst 1997 als stationäre Einrichtung der Wiedereingliederungshilfe für Drogenabhängigen vom VFWD e.V. (Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger) gegründet. Es richtet sich nur an wiedereingliederungsfähige chronisch mehrfachscherstgeschädigte drogenabhängige Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, selbständig am gemeinschaftlichen Leben teilzunehmen. Seit der Eröffnung wurden bereits über 300 Klientinnen und Klienten aufgenommen, die durchschnittlich 45 Jahre alt und seit über 25 Jahren schwer drogenabhängig sind. Bei dieser Zielgruppe ist die Abstinenz meist keine realistische Zielsetzung mehr. Vielmehr steht die Überlebenssicherung, die gesundheitliche, juristische und soziale Stabilisierung, die Zuführung zu medizinischer Behandlung und die Vermittlung von Wissen über Risikominimierung im Vordergrund. (vgl. Dias de Oliveira 2011: 283ff.).

Das LÜSA bietet verschiedene Wohnformen und Beschäftigungsprojekte (vers. Werkstätte, LÜSA-Laden, Haus- und Renovierungsarbeiten etc.) mit geregelter Tagesstruktur an. Das Wohnen im Haupthaus hat Wohngemeinschaftscharakter. Es verfügt über ein grosses Wohn- und Esszimmer, ein Spielzimmer und eine TV- Ecke. In separaten Gebäuden im Hof befinden sich einige Beschäftigungsbereiche (z.B. Kreativ- und Fahrradwerkstatt). Die Büros und Räume der Mitarbeitenden sind bewusst im gesamten Haus verteilt, denn dies schafft eine hohe Präsenz und lädt ein zu niederschweligen Flurgesprächen. Zudem ist das Haupthaus sehr zentral gelegen und gut in den sozialen Raum der Stadt Unna eingebunden. Die Aussenwohngruppe entspricht einer „normalen“ Wohngemeinschaft mit Gemeinschaftsräumen und einem individuell eingerichteten Einzelzimmer. Die Arbeit mit

dieser Klientel konzentriert sich auf die Ablösung und das Herauswachsen aus dem stationären Rahmen. Die Wohnungen befinden sich jedoch in der Nähe des Haupthauses. So haben die Bewohnenden nach wie vor einen erleichterten Zugang zu den verschiedenen Angeboten des Haupthauses. Das stationär dezentrale Einzelwohnen bietet Platz für Bewohnende, die grosse Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben. Das Ziel der Betreuung in diesem Hilfsangebot ist, die Klientinnen und Klienten trotz ihrer vielfältigen Störungen stabil einzubinden, ihre Rückzugsbedürfnisse zu respektieren und sie langfristig in kleinen Schritten zu befähigen, Hilfeangebote anzunehmen und allmählich am gemeinschaftlichen Leben teilzunehmen. Das ambulant betreute Wohnen zielt auf Menschen mit Mehrfachschädigungen, die bereits einige Entwicklungsschritte machen und sich gesundheitlich stabilisieren konnten, ab. Ziel der ambulanten Betreuung ist es, den Drogenabhängigen zu helfen, die noch vorhandene oder wieder erreichte Stabilität und Lebensqualität zu halten, sie bei der Lebensgestaltung zu unterstützen und zu befähigen, möglichst selbständig zu leben (vgl. ebd.: 286ff.).

**Hier werden nun die einzelnen Schwerpunkte des Leitfadens (vgl. 4.2.9 ) anhand des LÜSA- Projekts diskutiert:**

Zum LÜSA-Team gehören neben Sozialarbeitenden auch Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Familienhelferinnen und Familienhelfer, ehemalige Drogenabhängige, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Fachkräfte der Hauswirtschaft, Verwaltungsangestellte und handwerklich orientierte Anleiterinnen und Anleiter dazu. Das Team ist multikulturell und multidisziplinär zusammengesetzt, was eine möglichst breite Sicht auf die komplexen Problemlagen der Klientel fördert. Es findet zudem eine **Zusammenarbeit** mit anderen Einrichtungen der Drogenhilfe und anderen Beratungsstellen statt. Ausserdem wird eng mit dem sozialen und medizinischen Hilfesystem kooperiert (vgl. ebd.: 294). Um eine adäquate medizinische Versorgung der Bewohnenden zu ermöglichen, wird das Team **regelmässig geschult**. Im Projekt LÜSA sind zudem ein Hausarzt (substituierender Arzt) und ein Psychiater niedergelassen. Für Einzelfallsupervisionen stellt regelmässig ein Facharzt für Psychiatrie/Neurologie zu Verfügung (vgl. ebd.: 291).

Durch die medizinische Versorgung und den regelmässigen Untersuchungen bei den jeweiligen Ärzten, kann die Gesundheit der Bewohnenden sichergestellt werden. Inwiefern das Projekt LÜSA bei der **Früherkennung und Diagnostik**, die spezifische Bedarfslagen der Älteren genau betrachtet und ob das Augenmerk gezielt auf chronische körperliche und psychische Erkrankungen gelegt wird, wird aus der Literatur zum Projekt nicht klar.

In den Wohnhäusern von LÜSA ist der **Umgang mit Sterben und Tod** immer wieder ein grosses Thema, denn viele schwer kranke Klientinnen und Klienten verbringen nicht nur

einen bedeutenden Lebensabschnitt in ihrem Haus, sie sterben auch dort. Zum „Sterben in Würde“ gehört im LÜSA- Projekt, dass diese Menschen nicht einfach „abgeschoben“ werden, sondern sowohl von den Mitarbeitenden als auch den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern begleitet, getröstet, unterstützt und im Krankenhaus, im Hospiz oder in ihrem Zimmer nicht alleine lassen. Die Sterbebegleitung ist für die Klientel meist sehr intensiv und belastend und erfordert oft professionelle Einzelbetreuung und viele Gespräche. Das Wohnprojekt LÜSA richtet meist die Trauerfeier aus und wird dabei seit vielen Jahren eng von einem Pastor und einem örtlichen Bestatter unterstützt, sodass die Trauerfeiern sehr individuell sind. Mitbewohnende, Freundinnen und Freunde aus der Drogenzene und Familienangehörige werden auf Wunsch bei der Gestaltung der Trauerfeier miteinbezogen. Gemeinsam nimmt jeweils das ganze Haus von der verstorbenen Person Abschied, es wird eine individuelle Traueranzeige in die Tageszeitung gestellt und eine Gedenktafel im Garten errichtet (vgl. ebd.: 296f.).

Das Wohnprojekt LÜSA bietet ihren Bewohnerinnen und Bewohner **verschiedene Angebote im Bereich der Beschäftigung und der Freizeitgestaltung**. Der Selbstversorgungsansatz (Haushalt möglichst selbständig führen inkl. selbständiges Kochen), das Alltagstraining und die verschiedenen Beschäftigungsangebote stellen wichtige Hilfen bei der „Hilfe zur Selbsthilfe“ dar. Ziel ist es, die Bewohnenden bei den Dingen anzuleiten, die sie nicht mehr bzw. noch nicht können. Es wird mit ihnen zusammengearbeitet, die Alltagsbewältigung wird jedoch nicht von den Mitarbeitenden übernommen (vgl. ebd.: 293). Nutzerinnen und Nutzer der Beschäftigungsangebote werden individuell nach ihren Fähigkeiten und nach ihren Interessen in Kleingruppen oder einzeln angeleitet (vgl. ebd.: 290). Die LÜSA geht davon aus, dass ein regelmässiger Tagesablauf, verbunden mit einer sinnhaften, gelingenden Aufgabe, einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Haltekraft hat. Die Herstellung und der Verkauf von Produkten stärke das Selbstwertgefühl ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und die Teilhabe an einem strukturierten Tagesablauf und an der Herstellung von sinnvollen Produkten habe einen Stabilisierungseffekt (vgl. ebd.).

Das Projekt LÜSA ist bemüht, seinen Bewohnenden ein Zuhause zu bieten, wo sich diese wohl und sicher fühlen. Sie sollen das Gefühl haben, dass sie unterstützt werden und wohlwollende Menschen sie umgeben (vgl. ebd.: 292). Es ist jedoch ebenfalls zu erwähnen, dass die Institution LÜSA den Aufenthalt ihrer Bewohnenden auf zwei Jahre befristet, da die Wiedereingliederung eines der anzustrebenden Ziele ist. Dadurch ist eine für viele alternde Opiatabhängige bedeutsame dauerhafte **Beheimatung** nicht möglich (vgl. ebd.: 291). Mit dem Projekt „Dauerwohneinrichtung“ stehen jedoch seit 2015 14 Dauerwohnplätze zur Verfügung (vgl. VFWD e. V., Projekt LÜSA 2015: 16ff.). Diese Wohnplätze stehen der Zielgruppe schwer kranker, behinderter und sozial entwurzelter Menschen ohne

Wiedereingliederungs- und Verselbständigungsperspektiven zur Verfügung. Dabei soll dem Bedürfnis der Betroffenen nach selbstbestimmten und selbständigem Leben auf der einen Seite und ihrem Bedürfnis nach Befriedigung ihres Hilfebedarfs auf der anderen Seite so weit wie möglich entsprochen werden. Im Gebäude stehen verschiedene Gemeinschaftsräume zum Kochen, zur Begegnung und für beschäftigungstherapeutische Projekte zur Verfügung. In diesem Gebäude sind ebenfalls Büro- und Pflegeräume für das interdisziplinär Betreuungsteam bereit untergebracht. Im Zentrum stehen bei diesem Projekt die Einzelbetreuung sowie Kleingruppenangebote. Die Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten sind ebenfalls sehr zentral (vgl. Dias de Oliveira 2011: 297).

Das Projekt LÜSA ist stets bemüht, ein Bestandteil des Gemeinwesens zu sein und es weiter zu werden, denn eine **soziale (Re-) Integration** kann nicht isoliert im Wohnhaus passieren. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, welche zu Begegnungen zwischen Bewohnenden und den Bürgerinnen und Bürger der Stadt Unna führen (vgl. ebd.: 295). Mit der Gemeinwesenarbeit soll die Stigmatisierung und Isolierung dieser Personengruppe in der Stadt Unna vermindert werden (vgl. ebd.: 290). Die gut besuchten LÜSA-Sommerfeste und Weihnachtsbasare, die Beteiligung an Festen und Märkten anderer sozialer Träger sowie die Präsenz auf dem Unnaer Weihnachtsmarkt bieten gute Gelegenheiten für Begegnungen zwischen Klientinnen und Klienten und den Bürgerinnen und Bürgern. Ähnlich wie das Wohnheim „Woodstock“ in Den Haag, haben sie mit ihren Verkaufsläden, den Dienstleistungen für die Anwohnenden und das für alle offenstehende Haus verschiedene Möglichkeiten, um in Kontakt mit Anwohnenden und Bürgerinnen und Bürgern der Stadt zu treten (vgl. ebd.: 295). Unklar sind jedoch die effektiven Auswirkungen dieser Gemeinwesenarbeit auf die Bewohnenden des LÜSAs. Es ist davon auszugehen, dass die Bewohnenden zusätzlich beim Aufbau eines sozialen Netzwerkes unterstützt und motiviert werden, um Freizeitaktivitäten ausserhalb des Wohnhauses wahrzunehmen.

In der **Beziehungsgestaltung** zu der Klientel wird Wert auf gegenseitigen Respekt und Akzeptanz gelegt. In der täglichen Arbeit orientieren sich die Professionellen am lösungsorientierten Ansatz. Dabei richten sie den Blick auf die Gegenwart und stärken die Selbstbestimmung der Klientel. Sie arbeiten an Lösungen und wollen dabei nicht die Probleme und Defizite fokussieren. Der Klientel soll Wahlmöglichkeiten gegeben werden: Es geht darum, dass sich die Klientin oder der Klient zwischen „gesundem“ bzw. „gesünderem“ Verhalten und ihrem „traditionellen“ Verhalten entscheiden kann. Die Bewohnenden sollen ausprobieren können und auch zu alten Verhaltensweisen zurückkehren dürfen, in denen sie sich sicher fühlen. Nur in dieser Sicherheit ist es den meisten Bewohnenden möglich, Veränderungsschritte anzugehen (vgl. ebd.: 292). Die Professionellen nehmen entsprechend eine wertschätzende Haltung ein und unterstützen die Klienten und Klient-

tinnen dort, wo sie Hilfe benötigen, um möglichst selbständig zu leben. In der Literatur zum Projekt LÜSA wird nicht ersichtlich, wie die Mitarbeitenden mit Nähe und Distanz in der professionellen Beziehung zu den Bewohnenden umgehen.

## 5 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit bezüglich der formulierten Fragestellungen nochmals aufgegriffen und diskutiert. Abschliessend wird ein Ausblick in die Zukunft der professionellen Suchthilfe mit alternden Opiatabhängigen gemacht.

### 5.1 Zusammenfassung und Diskussion

In der Einleitung wurde darauf hingewiesen, weshalb es für die Institutionen der Suchthilfe wichtig ist, sich mit der zunehmenden Alterung ihrer Klientel auseinanderzusetzen. Die Institutionen der Suchthilfe sind bis heute meist weder konzeptionell noch personell noch räumlich auf die Alterung ihrer Klientel vorbereitet. Eine Auseinandersetzung mit den alltäglichen Bedürfnissen und Problemlagen von alternden Opiatabhängigen ist deshalb enorm wichtig. Dabei stellt sich die Frage, welche Wohnformen sich eignen und welche Herausforderungen in der professionellen Alltagsbegleitung entstehen können.

Eine Zielsetzung der vorliegenden Bachelorarbeit war, die Opiatabhängigkeit theoretisch näher zu beleuchten und theoretische Erklärungen für die Ursachen einer Abhängigkeit aufzuzeigen. Um die Opiatabhängigkeit zu beschreiben, war eine Abgrenzung von anderen Konsumformen und anderen Konsummitteln nötig. Um die Thematik der Opiatabhängigkeit zu verstehen, war es essentiell, die Wirkung und die Toleranzentwicklung bzw. die entstehende Abhängigkeit von dieser Substanz im menschlichen Körper näher zu beschreiben. Der Autor hatte sich in diesem Kapitel ausserdem zum Ziel gesetzt, zusätzlich die Geschichte des Opiatkonsums in der Schweiz und die Entstehung der Substitutionstherapie zu beschreiben. Bei der Ursachenerklärung wurden divergierende Ansätze skizziert, da abhängiges Verhalten von unterschiedlichen Wissenschaften unterschiedlich erklärt werden kann. Heute wird jedoch mehrheitlich mit integrativen Modellen gearbeitet, die verschiedene Kausalitäten miteinander verbinden. Das Modell der Schutz- und Risikofaktoren bietet die Möglichkeit diese voneinander abweichenden Erklärungsansätze zu integrieren und zeigt auf, welche Faktoren das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen und welche eine Person vor einer Abhängigkeit schützen können.

Eine weitere Zielsetzung war, die Bedürfnisse und Problemlagen von alternden Opiatabhängigen aufzuzeigen. Denn nur durch die Kenntnis der Bedürfnisse und deren Problemlagen können professionelle Hilfeleistungen entwickelt und im Anschluss daran angebo-

ten werden. Dabei zeigte sich, dass die Mehrzahl der befragten Abhängigkeitserkrankten im deutschsprachigen Raum ähnliche Bedürfnisse haben wie andere alternde Menschen. Sie teilen das Bedürfnis möglichst lange selbständig zu wohnen, möglichst beschwerdefrei zu sein und soziale Kontakte pflegen zu können. Bei beiden Gruppen sind körperliche Beschwerden und Einschränkungen zu beobachten. Bei alternden Opiatabhängigen setzt dieser Alterungsprozess in der Regel früher ein und schreitet in der Regel auch schneller voran. Durch die Neben- und Folgewirkungen des Opiatkonsums leiden viele an chronischen Infektionskrankheiten und an Leber- und Lungenkrankheiten. Im Alter nehmen demenzielle Störungen und Depressionen zu, wobei alternde Opiatabhängige übermäßig häufig an psychischen Krankheiten wie affektiven Störungen, Depressionen, Persönlichkeits- und Angststörungen leiden. Bei beiden Gruppen nehmen soziale Kontakte im zunehmenden Alter ab, was oft zu Vereinsamung führen kann. Alternde Menschen mit einer Opiatabhängigkeit haben im Vergleich zu anderen alternden Menschen jedoch oft keinen Kontakt mehr zur Herkunftsfamilie oder zu ihren Kindern und erleben aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit häufig Ablehnung in der „Normalgesellschaft“. Ihr soziales Netz ist im Vergleich also noch dünner und sie sind stark von professioneller Hilfe abhängig. Aufgrund dieser Ausgangslage wird klar, dass alternde Opiatabhängige andere Bedürfnisse haben und andere Hilfeleistungen benötigen als jüngere Menschen mit einer Suchterkrankung. Es ist daher zwingend nötig, dass sich die professionelle Suchthilfe mit der zunehmenden Alterung ihrer Klientel auseinandersetzt und neue angepasste Angebote und Konzepte entwickelt.

Am intensivsten hat sich der Autor mit der Frage „Inwiefern sich das betreute Wohnen für alternde Opiatabhängige eignet und welche Herausforderungen dabei für die Professionellen der Sozialen Arbeit entstehen“ auseinandergesetzt. Das betreute Wohnen hat sich in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit durchsetzen können, in der Suchthilfe wird diese Wohnform ebenfalls häufig angeboten. Wie bereits oben erwähnt, sind Menschen mit einer Opiatabhängigkeit in zunehmendem Alter auf Unterstützungsleistungen angewiesen. Es wird also nötig, über betreute Wohnformen zu diskutieren. Die meisten Institutionen, die betreutes Wohnen anbieten, tun dies jedoch nicht für eine bestimmte Altersgruppe. Um alternden Opiatabhängigen gerecht zu werden, braucht es Qualifizierung und Weiterbildung des Personals im Bereich Altenpflege. Um die Alltagsbewältigung und die Versorgung der alternden Opiatabhängigen zu gewährleisten, ist eine enge Vernetzung bzw. eine starke Kooperation zwischen der Suchthilfe, der Altenpflege und medizinischen Fachkräften nötig. Weiter sollten Instrumente der Früherkennung und Diagnostik auf die spezifische Bedarfslagen der alternden Menschen angepasst werden. Da sich alternde Opiatabhängige intensiv mit dem Thema Sterben und Tod auseinandersetzen,



sollten ihre professionellen Begleiterinnen und Begleiter dementsprechend geschult werden. Es braucht neue Angebote, welche die Bedürfnisse und Problematiken dieser Personengruppe aufgreifen. Die Beheimatung der Bewohnenden und die soziale Integration sind weitere zentrale Themen, mit denen sich die Professionellen in der Arbeit mit alternen Opiatabhängigen befassen müssen. Abschliessend kann hier darauf gesagt werden, dass das betreute Wohnen durchaus eine geeignete Wohnform für diese Personengruppe sein kann und dass auch die Suchthilfe dieser Klientel gerecht werden kann. Es braucht jedoch zwingend eine enge Zusammenarbeit und einen Wissensaustausch mit der Altenpflege, denn nur so kann ein adäquates Angebot geschaffen werden. Der Autor hat diese Erkenntnisse in einem Leitfaden zusammengefasst. Er erhofft sich damit, die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe zur Reflexion anzuregen und sie zu ermutigen, kreative Angebote im Wohnen und in der Alltagsgestaltung für die Zielgruppe „alternde Opiatabhängige“ auszuarbeiten.

Es gibt bereits einige Projekte in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern, die explizit Wohnplätze für alternde Opiatabhängige anbieten. Dabei arbeiten diese meist in interdisziplinären Teams (Suchthilfe und Altenhilfe) und haben explizite Angebote für alternde Opiatabhängige entwickelt. Bei den meisten Projekten wird die soziale Integration in die Nachbarschaft bzw. in die „Normalbevölkerung“ als eine der wichtigsten Aufgaben angesehen. In der Schweiz werden nach wie vor viele alternde Opiatabhängige, die auf vermehrte Pflege- und Unterstützungsleistungen angewiesen sind, in Alters- und Pflegeheime überwiesen, da es für sie zu wenig spezifische Wohnangebote gibt. Aufgrund der in der Arbeit beschriebenen Ausgangslage, sieht der Autor in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern starken Handlungsbedarf betreffend Forschung und Ausbau der Angebote der Suchthilfeinstitutionen.

## **5.2 Ausblick**

Durch den demografischen Wandel und die immer besser werdende medizinische Versorgung wird die Anzahl der Opiatabhängigen über 40 Jahre weiter zunehmen. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Jahren eine Vielzahl Opiatabhängiger auf Unterstützungs- und Pflegeleistungen angewiesen sind. Insofern ist zu hoffen, dass sich in Zukunft die Suchthilfe vermehrt dieser Thematik annehmen wird und neues Wissen und neue Angebote kreiert. Eine enge Kooperation mit anderen Disziplinen wird für die Zukunft der Suchthilfe immer wichtiger sein, denn ohne Wissen über Geriatrie, medizinische Versorgung und ohne Kenntnisse über die Bedürfnisse von älteren Menschen sind adäquate

professionelle Unterstützungsleistungen nicht vorstellbar. Damit sich die Lebensbedingungen und die soziale Isolation dieser Personengruppe nicht weiter verschlechtern, bleibt zu hoffen, dass die Soziale Arbeit in Zukunft vermehrt Öffentlichkeitsarbeit betreibt und sich politisch für ihr Klientel einsetzt.

## 6 Quellenangaben

### 6.1 Literaturverzeichnis

- **Abstein Hans Joachim (2011).** Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit. In: Gastiger Sigmund/Abstein Hans Joachim (Hg.). Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag. S. 7-18.
- **Backes Gertrud M./Clemens Wolfgang (2013).** Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- **Baumeister, Barbara (2009).** Ein dynamisches und innovatives Berufsfeld: Soziale Arbeit mit älteren Menschen. Sozial Aktuell, 10 (2009). S. 17-20.
- **Bill Karl Heinz (1988).** Vorwort. In: Bill Karl Heinz (Hg.). Betreutes Wohnen. Neue Wege in der psychiatrischen Versorgung. München: AG-SPAK-Bücher. S. 7-11.
- **Binggeli Ursula (2009).** Blitzlichter auf die Altersarbeit. Fünf Projekte in fünf Kantonen. Sozialaktuell, 10 (2009). S. 40-41.
- **Bojack Barbara/Brecht Elke/Derr Christina (2010).** Alter, Sucht und Case Management Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter. Bremen: EHV Academicpress.
- **Bundesamt für Gesundheit (o.J.).** Substitutionsgestützte Behandlung. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=de> [Zugriffsdatum: 04. April 2016].
- **Dias de Oliviera Anabela (2011).** Wohnhilfen für ältere chronifizierte Drogenabhängige in Unna. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 283-301.
- **Deimel Daniel (2011).** Drogenabhängigkeit, psychisch Inkonsistenz und Soziale Unterstützung. Eine Analyse der psychosozialen Betreuung Substituierter. Unveröffentlichte Dissertation. Humanwissenschaftliche Fakultät. Köln.
- **Degkwitz Peter/Zurhold Heike (o. J.).** Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. URL: <http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/126.pdf> [Zugriffsdatum: 04. April 2016].

- **Dürsteler-MacFarland** Kenneth M./**Herdener** Marcus/**Strasser** Johannes/**Vogel** Marc (2011). Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 93-136.
- **Ebert** Kristin/**Sturm** Sabine (2006). "Alte Junkies": Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens? Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work. URL: [http://www.indro-online.de/Ebert3\\_06.pdf](http://www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf) [Zugriffdatum: 04. April 2016].
- **Eppler** Natalie/**Kuplewatzky** Nina/**Vogt Irmgard** (2011). „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 167-207.
- **Gabriele** Kleiner (2012). Alter(n) zwischen Partizipation und sozialer Ungleichheit. In: Kleiner Gabriele (Hg.). Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 23-34.
- **Hirsch** Rolf Dieter (2011). Psychotherapie alter Menschen: Eine kurze Einführung. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 347-376.
- **Höflinger** Francois (2009). Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Age Report 2009. Zürich: Seismo Verlag.
- **Jungnitsch** Georg (2009). Klinische Psychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- **Köhler** Thomas (2000). Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen, Wirkung, Wirkmechanismen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- **Kuhl** Hans Christian (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006. URL: [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad31\\_mit-umschlag.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad31_mit-umschlag.pdf) [Zugriffdatum: 07. Juni 2016].
- **Loviscach** Peter (1996). Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- **Maffli** Etienne/**Delgrande** Jordan Marina (2010). Altersentwicklung in der Suchthilfe: neue Herausforderungen für die Praxis. SuchtMagazin 10(3). S. 16-19.
- **Niekrens** Sebastian (2012). Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive. Freiburg im Breisgau: Centaurus Verlag & Media KG.

- **Rosenmann Matthias (1999).** Zimmer mit Aussicht. Betreutes Wohnen bei psychischen Krankheiten. Bonn: Psychiatrie- Verlag GmbH.
- **Rosemann Matthias/Konrad Michael (2011a).** Vom Wohnheim zur mobilen Unterstützung. In: Handbuch betreutes Wohnen : von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Rosemann Mathias/Konrad Michael (Hg.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH. S. 23-49.
- **Rosemann Matthias/Konrad Michael (2011b).** Betreuen und Wohnen. In: Handbuch betreutes Wohnen : von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Rosemann Mathias/Konrad Michael (Hg.). Bonn: Psychiatrie- Verlag GmbH. S. 52-57.
- **Rosenhagen Günter (2005).** Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In: Ortmann Karlheinz/Waller Heiko (Hg.). Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 76-87.
- **Schay Peter (2013).** Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen. In: Schay Peter/Lojewski Ilona/Siegele Frank (Hg.). Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 102-112.
- **Schmidt Torsten/Jörden-Thamm Werner (2011).** In die Jahre gekommen... Aus Betreutem Wohnen wird „Intensiv Betreutes Wohnen“ – Zur Auseinandersetzung um zukünftige Betreuungsformen von älteren Menschen mit einer HIV- Infektion und einer Drogenbiografie. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 251-262.
- **Schulte- Wefers Hella (2013).** „Der alternde Drogenabhängige- Das Altenheim Woodstock in den Niederlanden“. Vortrag auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten „Unabhängig im Alter-Sucht im Alter“ am 19.Juni 2013. URL: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende\\_Themen/Downloads/Dr.\\_med.\\_Hella\\_Schulte-Wefers\\_Woodstock\\_DHS.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Dr._med._Hella_Schulte-Wefers_Woodstock_DHS.pdf) [Zugriffsdatum: 19. April 2016].
- **Spieler Frauenfelder Marianne (2015).** Betreutes Wohnen City. Wohnintegration für Erwachsene. Stadt Zürich, Soziale Einrichtungen und Betriebe. Geschäftsbereich Wohnen und Obdach. URL: <http://www.sucht-im-alter.eu/images/Dokumente/Praesentationen/BeWoCity.pdf> [Zugriffsdatum: 26. April 2016].
- **Sternenhof – Leben und Wohnen im Alter (o.J.).** Wohngemeinschaften an der Laufenstrasse. URL: <http://www.sternenhof.ch/wohngruppe/laufenstrasse> [Zugriffsda-

tum: 27. Juni 2016].

- **Sucht Schweiz** (o.J.). Heroin. URL: <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/heroin/> [Zugriffsdatum: 19. April 2016].
- **Uchtenhagen, Ambros** (2000). Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit. In: Uchtenhagen Ambros/Zieglgänsberger Walter (Hg.). Suchtmedizin : Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban und Fischer Verlag. S. 193-195.
- **Uchtenhagen, Ambros** (2000). Risikofaktoren und Schutzfaktoren: eine Übersicht. In: Uchtenhagen Ambros/Zieglgänsberger Walter (Hg.). Suchtmedizin : Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban und Fischer Verlag. S. 196-198.
- **VFWD e.V., Projekt LÜSA** (2015). Weiterentwicklung der Wohnhilfe-Angebote „Dauerwohnangebot“ für alternde chronisch abhängige und erkrankte DrogenkonsumentInnen. URL: <http://www.sucht-im-alter.eu/images/Dokumente/Praesentationen/LuesauDaWo.pdf> [Zugriffsdatum: 07. Juni 2016].
- **Vogt Irmgard** (2009a). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. In: Suchttherapie 2009 (10). Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 17-24.
- **Vogt Irmgard** (2009b). Süchtige Alte und ihre Versorgung. Suchtmagazin 09(3). S. 29-31.
- **Vogt Irmgard** (2011a). Lebenslaufperspektiven auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 27-61.
- **Vogt Irmgard** (2011b). Vorwort. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 5-6.
- **Vogt Irmgard/Eppler Natalie/Kuplewatzky Nina/Simmedinger Renate** (2010a). Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen. URL: [http://www.ahnrw.de/newsletter/upload/01\\_NL\\_ahnrw/2010/2010\\_08\\_18\\_NL\\_17/201003\\_isff\\_studie\\_clients.pdf](http://www.ahnrw.de/newsletter/upload/01_NL_ahnrw/2010/2010_08_18_NL_17/201003_isff_studie_clients.pdf) [Zugriffsdatum: 04. April 2016].
- **Vogt Irmgard/Eppler Natalie/Ohms Constance/Stiehr Karin/Kaucher Margarita** (2010b). Ältere Drogenabhängige in Deutschland. URL: <http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien->

[dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende Themen/Downloads/Abschlussbericht Aeltere Drogenabhaengige 100501 Drogenbeauftragte.pdf](#) [Zugriffsdatum: 04. April 2016].

- **Vogt Irmgard/Eppler Natalie/Ohms Constance/Stiehr Karin/Dias de Oliveira Anabela** (2010c). Wenn Drogenabhängige ihren Lebensabend gestalten. SuchtMagazin 10(3). S. 34-37.
- **Westermann Bernd/Dagmar Witzerstorfer** (2011). Substitutionssenioren. Was sie brauchen und wie sie es bekommen. In: Vogt Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 209-227.
- **Wittwer Yvonne** (2011). Woodstock, woonvoorziening voor bijzondere groep. Oudere dak- en thuislozen dreigen tussen wal en schip te vallen. URL: [http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/doc/wonen\\_zorg/Woodstock\\_Wemakenerietsmooisvan.pdf](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/doc/wonen_zorg/Woodstock_Wemakenerietsmooisvan.pdf) [Zugriffsdatum: 10. Mai 2016].
- **Wolter Dirk K.** (2011). Sucht im Alter – Altern und Sucht. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.