

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 36 (2010)

Heft: 3

Artikel: Wenn Drogenabhängige ihren "Lebensabend" gestalten

Autor: Vogt, Irmgard / Eppler, Natalie / Ohms, Constance

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800212>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 29.03.2025

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

Wenn Drogenabhängige ihren «Lebensabend» gestalten

Eine grosse Zahl Drogenabhängiger kommt in die Jahre und sieht sich neben den Tribut an die eigene Drogenkarriere – wie alle anderen Menschen auch – mit den Herausforderungen des Alterns konfrontiert. Welche Vorstellungen ältere Süchtige dabei von ihrem eigenen «Lebensabend» haben und wie diese umgesetzt werden könnten, zeigt ein Forschungsprojekt aus Deutschland. Ein Beispiel zeigt, wie die Drogenhilfe bei der Gestaltung des Lebensabends von Drogenabhängigen vorgehen kann und was sie für diese Klientel anbieten kann.

Irmgard Vogt

Prof. Dr., Institut für Suchtforschung Frankfurt, Nibelungenplatz 3, D-60318 Frankfurt, vogt@fb4.fh-frankfurt.de

Natalie Eppler

Dipl. Päd., Wiss. Mitarbeiterin, Institut für Suchtforschung Frankfurt, D-60486 Frankfurt, eppler@fb4.fh-frankfurt.de

Constance Ohms

Dr., Wiss. Mitarbeiterin, Institut für Suchtforschung Frankfurt, D-60486 Frankfurt, ohms@isis-sozialforschung.de

Karin Stiehr

Institut für Suchtforschung Frankfurt, stiehr@isis-sozialforschung.de

Anabela Dias de Oliveira

Geschäftsführerin Projekt LÜSA, Platanenallee 3, D-59425 Unna, projekt-luesa@t-online.de

Ausgangslage

Fragt man ältere Menschen mit Substanzkonsumproblemen nach ihrem aktuellen körperlichen und psychischen Zustand, antworten nur wenige, dass sie sich ganz gesund und fit fühlen. In unserer Befragung im Rahmen zweier Projekte – eines davon wird von der EU teilfinanziert, das andere vom Bundesministerium für Gesundheit (siehe Kasten) – von 50 aktiven KonsumentInnen von illegalen Drogen und Drogenersatzstoffen (Methadon) leiden nach eigenen Angaben 47 Personen⁴ im Durchschnitt unter 2,9 körperlichen Krankheiten und 23 geben neben der Drogenabhängigkeit zusätzliche psychische Störungen an. Am häufigsten werden folgende körperliche Krankheiten genannt: Hepatitis C und Lebererkrankungen, Erkrankungen der Zähne (mit Zahnverlust), des Herz-Kreislaufsystems und der Venen. Die häufigsten psychischen Störungen sind Depressionen, Ängste und schwere Vergesslichkeit. Studien, in denen der Gesundheitszustand älterer Drogenabhängiger mit objektiven Verfahren erhoben wird, kommen zu vergleichbaren Resultaten.⁵ Wie immer man vorgeht, das Ergebnis ist gleich: Die Gesundheit älterer Drogenabhängiger ist schwer belastet.⁶ Es ist daher anzunehmen, dass ein grosser Teil dieses Personenkreises auf Versorgung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit angewiesen ist. Betrachtet man die Schätzungen zur Gesamtzahl älterer Drogenabhängiger, so wird deutlich, dass hier aktuell und in den kommenden Jahren ein Bedarf an neuen Konzepten besteht. So schätzt man auf der Grundlage der aktuell vorliegenden Studien, dass im Jahr 2006 in Deutschland etwa 50'000 Personen mit problematischem Opiat- und Opioidkonsum 40 Jahre und älter waren. Die Prognosen gehen davon aus, dass sich diese Zahl im Lauf der kommenden 10 Jahre wenigstens verdoppeln vielleicht sogar ver-

dreifachen wird. Über etwa 8'000 bzw. 16% dieser Personen⁷ liegen zudem einige detaillierte Daten zur Lebens- und Behandlungssituation vor. Diese unterstreichen die soziale Isolation dieser Personengruppe, die zusammen mit den hohen gesundheitlichen Belastungen Anlass zur Besorgnis gibt.

Die Suchthilfe bietet derzeit nur relativ wenig zur Versorgung dieser Klientel an. Das liegt auch daran, dass die Vernetzung der Suchthilfe mit der Altenpflege und mit Einrichtungen für ältere psychisch Kranke noch ganz am Anfang steht und dringend ausgebaut werden sollte. Wie ein Angebot aussehen kann, dass die verschiedenen Bedürfnisse von älteren Drogenabhängigen berücksichtigt, zeigt das Projekt LÜSA (siehe unten).

Ältere Drogenabhängige sind verschieden – und wünschen sich verschiedene Optionen zur Lebensgestaltung

Die Ergebnisse unserer Studien (siehe Kasten) belegen, dass viele ältere Drogenabhängige sich Veränderungen wünschen, gerade auch in ihren Drogenkonsummustern.⁸ Nicht wenige würden gerne aus dem Drogenkonsum aussteigen, zunächst einmal aus dem Konsum

Projekt «Ältere Drogenabhängige in Deutschland» gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit

Das Projekt ist darauf angelegt, Fragen nach der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Drogenabhängigen in Einrichtungen der Suchthilfe, der Altenpflege, der Wohnungslosenhilfe und für psychisch Kranke zu klären. Dazu wurden folgende Studien durchgeführt: (1) Erstellung einer Übersicht über die bestehenden Angebote der Altenpflege, der Suchthilfe und der Schnittstellen beider Hilfesysteme, (2) Einzel- und Gruppen-Interviews mit ExpertInnen aus der Altenpflege und der Drogenhilfe zum Bedarf und zur Situation von Süchtigen in Altenpflegeheimen und in AIDS-Kliniken, (3) qualitative Interviews mit über 50-jährigen Drogenabhängigen, die u. a. nach ihren Wünschen zum Leben im Alter befragt worden sind.

Tendenziell sind ältere Drogenabhängige im Krankheitsfall auf externe Hilfen angewiesen. Daher sollte die Zusammenarbeit der einschlägigen Hilfesysteme optimiert werden. Dazu gehört auch eine gezielte Fort- und Weiterbildung der Sucht- und Drogenhilfe hinsichtlich Geriatrie und der Altenpflege hinsichtlich Substanzkonsumprobleme/ Sucht.¹

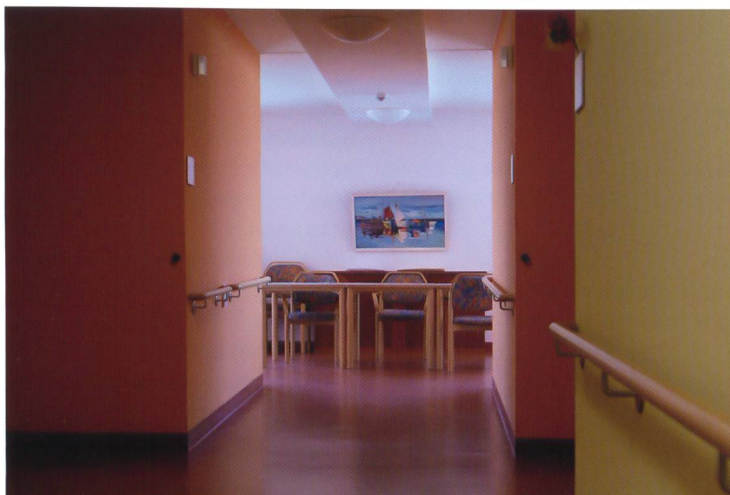
Projekt «Senior Drug Dependents and Care Structures – SDDCARE»²

Dieses in den Ländern Deutschland, Österreich, Schottland und Polen laufende Projekt ist darauf angelegt, Grundlagen zum Thema «Ältere Drogenabhängige und ihre Versorgungsbedarfe» zu schaffen. Dazu dienen Re-Analysen von nationalen Datensätzen ebenso wie die Erarbeitung der Rahmenbedingungen ihrer wohlfahrtsstaatlich garantierten Versorgung. Darüber hinaus wurde die Sicht der Betroffenen und ihr subjektiv erlebter Versorgungsbedarf in qualitativen Interviews erkundet. Letzterer wurde durch ExpertInneninterviews genauer erhoben. Auf diesen Grundlagen wurden Rahmenbedingungen erarbeitet, die bei den Planungen zur Versorgung dieser Personengruppe hilfreich und richtungweisend sein können.³



Hans-Peter Wortner (63) besuchte ich bereits für meine letzte Fotoserie im SuchtMagazin, die unter dem Titel «Leben mit Betreuung» in der Ausgabe 3/2009 erschien. Damals lebte Herr Wortner seit rund vier Jahren in einer geschlossenen Pflegeeinrichtung, auf einer Station für Demente. Dorthin war er nach einem schweren Herzinfarkt mit anschließendem Herzstillstand gekommen. Wortner lag einige Wochen im Koma und trug geistige Beeinträchtigungen davon. Nachdem die Unterbringung in einer offenen Einrichtung daran scheiterte, dass Wortner immer wieder orientierungslos von der Polizei aufgegriffen wurde, entschied man sich für das geschlossene Heim. Bei meinem damaligen Gespräch mit Hans-Peter Wortner, das nun schon rund neun Monate zurück liegt, äusserte er sich höchst unzufrieden über seine Lebenssituation. Wortner war der jüngste und geistig fitteste Bewohner der Station, konnte mit den anderen Bewohnern nichts anfangen. Seine Tage verbrachte er mit Schlafen und dem Warten auf die nächste Mahlzeit. Doch der Umzug in eine andere Einrichtung war damals schon geplant und ist mittlerweile geschehen. Dies war der Grund, Herrn Wortner ein weiteres Mal zu besuchen und ihn zu fragen, ob und inwiefern sich sein Leben verändert hat. Nach Auskunft seiner Betreuerin und der Arbeiterwohlfahrt, die den Gewerkschaftler Wortner regelmässig besucht, sind die Veränderungen weniger deutlich als erhofft. Immer noch sei er eher passiv, nehme auch wenig am Leben auf der Station teil, verbringe viel Zeit auf seinem Zimmer. Wortner selbst bestätigt dies, betont aber dass er trotzdem viel zufriedener sei als im vorigen Heim: «Hier wird einem mehr Freiheit gelassen, früher machten sie mir immer Vorhaltungen, wenn ich nicht zum Essen kam. Das ist hier anders.» Seit seinem Umzug lebe er, so Wortner, viel selbstbestimmter.

Hans-Peter Wortners neues Zimmer unterscheidet sich wenig von dem, in dem er in der geschlossenen Einrichtung lebte. Es ist ähnlich gross, die Möbel sind die gleichen und an den Wänden hängen dieselben Bilder und Erinnerungen an ein vom gewerkschaftlichen Engagement geprägtes Leben. Nach wie vor halte er sich, so Wortner, viel in seinem Zimmer auf. Das Laufen falle ihm sehr schwer – trotz neuer Prothese. Wortner wurde als junger Mann von einem Lastwagen überfahren und verlor ein Bein. Der Tagesablauf wird bestimmt vom Schlafen, Fernsehen, Lesen und von den Mahlzeiten: «Zum Frühstück gehe ich immer, das Mittagessen lasse ich oft ausfallen. Manchmal bringen sie mir auch das Essen aufs Zimmer, das ist sehr angenehm.» Das Personal sei nett, helfe ihm wenn nötig, lasse ihn aber auch in Ruhe. In der anderen Einrichtung, da habe es immer geheissen: «Ja, warum will er denn nicht.» Hier jedoch respektiere man, so Wortner, dass er eben seinen eigenen Tagesablauf habe. Auch mit den Bewohnern komme er gut klar: «Es sind einige dabei, mit denen kann man sich gut unterhalten. In dem anderen Haus, da waren ja fast nur Demente, die liefen manchmal auch einfach in mein Zimmer rein. Das ist hier zum Glück nicht so.»



Das Heim, in dem Wortner nun lebt, unterscheidet sich optisch wenig vom vorigen: Die typischen Gänge mit den Namensschildern, an den Wänden Haltestangen und immer wieder Sitzgelegenheiten. Der Hauptunterschied sei, so Wortner, dass die Türen offenstehen: «Ich kann raus, wann immer ich möchte. Ich muss keinen fragen.» Auf die Frage, ob er denn viel raus gehe, antwortet Wortner jedoch eher zurückhaltend und verweist auf seine Gehprobleme. Auch die Mitarbeiter der Arbeiterwohlfahrt, die ihn zweimal die Woche besuchen, schicke er manchmal weg, so Wortner. Dazu die gesetzliche Betreuerin: «Vielleicht müssen wir einfach seine Lebensweise akzeptieren, anstatt ihn zu Aktivitäten zu drängen.» Für die Zukunft wünscht sich Wortner noch einen Laptop, der alte Computer taugte nicht viel. Ein neues Telefon hat er kürzlich bekommen, es liegt aber fast nur herum: «Ich könnt' s ja benutzen aber...na ja...» Wortner beendet den Satz nicht.

illegaler Drogen, später aber auch aus der substituionsgestützten Behandlung (Methadon, Buprenorphin). Diese Hinweise auf eine Veränderungsmotivation sollten aufgegriffen werden. Es sollten daher vermehrt Programme zur Stabilisierung bei Substitutionsbehandlungen und Konsumreduktionen hinsichtlich des Beikonsums für ältere Drogenabhängige entwickelt werden, ebenso solche für Abstinenzbehandlungen im höheren Lebensalter. Dabei ist darauf zu achten, dass Settings geschaffen werden, die für diese Altersgruppe angemessen sind.⁹ Zu klären sind in diesem Zusammenhang einschlägige Finanzierungsfragen.

Hinsichtlich der Vorstellungen und Wünsche für das Leben im Alter unterscheiden sich ältere Drogenabhängige zunächst einmal nicht von anderen älteren Menschen. Die meisten wünschen sich, so lange wie möglich autonom und selbstbestimmt in der eigenen Wohnung zu leben. Betrachtet man jedoch den Umstand, dass 88% der von uns Befragten alleine leben und nur über wenige soziale Kontakte verfügen, so wird deutlich, dass oft schon kurzzeitige gesundheitliche Beeinträchtigungen professionelle Unterstützung notwendig machen. Das liegt daran, dass die meisten älteren Drogenabhängigen weder Familienmitglieder noch haben, die sich im Krankheitsfall um sie kümmern, sie kurzfristig pflegen, ihnen etwas zum Essen besorgen und darauf achten, dass sie ihre Medikation (einschliesslich der Substitutionsmittel) regelmässig einnehmen usw.

Wenn ältere Drogenabhängige nicht mehr alleine in der eigenen Wohnung leben können, differenzieren sich die Wünsche nach den Betreuungsformen und der Betreuungsintensität. Ein Teil der Befragten möchte gerne in Einrichtungen zum Betreuten (Einzel-)Wohnen leben und in einer eher losen Gemeinschaft mit anderen (stabilisierten) Drogenabhängigen. Im Betreuten Wohnen lebt man allein in seinem Zimmer, hat aber kontinuierlich Kontakt mit der «Aussenwelt» über das Betreuungspersonal und – wenn man das will – auch über persönliche Kontakte.

Etwas enger sind die Kontakte in Betreuten Wohngemeinschaften; hier muss man sich mit den MitbewohnerInnen auseinandersetzen. Das ist nicht immer einfach und nicht für alle, die Betreuung wünschen, leibar. Für diese Wohnform sprechen sich weniger Interviewte aus.

Sind auch die Möglichkeiten des Lebens im Betreuten (Einzel-)Wohnen oder in Wohngemeinschaften ausgeschöpft, dann kann sich eine recht grosse Gruppe von Befragten durchaus vorstellen, in einem Altenpflegeheim mit ganz «normalen» alten Menschen zusammenzuleben.

Altenpflege und Süchtige: von den Schwierigkeiten der Annäherung der Hilfesysteme

Die Pflege und Betreuung von alkohol- und drogenabhängigen Menschen erfordert spezifisches Fachwissen hinsichtlich der psychosozialen Befindlichkeiten älterer Suchtkranker einschliesslich der typischen Krankheitsbilder mit den damit einhergehenden körperlichen Abnutzungs- und Abbauprozessen (Multimorbidität), die mit dem Alter ausgeprägter werden. Dazu kommen in vielen Fällen weitere psychische Störungen, insbesondere Depressionen, Ängste und Persönlichkeitsstörungen (mit Schwerpunkt Impulskontrollstörungen). Altenpflegerinnen verfügen oft nicht über dieses Fachwissen. Dazu kommen Probleme der Alkohol- und Drogenabhängigen im Umgang mit Regeln, die die Zusammenarbeit mit dieser Klientel besonders beschwerlich machen kann. Die Pflegeheime sind daher derzeit i. d. R. noch nicht auf die spezifischen Bedarfe dieser Klientel eingestellt.

Bedenkt man, dass die «normale» Klientel von Altenpflegeheimen Menschen zwischen 75 und 95 Jahren sind, für die das Heim das letzte Zuhause ist, dann ergeben sich zusätzliche Problemlagen. Es ist damit zu rechnen, dass Drogenabhängige schon mit etwa 60 Jahren in Altenpflegeheime einziehen werden. Anders als bei «normalen» alten Menschen verbessert sich bei einigen Drogenabhängigen die Gesundheit bei guter Pflege nach relativ kurzer Zeit. Diese Personen würden dann wahrscheinlich gerne wieder in andere Einrichtungen wechseln,

z.B. in das Betreute (Einzel-)Wohnen. Darauf sind Altenpflegeheime allerdings nicht eingerichtet; auch darum gibt es dort in der Regel kein Entlassungsmanagement.¹⁰ Die älteren Drogenabhängigen würden also neue Anforderungen an die Institutionen stellen, die wiederum eine bessere Vernetzung zwischen der Pflegehilfe und der Drogenhilfe verlangen würde.

Dazu kommen ganz normale Vorbehalte der Altenpflegehilfe gegenüber Drogenabhängigen als Klientel. Diese speisen sich aus den öffentlichen Bildern der Drogenabhängigen als Junkies und abstossende Individuen, die rücksichtslos ihrer Sucht verschrieben sind. Zudem sind Drogenabhängige wegen ihrer Multimorbidität in der Praxis mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit «komplizierte Fälle», die von der Routine abweichen und schon allein deshalb zusätzliche Arbeit und möglicherweise auch Ärger machen. Beides zusammengenommen – Vorurteile und Erwartung von zusätzlichem Arbeitsaufwand – spricht dafür, sehr genau zu überlegen, unter welchen Umständen und Bedingungen Drogenabhängige in Altenpflegeheimen aufgenommen werden sollen. ExpertInnen der Altenpflege, die Erfahrungen mit Alkoholabhängigen in ihren Einrichtungen haben, sprechen sich gegen eine Einstreuung der Drogenabhängigen in «normale» Alten- und Pflegeheime aus. Sie empfehlen vielmehr die Einrichtung von unterschiedlichen Abteilungen unter einem Dach.

Spezielle Abteilungen für ältere Drogenabhängige in Altenpflegeheimen

Untersucht man die zurzeit vorhandenen Angebote zur Pflege von älteren und schwerkranken Alkohol- und Drogenabhängigen, zeigt sich, dass die Institutionen, die diese Klientel aufnehmen, in der Regel eigene Abteilungen eingerichtet haben. Einschlägige Erfahrungen haben Altenpflegeheime mit Abteilungen für Korsakow-Kranke (eine Folgekrankheit von exzessivem chronischen Alkoholkonsum) und Sterbekliniken, die AIDS-Kranke ohne und mit Sucht aufnehmen. Vor allem letztere zeigen, wie sich Pflegearbeit mit unterschiedlichen PatientInnengruppen zum Wohle aller durchführen lässt. Die AIDS-Hilfe, die hier führend ist, ist sowohl im Pflegebereich wie auch in der Suchthilfe engagiert. Sie hat in Deutschland selbst an der Durchsetzung des akzeptierenden Ansatzes im Umgang mit Drogenabhängigen mitgearbeitet und sie hat diese Erfahrungen auf den stationären Bereich übertragen.¹¹ Die Sterbekliniken, die sich daraus entwickelt haben, werden heute auch von anderen Trägern betrieben; die Konzepte sind jedoch weitgehend übernommen worden. Dazu gehört die Unterbringung der Kranken in unterschiedlichen Abteilungen, die Akzeptanz von Drogenabhängigkeit bei an AIDS erkrankten Drogenabhängigen, das Wissen um die Versorgung dieser Klientel mit psychoaktiven Substanzen wie Methadon und – in Zukunft – Heroin usw.

Diese Arrangements haben sich bewährt wie Beispiele aus Frankfurt am Main und Berlin belegen (z.B. House of Life in Berlin, Franziskushaus in Frankfurt am Main).

Praxis-Beispiel: Landesmodellprojekt LÜSA

Die verschieden konzipierten substituionsgestützten niedrigschwelligeren Angebote des Projektes LÜSA (Langzeit Übergangs- und Stützungsangebot)¹² in Unna/NRW (stationäres Wohnen, «Ambulant Betreutes Wohnen» und Tagesstrukturangebote gem. SGB XII, § 53¹³) bieten insgesamt für 49 chronisch mehrfach-schwerstgeschädigte drogenabhängige Menschen Wiedereingliederungshilfen. Sozialräumliche Teilhabe und Sozialverhalten sind im Projekt LÜSA für den Einzelnen und die Gemeinschaft deutlich wichtiger als die Konsumfrage. Der (selbstschädigende) Konsum legaler/illegalisierter Substanzen neben der angebotenen Substitutionsbehandlung ist im Haus untersagt, wird in der Regel jedoch kritisch mit Risikominimierungsansätzen und Geduld begleitet, während die sonstigen Hausregeln: Keine Gewalt, Keine Waffen, Keine Dealerei, Keine Hehlererei, Kein Stehlen, Kein Rassismus & Intoleranz zum Schutz Dritter deutlich disziplinarischer umgesetzt werden.

Der individuelle lösungsorientierte und wenig konfrontative Arbeitsansatz wirkt sich positiv auf die Haltekraft aus, schafft Beheimatung – erst die lange freiwillige Aufenthaltsdauer ermöglicht kleinschrittige Veränderungsprozesse. Diese fachlich begründete Gratwanderung zwischen «Veränderungsförderung und -forderung» ist insbesondere in der (gemeinschaftsrelevanten) Alltagsbewältigung oft konfliktbehaftet, da die BewohnerInnen sich ungleich behandelt fühlen.

Selbstbestimmung steht in Vordergrund

Das gemeinwesenorientierte, auf Selbstbestimmungs-Erweiterung setzende Konzept basiert auf vier Säulen:

- ein sicheres, wohlwollendes Zuhause
- (fach-)medizinische Behandlung/niedrigschwellige Suchtbegleitung
- Tagesstruktur (Selbstversorgungsansatz, differenzierte Beschäftigungs- und Freizeitangebote)
- Betreuung/Begleitung (24h-Präsenz, konstant, parteilich, ggf. auch Begleitung beim Sterben).

Die 342 seit 1997 betreuten Menschen (36% Frauen) sind überwiegend über vierzig Jahre alt und gehören somit zur Generation der «Alt-Junkies», die in 60er/70er Jahren mit Drogen, u.a. Heroin, zu experimentieren begannen und nach jahrzehntelanger Drogenkarriere «irgendwie» den Ausstieg nicht schafften oder/und wollten, aber dank akzeptanzorientierter Drogenpolitik/Drogenhilfe überleben konnten¹⁴ und damit das Hilfesystem erstmalig mit den spezifischen Problemlagen ihrer Alterungsprozesse konfrontieren.

Belastete Biografien

Die Lebenssituation dieser alternden, mehrfachgeschädigten chronisch drogenabhängigen Menschen ist geprägt von ihren häufig belasteten Biographien, den jahrzehntelang prekären und isolierten drogen- wie illegalitätsbezogenen Lebensbedingungen sowie den daraus entstandenen Folgeerkrankungen und Behinderungen. Heute sind sie schwer beeinträchtigt, sozial eingegliedert zu leben und in einer eigenständigen Wohnsituation für sich selbstverantwortlich zu sorgen; ihre nicht zureichende Reintegrationsperspektive bedarf neuer Hilfeangebote. Diese müssen auch i.S. des WTG¹⁵ diesen Personen ein dauerhaftes «Zuhause», würdevolle Wohn- und auch Sterbens-Räume bieten, erfüllbare Anforderungen stellen und individuelle Lebensqualität fokussieren, kurz, den identitätsstiftenden Erfahrungen des subkulturellen Lebens gerecht werden:

- Illegalität, Kriminalisierung, Stigmatisierung
- Prostitution, Beschaffungskriminalität, Psychiatrie- und Knasterfahrung
- andere Sprache, anderer Humor, andere Kleidung, andere Musik, anderer Lautstärke u.a.m.
- anderer Wohnstil- und Raumbedarf
- andere Gewohnheiten und andere Rauscherfahrung
- andere Fähigkeiten und Hilfebedarfe.

Verschiedene Wohn- und Hilfeangebote

Der Komplexität ihrer individuellen Hilfebedarfe kann, so sind wir aus unserer langjährigen Erfahrung überzeugt, in einem (Miet-)Wohn-Setting, mit einer Kombination aus «Ambulant Betreutem Wohnen» und Versorgungs-/Gemeinschafts-Bestandteilen der klassisch-stationären Wohnhilfen gut begegnet werden. Unser «Hausgemeinschafts»-Konzept bietet 14 barrierefreie selbstbestimmte Dauerwohnmöglichkeiten in Einzel-Apartments, Klein-WGs, Paar- bzw. 2er-Wohnungen sowie Begegnungsräume und MitarbeiterInnen-Büros. Hier zentralisiert in einem Gebäude ist Beheimatung und eine empathische (sub-)kultursensible Begleitung möglich, die gleichzeitig juristische Problemlagen für MitarbeiterInnen vermeidet:

- Substitutions-/Originalstoff- und konstante (fach)medizinische Behandlung

- Akzeptanz wie auch kritische Begleitung von unabänderlichem «Basis-Beigebrauch»
- Komplementärangebote wie Ergo-, Physiotherapie, ambulante Pflegedienste etc.
- Tagesstruktur- und Gemeinschaftsangebote
- 24h-Betreuungspräsenz
- selbstbestimmte (Lebens-)Räume und die Sicherheit, bis zum Tod bleiben zu können.

Es besteht Bedarf an adäquater Architektur, fachlich innovativem interdisziplinärem Denken, Unterstützung der HelferInnen – ein anderes Selbstverständnis sozialer Arbeit, die sich von den Omnipotenzvorstellungen, allen zu gelingender Reintegration zu verhalten, lösen muss. «Hier muss sich keineR mehr verändern!» Aber: «Lediglich» begleiten, «nur» da sein, Nähe aushalten: Können wir das? ●

Literatur

- DNQP-Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement. Osnabrück: DNQP.
- Fuhrmann, K. (2005): Umfrage zur speziellen Situation von DrogenkonsumentInnen über 40 Jahre. München: Condros.
- Fuhrmann, K. (2009): Umfrage zur Situation älterer OpiatkonsumentInnen in München. München: Condros (unveröffentlicht).
- Geyer, D. (2008): Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkrankter. Sucht aktuell 15: 31-35.
- Gölz, J. (1999): Der drogenabhängige Patient. München: Urban & Fischer.
- Hartwig, J./Janzen, P./Waller, H. (2008): Entlassungsvorbereitung aus dem Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Personen. Pflege 21: 157-162.
- Hentschel, A. (Hrsg.) (2005): DrogengebraucherInnen im Alter. Abschlussbericht, www.s128542404.online.de/download/hentschel2005_altenheim.pdf, Zugriff 26.05.2010.
- Oslin, D. W./Pettinati, H./Volpicelli, J. R. (2002): Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. American Journal Geriatric Psychiatry 10(6): 740-747.
- Rosen, D./Smith, M. L./Reynolds, C. F. III (2008): Characteristics and needs of older adult methadone clients. American Journal of Geriatric Psychiatry 16(6): 488-497.
- Stöver, H. (Hrsg.) (1999): Akzeptierende Drogenarbeit. Freiburg: Lambertus.
- Vogt, I. (2009): Süchtige Alte und ihre Versorgung. SuchtMagazin 35(3): 29-31.
- Vogt, I., Simmedinger, R. & Kuplewatzky, N. (2009): Sddcare. Re-Analysis of selected German national and local data. Institute of Addiction Research, Frankfurt am Main, www.sddcare.eu
- Vogt, I./Eppler, N./Ohms, C./Stiehr, K./Kraucher, M. (2010a): Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt, Institut für Suchtforschung Frankfurt (unveröffentlicht).
- Vogt, I./Eppler, N./Kuplewatzky, N./Simmedinger, R. (2010b): Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen. Abschlussbericht. Frankfurt, ISFF. www.sddcare.de/images/PDF/client.de.pdf, Zugriff 14.05.2010.

Endnoten

- 1 www.fh-frankfurt.de/de/forschung.transfer/institute/isff/projekte/aeltere.drogenabhaengige.in.deutschland.html
- 2 Das EU-Projekt SDDCARE 2006-346 «Senior Drug Dependents and Care Structures» wird finanziell von der Executive Agency for Health and Consumers EAHC gefördert. Die in dieser Publikation vertretenen Standpunkte obliegen der alleinigen Verantwortlichkeit der Autorinnen und geben nicht unbedingt die Meinung von EAHC wieder. Weder EAHC noch im Namen von EAHC tätige Personen sind verantwortlich für die Nutzung der vorliegenden Informationen.
- 3 www.sddcare.eu
- 4 Drei der befragten 50 Personen zwischen 45 und 61 Jahren sagen, dass sie keine körperlichen Erkrankungen haben.
- 5 Vgl. Rosen et al. 2008.
- 6 Wir haben bereits in unserem letzten Artikel im SuchtMagazin zur Sucht im Alter darauf hingewiesen: vgl. Vogt 2009.
- 7 Die Schätzungen beruhen auf den Ergebnissen des Suchtsurveys 2006, vgl. Kraus et al. 2008, den Daten von Pfeiffer-Gerschel et al., 2007 sowie den Datensätzen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Diagnosen F11 und F19, vgl. Vogt et al. 2009.
- 8 Vgl. Vogt et al. 2010a und b, Fuhrmann 2005, 2009, Oslin et al. 2002.
- 9 Vgl. Geyer 2008, Heuft et al. 2006.
- 10 Vgl. DNQP 2009, Hartwig et al. 2008.
- 11 Vgl. Stöver 1999, Gölz 1999, Hentschel 2005.
- 12 www.luesa.de
- 13 Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.
- 14 Nach der flächendeckenden Einführung von Substitutionsbehandlung und niedrigschwelliger Drogenhilfe-Angebote sank die Zahl der Drogentoten von 2030 im Jahr 2000 auf 1296 im Jahr 2006, DHS Jahrbuch Sucht 2008.
- 15 Wohn- und Teilhabegesetz NRW, www.wtg.nrw.de