



DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Mag^a. (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe

Fachhochschulstudiengang Soziale Arbeit

„Opiatabhängigkeit im Alter“ -
mögliche Wohnversorgungskonzepte an der Schnittstelle
zwischen Sucht- und Altenhilfe

eingereicht von:

Himmelsbach Lisa

06/1/0106/113

Erstbegutachter: DSA Thomas Schwarzenbrunner

Zweitbegutachterin: Mag^a. (FH) Brigitte Zweimüller

Linz, April 2010

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, nicht andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus anderen Quellen entnommen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Lisa Himmelsbach

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich beim und während dem Verfassen der Diplomarbeit unterstützt haben.

Zu allererst bedanke ich mich bei meinem Erstbegutachter DSA Thomas Schwarzenbrunner, der mich stets gut betreut, sich immer für mich Zeit genommen hat und mir ein sehr optimistisches und gutes Gefühl gegeben hat.

Ganz besonders möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die während meiner gesamten Schul- und Studierlaufbahn immer an mich geglaubt hat und mich nie aufgegeben hat. Oftmals haben meine Eltern auf Dinge verzichtet, um mir mein Studium finanzieren zu können. Dafür möchte ich hier meine volle Dankbarkeit zeigen. Weiters haben sie mich auch beim Korrekturlesen unterstützt und mir stets ein Feedback gegeben. Besonderer Dank gilt meiner Mama und meiner Schwester Julia fürs Korrekturlesen und ihren kritischen Anmerkungen.

Weiters möchte ich mich noch bei Hans Peter bedanken, der meine Arbeit schlussendlich noch einmal Korrektur gelesen hat.

Danke auch meinen Freundinnen Anna und Martina für ihre Unterstützung, ihre Hilfe bei der Diplomarbeit und für den guten Zuspruch. Besonderer Dank gilt auch Jakob, der mich stets gut beraten und unterstützt hat.

Zuletzt möchte ich noch meinem Freund Michi danken, dass wir diese - manchmal sehr stressige Zeit - so gut gemeinsam gemeistert haben und er immer Verständnis zeigte. Seine positiven Worte ermutigten mich immer wieder, diese Arbeit zielstrebig wie möglich zu Ende zu bringen.

Kurzfassung

Mit dem Ausbau des Drogenhilfesystems und der damit immer größer werdenden Bedeutung von schadensminimierenden Hilfsangeboten steigen die Überlebenschancen und die Qualität der Lebensbedingungen von vielen drogenabhängigen Männern und Frauen stetig an. Dies hat dazu geführt, dass sich in Österreich, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, das Alter und der Anteil der opiatabhängigen Männer und Frauen erhöht hat. Prognosen gehen davon aus, dass sich der Anteil der älteren Opiat-Drogenabhängigen in den kommenden zehn Jahren verdoppeln oder gar verdreifachen wird. Es stellt sich also die Frage, ob in absehbarer Zeit ein besonderer Wohnbedarf für diese Personengruppe entstehen wird und wie dieser bestmöglich gewährleistet werden kann. Anzunehmen ist, dass aufgrund des jahrelangen Drogenkonsums und den damit verbundenen Lebensweisen mit vermehrten gesundheitlichen Problemen und Veränderungen in den sozialen Beziehungen zu rechnen ist.

Ziel der Arbeit ist es, auf die zukünftige Lage der opiatabhängigen alten Menschen aufmerksam zu machen und vorzeitig eine Lücke im Versorgungssystem zu erkennen. Aufgrund der Tatsache, dass in unseren Nachbarländern dieser Thematik mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird, soll „ein Blick über den Tellerrand hinaus“ gewagt werden. Es soll eruiert werden, ob es Sinn macht, etwaige Konzepte auch in Linz umzusetzen. Wichtig ist, besonders die Bedürfnisse von opiatabhängigen alten Menschen aufzuzeigen, da dies die Grundbasis für ein funktionierendes Wohnkonzept darstellt.

Mittels ExpertInneninterviews soll ein Stimmungsbild in der Linzer Suchthilfe und der ambulanten Pflegedienste erhoben werden und ihre Einschätzung bezüglich den Wohnbedürfnissen von älteren Drogenabhängigen und der Situation in Linz dargestellt werden. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, ob opiatabhängige ältere Menschen besondere Wohnbedürfnisse haben und wie diese in Linz umgesetzt werden könnten.

Schlüsselwörter: Sucht, Abhängigkeit, Opiate, Alter, Altern, Wohnen, Wohnversorgung

Abstract

In recent decades, support systems for drug addicts have been expanded. Due to a number of harm-reduction measures, drug addicts now live longer and experience a far better quality of life. The number of older men and women addicted to illegal substances has increased in Austria, as in other European countries. It is predicted that the number of older opiate addicts will double or triple in the next ten years.

It is time to ask whether there is a need for special housing for this segment of our population, and if so, what it should be like. Long-term addicts have different lifestyles, different social relationships and specific health problems that must be considered.

This thesis illustrates the unique situation of older drug addicts and their needs while pointing out gaps in the present social services system. As our neighbouring countries are already addressing this problem, concepts from other countries are discussed and evaluated with respect to the situation in Linz, Upper Austria.

Interviews with experts from agencies that deal with substance abusers and from residential care facilities focus on housing models of the future for Linz with respect to older, long-term drug addicts.

KEYWORDS: addiction, opiates, older users, long-term, illegal substance abuse, housing

„Wenn wir jetzt anfangen...,

kommen wir etwas früher zu spät!“

(Verein Condrobs 2009, www.sddcare.eu)

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Danksagung.....	II
Kurzfassung.....	III
Abstract.....	IV
1 Grundlagen zu Sucht und Abhängigkeit	1
1.1 Begriffsdefinitionen.....	1
1.1.1 <i>Sucht</i>	1
1.1.2 <i>Abhängigkeit und Abhängigkeitssyndrom</i>	2
1.1.3 <i>Drogen</i>	3
1.1.4 <i>Opiate</i>	4
1.1.5 <i>Substitution</i>	4
1.2 Einteilung von Drogen	5
1.2.1 <i>Legale und illegale Drogen</i>	5
1.2.2 <i>Harte und weiche Drogen</i>	6
1.3 Konsumformen.....	6
1.3.1 <i>„Experimenteller Gebrauch“ (Probierkonsum)</i>	6
1.3.2 <i>„Unschädlicher Gebrauch“ (Genuss)</i>	7
1.3.3 <i>„Schädlicher, aber nicht- süchtiger Gebrauch“ (Missbrauch)</i>	7
1.3.4 <i>„Süchtiger Gebrauch“ (Abhängigkeit/ Sucht)</i>	7
1.4 Theorien der Suchtentstehung	7
1.4.1 <i>Das neurobiologische Modell</i>	7
1.4.2 <i>Das psychoanalytische Modell</i>	8
1.4.3 <i>Das systemische Modell</i>	8
1.4.4 <i>Das lerntheoretische Modell</i>	9

1.4.5	<i>Das soziologische Modell</i>	9
1.5	Der multifaktorielle Ansatz.....	11
1.6	Ursachendreieck der Suchtentstehung	12
1.7	Drogenkonsum als Selbstmedikation	13
2	Grundlagen des Alterns	13
2.1	Begriffsdefinitionen.....	13
2.1.1	<i>Alter und Altern</i>	13
2.1.2	<i>Chronologisches Alter/kalendarisches Alter</i>	15
2.1.3	<i>Biologisches Alter/individuelles Alter</i>	15
2.1.4	<i>Soziales Alter/soziologisches Alter</i>	15
2.1.5	<i>Psychisches Alter/psychologisches Alter</i>	15
2.1.6	<i>Funktionales Alter</i>	16
2.2	Altersunterteilungen	16
2.3	Theorien des Alters	17
2.3.1	<i>Interaktionistische Entwicklungstheorie</i>	17
2.3.2	<i>Biologische Theorien</i>	17
2.3.3	<i>Psychologische Theorien</i>	18
2.3.4	<i>Sozialpsychologische Alterstheorien</i>	20
3	Demographische Wandlungen	22
3.1	Demographische Alterung.....	22
3.2	Demographische Wandlungen im Drogenhilfesystem.....	24
4	Abhängigkeit im Alter	24
4.1	Beschreibung der Zielgruppe	25
4.2	Umfang der Zielgruppe.....	29
4.3	Aktuelle Statistiken und Prognosen der Zielgruppe.....	30
4.4	Rechtliche Rahmenbedingungen	35

4.4.1	Suchtmittelgesetz	35
4.4.2	Chancengleichheitsgesetz.....	37
5	Langzeitschäden bei der dauerhaften Einnahme von Opioiden	38
5.1	Körperliche Folgeerkrankungen	38
5.2	Veränderungen im sozialen Umfeld	40
6	Ansätze in der Sozialarbeit.....	41
6.1	Der akzeptanzorientierte Ansatz	41
6.2	Der niedrigschwellige Ansatz	42
6.3	Empowerment.....	43
7	Bedürfnisse drogenabhängiger älterer Menschen.....	44
7.1	Spezifika in der Arbeit mit älteren Drogenabhängigen	47
8	Wohnformen für drogenabhängige ältere Menschen	48
8.1	Alters-und Pflegeheime	49
8.1.1	<i>Definition</i>	49
8.1.2	<i>Ziele</i>	49
8.1.3	<i>Vor- und Nachteile</i>	50
8.1.4	<i>Wohnheime für alte drogenabhängige Menschen</i>	50
8.2	Betreute Wohngemeinschaften/Wohngruppen.....	51
8.2.1	<i>Definition</i>	51
8.2.2	<i>Ziele</i>	51
8.2.3	<i>Vor- und Nachteile</i>	52
8.2.4	<i>Betreute Wohngruppen für ältere Drogenabhängige</i>	52
8.3	Mobil betreutes Einzelwohnen	53
8.3.1	<i>Definition</i>	53
8.3.2	<i>Ziele</i>	53
8.3.3	<i>Vor- und Nachteile</i>	53

8.3.4	<i>Mobil betreutes Wohnen für ältere DrogenkonsumentInnen</i>	54
8.4	Weitere Wohnmöglichkeiten.....	54
8.4.1	<i>Definitionen</i>	55
9	Neue Anforderungen	55
10	Beschreibung der bisher vorhandenen Versorgungsstrukturen in Linz	57
10.1	Psychosoziales Wohnheim	58
10.2	Betreuung durch Pflegedienste.....	59
11	Exemplarische Versorgungskonzepte im deutschsprachigen Raum	63
11.1	Wohn- und Pflegeheim: Bad Soden-Salmünster.....	63
11.2	Betreutes Einzelwohnen für suchtmittelkonsumierende Menschen: Verein Condrops/ München	65
11.3	Intensiv betreutes Wohnen (ibW) für alternde und schwer chronisch erkrankte Menschen mit einer Drogenbiografie: Aids-Hilfe/Bremen	67
11.4	Modellprojekt „Dauerwohneinrichtung für alternde schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen“: LÜSA/ Unna	68
11.5	Wohngemeinschaft: „Haus Harmonie“/ Baselland	69
11.6	Häusliche Pflege durch Pflegedienste: Ancora GHP/ Hamburg.....	71
12	KlientInnenbefragung des Projektes „SDDCARE“	72
12.1	Ergebnisse der Studie.....	73
12.1.1	<i>Lebenssituation</i>	73
12.1.2	<i>Zukunftsperspektiven</i>	75
13	Empirischer Teil	76
13.1	Vorbereitung und Durchführung der Befragung	76
13.1.1	<i>Auswahl der Methode</i>	76
13.1.2	<i>InterviewpartnerInnen</i>	77
13.1.3	<i>Der Interviewleitfaden</i>	81
13.1.4	<i>Zielsetzung</i>	81

13.1.5	<i>Hypothesen/Annahmen</i>	82
13.1.6	<i>Durchführung der Interviews</i>	82
13.1.7	<i>Bildung von Kategorien</i>	83
13.2	<i>Inhaltliche Auswertung der Interviews</i>	85
13.2.1	<i>Relevanz des Themas</i>	85
13.2.2	<i>Versorgungskonzepte</i>	91
13.2.3	<i>Professionen</i>	99
13.2.4	<i>Ausbildung/Fortbildung</i>	101
14	Bedeutung der Sozialarbeit	102
14.1	Überprüfung der Hypothesen/Annahmen.....	105
14.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	108
	Resümee	116
	Literaturverzeichnis	XV
	Abbildungsverzeichnis	XXIII
	Abkürzungsverzeichnis	XXIV
	ExpertInneninterviews	XXVI
	Anhänge	XXVII

Einleitung

Betrachtet man die Gesamtlage von älteren DrogenkonsumentInnen, so stellt man fest, dass es sich um eine sehr ambivalente Situation handelt. Einerseits sind große Erfolge der Drogenhilfe zu erkennen, da seit den 90iger Jahren mit Substitutionsprogrammen, diversen Kampagnen zu „Safer-Use“- Maßnahmen, mit Überlebenshilfen und den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten diverser Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen etc., die Risiken des Konsums illegaler Drogen vermindert und somit die Überlebenschancen bzw. die Lebenserwartung dieser Menschen deutlich erhöht wurde. Zum anderen verhindert dies aber nicht, dass diese Menschen infolge ihres speziellen Lebensstils in einer häufig randständigen gesellschaftlichen Position eine Vielzahl von gravierenden Mankos und Beschäftigungen aufweisen. Dabei sind drei denkbar ungünstige Entwicklungen bei dieser Personengruppe zu erkennen: Erstens fehlen den KonsumentInnen meist die sozialen Bezugssysteme. Nur sehr wenige Menschen leben in Partnerschaften oder in familiären Bindungen, viele sind wohnungslos und tauchen immer wieder in der Obdachlosenszene auf. Des Weiteren fehlt der finanzielle Rückhalt und in der Regel liegen keinerlei finanzielle Ressourcen vor, geschweige denn Formen der Altersvorsorge. Häufig sind die Suchtkranken verschuldet und leben in sehr ärmlichen Verhältnissen. Besonders schlecht steht es zuletzt um den medizinischen und psychischen Status, da die langen Abhängigkeitsbiographien bei älteren DrogenkonsumentInnen zu einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand führen. ÄrztInnen prophezeien, dass DrogenkonsumentInnen das Alter früher „trifft“ und das Leben in illegalen Strukturen beschleunigt den Altersungsprozess so massiv, dass der Gesundheitszustand eines 40-jährigen Drogenabhängigen etwa dem eines 60- oder 70-jährigen entspricht. Sehr häufig leiden sie zudem an unbehandelten Hepatitiserkrankungen und sind ggf. mit HIV infiziert. Dazu kommen oftmals Bluthochdruck, Herzbeschwerden, Stoffwechselerkrankungen aufgrund einer Leberinsuffizienz, Nierenkomplikationen, Diabetes, Abszesse, etc. Auch die Konsequenzen jahrelanger gesundheitsschädigender Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Konsum unreiner Drogen, exzessiver Alkoholkonsum, schlechte

Ernährung, Mangel an Bewegung und oftmals jahrelange Inhaftierungen beschleunigen die Alterungsprozesse bei DrogenkonsumentInnen dramatisch. Auch der mentale Zustand ist sehr prekär. Frühzeitige Demenz, Psychosen und Depressionen sind nur einige der hier anzutreffenden psychischen Krankheitsbilder.

Trotz Konsums illegaler Drogen kann man heute alt werden, ein Umstand den viele ExpertInnen nicht in Betracht gezogen und erwartet haben. Dies hat die Konsequenz, dass weder das Sozialsystem noch die Professionen auf diese Thematik vorbereitet sind oder vorgesorgt haben. Daher ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass bisher noch keine institutionellen Lösungen diskutiert wurden und dementsprechende Lösungsansätze erarbeitet worden sind. So ist zu erwarten, dass sowohl auf die Drogenhilfe als auch auf die Suchthilfe in den nächsten Jahren ein Versorgungs- und Betreuungsproblem zukommt. Denn darauf zu „hoffen“, dass diese älteren KlientInnen in den bisher laufenden Strukturen der Drogenhilfe mitlaufen, wird angesichts des vielfach zu erwartenden multiplen Krankheitsbildes nicht funktionieren.

Auf diesem theoretischen Hintergrund basierend, entstanden auch die Hypothesen dieser Diplomarbeit, welche im empirischen Teil untersucht werden sollen.

- Aufgrund der Verbesserung in der Tertiärprävention steigt die Anzahl der alten Opiatabhängigen in den nächsten Jahren an.
- Opiatabhängige alte Menschen haben besondere Bedürfnisse, die im derzeitigen Versorgungssystem nicht ausreichend Beachtung finden (können).
- Das bisherige Versorgungssystem in Linz wird für die angegebene Zielgruppe nicht mehr ausreichen und neue Konzepte werden benötigt.

Die zentrale Frage, die geklärt werden soll und auf die die Forschung abzielt, lautet: „Haben opiatabhängige alte Menschen besondere Wohnbedürfnisse und wie könnten diese in Linz berücksichtigt werden?“ Wie hier schon zu erkennen ist, wurde die Untersuchung auf Linz eingeschränkt, da sich Drogenszenen sehr

häufig in der Stadt oder in der Stadtnähe befinden. Um die Wohnbedürfnisse zu erkennen, muss zunächst einmal geklärt werden, ob spezielle Bedürfnisse bei dieser Zielgruppe bestehen und wie diese aussehen. Erst dann kann geklärt werden, welche Wohnformen sinnvoll wären und welche in ihrer Umsetzung anzustreben sind.

Da es sich um ein neues Thema handelt, geht es vorrangig um einen „Bewusstmachungsprozess“ für die Thematik. Es soll eruiert werden, inwieweit einzelne Einrichtungen und die Professionen sich mit der Thematik beschäftigt haben und ob ein Bedarf schon sichtbar wird. Dabei ist es wichtig, sowohl Suchthilfeeinrichtungen in Linz (Substanz, Point) als auch Pflegeeinrichtungen (Volkshilfe, Caritas, Verein Miteinander) zu befragen. Weiters werden Einrichtungen miteinbezogen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Kontakt mit der Zielgruppe haben. Hierzu zählen das B37, welches als Wohnmöglichkeit von Substituierten genutzt wird und die Aids-Hilfe, die sehr häufig mit HIV/Aids-Erkrankten und gleichzeitig suchtkranken KlientInnen arbeitet. Auch ein Bedarfskoordinator des OÖ Chancengleichheitsgesetzes wird in die Befragung miteinbezogen. Zusätzlich wird noch der Geschäftsführer des Schweizer Hauses Hadersdorf (Wien) interviewt, da die Einrichtung österreichischer Kooperationspartner des EU-Projekts „Senior Drug Dependents and Care Structures“ (SDDCARE) ist. Das Projekt sowie wissenschaftliche Untersuchungen in Österreich, Deutschland, Polen und Schottland werden im Theorieteil dieser Arbeit vorgestellt und verwertet. Da noch sehr wenig Literatur und wissenschaftliche Grundlagen im Bereich „Alter und Sucht“ und vor allem im Bereich „Alter und illegale Drogen“ vorliegen, sind die bisherigen Ergebnisse der EU-Studie eine wesentliche literarische Basis der Arbeit. Weiters werden verschiedene Umsetzungsmodelle aus dem Ausland vorgestellt, da in Österreich noch keine spezifischen Konzepte bestehen. Die bisherige Versorgung in Linz soll dargestellt und die Versorgungsanzahl eruiert werden. Auch sozialarbeiterische Arbeitsansätze und Methoden werden beschrieben und innerhalb der Professionen diskutiert.

Ziel der Arbeit ist es, auf die zukünftige Lage der opiatabhängigen alten Menschen aufmerksam zu machen und vorzeitig eine Lücke im Versorgungssystem zu

erkennen. Es soll eruiert werden, ob es Sinn macht, etwaige Konzepte aus dem Ausland auch in Linz umzusetzen. Wichtig ist es, besonders die Bedürfnisse von opiatabhängigen alten Menschen aufzuzeigen, da dies die Basis für ein funktionierendes Wohnkonzept darstellt. Wünschenswert und anzustreben ist, dass die Arbeit als wissenschaftliche Grundlage für die Entstehung eines neuen Versorgungskonzeptes in Linz verwendet werden kann.

Als Forschungsmethode dienen ExpertInneninterviews welche mittels Leitfäden durchgeführt werden. Die empirischen Erkenntnisse werden sowohl in die Theorie mit eingearbeitet und im empirischen Teil ausführlich dargestellt.

1 Grundlagen zu Sucht und Abhängigkeit

1.1 Begriffsdefinitionen

1.1.1 Sucht

Sucht leitet sich etymologisch vom germanischen „siech“ und dem gotischen „suikan“ ab. In seiner ursprünglichen Bedeutung wurde es mit einem krankhaften Verlangen nach psychischen Erlebnissen in Verbindung gebracht. Im Mittelalter vorerst noch als dämonische Besessenheit gedeutet, wandelt sich der Begriff etwa im 16. Jahrhundert zu einer Bezeichnung verschiedener Krankheiten (z.B. Schwindsucht). In der frühen Neuzeit hält sich zum einen der Krankheitsbegriff, zum anderen werden mit dem Wort auch verschiedene Laster, wie Eifersucht, Rachsucht oder Streitsucht in Verbindung gebracht (vgl. Wolffersdorff 2001, S. 324).

*„Unter **Sucht** versteht man ein unabweichbares, starkes Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Dieses Verlangen kann sich entweder auf verschiedene Drogen (z.B. Alkohol, Medikamente, Heroin) oder auf bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Spielen, Arbeiten, Fernsehen) beziehen.“* (Schulz 2000, S. 725)

*„Als **Sucht** bezeichnet man den krankhaften Zustand der Abhängigkeit von Mitteln oder Verhaltensweisen. Der süchtige Mensch leidet unter dem Zwang, sich das Mittel bzw. Verhalten in steigender Dosis zuführen zu müssen. Das Leben dreht sich nur mehr um das Suchtmittel oder Verhalten.“* (Schwarzenbrunner 2007, unveröffentlichtes Manuskript)

Da der Begriff **Sucht** schon 1964 von der WHO durch den Begriff der „Abhängigkeit“ und des „schädlichen Gebrauchs“ (Missbrauch) ersetzt wurde, wird dieser im nächsten Absatz näher definiert. Der Begriff der Abhängigkeit ist wesentlich wertneutraler und lässt außerdem die seelischen und körperlichen Folgen und Begleiterscheinungen miteinbeziehen. Diese Benennung hat sich aber bisher nur in der Wissenschaft und im medizinischen Bereich durchgesetzt. In der

Gesellschaft wird weiterhin der Begriff „Sucht“ wesentlich häufiger verwendet. Zu erkennen ist dies auch an dem Gebrauch der Worte „Suchtmittel“ oder „Suchtberatung“ (vgl. Aman 2007, S. 16ff). In der folgenden Diplomarbeit werden sowohl die Begriffe „Sucht“ als auch „Abhängigkeit“ synonym verwendet.

1.1.2 Abhängigkeit und Abhängigkeitssyndrom

Nach Angaben der WHO handelt es sich *„... um eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weiteres Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen“*. (DIMDI 2009, www.dimdi.de)

Unter **Abhängigkeitssyndrom** wird eine „Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln“ (DIMDI 2009, S. 167) verstanden.

Um die Diagnose **Abhängigkeit** stellen zu können, müssen laut WHO mindestens drei oder mehr der folgenden diagnostischen Kriterien im letzten Jahr aufgetreten sein:

1. *„Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.“*
2. *Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.*
3. *Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Körpers, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome*

oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

- 4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprüngliche, durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen oder psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmende höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die beim Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar bis zum Tode führen würden).*
- 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzmissbrauchs, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
- 6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.“(Dillinger et al. 2005, S.93)*

1.1.3 Drogen

Der Begriff **Droge** war ursprünglich ein Sammelbegriff für verschiedene Arzneimittel, die durch Trocknung aus Pflanzen gewonnen und so haltbar gemacht wurden. Heute werden Drogen durch ihre Wirkung auf das zentrale Nervensystem gekennzeichnet, wodurch die Entstehung einer Abhängigkeit möglich wird (vgl. Haller/Hintergruber 1997, S. 30).

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation gilt jede Substanz als **Droge**, die in einem lebenden Organismus Funktionen verändern kann. Dieser Begriff beinhaltet nicht nur Cannabisprodukte, Halluzinogene, Stimulanzien, Schnüffelstoffe, Opiate und Kokain, sondern auch die sogenannten Alltagsdrogen wie z.B. Kaffee und Tee (vgl. Frühwirth 2008, S.4).

Drogen, auch psychoaktive oder psychotrope Substanzen genannt, sind Wirkstoffe pflanzlicher oder chemisch-synthetischer Herkunft. Sie können aufgrund ihrer Wirkstoffe das zentrale Nervensystem eines Menschen beeinflussen und schädigen. Trinken, Schlucken, Spritzen, Rauchen, Schnupfen oder Inhalieren sind Möglichkeiten, sie dem Körper zuzuführen. Durch ihr Eingreifen in die biologischen und physiologischen Abläufe des menschlichen Organismus kann es zu Veränderung von Wahrnehmung, Stimmung oder Gefühlen kommen (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 167).

1.1.4 Opiate

Aus dem Milchsaft der Schlafmohnkapsel wird Rohopium gewonnen, dessen wichtigster Wirkstoff, neben anderen, *Morphin* ist. Aus Morphin wird das halbsynthetische *Heroin* hergestellt. Weiters gibt es auch noch vollsynthetische *Opioide* wie z.B. Methadon, die in Anlehnung an die natürlichen und halbsynthetischen Opiate entwickelt wurden und als Substitutionsmittel erster Wahl in Österreich gereicht werden. Opioide werden in oraler Form konsumiert, Opium wird als Rauchopium in speziellen Wasserpfeifen inhaliert, in Wasser gelöst als Opiumtinktur oder in Alkohol gelöst und als Laudanum getrunken. Morphinium wiederum wird injiziert und findet sich eher selten auf dem illegalen Drogenmarkt (vgl. Blum in: Arnold/Schille 2002, S. 96).

1.1.5 Substitution

„Im Kontext der Behandlung von Drogenabhängigkeit versteht man unter Substitutionstherapie die legalisierte (also geregelte und kontrollierte) ärztliche Verordnung von Opioiden an Opioidabhängige.“ (Werner 2007, S.185)

Dabei soll jedoch die Abgabe des Substitutionsmittels nur einen kleinen Teil der Verordnung darstellen. Von erheblicher Relevanz für den Erfolg der Substitutionstherapie ist auch die psychosoziale Betreuung und die Behandlung von psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen.

Die Hauptziele der Substitutionstherapie sind:

- *„Die Reduktion der Mortalität*

- *Die hohe Retentionsrate (=Verbleiberate im Untersuchungszeitraum und Behandlungszeitraum)*
- *Reduktion des Zusatzkonsums (Heroin, Kokain, Benzodiazepine)*
- *Behandlung der hohen Komorbidität (<50% Depressionen und Angsterkrankungen)*
- *Vermeidung von Begleiterkrankungen wie insbesondere Infektionen (HIV/AIDS/Hepatitis, B, C)*
- *Stabilisierung der drogenabhängigen Patienten“ (Huber 2007, S.8).*

1.2 Einteilung von Drogen

1.2.1 Legale und illegale Drogen

Die Unterscheidung in *legale* und *illegale* Substanzen erfolgt nach gesundheitspolitischen und arzneipolitischen Gesichtspunkten. Sie hat historische Wurzeln und kann nicht mit der Wirkung der Substanzen in Zusammenhang gebracht werden. Legal bedeutet lediglich, dass die Substanz mit wenigen Einschränkungen frei gehandelt werden kann und kulturell wie sozial integriert und akzeptiert ist (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 167f).

Zu den legalen, gesetzlich erlaubten und damit von der Gesellschaft anerkannten Drogen in Österreich zählen z.B. Alkohol, Nikotin, Kaffee (Koffein), Tee (Thein) und Medikamente. Kennzeichnend für diese Substanzen ist, dass sie für (fast) alle Altersgruppen leicht zugänglich und frei verfügbar sind.

Beispiele für illegale Substanzen sind: Opiate (Opium, Morphin, Heroin, etc.), Kokain, Crack, Halluzinogene (LSD, Mescaline, etc.), Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana, etc.), synthetische Drogen (Ecstasy) und nicht verordnete Medikamente unterschiedlichen Typs (vgl. Brosch/Juhnke 1995, S.4).

Weiters gibt es noch den Begriff der *illegalisierten Drogen*. Dieser weist darauf hin, dass die Substanz nicht immer schon als illegal bezeichnet wurde, sondern Ergebnis einer bewussten, historischen Zuschreibung ist, in der sich bestimmte

Weltanschauungen und Interessen durchgesetzt haben. Da die *illegalen, psychoaktiven Substanzen* noch bis zu Beginn der 20er Jahre legal waren, werden diese als *illegalisiert* bezeichnet (vgl. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur 2005, S. 14) In der vorliegenden Arbeit wird sowohl der Begriff *illegalisierte* als auch *illegale Drogen* synonym verwendet.

1.2.2 Harte und weiche Drogen

Innerhalb der *illegalisierten Drogen* wird eine zusätzliche Unterscheidung zwischen *harten* und *weichen Drogen* getroffen. Sinn dieser Unterteilung ist das höhere Strafausmaß für *harte Drogen* in manchen Ländern (wie z.B. England). In diese Kategorie fallen z.B. Kokain, Heroin und Amphetamine. Eindeutig den *weichen Drogen* zugeordnet ist nur Cannabis. Man geht davon aus, dass häufiger Konsum von Cannabis kaum physische Abhängigkeit auslöst, sondern hauptsächlich psychische Abhängigkeit nach sich zieht.

Wichtig zu erwähnen ist, dass diese Einteilung nichts über das Abhängigkeitspotential der Substanzen aussagt und meist auch eine Zuordnung von Substanzen in eine der beiden Kategorien nicht immer eindeutig ist (vgl. Essl 2003, www.thema-drogen.net).

1.3 Konsumformen

Die Konsumform hat für die jeweiligen KonsumentInnen eine große Bedeutung, da diese unterschiedliche Gefährdungspotentiale beinhaltet. Dabei reicht das Spektrum von Abstinenz bis zum süchtigen Gebrauch. Nicht jede/r KonsumentIn ist einer Suchtgefährdung ausgesetzt, jedoch kann trotzdem eine Gesundheitsgefährdung gegeben sein. Grundsätzlich wird in folgende Kategorien unterteilt:

1.3.1 „Experimenteller Gebrauch“ (Probierkonsum)

Der experimentelle Gebrauch kann auch als Probierkonsum bezeichnet werden, wobei die Neugierde im Vordergrund steht. Dies sagt jedoch nichts über die damit verbundene Gefährdung oder Schädigung aus. Denn obwohl kein Suchtverhalten vorliegt, kann es trotzdem z.B. zu Vergiftungserscheinungen kommen.

1.3.2 „Unschädlicher Gebrauch“ (Genuss)

Hierbei wird zusätzlich noch zwischen „gelegentlichem, unschädlichen Gebrauch“ und „regelmäßigem, unschädlichen Gebrauch“ unterschieden. Hier gilt als Antriebsmotor die Gewohnheit und/oder der Genuss.

1.3.3 „Schädlicher, aber nicht- süchtiger Gebrauch“ (Missbrauch)

Beim schädlichen, aber nicht süchtigen Gebrauch spricht man von einem gesundheitsschädlichen Gebrauch, denn dieser kann mitunter zu Vergiftungen, Organschädigungen etc. führen, ohne mit Abhängigkeit in Zusammenhang zu stehen.

1.3.4 „Süchtiger Gebrauch“ (Abhängigkeit/ Sucht)

Die Entstehung von Abhängigkeit ist ein dynamischer und fließender Prozess, wobei beginnend mit dem „experimentellen Gebrauch“ über den „unschädlichen Gebrauch“ bis hin zum „süchtigen Gebrauch“ die Grenzen verschwimmen und ineinander übergehen (vgl. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur 2002, S. 15)

1.4 Theorien der Suchtentstehung

In den unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen existieren eine Vielzahl an Erklärungsmodellen für Suchtentstehung. Im folgenden Kapitel werden die biologischen, psychologischen und soziologischen Theorien näher beschrieben.

1.4.1 Das neurobiologische Modell

Das Modell beschreibt vorwiegend die biologischen Prozesse, welche sich bei Drogeninduktion im Gehirn abspielen. Dabei greifen die psychoaktiven Substanzen in die verschiedensten Transmittersysteme ein und zeigen diverse Wirkungen in den unterschiedlichen Gehirnregionen. Jedoch weisen die psychoaktiven Substanzen die gleiche Wirkung auf das dopamine System auf. Durch die Zuführung der Substanzen kommt es zu einer erhöhten Freisetzung von Dopamin, welches für eine positive Stimmungslage und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl sorgt. Dadurch steigert sich die Motivation, die Substanz erneut zuzuführen (vgl. Schmidt 1999, S. 72).

Prinzipiell besitzt jeder Mensch körpereigene, opiatähnliche Substanzen (Transmitter- Dopamin, Serotonin, etc.), welche als innere Belohnungsstoffe agieren. Auch ohne die Zufuhr von Drogen lösen diese positive Gefühle, wie z.B. Euphorie bei bestimmten Handlungen und Erlebnissen, aus. Diese gleichen den Wirkungen von psychoaktiven Substanzen. Die Produktion der körpereigenen, opiatähnlichen Substanzen wird gehemmt, wenn psychoaktive Substanzen regelmäßig konsumiert und zugeführt werden. Als Folge davon ist der Körper auf die Zufuhr von außen angewiesen, damit es zu keinen Entzugserscheinungen kommt (vgl. VIVID Fachstelle für Suchtprävention (o.J.), www.vivid.at).

1.4.2 Das psychoanalytische Modell

Das psychoanalytische Modell bezieht sich auf die Freudsche Trieblehre und sieht die Ursachen der Sucht in ungelösten, verdrängten Konflikten und Wünschen in der früheren Kindheit. Drogenabhängigkeit wird als frühkindliche Störung gesehen, die oft lang vor der Entstehung der Abhängigkeit ihre Wurzeln hat. Schädigungen im familiären, sozialen, körperlichen sowie im psychischen Bereich sind häufig in der Anamnese vorzufinden. Um die traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit zu ertragen, dienen Drogen als Mittel zur Selbstzerstörung und zum Zweck, die unangenehmen, schmerzhaften Gefühle nicht mehr spüren zu müssen (vgl. Rost 1997, S. 54ff).

Die wichtigste Funktion besteht darin, Unlust zu vermindern und die Lust zu erhöhen, die anders nicht mehr erreicht werden kann. Die Substanzen werden somit zum zentralen Bezugsobjekt und ersetzen menschliche Beziehungen, da sie in ihren Wirkungen verlässlicher als Menschen empfunden werden (vgl. Vogt 2004, S. 61).

1.4.3 Das systemische Modell

Hier stehen die Dynamik und die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern im Mittelpunkt (vgl. Paulik/Rabeder-Fink/Uhl 2005, S.16). Nicht der/die Einzelne spielt eine Rolle, sondern das gesamte Familiensystem, in dem sich bestimmte Verhaltensmuster entwickeln. Nach dem systemischen Modell entwickelt sich Sucht in gemeinsam gelebten Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen.

Systemische Theorien beschäftigen sich nicht primär mit der Entstehungsgeschichte von Sucht und Abhängigkeit und den Ursachen der Suchtentstehung, vielmehr stellen sie die Dynamik und die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern in den Mittelpunkt und fragen nach den familiären und intergenerationalen Mechanismen des Suchtverhaltens zum gegenwärtigen Zeitpunkt (vgl. Hurrelmann, Bründel 1997, S.30).

Jedoch ist der/die Süchtige für die Wahl seines/ihrer Lebensweges mitverantwortlich und hat es selbst in der Hand, Entscheidungen zu treffen und sein/ihr Verhalten zu ändern (vgl. Gottwald-Nathaniel 2004, S. 447f).

1.4.4 Das lerntheoretische Modell

Das hier genannte Modell begründet sich vor allem auf dem Prinzip *Lernen am Erfolg* und wird auch *operantes Konditionieren* genannt. Dabei wird ein Verhalten wiederholt, wenn unmittelbar darauf positive Effekte zu erwarten sind. Bei negativen Effekten wird das Verhalten nicht mehr wiederholt und kommt nicht mehr zum Einsatz. Dies bedeutet im Falle des Drogenkonsums Folgendes: Wird z.B. eine sozial gehemmte Person aufgrund des Drogenkonsums entspannter und kann somit leichter Kontakte knüpfen, so wird sie diese Verhaltensweise (Substanzen zu konsumieren) fortsetzen.

Neben dem „Lernen am Erfolg-Modell“ gibt es auch noch das „Lernen am Modell“. Hier wird ein Verhalten aufgrund von z.B. elterlichem Vorbildverhalten erlernt und entwickelt (vgl. Trettner/Müller 2001, S. 52f).

Diese zwei Prinzipien sind für die Suchtentwicklung nicht zu unterschätzen und zeigen, wie wichtig ein positiv modellhaftes Vorbild ist, um nicht in ein Abhängigkeitsverhältnis zu kommen.

1.4.5 Das soziologische Modell

In soziologischen Erklärungsmodellen zur Suchtentstehung wird zwischen drei Ebenen unterschieden: der Makroebene (betrifft die Gesellschaft), der Mesoebene (z.B. Gemeinde) und der Mikroebene (z.B. Schule, Familie).

Auf der *Makroebene* kann die Gesellschaft sowohl Schutzfaktor als auch Risikofaktor für die Menschen sein. So ist speziell in den Industrieländern die Gesellschaft durch Konsum, Leistung und Wettbewerb geprägt. Diese Risikofaktoren verursachen sehr häufig, dass die Menschen von verschiedensten Mitteln abhängig werden (z.B. Kaufsucht) (vgl. Tretter 2000, S. 12f).

Die *Mesoebene* zeigt, dass gewisse Gemeinden, Städte oder Regionen einen Einfluss auf das Suchtverhalten von Menschen ausüben, da es z.B. Städte mit mehr/weniger Drogenproblemen gibt. Das hängt mit der Drogenpolitik sowie mit allgemeinen, regionalen, soziokulturellen Hintergrundfaktoren, wie z.B. einer hohen Arbeitslosenrate, Infrastruktur, etc. zusammen (vgl. Tretter 2000, S.13).

Auch die *mikrosoziale Ebene* hat einen sehr großen Einfluss auf die Suchtentstehung. Der Leistungsdruck in Schulen wird zunehmend größer und die unterschiedlichen Schichten/Milieus treffen hier aufeinander. Dies kann eine hohe Bedeutung für die Suchtentwicklung haben. Auch die Familie im mikrosozialen System spielt eine wichtige Rolle, da sie sowohl Schutzfaktor als auch Risikofaktor sein kann (vgl. Tretter 2000, S. 13).

Die soziologischen Ansätze zur Erklärung von Drogenkonsum werden meist von den *Devianztheorien* abgeleitet, da Drogenkonsum im weitesten Sinn mit *abweichendem Verhalten* gleichgesetzt wird.

Die *Anomie-Theorie* sieht den problematischen Drogenkonsum als individuelle Reaktion auf anomische Spannungen. Unter Anomie versteht man das Zusammenbrechen der kulturellen Ordnung, deren Ziele und Werte. Drogenmissbrauch kann demnach eine Antwort auf den Anomiedruck innerhalb einer Gesellschaft sein (vgl. Schmidt in: Freitag/Hurrelmann 1999, S. 77).

Der *Subkultur-Ansatz* sieht die Bildung von (Drogen-) Subkulturen als eine Form der Anpassung an anomische Spannungen (vgl. Haas et al. (o.J.), www.bmsg.gv.at).

Der *labelling approach* oder auch *Ansatz der sozialen Etikettierung* versteht abweichendes Verhalten als Resultat definitorischer Zuschreibungen

(Etikettierung) aufgrund von gesellschaftlicher Normsetzung. Unter primäre Devianz versteht man die Zuschreibung von Verhalten als Abweichung von der Norm und unter sekundärer Devianz die Anpassung an die primäre Zuschreibung durch die Übernahme von abweichenden Verhaltensmustern. Dabei entsteht ein Teufelskreis. Devianz (also der Drogenkonsum) führt zu einer negativen Etikettierung des Konsums und der Konsum sieht Erfolg als Anpassung an Etikettierung (vgl. Schmidt in: Freitag/Hurrelmann 1999, S. 78f).

Die *soziale Kontroll-Theorie* setzt stärker bei der Mikroebene des sozialen Umfeldes an und sieht starke Bindungen, Verpflichtungen gegenüber der Schule, sowie die Einbindung in traditionelle Aktivitäten als Schutzfaktoren. Fehlende soziale Bindungen im Umfeld führen demnach oftmals zu Delinquenz oder Substanzmissbrauch (vgl. Haas et al. (o.J.), www.bmsg.gv.at).

Jedoch fand in den 80er Jahren ein Perspektivenwechsel statt. Das Bild der DrogenkonsumentInnen und ihrer Nutzungsmuster hat sich erheblich geändert und wurde ausdifferenziert. „Diese werden heute weniger im Paradigma des Devianzmodells (...) als im Kontext *adoleszentärer Entwicklungsprobleme* und *jugend-kultureller Phänomene* thematisiert.“ (Gerhard 2003, S. 145)

1.5 Der multifaktorielle Ansatz

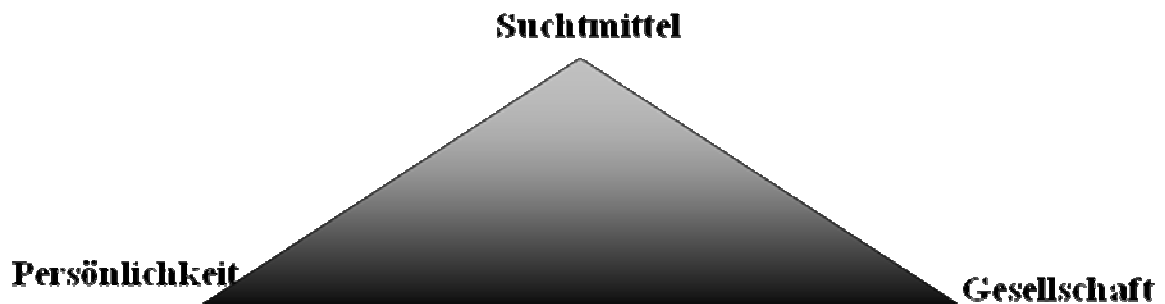
Die zuvor beschriebenen monokausalen Erklärungsansätze liefern jeweils aus ihrer Disziplin Erklärungsversuche für die Abhängigkeit. Sie beleuchten immer nur einen kleinen Ausschnitt des Menschen. Der multikulturelle Ansatz versucht alle Facetten der Suchtentstehung zu erfassen und mit einzubeziehen. Vertreter dieses Ansatzes sind der Meinung, dass Sucht nicht nur von einem Faktor abhängt, sondern von vielen. Zur Erklärung herangezogen werden *die Person*, *gesellschaftliche Rahmenbedingungen*, *der soziale Nahraum* und *die Droge*. Es handelt sich hierbei nicht um ein rein theoretisches Modell, sondern vielmehr um eine Verständnishilfe für die Sucht und die vielen Faktoren, die die Entstehung beeinflussen können (vgl. Rottmann 1997, www.uni-oldenburg.de).

1.6 Ursachendreieck der Suchtentstehung

Das Ursachendreieck, auch Trias-Modell genannt, verdeutlicht die längerwährende Wechselwirkung zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Sucht versteht sich als Wechselwirkung, wobei das Suchtmittel, die Person und die Gesellschaft/das soziale Umfeld als relevante Einflussfaktoren stehen. Hierbei wird die Komplexität von der Entstehung süchtigen Verhaltens sichtbar (vgl. Trettner/Müller 2001, S. 61).

Die einzelnen Faktoren stehen in diesem Modell nicht in einem einfachen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang. Die Suchtentwicklung ist ein dynamischer Prozess mit fließenden Übergängen. Der Verlauf ist meist geprägt von verschiedenen Phasen und verläuft sehr individuell.

Abb.1: Ursachendreieck der Suchtentstehung



Persönlichkeit	Suchtmittel/Verhalten	Gesellschaft
Selbstwert	Wirkungsweise/Suchtpotenz	Ursprungmilieu
Problemlösungskompetenz	Verfügbarkeit und Konsum	Arbeit/Wohnen
Umgang mit Konflikten	Dosis	Normen/Werte
Frühkindliche Situation	gesellschaftliche Bewertung	Freundeskreis
Einstellungen	Preis	Umwelt
Psychologische Komponenten	Applikationsform	soziokulturelle Eigenheiten
Genuss-u. Liebesfähigkeit	Frequenz	sozioökonomischer Status

Umgang mit Gefühlen		
Geschlecht/Alter		
Einstellungen		

Quelle: vgl. Schwarzenbrunner (2007): unveröffentlichtes Manuskript

1.7 Drogenkonsum als Selbstmedikation

In der Literatur wird ein systemisches Phänomen beschrieben, welches als Selbstmedikation bezeichnet wird. Dieses Konzept ersetzt das Erklärungsprinzip „Rauschmittlabhängigkeit ist eine Krankheit“ durch „Rauschmittelabhängigkeit ist eine entgleiste Selbstmedikation“. Die Bedeutung dieses Konzepts liegt in der damit verbundenen Möglichkeit, die (Selbst-) Konstruktion von Leiden und die in Folge damit verbundene Selbstmedikation zu verstehen und zu unterbrechen. Im Mittelpunkt steht der Versuch der Betroffenen, via Rauschmittel ein Leiden durch Selbstmedikation zu lindern. Es ist ein Versuch, das System-Umwelt-Problem zu lösen, wobei letztlich die versuchte Lösung zum Problem werden kann. Das Konzept der Selbstmedikation schließt drei unterschiedliche, einander überlappende Prozessstadien ein. Beginnend mit der Wahrnehmung des Leidens, auf das mit Selbstmedikation reagiert wird, in weiterer Folge zum Entgleisen der Selbstmedikation führt und schließlich weiterreicht bis zum Leiden an den Folgen der Selbstmedikation. Das therapeutische Ziel liegt in der Suche nach Lösungen, die eine Medikation überflüssig machen oder andere, weniger schädliche Formen der Linderung des Leidens erlauben (vgl. Schwertl/Emlein/Staubach/Zwingmann 1998, S.25f).

2 Grundlagen des Alterns

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 Alter und Altern

Das **Alter** ist ein bestimmter „*Lebensabschnitt, dem nach sozialen Wertvorstellungen und sozialen Organisationsstrukturen einer Gesellschaft bestimmte Rollen und Verhaltensweisen zugeordnet werden, oder in dem nach*

spezifischen Einstellungen, Orientierungen und nach Reifen und Informationsstand bestimmte soziale Positionen erstrebt werden. Dem biologischen Alter steht die soziale Bestimmung und Einschätzung des Alters gegenüber. Technologisch-wirtschaftliche Gegebenheiten in den Produktions- und Konsumationsverhältnissen einer Gesellschaft bestimmen die mit dem Alter verbundenen Veränderungen der Lebensumstände (z.B. Berufswahl, Eheschließung, Pensionierung).“ (Hillmann 1994, S.19f)

Das Wörterbuch der sozialen Arbeit definiert **Alter** etwas differenzierter und unterscheidet dabei zwischen *Alter* und *Altern*.

„Alter und Altern sind mehrdimensionale Erscheinungen. Altern wird als ein lebenslang andauernder komplexer Prozess der biologischen, sozialen und psychologischen Entwicklung des Menschen verstanden, der sich unter konkreten Lebensbedingungen und innerhalb bestimmter gesellschaftlicher Verhältnisse vollzieht. Altern wird weiter durch die sozioökonomischen und soziokulturellen Charakteristika einer Gesellschaft mitbestimmt.“ (Kreft/Mielenz 1996, S. 47)

Fortführend wird angemerkt, das *„Alter stellt dabei eine Lebensphase dar, ohne dass es genau definierbare Altersgrenzen gibt. Vielmehr werden diese durch Richtwerte in Abweichung vom normalen Alterungsprozess gekennzeichnet. Von zentraler Bedeutung ist dabei das kalendarische Alter und eine durch arbeits- und rentenrechtliche Bestimmung vorgegebene Zäsur mit 60 bzw. 65 Jahren. Diese Spanne kennzeichnet das Ausscheiden aus dem Produktionsprozess und den Anspruch auf verschiedene Formen von Altersruhegeldern.“ (Kreft/Mielenz 1996, S. 47)*

Abschließend noch ein Zitat von Liliy Pincus , das sehr gut zeigt, dass man Alter nicht einheitlich definieren kann und jede Person als Individuum betrachtet werden muss.

„Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen Probleme ist, dass die

Gesellschaft sich weigert, das zu verstehen, und alle alten Leuten als 'gleich' behandelt.“ (Höpflinger (o.J.a), www.hoepflinger.com)

2.1.2 Chronologisches Alter/kalendarisches Alter

Als chronologisches oder kalendarisches Alter versteht man die Zeit, die seit der Geburt verstrichen ist und die Anzahl der gelebten Jahre. Wichtig dabei ist, dass das Alter und bestimmte Lebensabschnitte zu bestimmten Handlungen berechtigen (z.B. Schuleintritt, Wahlalter, Pensionsalter, etc.).

Daher ist das chronologische/kalendarische Alter ein Maß, das die Grenzen aufzeigt oder einen Rahmen bestimmt, in dem sich die Menschen bewegen (vgl. Thiele 2001, S. 19).

2.1.3 Biologisches Alter/individuelles Alter

Das biologische Alter richtet sich nach dem somatischen Befund, dieser betrifft die biologischen Veränderungen des Körpers. Es ist von biologischen Reifungsvorgängen (= genetische Veranlagung) und exogenen Einflüssen (Umweltfaktoren) abhängig (vgl. Weineck 2004, S.418).

2.1.4 Soziales Alter/soziologisches Alter

Das soziale Alter umfasst die in einer Gesellschaft bestehenden Einstellungen und Etikettierungen, die mit einer bestimmten Gruppe in Verbindung gebracht werden (Kleidung, Familienstand, Sprache, Erscheinungsbild, etc.). So kann ein Individuum in der gleichen Gesellschaftsform als alt und in einer anderen Beziehung als jung angesehen werden. (vgl. Weineck 2004, S.418).

2.1.5 Psychisches Alter/psychologisches Alter

Das psychische Alter richtet sich danach, wie jede/jeder individuell mit seinem/ihrem „Älterwerden“ umgeht. Bestimmte, oft normativ festgelegte Fähigkeiten oder Verluste werden entweder gut oder aber ungünstig verarbeitet. Das psychische Alter ist keine konstante Größe, es variiert in Abhängigkeit von der Gemütsverfassung und von der Gesellschaft, in welcher man sich bewegt (vgl. Weineck 2004, S.418).

2.1.6 Funktionales Alter

Das funktionale Alter orientiert sich am Verhalten einer Person. Dabei geht es nicht so sehr um eine Altersorientierung, sondern viel mehr um eine Bedürfnisorientierung. Es stellt den Versuch dar, biologisches, psychologisches und soziales Alter aufeinander zu beziehen. Die Zuordnung eines bestimmten funktionalen Alters (z.B. Kindesalter, Greisenalter, etc.) impliziert immer eine Funktionsfähigkeit (vgl. Weineck 2004, S.418).

2.2 Altersunterteilungen

Generell ist es nicht einfach zu bestimmen, wann ein Mensch als alt gilt und das Alter in Phasen zu unterteilen. Um dennoch einen Einblick in Altersgrenzen zu bekommen, werden in diesem Kapitel zwei mögliche Unterteilungen angeführt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert folgende chronische Altersgrenzen:

Ältere Menschen	60-75 Jahre
Alte	75-90Jahre
Hochbetagte	über 90 Jahre
Langlebige	100 und mehr Jahre

(vgl. Brauchbar/Heer 1993, S.26)

Höpflinger hingegen unterteilt die Lebensphasen nur in drei Phasen:

Junge Alte	60-69 Jahre
Betagte	70-79 Jahre
Hochbetagte	80 Jahre und älter

(vgl. Höpflinger 1994, S.25f)

Das chronologische Alter (gemessen am Geburtstermin) ist immer nur ein grober Indikator, der häufig nur deshalb verwendet wird, weil z.B. das biologische Alter oder psychologische Alter, das weitaus aussagekräftiger ist, nicht vorliegt (vgl. Höpflinger 1994, S.25f).

2.3 Theorien des Alters

Im Gegensatz zu den vorigen Kapiteln beschäftigen sich die Alterstheorien nicht mit dem Alter, sondern mit dem Altern. Damit gemeint ist der Prozess, der bei der Geburt beginnt und bis zum Lebensende andauert. Unterschieden wird zwischen biologischen, sozialen und psychologischen Entwicklungen des Menschen in Interaktion mit seiner Umwelt.

2.3.1 Interaktionistische Entwicklungstheorie

Diese Theorie basiert auf der Grundannahme eines Wechselspiels zwischen Person, Anlage und Umwelt. Die Umwelt wirft Fragen nach dem sozialen, kulturellen und politischen Umfeld (soziologische Theorien) auf; die Anlage wirft Fragen nach dem Bauplan und der Funktion von Anlagen (biologische Theorien) auf und die Person fragt nach der Art und der Förderung der Persönlichkeit. Alle Faktoren beeinflussen die Entwicklung eines Menschen aktiv und ergänzen sich gegenseitig, um sich im Lebenslauf weiter zu entwickeln und alt zu werden. Diese interaktionistische Perspektive zeigt, dass die Anlage (Funktion des Körpers), die Person (die individuelle Persönlichkeit) sowie die Umwelt sich gegenseitig beeinflussen. Es ist ein Wechselspiel, welches eine wesentliche Basis für das Wohlbefinden im Alter darstellt (vgl. Langfeldt 1996, S.58).

2.3.2 Biologische Theorien

Im Vergleich zum chronologischen Alter (bezieht sich auf gelebte Jahre) ist das biologische Alter auf körperliche Gegebenheiten ausgerichtet. Diese Gegebenheiten charakterisieren den altersbedingten Zustand eines Menschen.

Alterung durch zufällige Prozesse

Im Laufe des Lebens entstehen am/im Körper Verletzungen, wie z.B. durch Schadstoffe am Arbeitsplatz, durch ständige Bestrahlung des Körpers mit natürlicher Radioaktivität, durch das Ozonloch oder durch das Essen. Häufen sich diese Einwirkungen, so können sie sich mit der Zeit am Körper bemerkbar machen. Weitere Substanze wie z.B. Dioxine, Zigarettenrauch oder Autoabgase können den Körper (Erbsubstanz) schädigen und zu Krebserkrankungen führen.

Auch ein übermäßiger Genuss von Zucker kann zu Arteriosklerose und zu einem beschleunigten Altern führen (vgl. Packes/Clemens 2003, S. 94).

Alterung durch festgelegte Prozesse

Deterministische Prozesse sind genetisch festgelegt und bestimmen durch die *biologische Uhr* die Dauer der einzelnen Lebensphasen des Individuums. Die *biologische Uhr* dient als *molekulares Zählwerk*, das die Zellteilung zählt und nach ca. 60 Teilungen stoppt. Die Zellen junger Erwachsener teilen sich etwa vierzig Mal, im hohen Alter dagegen nur noch selten. Da der Mensch aus hochspezialisierten Zellen und Gewebe besteht, die mit dem Alter nicht mehr erneuert werden (da die Zellteilung stoppt), altert der Organismus und es treten Alterskrankheiten auf. Daher befassen sich die biologischen Theorien mit den physiologischen Ursachen und Begleiterscheinungen des Alters (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 95).

2.3.3 Psychologische Theorien

Bei den psychologischen Theorien liegt das Hauptaugenmerk auf den Veränderungen des Erlebens und dem Verhalten im Alter. Es gibt sehr viele unterschiedliche Ansätze und Modelle, die sich mit Teilaspekten wie Verlust, soziale Rollen oder dem Abbau geistiger Fähigkeiten auseinandersetzen.

Defizit- Modell

Das Modell war über eine sehr lange Zeit dominierend in der Altersforschung. Man ging davon aus, dass Alter ein Prozess des Verlustes ist und einen Abbau der emotionalen und intellektuellen Fähigkeiten beinhaltet. Diese defizitorientierte Denkweise teilt man heute nicht mehr oder nur noch ganz wenig. Gegenwärtig geht man davon aus, dass ältere Menschen ihre Leistungsfähigkeit erhalten oder sogar steigen können, wenn sie ihre Fähigkeiten nutzen und fördern (vgl. Höpflinger/Stuckelberger 1992, S. 73).

Kompetenz-Modell

Ab den 70er Jahren ersetzte das Kompetenz-Modell das Defizit-Modell, welches auf der *kognitiven Alternstheorie* basiert. Dabei geht es um die Art und Weise, wie

der einzelne Mensch den Prozess des Älterwerdens erlebt. Kognitive Fähigkeiten (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Fertigkeiten) werden dabei betont, sowie alltagspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten rücken in den Fokus der Aufmerksamkeit. Unter Fähigkeiten versteht man alle psychischen Voraussetzungen, die zum Ausüben von Tätigkeiten notwendig sind. Diese bilden die Grundlagen von Fertigkeiten und werden in der Psychogerontologie mit dem Begriff „Kompetenz“ beschrieben. Sie entstehen im Laufe des Lebens und sind notwendig zur Bewältigung verschiedener Anforderungen des Lebens (vgl. Backes/Clemens 2003, S.99).

Das Kompetenz-Modell unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Merkmalen:

- Personenbezogene Merkmale

biographische Entwicklung: Bildung, lebenslaufbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten, Lebensstile, Gewohnheiten und Interessen, soziale Aktivitäten und soziales Engagement

psychische Situation in der Gegenwart: Motivation, Selbstbild, Anwendung und Training von Fertigkeiten, Zufriedenheit, Ausmaß erlebter Belastungen, Übereinstimmungen von Erwartetem und Erreichtem sowie wahrgenommenen und genützten Anregungen

Zukunftsperspektive: Überzeugungen und Einstellungen zur persönlichen Zukunft

psychische Situation: Art und Grad von Behinderung und Gesundheitsverhalten

- Umweltbezogene Merkmale

räumliche Umwelt: Wohnqualität, Wohnungseinrichtung, Haushaltsform und Wohnlage

soziale Umwelt: Grad der sozialen Integration, Erreichbarkeit von Angehörigen/Freunde/Freundinnen/NachbarInnen, Art und Umgang mit aktuellen Verpflichtungen, Einstellungen und Verhalten der Bezugspersonen

institutionelle Umwelt: kulturelle und soziale Angebote in näherer Umgebung, medizinische Versorgung und Unterstützung durch institutionalisierte Dienste

All diese Faktoren bilden den Hintergrund für die Kompetenzen (auch Ressourcen genannt) der Alltagsgestaltung und Selbstständigkeit im Alter. Die Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen bzw. belastenden Situationen im Alter hängt stark mit den erworbenen Kompetenzen in der früheren Lebensphase zusammen. Man spricht in diesem Sinne auch von „Lebenserfahrung“ (vgl. Backes/Clemens 2003, S.100f). Um aber mit belastenden Lebenserfahrungen in Alter umgehen zu können, genügt die alleinige Lebenserfahrung nicht. Daher wurden folgende Dimensionen festgelegt, welche zusätzlichen Einfluss haben:

- *Persönlichkeit des Menschen*: Grad der Stabilität, Widerstandsfähigkeit, Offenheit
- *Erfahrungen*: die im Lebenslauf gewonnenen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit Konflikten und Belastungen
- *soziales Umfeld*: der Grad sozialer Unterstützung bei Auseinandersetzung mit aktuellen Belastungen
- *das Ausmaß fördernder und einschränkender Lebensbedingungen*: soziale Integration, Gesundheit, materielle Ressourcen und Wohnbedingungen (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 101)

2.3.4 Sozialpsychologische Alterstheorien

Die sozialpsychologischen Alterstheorien stellen die gesellschaftlichen Gegebenheiten und deren Interaktion mit alten Menschen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung (vgl. Langfeldt 1996, S.361).

Backes und Clemens formulieren dazu drei Thesen, deren Bezug die Ausgliederung des Menschen aus dem Erwerbsleben im Alter ist:

Aktivitäts- oder Ausgliederungsthese

Die in den 60er Jahren entstandene Theorie besagt, dass aufgrund Funktionslosigkeit alter Menschen Altersprobleme auftauchen. Die Ausgliederung

ist ein Produkt des sozialen Wandels, hervorgerufen durch die Industrialisierung und Verstädterung, sowie durch die familiären Veränderungen. Die These beinhaltet, dass alte Menschen dann zufrieden sind, wenn sie etwas leisten können und das Gefühl haben, gebraucht zu werden. Der Verlust von beruflichen und familiären Rollen bringt einen Funktionsverlust mit sich. Dieser kann, wird er nicht durch neue Aufgaben/Rollen kompensiert, zu Isolation, Inaktivität und sinkender Lebensqualität führen.

Die Aktivitätstheorie geht davon aus, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Produktivität bis zum Pensionsalter gegeben sind. Erst durch den Rückzug aus der Arbeit entsteht ein Abbau physischer wie auch psychischer Ressourcen (vgl. Backes/Clemens 2003, S.125).

Dies besagt auch die Aussage *„Durch das Nichtstun, durch den Mangel an körperlicher und geistiger Tätigkeit verfällt er ...“* (Thieding 1965, zit. In Backes/Clemens 2003, S. 124)

Disengagementansatz bzw. die Theorie des sozialen Rückzugs

Bei diesem Ansatz nimmt das Alter eine eigenständige Lebensphase ein und dient der Vorbereitung auf den unvermeidbaren Tod. Das Modell basiert auf dem Defizit-Modell des Alterns und auf der Beobachtung, dass ältere Menschen sich zunehmend aus Aktivitäten und ihren Rollen zurückziehen.

„Die Verringerung beruflicher Aktivitäten ist die Voraussetzung erfolgreichen Alterns, der ältere Mensch erhofft sich lediglich Anerkennung für frühere Nützlichkeit zum Beispiel in Form einer angemessenen Rente.“ (Backes/Clemens 2003, S. 128).

Der soziale Rückzug wird als Notwendigkeit der Trennung zwischen Individuum und der Gesellschaft gesehen. Dieser Rückzug wird als notwendig erachtet, um sich auf den Tod vorbereiten zu können und gilt als ein natürliches Bedürfnis des Menschen (vgl. Backes/Clemens 2003, S.128).

Die These ist etwas kritisch zu sehen, da nicht alle älteren Menschen sich aus der Gesellschaft zurückziehen wollen und durchaus noch an

Geschehnissen/Aktivitäten in der Gegenwart interessiert sind. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Thema Tod das einzige Thema ist, das alte Menschen interessiert. Außerdem kann der Tod in jeder Lebensphase eine Bedeutung haben, da der Mensch in jedem Alter sterben kann.

Kontinuitätsthese

Die Kernaussage der Kontinuitätsthese besagt, dass die Lebenssituation älterer Menschen umso besser ist, je mehr die Alterssituation der Lebenssituation im mittleren Lebensalter ähnelt.

Atchley ist der Meinung, dass bei älteren Menschen ein interner Druck zur Kontinuität vorhanden ist, der in einem grundlegenden Bedürfnis nach Stabilität verankert ist. Dabei unterscheidet er zwei Formen der Kontinuität: die interne und die externe Kontinuität. Unter der internen Kontinuität werden die Persönlichkeit, Einstellungen und Fähigkeiten verstanden und unter der externen Kontinuität meint man die Beibehaltung der Umweltstruktur. Atchley geht davon aus, dass weder die Aktivitätstheorie noch die Disengagementtheorie für den Menschen optimal ist, sondern es vielmehr wichtig ist, die Möglichkeit eines kontinuierlichen Lebens, also das Beibehalten von individuell typischen Aktivitäts- und Rückzugsbestrebungen, zu erhalten (vgl. Atchley 1977, zit. In Backens/Clemens 2003, S. 133).

3 Demographische Wandlungen

3.1 Demographische Alterung

„Die demographische Alterung ist ein Fachbegriff für den steigenden Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) in der Bevölkerung. Die Ursachen der demographischen Alterung sind durch den Geburtenrückgang, steigende Lebenserwartung und altersspezifische Aus- und Einwanderung zu erklären.“
(Fraginière/Höpflinger/Hugentobler 2000, S.82)

Die Bedeutungen der drei Komponenten variiert, doch kann man sagen, dass im Allgemeinen das Geburtenniveau der bedeutsamste Faktor ist. Zwar könnte man

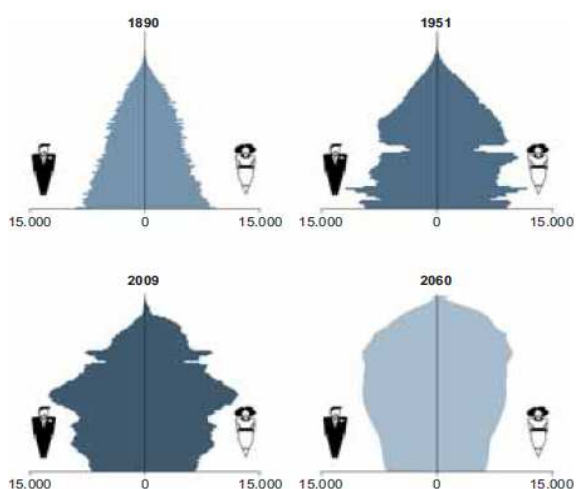
Demographische Wandlungen

die Altersverteilung theoretisch durch Ein- und Auswanderung steuern, doch ist dies sehr unwahrscheinlich. So führte in den letzten Jahrzehnten die Einwanderung jüngerer, ausländischer Arbeitskräfte und ihrer Familien zu einer Verjüngung der Wohnbevölkerung. Im Vergleich zu Geburtenniveau und Wanderungsbewegungen ist der Einfluss der Lebenserwartung auf die Altersverteilung weitaus geringer. Dies hat nur dann eine hohe Relevanz, wenn die Lebenserwartung älterer Menschen stärker ansteigt als diejenige jüngerer Altersgruppen (z.B. bei Gesellschaften mit geringerer Säuglingssterblichkeit und vergleichsweise hoher durchschnittlicher Lebenserwartung).

Tatsächlich erfuhren seit den 60er Jahren alle europäischen Länder (vor allem westeuropäische) Länder eine markante Erhöhung der Lebenserwartung. Hochentwickelte Länder sind von den Veränderungen doppelt betroffen. Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen aufgrund des Geburtenrückgangs und andererseits aufgrund der erhöhten Lebenserwartung (vgl. Höpflinger (o.J.b), <http://www.hoepflinger.com>).

Sehr gut kann man an der folgenden Grafik erkennen, wie sich die Bevölkerung in den vergangenen Jahren entwickelt hat und sich in den kommenden Jahren noch verändern wird. Evident ist, dass der Anteil der älteren Menschen stetig wächst und bis zum Jahr 2060 noch weiter ansteigen wird.

Abb.2: Altersaufbau der Bevölkerung- ausgewählte Jahre



Quelle: Land OÖ 2009 zit. nach Statistik Austria, S.15

3.2 Demographische Wandlungen im Drogenhilfesystem

Neben den generellen demographischen Veränderungen in der Gesellschaft hat sich auch im Drogenhilfesystem einiges verändert. So wurde das Drogenhilfesystem generell ausgebaut, vermehrt schadensmindernde Hilfsangebote (z.B. Substitution, Nadelaustauschprojekte, Safer-Use-Maßnahmen, etc.) eingesetzt und niedrighschwellige Zugänge ermöglicht sowie neue Formen der Hilfeerbringung (z.B. Streetwork) angeboten. Insgesamt führte dies zu verbesserten Lebensbedingungen und zu größeren Überlebenschancen von drogenabhängigen Frauen und Männern. Man erkannte schon rasch erste Erfolge, wie z.B. Rückgänge der HIV-Infektionen in der Gruppe der i.v. konsumierenden Personen und bessere medizinische und psychosoziale Versorgung von chronisch kranken opiatabhängigen Menschen. Gesamtfazit ist, dass sich die Gesundheit und die Überlebenschancen der Menschen mit Opiat- und Drogenproblemen seit 1990 nachhaltig verbessert hat/haben (vgl. Vogt 2009, www.sddcare.eu). Weiters erhöhte sich in vielen europäischen Ländern die Anzahl der Drogenabhängigen, welche 45 Jahre und älter sind und - z.B. aus gesundheitlichen Gründen – in absehbarer Zeit nicht mehr alleine leben können (vgl. Spirig/Gegenhuber/Malfent 2009, S.4).

4 Abhängigkeit im Alter

Ältere SubstanzkonsumentInnen lassen sich zwei Kategorien zuordnen. Der ersten zugehörig sind FrüheinsteigerInnen, welche mittlerweile alt geworden sind und überlebt haben. Zu der zweiten Kategorie zählt man SpäteinsteigerInnen, auch reaktive KonsumentInnen genannt. FrüheinsteigerInnen haben gewöhnlich schon in jungen Jahren mit dem Substanzkonsum begonnen, der sie bis in das hohe Alter hinein begleitet. Späteinsteiger hingegen entwickeln erst in späteren Jahren ein Suchtmittelproblem, dessen Auslöser z.B. sogenannte life-events (einschneidende Lebensereignisse wie z.B. Pensionierung, Scheidung, Verlust, etc.) sein können (vgl. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2008, www.infoet.ch).

4.1 Beschreibung der Zielgruppe

Liest man in der Literatur nach und/oder hört man sich bei Fachtagungen um, so muss man schnell erkennen, dass der Begriff „ältere Drogenabhängige“ nicht sehr leicht zu definieren ist.

Gewiss ist, dass es sich dabei um eine sehr heterogene Gruppe handelt, die nicht einheitlich beschrieben und charakterisiert werden kann. Diese reicht von arbeitsfähig bis pflegebedürftig, von allein lebend oder mit Angehörigen, variiert in Geschlecht und Migrationshintergrund. Jede/Jeder der Betroffenen weist eine unterschiedliche Biographie, soziale Integration sowie unterschiedliche Konsum- und Suchtmuster auf.

Bei Drogenabhängigen bedeutet Alter viel eher jahrzehntelanger Substanzkonsum, vorzeitige Alterung des Körpers und somatische Begleiterkrankungen. Weiters leiden ältere Drogenabhängige häufig unter psychischen Belastungen/Erkrankungen und leben am Rande der Gesellschaft. Ihr Leben ist meist von schwierigen finanziellen Bedingungen geprägt und wird oft sogar von Armut bis zum Tod begleitet. Häufig ist zu beobachten, dass mit zunehmendem Alter mehr polytoxischer Konsum aber auch erhöhte Ressourcen für Abstinenz entstehen (vgl. Gorgas 2009, www.paritaet-bayern.net).

Eine Hauskrankenpflegerin der Volkshilfe Linz beschreibt die Zielgruppe folgendermaßen: *„Das sind Leute, ganz normale Leute, ganz normale Kranke, die ihre Medikamente brauchen und nicht in der Lage sind, sich die Medikamente selbst in der Apotheke zu holen.“* (Interview 3, Zeile 20-22)

Ein Mitarbeiter vom Verein Substanz definiert ältere Drogenabhängige nicht vorrangig nach dem Alter, sondern vielmehr nach Auffälligkeiten.

„Und alt heißt für mich, wahrscheinlich gesundheitlich gebrechlich, angeschlagen, etc. mit einem Teil an Pflegebedarf, der variieren kann.“ (Interview 1, Zeile 6-8)

Das deutsche Wohnprojekt LÜSA (Langzeit-Übergangs- und Stützungsangebot) definiert ältere, chronisch, mehrgeschädigte, drogenabhängige Menschen mit:

→ hohem Durchschnittsalter

Abhängigkeit im Alter

- chronifizierten und polytoxischen Suchtverläufe
- jahrzehntelangen durch den illegalisierten Stoff geprägten Lebensbedingungen
- körperlichen und seelischen Haupt-, Neben-, Folge- Erkrankungen und Behinderungen
- Armut
- langjährigen und wiederkehrenden, ungesicherten Wohnverhältnissen
- sozialer Isolation, Entwurzelung und Vereinsamung
- häufigen schweren Biographien und traumatisierenden Erlebnissen
- langjährigen Erfahrungen mit totalen Institutionen (JVA, Psychiatrie...)
- „DrehtürpatientInnen“ des Hilfesystems
- Verlust von Zutrauen in die eigene Kompetenz und in den Sinn von Behandlung
- schwerer Beeinträchtigung der Fähigkeit, sozial eingegliedert für sich selber sorgen zu können (vgl. Projekt Lüsa (o.J.), www.luesa.de).

Weiters ist das Leben von älteren Opiatabhängigen stark von akuten Krisen und Belastungssituationen geprägt. Dabei spielen Schuldgefühle, Vereinsamung und Angst vor dem Alleinsein/vor dem Tod eine wesentliche Rolle. Das Gefühlsleben der KlientInnen wird durch „Wertlosigkeit“ und „sich ausgeliefert fühlen“ erschwert. Belastungen durch Verluste sowie Ausschlüsse aus der Szene führen zu Einsamkeit. Diese wird dadurch massiv verstärkt, dass oft der Anschluss an Familie und Angehörige während des Suchtverlaufs verloren gegangen ist oder durch natürlichen Weg weggebrochen ist. Zusätzliche lebensbedrohliche Erkrankungen sowie psychiatrische Begleiterkrankungen machen den Zustand der Menschen fast unerträglich (vgl. Agostini 2009, www.paritaet-bayern.net).

Die Multiproblemlagen der KlientInnen werden auch in den Lebens- und Umfeldbeschreibungen von den KlientInnen bei den ExpertInneninterviews sichtbar. Am häufigsten (sechs Nennungen) wird darauf hingewiesen, dass es sich bei der Bevölkerungsgruppe um eine sehr kranke Gruppe handelt. Neben der Opiatabhängigkeit und der Substitutionstherapie selbst werden dabei Krankheiten wie Hepatitis und Aids angeführt. Auch zusätzliche Folgeerkrankungen - wie z.B. Stoffwechselerkrankungen - sind im Bewusstsein der Einrichtungen.

„Drogenkonsumentinnen sind in aller Regel sowieso nicht sehr gesund, das heißt, sie haben alle möglichen Krankheiten, angefangen bei Hepatitis bis zu Stoffwechselerkrankungen, alles Mögliche. Es handelt sich um eine vergleichsweise sehr kranke Bevölkerungsgruppe.“ (Interview 9, Zeile 16-19)

Fünf Einrichtungen merken an, dass es einen großen Mangel an Sozialkontakten gibt. Das betrifft nicht nur die Herkunftsfamilie, sondern auch Freunde/Freundinnen und Bekannte.

„...sehr häufig alleine leben oder zurückgezogen oder von einem gewissen Freundeskreis verlassen wurde. (...) Somit hat das Thema „Einsamkeit“ durchaus Auswirkung.“ (Interview 6, Zeile 24-28)

Auffällig ist die häufige Nennung von psychischen Erkrankungen, welche sich oft in Depressionen niederschlagen. *„Also die, die mir einfallen, da geht es sehr viel, zum Teil um Depressionen. So im Sinne von, kommen fast nicht mehr raus, Vereinsamung, ah, in diese Richtung. (...) zum Teil dann Anti-Depressiva und eine Latte an anderen Psychopharmaka, etc.“* (Interview 1, Zeile 11-15)

Von zwei MitarbeiterInnen wurde angemerkt, dass die KlientInnen in aller Regel sehr kundig im Drogenbereich sind und oft schon sehr viele Behandlungsvarianten, wie z.B. Entzugserfahrungen, stationäre Therapien, ambulante Therapien etc. gemacht haben. *„...sind das Leute, die einfach schon eine ganz lange Opiatabhängigkeit hinter sich haben, verschiedene Behandlungsvarianten.“* (Interview 2, Zeile 18-19)

Die Mitarbeiterin von der Beratungsstelle Point merkt an, dass es sich durchaus um eine Klientel der Sozialarbeit handelt.

„...also ich glaube ja, dass die durchaus Konsumentinnen von sozialen Leistungen sind, das sind sie 100%ig, aber in anderen Feldern.“ (Interview 2, Zeile 138-139)

Zu den sozialen Leistungen, die von den ExpertInnen genannt und von den KlientInnen genutzt werden, gehören Sozialhilfe, Pension, Wohnbeihilfe und Gebührenfreiheit bei den Medikamenten.

Besonders von der Hauskrankenpflege wird berichtet, dass die Wohnungen häufig verwahrlost sind, Mängel bei der Körperpflege und Probleme mit der Ernährung bestehen. So ist Unterernährung bei dieser Zielgruppe keine Seltenheit.

„Viele achten nicht auf ihr Äußeres. (...) Viele schauen unterernährt aus...“ (Interview 4, Zeile 13-14)

„Viele wohnen in desolaten Wohnungen. Die ist meist sehr alt und ungepflegt. Viele achten nicht auf die Ernährung. Es stehen viele Fertiggerichte herum. Die meisten sind auch noch Raucher, Aschenbecher und Tschik-Stummeln (Anm.: ugs. für Zigarettenstummel) liegen herum.“ (Interview 4, Zeile 8-11)

Zusätzlich geben beide InterviewpartnerInnen an, dass bei den von ihnen zu betreuenden Substituierten Demenz stark auffällig ist.

„Die Leute werden einfach zunehmend schwächer im Allgemeinzustand, also sie werden auch dement.“ (Interview 3, Zeile 3-4) Weiters geben beide aber an, dass die Betreuung der KlientInnen sehr angenehm ist. *„Die Klientel ist sehr bescheiden eigentlich, sehr flexibel, hat kaum Ansprüche. Da geht es wirklich um die Basisversorgung.“* (Interview 3, Zeile 27-28)

Die Sozialarbeit merkt zudem an, dass finanzielle Schwierigkeiten fast immer vorliegen und sich diese in Lebensführung und Gesundheit spiegeln.

„Mindesteinkommen bedeutet, keinen hohen Lebensstandard und einen Kampf mit dem Geld. (...) Aber ist sicher kein Luxusleben.“ (Interview 7, Interview 29-32)

Abschließend sei aber gesagt, dass viele Einrichtungen angeben, dass es sehr unterschiedliche Biografien von älteren Menschen gibt und diese keinesfalls verallgemeinert werden dürfen.

„Und sonst sind die Lebensverläufe schon sehr unterschiedlich. Von welchen, die schon sehr gefestigt sind und eigentlich ein sehr normales Leben führen bis halt hin zu Leuten, die wirklich sehr einsam sind, wo es an Kontakten fehlt oder an Beziehungen...“ (Interview 2, Zeile 31-35)

4.2 Umfang der Zielgruppe

Um die Anzahl von opiatabhängigen älteren Menschen zu erfahren und diese in Statistiken verpacken zu können, ist es wesentlich, diese noch näher zu bestimmen. Dazu ist es notwendig, Kriterien zu erstellen, nach welchen diese erfasst werden können und wie diese Gruppe im öffentlichen Raum sichtbar wird. Die Zielgruppe über SozialhilfebezieherInnen oder PensionsbezieherInnen aufzusuchen, erweist sich nicht als hilfreich, da hier nicht klar ist, ob es sich um Opiatabhängige handelt, oder welches Alter gegeben ist bzw. über welchen gesundheitlichen Zustand die Betroffenen verfügen. Daher macht es Sinn, die Betroffenen über das Substitutionsverzeichnis einzugrenzen, in dem das Alter in Intervallen angegeben wird. Hier ist noch die Frage zu klären, wo man die Grenze zu älteren Drogenabhängigen zieht.

„Bei Suchtabhängigen setzen Alterungsprozesse etwa 20 Jahre früher ein.“ (Verein Condrobs 2009, www.condrobs.de)

Das würde bedeuten, dass z.B. ein 40-jähriger drogenabhängiger Mensch ca. dem Alter eines/r 60-Jährigen entspricht.

Diese Meinung teilen auch zwei der befragten Einrichtungen (Interview 7, 9).

„..., dass Ärzte sagen, der gesundheitliche Zustand von langjährigen Drogenkonsumenten ist ungefähr 20 Jahre zusätzlich zum rein biologischen Alter. Also der Gesundheitszustand von 40-jährigen ist der eines 60-jährigen.“ (Interview 9, Zeile 4-7)

Da auch die WHO ältere Menschen als Personen ab dem 60igsten Lebensjahr definiert (siehe Kapitel 2.2.1) und auch Höpflinger diese als „Junge Alte“ bezeichnet, wird in dieser Arbeit das Alter von 40 Jahren als Altersgrenze für die statistische Auswertung herangezogen. Weiters werden auch die Substitutionsdaten mit der Grenze von 41 Jahren aufgeschlüsselt. Hier ist jedoch zu bedenken, dass nicht alle ältere Drogenabhängigen substituiert und von unserem Gesundheitssystem erfasst werden.

Diese Meinung wird von vier befragten Einrichtungen geteilt, die ebenso die Zielgruppe ab dem 40sten Lebensjahr definieren. Die Teamleiterin der Volkshilfe setzt die Altersgrenze schon bei 30 Jahren an, während die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe erst ältere Drogenabhängige ab 50 Jahren definiert. Zwei Einrichtungen sind der Meinung, dass ältere KonsumentInnen mit dem Alter von 35 Jahren beginnen. Einzig der Bedarfskoordinator nimmt eine andere Haltung ein.

„Ich würde damit Leute bezeichnen, die schon lange in irgendeiner Form Suchtgift konsumieren und das kann unter älterer schon ein 20-jähriger theoretisch auch sein, der das schon mit 13, 14 nimmt. Weil, wenn ein Mensch schon so lange Suchtgift nimmt, ist schon ein 20- Jähriger ein Älterer.“ (Interview 10, Zeile 3-6)

Einig sind sich die Befragten darüber, dass Alter bei drogenabhängigen Menschen immer eine andere Dimension einnimmt als bei herkömmlichen gesunden alten Menschen.

4.3 Aktuelle Statistiken und Prognosen der Zielgruppe

Der Konsum von illegalen Drogen bei älteren Erwachsenen nimmt zu, so die Aussage einer Veröffentlichung der EU-Drogenbeobachtungsstelle (EBDD). *„In Europa hat sich im Zeitraum zwischen 2002 und 2005 der Anteil der Patienten im Alter ab 40 Jahren, die wegen Opiatproblemen behandelt wurden, mehr als verdoppelt (von 8,6% auf 17,6%).“* (Robertson 2008, www.infoset.ch)

Schätzungen der Vereinigten Staaten zufolge könnte sich die Zahl der über 50jährigen, die illegale Drogen konsumieren und wegen ihrer Drogenprobleme behandelt werden, im Zeitraum zwischen 2001 und 2020 verdreifachen (vgl. Amt

Abhängigkeit im Alter

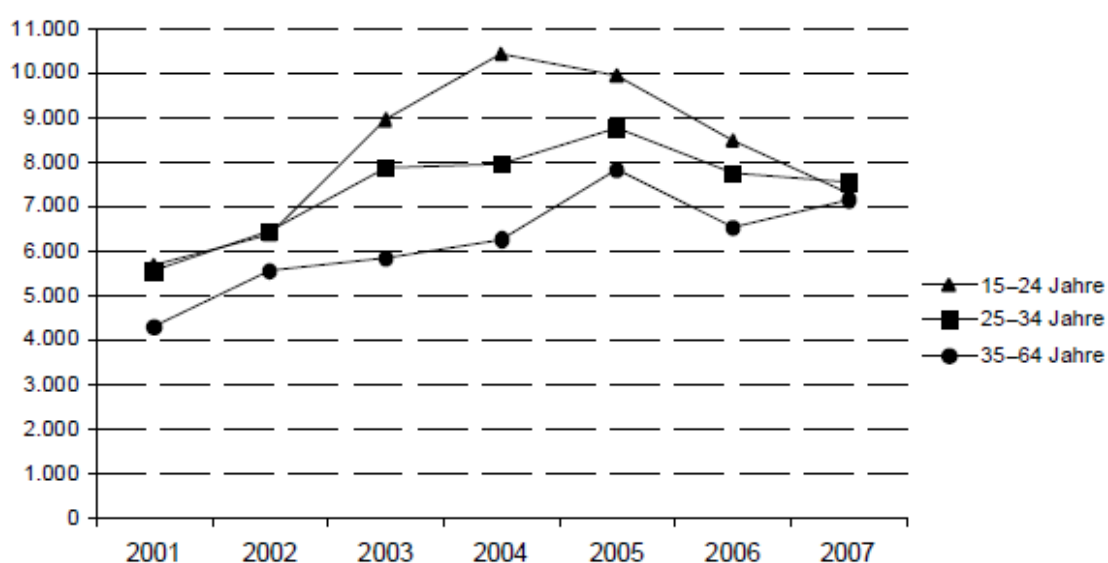
für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2008, www.infoset.ch).

Auch in Österreich liegen einige Indizien vor, dass die Zahl der älteren Drogenkonsumierenden steigen wird.

Laut dem Nationalen Drogenbericht des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen kann man von etwa 25 000 - 32 000 Opioidabhängigen in Österreich ausgehen, das entspricht etwa 0,3 - 0,4% der österreichischen Bevölkerung. Linear berechnet bedeutet das in Oberösterreich 4 000 - 5 500 Opiatabhängige. Da laut namhaften Suchtforschern etwa die Hälfte der geschätzten Opiatabhängigen in Wien leben, ergibt sich in Oberösterreich eine Anzahl von ca. 2 600 – 3 400 Opiatabhängigen (vgl. Land Oberösterreich/Abteilung Gesundheit 2009, S.4).

Weiters liegen in Österreich wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz bei problematischem Konsum für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor.

Abb.3: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten (geschätzte Anzahl der Personen) mittels 2-Sample-CRC-Methode, altersstratifiziert, 2001-2007



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG 2009, S.25

Abhängigkeit im Alter

Anhand dieser Grafik geht eindeutig hervor, dass die Zahlen der älteren OpiatkonsumentInnen (35 bis 64 Jahre), mit Ausnahme der Jahre 2005-2006, ständig einem Wachstum unterlagen und die Anzahl im Jahr 2007 schon gleich groß wie der der jüngeren Generationen war.

Die Tendenz der steigenden Zahlen von älteren Opiatabhängigen lässt sich auch anhand der Daten des nationalen Substitutionsregisters erkennen, bei dem die Zahl der über 40-jährigen DrogenkonsumentInnen in den letzten Jahren gestiegen ist (vgl. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG 2009, S.87).

Abb.4: Anzahl der dem Gesundheitsressort gemeldeten in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen von 2001 bis 2008 nach Altersgruppen

Jahr	Alter in Jahren							
	bis 39		40-49		50-59		60+	
	%	%*	%	%*	%	%*	%	%*
2001	77,3	81,5	21,0	17,0	1,7	1,4	0,1	0,0
2002	75,1	80,0	22,9	18,3	1,9	1,6	0,1	0,1
2003	73,3	79,0	23,9	18,8	2,6	2,0	0,2	0,2
2004	71,2	77,6	25,1	19,7	3,5	2,5	0,2	0,2
2005	70,3	77,4	25,3	19,4	4,1	2,9	0,2	0,2
2006	70,1	77,6	24,6	18,9	5,0	3,4	0,2	0,2
2007	71,3	78,0	22,9	17,9	5,5	3,9	0,3	0,2
2008	70,8	78,3	22,4	17,1	6,4	4,4	0,3	0,2

* unter Berücksichtigung der „Ghost Case“-Korrektur

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG 2009, S.87)

Hier wird erkenntlich, dass sich z.B. im Jahr 2001 47 Personen im Alter von 50 bis 59 in Substitutionsbehandlung befunden haben und sich 2008 die Zahl der Behandelten in dieser Alterskategorie auf 314 Personen erhöht hat. Jedoch sei hier erwähnt, dass aufgrund der Unzulänglichkeit der Substitutionsdaten diese nur sehr eingeschränkt für eine Einschätzung der Altersentwicklung bei Drogenkonsumierenden interpretiert werden können.

Die Wiener Drogenkoordinationsstelle CONTACT gibt an, dass die Zahl der betreuten 40-jährigen und älteren KlientInnen in den letzten Jahren bereits

kontinuierlich gestiegen ist. So betrug bis 2002 die Anzahl der älteren DrogenkonsumentInnen im langjährigen Schritt 10% und 2008 schon 28% (vgl. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG 2009, S.88). Einrichtungen des Drogenhilfesystems aus anderen Bundesländern berichten ebenfalls, dass ein Anstieg der Betreuten im Alter von über 40 Jahren zu beobachten ist.

Auch aus dem EU-Projekt SDDCARE (Senior Drug Dependents and Care Structures) geht klar hervor, dass die Anzahl der älteren Opiatabhängigen in naher Zukunft steigen wird. An der Studie beteiligen sich die Länder Deutschland, Österreich, Schottland und Polen.

„In allen 4 Ländern steigen seit 2000 die Fallzahlen von Personen mit Opiatproblemen (...) systematisch an. Geschlechtsspezifische Differenzen finden sich bei diesem Anstieg nicht.“ (Vogt 2009, www.sddcare.eu)

In einem Bericht zur quantitativen Erfassung kommen Eisenbach-Stangl und Reidl zur Einschätzung, dass in Österreich derzeit von rund 7200 älteren Drogenabhängigen (älter als 35 Jahre) ausgegangen werden kann, von denen ca. 4700 in Wien leben (vgl. Eisenbach-Stangl/Reindl 2009 zit. nach Spirig/Gegenhuber/Malfent 2010, S.35).

Dieser Fakt ist nur dem EU-Projektpartner bewusst, welcher diese Tatsache auch begründet. *„Das ist wesentlich mehr als angenommen wird. Ich vermute, das hat zwei Gründe; zum einen wird noch nicht genügend hingeschaut und zum zweiten fehlen die Angebote. Das heißt, wo kein Angebot ist, tauchen die Leute auch nicht auf. Erst in dem Moment wo es ein gutes Angebot gibt, das auch angenommen wird, werden die Leute plötzlich auftauchen, wo man gar nicht gewusst hat, dass es diese Anzahl überhaupt gibt.“* (Interview 9, Zeile 106-111)

Tatsächlich ist es Fakt, dass in den oberösterreichischen Einrichtungen ältere DrogenkonsumentInnen kaum bis sehr selten vorkommen. Zwei Einrichtungen der mobilen Dienste geben an, noch nie Kontakt mit der Zielgruppe gehabt zu haben (Interview 6, 8). Vier weitere Träger der mobilen Dienste waren erst gar nicht bereit, ein Interview zu geben, da sie keine Erfahrungen mit der Zielgruppe aufweisen konnten und sich nicht qualifiziert fühlten.

Die Hauskrankenpflege der Volkshilfe Linz versorgt derzeit ca. drei KlientInnen, der Verein Substanz fünf bis zehn ältere Drogenabhängige und das B 37 ca. sechs bis sieben Menschen. Den größten Betreuungsumfang hat die Aids-Hilfe Linz, welche ca. 20 StammklientInnen mit einer HIV/Aids-Erkrankung und einer zusätzlichen Suchterkrankung versorgt. Weiters besteht auch noch zu ca. 15 bis 20 Personen sporadischer Kontakt (vgl. Interview 7, Zeile 44-47).

Die Beratungsstelle Point betreut derzeit nur einen Klienten, jedoch war das vor der neuen Substitutionsverordnung anders. *„Wir haben sie früher viel mehr gehabt. Jetzt haben wir sie nur sehr marginal. (...) Aber es ist ganz wenig geworden im Vergleich, weil wir in der Substitutionsbehandlung nicht mehr fixer Bestandteil sind und die psychosoziale Schiene nicht mehr von uns abgedeckt werden muss. Das war früher ja so eine Muss-Bestimmung. (...) Und da ist es gerade so, dass die Älteren weggebrochen sind.“* (Interview 2, Zeile 112-118) Diese Aussage zeigt jedoch, dass die Zielgruppe der älteren Opiatabhängigen mit Sicherheit existiert, da die Personengruppe zuvor im regelmäßigen Kontakt mit der Einrichtung war.

Der Bedarfskoordinator kann die Zielgruppe nicht schätzen, auch nicht die Anzahl an Akten, die er zu bearbeiten hat. *„Aber das ist nicht realistisch. Das kann ich nicht.“* (Interview 10, Zeile 55)

Weiters wird angeführt, dass Prognosen davon ausgehen, dass sich der Anteil der älteren Opioid/Drogenabhängigen in den kommenden 10 Jahren verdoppeln oder gar verdreifachen wird (vgl. Vogt 2009, www.sddcare.eu).

Diese Einschätzung teilen fünf MitarbeiterInnen der befragten Einrichtungen (Interview 1, 2, 5, 6, 7). Alle gehen davon aus, dass sich der Anteil von älteren Drogenabhängigen in den nächsten 10 bis 20 Jahren erhöhen wird. Eine genaue Prognose und Anzahl gibt dabei keiner ab. *„Naja, wie gesagt, ich glaube, dass es mehr wird. Es wird mehr Leute geben, die eine Form von Pflege oder Struktur brauchen, die es momentan nicht gibt. Wie viel das mehr wird, kann ich nicht sagen.“* (Interview 1, Zeile 79-81)

Die anderen fünf MitarbeiterInnen trauen sich nicht, eine Prognose abzugeben, schließen diesen Fakt jedoch nicht aus. *„Da trau‘ ich mich jetzt keine Prognose abgeben. Nachdem die Anzahl der Drogenkonsumenten insgesamt sehr stabil ist, wird sich auch die Anzahl der älteren Drogenabhängigen nicht wesentlich vergrößern. Aber das kann man sehr schwer sagen.“* (Interview 9, Zeile 113-115)

Die Begründungen für einen Anstieg fallen sehr unterschiedlich aus:

„...weil die Leute einfach durch Substitution, auch durch medikamentöse Therapie länger leben ...“ (Interview 1, Zeile 60-61)

„Nachdem die Medizin doch auch sehr fortgeschritten ist, leben die Leute auch immer länger, weil es einfach mehr und bessere Behandlungsmöglichkeiten gibt, auch von der Medikation und so weiter und das wird uns auch in der Altenhilfe treffen.“ (Interview 6, Zeile 34-37)

Eine ganz eigene Interpretation zeigt ein Mitarbeiter des B37 aufgrund seiner Erfahrungen. *„...meiner Meinung nach ist der Ausstieg aus diesen Programmen ein Problem. Und dadurch, wenn jetzt immer neue dazukommen und nur wenige aus dem Programm aussteigen, muss das zwangsläufig dazu führen, dass es immer mehr werden.“* (Interview 5, Zeile 24-27)

Die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe geht noch einen Schritt weiter und fordert zugleich, dass neue Betreuungsformen installiert werden müssen. *„Es wird so oder so unumgänglich sein, dass man genau für solche Diagnosen eine Betreuung installiert.“* (Interview 7, Zeile 95-96)

4.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

4.4.1 Suchtmittelgesetz

Den §§1-4 Suchtmittelgesetz (SMG) unterliegen prinzipiell *Suchtgifte* (z.B. Cannabis, Heroin, LSD, etc.), *psychotrope Stoffe* (z.B. Somnubene, Roxyptnol, etc.) und *Drogenausgangsstoffe* (Stoffe zur unerlaubten Herstellung von Suchtgiften und psychotropen Substanzen).

Durch das SMG (§27) wird unter Strafe gestellt, wer Suchtgifte oder psychotrope Substanzen befördert, einführt, ausführt, erwirbt, besitzt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft. Werden solche Taten gewerbsmäßig oder als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begangen oder aber Suchtgift einer minderjährigen Person überlassen bzw. man selbst erwachsen und mehr als zwei Jahre älter als der/die EmpfängerIn ist, so ist mit einer erhöhten Strafandrohung zu rechnen.

Privilegiert werden hingegen StraftäterInnen, die an Suchtmittel gewöhnt sind und die Taten vorwiegend deshalb begehen, um sich für ihren persönlichen Konsum Suchtmittel oder Geld zu beschaffen (vgl. Loderbauer 2009, S.169).

Die Substitution wird im SMG durch den §8 geregelt:

„Suchtmittelhaltige Arzneimittel dürfen nur nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der medizinischen oder veterinärmedizinischen Wissenschaft, insbesondere auch für Schmerz- sowie für Entzugs- und Substitutionsbehandlungen, verschrieben, abgegeben oder im Rahmen einer ärztlichen oder tierärztlichen Behandlung am oder im menschlichen oder tierischen Körper unmittelbar zur Anwendung gebracht werden.“

Generell findet man die gesetzlichen Grundlagen zur Substitutionsbehandlung in der EU- Drogenstrategie bzw. im Drogenaktionsplan, im Suchtmittelgesetz (SMG) der Suchtgiftverordnung (SV) / Weiterbildungsverordnung orale Substitution (WVO), im Einführungserlass BMGFJ und im Handbuch für OÖ.

In der Suchtgiftverordnung (SV) und in der Weiterbildungsverordnung orale Substitution (WVO) werden Regelungen über Rezeptregime und die Durchführung der Substitutionsbehandlung geregelt.

Auf die Zielgruppe der älteren Opiatabhängigen bezogen, kann man sagen, dass es sich durchaus um eine strafrechtlich verfolgte Gruppierung handelt, welche aufgrund ihrer Suchterkrankung oft gezwungen ist weitere kriminelle Handlungen zu setzen, um ihre Sucht finanzieren zu können. Einzige Ausnahme sind

substituierte Drogenabhängige, welche sich, ohne zusätzlichen Beikonsum von illegalen Substanzen, im legalen Rahmen bewegen.

4.4.2 Chancengleichheitsgesetz

Das Landesgesetz betreffend die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen (OÖ ChG) trat am 01.09.08 in Kraft.

„Ziel dieses Landesgesetzes ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen insbesondere durch die Vermeidung des Entstehens von Beeinträchtigungen und von Behinderungen und durch die Verringerung von Beeinträchtigungen, nachhaltig zu fördern sowie ihnen ein normales Leben und eine umfassende Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen, um die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erreichen.“ (§1 Abs. 1 OÖ ChG)

„Als Menschen mit Beeinträchtigungen [...] gelten Personen, die aufgrund körperlicher, geistiger, psychischer oder mehrfacher derartiger nicht vorwiegend altersbedingter Beeinträchtigungen in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld, insbesondere im Zusammenhang mit ihrer Erziehung, ihrer Berufsbildung, ihrer Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsentfaltung, ihrer Erwerbstätigkeit sowie ihrer Eingliederung in die Gesellschaft wegen wesentlicher Funktionsausfälle dauernd erheblich behindert sind oder bei denen in absehbarer Zeit mit dem Eintritt einer solchen Beeinträchtigung zu rechnen ist, insbesondere bei Kleinkindern.“ (§ 2 Abs. 1 OÖ ChG)

In den ersten zwei Paragraphen dieses Gesetzes werden auch (ältere) Drogenabhängige von dem Gesetz erfasst, da sie zu der angesprochenen Zielgruppe gehören.

Im § 12 wird das Thema „Wohnen“ behandelt. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen ihre Wohnform möglichst frei und selbstbestimmt wählen können. Verschiedene Maßnahmen wie die Einräumung einer Wohnmöglichkeit in Wohnungen, Wohngemeinschaften oder Wohnheimen mit der je nach Eigenart der Beeinträchtigung erforderlichen Betreuung und Hilfe ist zu gewähren. Durch Verordnung der Landesregierung können der Umfang, das Höchstausmaß der Maßnahme des Wohnens und die zeitliche Befristung festgelegt werden. Wichtig

dabei ist, dass auf die jeweilige Art der Maßnahme des Wohnens eingegangen wird.

Beratungs- und Informationsdienste, insbesondere durch Peers, psychosoziale Beratung und Suchtberatung durch entsprechende Beratungsstellen oder durch aufsuchende Sozialarbeit werden als besondere soziale Dienste für Menschen mit Beeinträchtigungen genannt (vgl. § 17 OÖ ChG).

Im §17 Abs. 3 OÖ ChG werden besondere soziale Dienste, wie z.B. Übergangwohnformen, Krisenzimmer, Krisenplätze, Kriseninterventionsstellen oder psychosoziale Notdienste für Personen mit psychosozialen Betreuungsbedarf angegeben.

Um den Rechtsanspruch im Bereich Wohnen nutzen zu können, bedarf es bei einer Bezirksverwaltungsbehörde oder bei den Gemeinden einen Antrag zu stellen, welcher an die BedarfskoordinatorInnen weiter geleitet wird. Diese Stelle wurde neu geschaffen und kann als „Drehscheibe“ zur psychosozialen Betreuung beschrieben werden. Zu finden sind die BedarfskoordinatorInnen auf der Bezirkshauptmannschaft oder im Magistrat. Ihr Auftrag ist es, auf Antrag eines/r Betroffenen einen Bescheid zu erlassen, der detailliert regelt, wo und in welchem Umfang diesem/r eine Hilfeleistung zugesprochen wird.

5 Langzeitschäden bei der dauerhaften Einnahme von Opioiden

5.1 Körperliche Folgeerkrankungen

Die gängigen Opioide sind in reiner Form für den Körper sehr wenig schädlich, da sie ihre Wirkung über sehr spezifische Mechanismen vermitteln. Doch auch bei Dauergebrauch von Opioiden kann es zu Schädigungen kommen, welche sich vor allem durch die Nebenwirkungen wie beispielsweise Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung, Harnverhalt und Hustenstillung zeigen. Bei gelegentlichem Konsum ist das in der Regel irrelevant (vgl. Chichon (o.J.), www.opioidforum.com).

Zu unterscheiden ist dies jedoch vom Abhängigkeitspotential. So kann sich eine Abhängigkeit bei vierstündlicher Injektion von Morphin oder Heroin schon innerhalb von 24 Stunden entwickeln. Bereits nach dieser Zeit können bei Absetzen Entzugserscheinungen auftreten (vgl. Beubler, Haltmayer, Springer 2007, S.52).

Eine lange Abhängigkeitsbiografie, unkontrollierter Konsum und das Leben in illegalen Strukturen beschleunigen die Alterungsprozesse und den Beginn typischer Alterskrankheiten. Oftmals sind Drogenabhängige zusätzlich mit HIV infiziert, noch häufiger leiden sie an unbehandelten Hepatitiserkrankungen, die zwischenzeitig zu schweren Komplikationen führen können. Hinzu kommen Bluthochdruck, Herzbeschwerden (ausgelöst durch die ungünstigen Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Medikamente), Stoffwechselerkrankungen aufgrund einer Leberinsuffizienz, Nierenkomplikationen, Diabetes, Abszesse, Osteoporose, der Abbau der Muskelmasse und Sturzverletzungen infolge des Drogenrausches etc.

Auch die Konsequenzen jahrelanger gesundheitsschädigender Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Konsum unreiner Drogen, exzessiver Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Mangel an Bewegung und nicht zuletzt die erzwungenen Lebenserfahrungen, wie z.B. jahrelange Inhaftierungen, beschleunigen den Alterungsprozess bei DrogenkonsumentInnen dramatisch. Ebenso prekär ist ihr mentaler Zustand: Frühzeitige Demenz (auch als Begleiterscheinung der HIV-Infektion/HIV-Enzephalopathie), Psychosen und Depressionen sind nur einige der anzutreffenden psychischen Krankheitsbilder (vgl. Schmidt 2008, www.sddcare.eu).

Jedoch können Menschen, die jahrelang täglich Opiate einnehmen, durchaus gesund sein, vorausgesetzt, sie berücksichtigen die Regeln der Hygiene und der Ernährung. Es gibt zahlreiche dokumentierte Fälle von Opiatabhängigen, die ein hohes Alter erreicht haben und bis zu ihrem Ableben gesund waren (vgl. Beubler, Haltmayer, Springer 2007, S.52).

5.2 Veränderungen im sozialen Umfeld

Neben den gesundheitlichen Folgeschäden finden auch noch zahlreiche Veränderungen in den sozialen Beziehungen statt. So ist mit einer (noch) stärkeren Isolation in der Gesellschaft sowie einer Exklusion auch aus dem Drogenmilieu zu rechnen. Die älteren Drogenabhängigen unterscheiden sich maßgeblich von der jüngeren Drogenszene und leben oftmals vereinsamt und in anderen Lebenswelten. Neben der starken Gefahr der Vereinsamung und sozialen Isolation erhöht sich die Gefahr von psychischen Erkrankungen (vor allem Depressionen) und vereinzelt treten auch suizidale Gedankenzüge auf (vgl. Vogt 2006, www.sddcare.eu). Diesen Fakt beschreibt auch der Geschäftsführer des Schweizer Haus Hadersdorf mit. *„Man weiß aus Wien auch von Beispielen von Suiziden, wo sich einzelne Drogenabhängige umgebracht haben. Nicht aus einem besonderen Anlass, sondern einfach aus Vereinsamung und mit dem Rückblick auf ein mehr oder weniger gescheitertes Leben, keine Perspektiven mehr, keine Kontakte. Wo Abschiedsbriefe da liegen, wo drin steht, ich habe genug, es reicht, auf Wiedersehen. Das sind Extremfälle, aber die sind vergleichsweise häufig und das wird nicht so wahrgenommen.“* (Interview 9, Zeile 92-98)

Bei Substanzabhängigen sind häufig die Kontakte zu Angehörigen abgebrochen oder gestört. *„Ehemalige Verwandte und Bekannte leben vielleicht nicht mehr oder Freundschaften waren in der Regel eher Zweckfreundschaften. Brüchige Familienverhältnisse.“* (Interview 9, Zeile 22-24)

Daher besteht der häufigste Kontakt zu Mitgliedern der Drogenszene. Sehr oft ergibt sich auch ein Verlust der Kontakte, da die Älteren der Szene entwachsen und nicht mehr akzeptiert werden. Durch die angesprochene Verengung der Sozialkontakte werden die Beziehungen oftmals auf (Zweck-) Beziehungen zu anderen Substanzabhängigen, auf BehördenvertreterInnen (z.B. Sozialreferat, Strafvollzug etc.) und auf RepräsentantInnen helfender Professionen (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen) reduziert (vgl. Spirig et al. 2009, S.12).

6 Ansätze in der Sozialarbeit

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Arbeitsansätze für die Sozialarbeit vorgestellt, die im Bereich der Abhängigkeit besondere Bedeutung haben und auch für den Wohnbereich eine sehr wesentliche Arbeitsbasis darstellen. Sicherlich werden im Bereich der Drogenhilfe auch die allgemeinen Methoden der Sozialarbeit angewendet, die hier nicht explizit vorgestellt werden.

6.1 Der akzeptanzorientierte Ansatz

Der akzeptanzorientierte Ansatz hat nicht die Abstinenz von Suchtmitteln und die damit verbundene Drogenfreiheit zum Ziel, sondern fokussiert die Minimierung der Folgen einer Drogensucht. Den Drogenabhängigen/ die Drogenabhängige als mündigen/mündige und zur Selbstbestimmung fähigen Menschen anzusehen, führt zu der Konsequenz, auch dessen/deren Entscheidung zum Drogenkonsum zu akzeptieren. Daraus ergibt sich für die helfenden Instanzen die Aufgabe, Hilfe im Sinne der Vermeidung und Minimierung von negativen Konsequenzen des Konsums zu leisten. Das bedeutet aber nicht automatisch, therapeutische und abstinenzorientierte Angebote zu vermitteln. Jedoch soll dies von den KlientInnen eingeleitet werden. Dahinter steht die Überlegung, dass nur selbst gewählte Ziele auch erreicht werden können (vgl. Schneider 1997, S.67f). Schneider merkt weiters an, dass durch den akzeptanzorientierten Ansatz vielfach die Kriminalisierung und Stigmatisierung von drogenabhängigen Menschen reduziert wird und zu einer „*Normalisierung der Lebensbedingungen von drogenkonsumierenden Mitbürgern*“ beiträgt (Schneider 1997, S.67). Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Drogenabhängigkeit werden somit minimiert.

Die folgende Hierarchie beschreibt, welche Ziele in der direkten Arbeit mit DrogenkonsumentInnen erfüllt werden sollen:

- *„Überleben sichern*
- *Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen*
- *Verhinderung sozialer Desintegration*

- *Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung*
- *Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung dysfunktionaler Gebrauchsmuster*
- *Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)*
- *Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene“ (Schneider 2000, S.14).*

Angebote der akzeptanzorientierten Drogenhilfe werden als Ergänzung im Drogenhilfesystem gesehen und sollen DrogenkonsumentInnen eine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Hilfsangeboten ermöglichen. Das bedeutet, die KlientInnen entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie welche Hilfe brauchen und ob sie diese auch wahrnehmen möchten. Die Weitervermittlung von KlientInnen in andere Bereiche des Hilfesystems geht mit einer Erhöhung der Attraktivität für die KonsumentInnen, die das Angebot nutzen, einher. (vgl. Loviscach 1996, S.184).

6.2 Der niedrigschwellige Ansatz

Akzeptanzorientierung wird oft synonym mit dem Begriff „Niedrigschwelligkeit“ verwendet. „Niedrigschwelligkeit“ bezeichnet jedoch, dass die Voraussetzungen, die ein/e KonsumentIn erfüllen muss, um Hilfe zu erhalten, möglichst niedrig sein sollen (vgl. Wierling 2006, S.34). Im Bezug auf die möglichst geringen Zugangskriterien spielt „Niedrigschwelligkeit“ aber eine große Rolle in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit.

Im niedrigschwelligen Ansatz werden daher nur wenige Anforderungen an die KlientInnen gestellt, z.B. in Form von minimalen Grundregeln (wie z.B. Gewaltfreiheit), welche jedoch einzuhalten sind. Menschen, die die Anforderungen mancher Einrichtungen (z.B. regelmäßiges Einhalten von Terminen) nicht bewältigen können/wollen, finden in niederschwelligen Einrichtungen trotzdem eine Anlaufstelle. Angestrebt wird, die Reichweite von Hilfsangeboten zu erhöhen, um auch mit einer Klientel arbeiten zu können, welche ansonsten ohne jegliche

institutionelle Hilfestellung auskommen müsste. Dabei steht die Stabilisierung der KlientInnen im Mittelpunkt (vgl. Schneider 1997, S.67).

Im Drogenbereich ist die „Niedrigschwelligkeit“ ein wichtiger Teil der Hilfskette, ohne die viele KlientInnen nicht erreicht werden könnten.

6.3 Empowerment

Wörtlich kann man den Begriff „Empowerment“ mit „Selbstbemächtigung“, „Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung“ übersetzen.

„Empowerment“ ist ein Prozess, der „...im Alltag eine Entwicklung für Individuen, Gruppen, Organisationen oder Strukturen, durch die die eigenen Stärken entdeckt und die soziale Lebenswelt nach den eigenen Zielen (mit-)gestaltet werden kann. Empowerment wird damit ein Prozeß (sic!) der ‚Bemächtigung‘ von einzelnen oder Gruppen verstanden, denen es gelingt, die Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern.“ (Stark, zit. nach Stark 1993, S.41)

Im Vordergrund dieses Ansatzes steht das Rückbesinnen auf die eigenen Ressourcen und das „Bewusstwerden“ der eigenen Fähigkeiten, welche eine „bessere“ Lebensführung ermöglichen soll. Das Recht auf Unabhängigkeit, Gleichberechtigung, Selbstbestimmung sowie eine gelingende Lebensbewältigung und die Suche nach einer authentischen Identität beeinflussen das „Empowerment-Modell“ (vgl. Herriger 2002, S.16).

„Empowerment“ ist keine neue Methode, sondern viel mehr eine Arbeitshaltung gegenüber KlientInnen und gegenüber dem eigenen professionellen Selbstverständnis. Das Konzept basiert auf normativ-ethischen Grundüberzeugungen, bei denen Achtung vor der Autonomie der Lebenspraxis der KlientInnen, ein engagiertes Eintreten für soziale Gerechtigkeit und für den Abbau von Strukturen sozialer Ungleichheit sowie die Orientierung an einer Stärkung von demokratischen Partizipationsrechten umgesetzt werden (vgl. Herriger 2006, www.empowerment.de).

Mit dieser Arbeitshaltung soll natürlich auch den KlientInnen der Suchthilfe begegnet werden; weiters sollen sie ermächtigt werden, eine höchstmögliche Autonomie über ihr Leben zu übernehmen. Dabei steht die „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Vordergrund.

„Hilfe zur Selbsthilfe“ versucht, die positiven Ressourcen der KlientInnen zu aktivieren und zu nutzen, damit sie in der Lage sind, sich selbst zu helfen. Daher erfolgt die Beratung nicht defizitorientiert, sondern es sollen kleine Schritte von Lösungsmöglichkeiten gemeinsam erarbeitet werden. Wichtig dabei ist, dass die Ziele erreichbar und erfahrbar sein sollen, um Erfolg zu vermitteln und die KlientInnen weiter zu ermutigen. Es soll ein Übungsfeld zur Verfügung gestellt werden, um die Selbsthilfekräfte zu stärken (vgl. Lovsicach 1996, S.223). Somit wird vermieden, dass die KlientInnen eine Abhängigkeit von dem/der BeraterIn entwickeln und die Verantwortung an den/die SozialarbeiterIn abgeben (vgl. Lovsicach 1996, S.228).

Für den Suchtbereich bedeutet das, dass die auf den Substanzkonsum bezogenen Probleme von dem Betroffenen/ der Betroffenen wahrgenommen, realistisch eingesetzt und in sein/ihr Selbstbild integriert werden. Die Betroffenen sollen lernen, Situationen, die unkontrollierten Drogengebrauch unterstützen, zu erkennen, mit diesen umzugehen oder ihnen auch entgegenzuwirken. Wichtig ist, die soziale Integration zu fördern und die KonsumentInnen zu ermächtigen, sich gegen Diskriminierungen (z.B. am Arbeits-, Wohnungsmarkt) zu wehren. Zudem soll geeignete Hilfe bei Problemen in Anspruch zu nehmen, gefördert werden (vgl. akzept/ Deutsche Aids-Hilfe e.V. 1999, S.17).

7 Bedürfnisse drogenabhängiger älterer Menschen

Im Grunde sind Ähnlichkeiten bei den Bedürfnissen von drogenabhängigen älteren Menschen zu den Wünschen anderer SeniorInnen erkennbar. Beide Gruppen wollen mündig über ihr eigenes Leben entscheiden können und individuell sicher, nach eigenem Tempo, die letzte Lebensphase verbringen können. Dabei ist es wichtig, den älteren Menschen respektvoll, persönlich und empathisch gegenüberzutreten.

Um die Bedürfnisse von älteren Menschen mit Suchterfahrungen erfüllen zu können, benötigen diese spezielle Hilfestellungen.

So ist es enorm wichtig, dass ältere SuchtklientInnen über ein Zuhause verfügen, welches sicher, verlässlich und auf Dauer angelegt ist. Dabei ist auch ein selbstgestaltbarer und selbstbestimmter privater Rückzugsraum wünschenswert. In der Drogenszene ist dies oft nicht selbstverständlich, da Sucht meist mit finanziellen Schwierigkeiten verbunden ist und die Menschen von Sozialhilfe abhängig sind. Weiters ist es nötig, wohlwollende Menschen in der Umgebung zu haben, welche das Gefühl der Einsamkeit etwas lindern (z.B. nette Nachbarn, Freunde in der Umgebung etc.). Betrachtet man die Wohnsituation etwas genauer, so wird es im Laufe der Jahre immer wichtiger, angemessene Gebäude- und Raumstrukturen vorzufinden, um barrierefrei die Wohnung erreichen zu können. Um nicht das Gefühl zu haben, „sinnlos“ zu sein, empfiehlt es sich, eine angemessene Tagesstruktur zu installieren, die aber keinesfalls eine Überforderung darstellen soll. Studien zeigen, dass die Substitutionsbehandlung eine Stabilisierung der Betroffenen mit sich bringt und daher empfehlenswert ist. Die verbundenen Ziele wurden in Kapitel 1.1.5 (Ziele der Substitution) näher erläutert. Jedoch sei an dieser Stelle erwähnt, dass es der Wunsch der KlientInnen sein soll, sich „substituieren“ zu lassen und dies nicht auf Drängen/Überredungskunst der SozialarbeiterInnen passieren soll. Gleichzeitig macht es Sinn, eine niedrigschwellige, suchtbegleitende, medizinische und psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen, da Substitution alleine zu wenig ist. Um die Sozialkontakte zu erhöhen und Abwechslung in den Alltag zu bringen, sollen Freizeit- und erlebnisorientierte Angebote von Seite der Sozialarbeit gesetzt werden. Trotz einiger Hilfestellungen der Sozialarbeit müsste vor allem der Selbstversorgungsansatz geschult werden. Dabei gilt: „so wenig Hilfe wie möglich“ und „so viel Hilfe wie nötig“. Die (Mit-) Verantwortung für das Funktionieren der Hausgemeinschaft soll im Bewusstsein der KlientInnen verankert werden. Im Sinne der Sozialarbeit bedeutet dies einen Arbeitsansatz von Empowerment, also Hilfe zur Selbsthilfe.

Neben all diesen Zielen ist es aber auch ganz wichtig, den Suchtkranken Ruhe, Zeit, Raum und Begleitung zu gewähren und ihnen auch in der Sterbephase mit Respekt vor ihrem Lebensstil und Lebensweg gegenüberzutreten (vgl. Dias de Oliveira 2008, www.iska-nuernberg.de).

Bei der Diskussion, ob ältere DrogenkonsumentInnen spezielle Bedürfnisse haben, sind sich die ExpertInnen nicht einig. So geben 50 % der InterviewpartnerInnen an, dass sich die speziellen Bedürfnisse aus den speziellen Lebensumstände ergeben (Interview 1, 2, 7, 9, 10) und 50 % der Befragten können dies nicht nachvollziehen. *„Ganz normale. Also ich sage, nicht mehr oder weniger als andere, normal Kranke.“* (Interview 3, Zeile 24-25)

Auffallend dabei ist, dass die Einrichtungen, die angeben, dass ältere DrogenkonsumentInnen keine speziellen Bedürfnisse haben, alle aus dem Pflegebereich kommen.

Der Mitarbeiter des Vereins Miteinander, welcher in seiner Arbeit sowohl Kontakt zu älteren Menschen als auch zu beeinträchtigten Menschen hat, kann ebenfalls keine besonderen Bedürfnisse erkennen. *„Ich denke mir, das macht dann auch nicht wirklich einen Unterschied von den Bedürfnissen her. Menschen mit einer Beeinträchtigung haben auch die gleichen Bedürfnisse wie ein Drogenabhängiger oder ein Senior.“* (Interview 8, Zeile 88-91)

Dabei vergleichen sie ältere Suchtkranke mit älteren pflegebedürftigen Menschen und nennen einen Mangel an Sozialkontakten und das dadurch entstehende Bedürfnis nach Integration. *„Da sind schon Parallelen da zu unseren älteren Menschen, da sie oft so alt sind, dass die ganze Familie, Freunde und Ehepartner verstorben sind. Somit hat das Thema Einsamkeit durchaus Auswirkung.“* (Interview 6, Zeile 26-28)

Auch von den BefürworterInnen, die alle aus der Suchtarbeit und aus der administrativen Ebene stammen, nennen Sozialkontakte als spezifisches Bedürfnis. Zudem geben sie an, dass ein Bedarf an medizinischer Versorgung und Pflege besteht. Der Mitarbeiter des Vereins Substanz erklärt zudem, dass psychosoziale Versorgung nicht vernachlässigt werden darf (vgl. Interview 1, Zeile

11-16). Von finanziellen Bedürfnissen spricht der Geschäftsführer des Schweizer Haus Hadersdorf. *„Sie haben einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung einschließlich Pflegeleistungen. Und sie haben einen Bedarf an sozialen Kontakten. Und sie haben einen erhöhten Bedarf an Geldmitteln, weil krank sein ist teuer.“* (Interview 9, Zeile 26-29)

7.1 Spezifika in der Arbeit mit älteren Drogenabhängigen

In der Arbeit mit älteren drogenabhängigen Menschen gibt es einige Spezifika, auf die besonders geachtet werden muss, da sie in großer Häufigkeit auftreten. Hier sei noch einmal erwähnt, dass dies nicht auf alle zutreffen muss, aber aus Erfahrungen in der Praxis resümierend zusammengefasst werden kann.

So sind ältere deutlich misstrauischer als jüngere KlientInnen und es gestaltet sich als wesentlich schwieriger bzw. dauert länger, um eine Vertrauensbasis zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen aufzubauen. Dies könnte sich aus zahlreichen, schlechten Erfahrungen mit der Gesellschaft und den Einrichtungen ergeben, sowie den Wandlungen im Gesellschaftssystem, die ältere Menschen nicht mehr aktiv miterleben, da sie meist sehr isoliert von der Gesellschaft leben.

Ältere Menschen haben oftmals bestimmte Vorstellungen von sich und dem Leben und so entstehen meist große Schwierigkeiten, wenn andere in ihre Lebensführung eingreifen.

Häufig haben ältere drogenabhängige Menschen jahrelang isoliert gelebt und haben nur wenige Sozialkontakte. Daher ist Vorsicht geboten, wenn nach ihrem sozialen Umfeld gefragt wird und Verständnis erforderlich, wenn Nähe gesucht wird und großes Mitteilungsbedürfnis besteht.

Weiters ist die Zielgruppe geprägt von einem hohen „Verschleiß“ an Sozialarbeit, was bedeutet, dass oftmals schon sehr früh Kontakte mit Hilfseinrichtungen bestanden haben und sich die KlientInnen sehr gut im „Sozialarbeitsdschungel“ auskennen. Zu bedenken ist dabei, dass die KlientInnen sehr oft schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem oder auch mit Sozialeinrichtungen gemacht haben und sie ihnen daher nicht vorbehaltlos gegenüber treten. Viele

ältere Opiatabhängige berichten von Ängsten vor der Behandlung körperlicher Erkrankungen und Gebrechen. Die Angst wird zusätzlich dadurch erhöht, dass sie bei Krankenhausaufenthalten aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit auffallen und negative Reaktionen ernten (vgl. Wichelmann-Werth 2009, www.suchthh.de).

Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Geduldiger Aufbau von Vertrauensbasis
- Wertschätzender Umgang
- Respekt vor den Lebenserfahrungen
- Achtung vor der Würde des/der Betreuten
- Mindestalter des/der Betreuenden (35+)
- Unterstützung bei der Wiederherstellung von familiären und sonstigen Kontakten
- Investition von Zeit (vgl. Wichelmann-Werth 2009, www.suchthh.de)

Das Mindestalter der Betreuenden von mindestens 35 Jahren ist kritisch zu hinterfragen, da - wie in Kapitel 2.1 erwähnt - nicht nur das biologische Alter allein für das Alter von Bedeutung ist, sondern auch Erfahrungen, Reifeprozesse, Biographien etc. großen Einfluss haben.

8 Wohnformen für drogenabhängige ältere Menschen

Grundsätzlich kann, ähnlich wie bei alten Menschen, zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen unterschieden werden. So wählen alte Menschen die Variante, die ihnen am meisten zusagt und welche finanziell möglich ist. Neben den allgemein gültigen Vor- und Nachteilen werden in diesem Kapitel auch die besonderen Bedürfnisse von alten drogenabhängigen Menschen berücksichtigt, welche einen großen Einfluss auf die Sinnhaftigkeit der ausgewählten Wohnformen haben. Zusätzlich werden die oberösterreichischen

Leistungsdefinitionen der Sozialabteilung der OÖ Landesregierung für den Bereich Wohnen mit eingearbeitet.

8.1 Alters-und Pflegeheime

8.1.1 Definition

Das Wohnheim bietet eine langfristige Wohnform für Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf. Dabei stellen die jeweiligen Träger den Wohn- und Lebensraum zur Verfügung. Den KlientInnen wird eine individuelle Begleitung und Pflege geboten und sie werden bei der Entwicklung von tragfähigen Zukunftsperspektiven, bei der Aufarbeitung der eigenen Geschichte und bei der Gestaltung des Alltags unterstützt. Die Wohnheime sind in Wohngruppen organisiert (vgl. OÖ Landesregierung 2004, S. 18).

8.1.2 Ziele

Dabei sollen folgende Ziele erreicht werden:

- *„Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung*
- *Existenzsicherung durch Alltagsbegleitung und –versorgung*
- *Unterstützte, geförderte und reflektierte Alltagsgestaltung*
- *Stabilisierung der persönlichen Situation*
- *Erweiterung der sozialen Kompetenz und lebenspraktischen Fähigkeiten*
- *Vermittlung und Förderung von sozialen Kontakten und Aktivitäten*
- *Prävention von psychischen Krisen*
- *Konfliktbewältigung*
- *Krisenbewältigung und Stabilisierung*
- *Verhinderung von Rückfällen*
- *Förderung des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins*
- *Emotionale Sicherheit geben durch persönliche Zuwendung*
- *Ganzheitliche, individuelle und zielgruppenorientierte Begleitung und Betreuung.“* (OÖ Landesregierung 2004, S. 19)

8.1.3 Vor- und Nachteile

Die Vorteile von Alters- und Pflegeheimen liegen auf der Hand. Die BewohnerInnen kommen sehr leicht mit anderen BewohnerInnen, BetreuerInnen, Personal in Kontakt, sodass die Chance der Vereinsamung vermindert wird. Auch Freizeitangebote sind meist gegeben und tragen zur Kontaktförderung bei. Weiters entfällt der tägliche Organisationsaufwand, wie z.B. Einkaufen, Wäsche waschen oder andere Erledigungen, die für das Leben notwendig sind. Bei Bedarf ist schnell Hilfe zur Stelle und die Versorgung ist abgesichert und verlässlich. Bei schweren Krankheiten und hoher Pflegebedürftigkeit können die BewohnerInnen meist im Haus bleiben und werden weiter betreut. Doch bringt der Umzug in ein Heim immer auch einige Nachteile mit sich. So muss das gewohnte Umfeld verlassen werden und den BewohnerInnen steht meist nur ein relativ kleines Zimmer zur Verfügung oder es gibt Mehrbettzimmer, die keine Intimsphäre zulassen. Auch der geregelte Tagesablauf (z.B. bei den Mahlzeiten) kann für manche alte Menschen als Negativpunkt gewertet werden und lässt wenig individuellen Freiraum zu (z.B. besondere Wünsche bei der Zimmergestaltung, den Mahlzeiten etc.). Weiters kommt hinzu, dass auch die monatlichen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in den Einrichtungen sehr hoch sind.

8.1.4 Wohnheime für alte drogenabhängige Menschen

Adaptiert man die Wohnform für alte drogenabhängige Menschen, so zeigen Erfahrungen, dass die Übernahme der Zielgruppe in bestehende Pflegeeinrichtungen der Altersversorgung nicht realistisch erscheint und keinen Erfolg fand. Praktische Erfahrungen in Rotterdam, Ende der 90er Jahre, scheiterten und zeigen, dass Menschen, denen man zeitlebens mit Sondereinrichtungen begegnet ist und die in einer „kriminalisierten Parallelwelt“ gelebt haben, nicht im Alter an Institutionen/Heimen der allgemeinen Altersversorgung angepasst werden können. Zwar altert der Körper von Süchtigen schneller als jener von gesunden Menschen, jedoch nicht aber die Lebensgewohnheiten. Die unterschiedlichen Biografien, Lebensgewohnheiten und -konzepte zeigten, dass ein Zusammenleben unmöglich war. So waren Vorurteile sowohl von alten Menschen wie auch von suchtkranken alten Menschen gegeben.

Man erkannte, dass ältere Drogensüchtige zwar oft das Bedürfnis nach Ruhe und Distanz hatten, aber gleichzeitig auch den Kontakt zu jüngeren Menschen und zur Szene suchten. Zudem bevorzugten Süchtige einen Tagesablauf mit Abwechslungen, welche in vollstationären Einrichtungen kaum möglich sind. Sie selbst wollten über ihre Aktivitäten bestimmen und trotz Pflegebedürftigkeit, soweit wie möglich, autonom bleiben. Auch die Tatsache, dass in den meisten Wohn- und Pflegeheimen Alkoholverbot und Verbot von illegalen Drogen herrscht, bietet oftmals eine unumgängliche Hürde für die Integration in das bestehende System (vgl. Rizzi 2006, www.arud.ch).

8.2 *Betreute Wohngemeinschaften/Wohngruppen*

8.2.1 Definition

Die betreute Wohngemeinschaft ist ein Wohn- und Betreuungsangebot mit Betreuungsvereinbarung und Benützungsvertrag in einer gemeinschaftlich genutzten Wohneinheit, die vom Träger zur Verfügung gestellt und verwaltet wird. Das Angebot der Einrichtungen ist auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt. Die Betreuungsdauer ist an die Wohndauer gekoppelt (vgl. OÖ Landesregierung 2004, S.15).

8.2.2 Ziele

Als Ziele werden genannt:

- *„Existenzsicherung durch Alltagsbegleitung*
- *Förderung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung*
- *Erweiterung bzw. Erhalt der sozialen Kompetenz*
- *Prävention von psychischen Krisen und/oder Erkrankungen*
- *Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität*
- *Krisenbewältigung und Stabilisierung*
- *Integration*
- *Verhinderung von Vereinsamung und Verwahrlosung.“* (OÖ Landesregierung 2004, S.15)

8.2.3 Vor- und Nachteile

Wohngemeinschaften sind entweder privat organisiert oder werden durch Träger von Sozialeinrichtungen geführt. Sie haben den Vorteil, dass der Wohnraum von den BewohnerInnen selbst gestaltet werden kann und die Möglichkeit der Knüpfung von sozialen Kontakten vorliegt. Die Zusammensetzung der Wohngemeinschaft muss jedoch berücksichtigt werden. So ist es Ziel, dass sich alle BewohnerInnen wohl fühlen und einen Lebensraum finden. Die Wohnform bietet eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft. Durch die Möglichkeit von Hilfe- und Pflegeleistungen durch ambulante BetreuerInnen ergibt sich, dass individuell auf die BewohnerInnen eingegangen werden kann. Ein wesentlicher Nachteil dieser Wohnform ist, dass bei hoher Pflegebedürftigkeit oft ein schneller Umzug notwendig wird, da das BetreuerInnenteam nicht die notwendigen Ressourcen (Zeit, Ausbildung, Geräte etc.) zur Verfügung hat, um adäquat betreuen zu können. Grundsätzlich kann man sagen, dass sowohl ambulant betreute Wohngemeinschaften wie auch ambulant betreutes Einzelwohnen eine Hilfeform ist, die auf die konkreten Bedürfnisse (so auch Drogenabhängigkeit und Alter) angepasst werden kann.

8.2.4 Betreute Wohngruppen für ältere Drogenabhängige

Die ambulante Betreuung (sowohl Gruppen– als auch Einzelwohnen) bietet durch die enge Kooperation mit medizinischen Fachkräften, Pflegebediensteten und Haushaltshilfen eine weitgehende Stabilisierung der Lebenssituation von drogenabhängigen alten Menschen. In Phasen von akuter Symptomatik kann schnell und flexibel auf die neue Situation eingegangen werden und weitere Pflege- und Betreuungsmaßnahmen können schnell installiert und wieder rückgängig gemacht werden. Weiters wird auch eine größtmögliche Selbstständigkeit überlassen und mit gefördert (vgl. Schmidt 2008, <http://www.sddcare.eu>).

8.3 Mobil betreutes Einzelwohnen

8.3.1 Definition

Unter mobil betreutem Wohnen versteht man eine aufsuchende Betreuung und Begleitung im unmittelbaren Lebensumfeld der KlientInnen mit oder ohne schriftliche Vereinbarung. Unter unmittelbarem Lebensumfeld versteht man beispielsweise die eigene Wohnung, eine durch einen Träger angemietete Wohnung oder den Wohnbereich des Elternhauses (vgl. OÖ Landesregierung 2004, S.13).

8.3.2 Ziele

Im Leistungskatalog werden folgende Ziele angeführt:

- *„Persönlichkeitsbildung (-entwicklung)*
- *(Re)Integration; Förderung sozialer Kontakte*
- *Existenzsicherung durch Alltagsbegleitung*
- *Selbstbestimmung und Eigeninitiative*
- *Erhöhung des Selbstwerts*
- *Stabilisierung*
- *Eigenständige Alltagsbewältigung*
- *Prävention von psychischen Krisen und/oder Erkrankungen*
- *Erweiterung der sozialen Kompetenz*
- *Verhinderung von Vereinsamung und Verwahrlosung*
- *Erhaltung und Förderung der vorhandenen Ressourcen und Gesundheit*
- *Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität*
- *Integration in der Gemeinde*
- *Unterstützung zur Erlangung größtmöglicher Autonomie.“* (OÖ Landesregierung 2004, S.13)

8.3.3 Vor- und Nachteile

Hier lebt der/die Betreute in seiner/ihrer eigenen Wohnung, benötigt jedoch zusätzlich Hilfestellungen und fachliche Unterstützung. Dadurch ergibt sich, dass die vertraute Umgebung erhalten bleibt und selbst gestaltet werden kann. Häufig

sind die eigenen Wohnungen nicht altersgerecht und barrierefrei eingerichtet. Auf diesen Fakt soll/muss speziell geachtet werden. Durch mangelnde Sozialkontakte fühlen sich vor allem Alleinstehende häufig einsam und gehen oft wenigen bis gar keinen Freizeitaktivitäten nach. Hilfestellungen und Notruf werden durch eine ständig verfügbare Fachkraft abgedeckt und Wahlleistungen (z.B. Haushaltstätigkeiten) können zusätzlich gebucht werden. Auch hier ergeben sich Hürden durch den Grad der Pflegebedürftigkeit. Schwere Erkrankungen können oftmals nicht durch die Fachkräfte versorgt werden und Umzüge werden notwendig. Grundsätzlich kann man sagen, dass die eigene Wohnung meist die günstigste Variante der Betreuung ist. Neben der Miete fallen noch eventuelle Kosten für Pflege oder Haushaltshilfen an.

8.3.4 Mobil betreutes Wohnen für ältere DrogenkonsumentInnen

Das Angebot des ambulant betreuten Wohnens für ältere DrogenkonsumentInnen schließt die Lücke im Hilfesystem zwischen den Überlebenshilfen und der klinischen Akutbehandlung, der qualifizierten Entgiftung oder Rehabilitation, in der besonders die älteren KonsumentInnen anzutreffen sind. Die Sicherung basaler Bedürfnisse, in Form von Einzelfallhilfe, ist ebenso bedeutsam wie stationäre Behandlungsmaßnahmen. Die KlientInnen verfügen meist über Therapieerfahrung, an die angeknüpft werden kann/soll und damit eine nochmalige, von vielen auch nicht mehr gewünschte, stationäre Behandlung vermieden werden kann. Ein niedrigschwelliger Zugang über das betreute Wohnen bedeutet aber nicht die Aufgabe der Ziele, Abstinenz und Rehabilitation bzw. Reintegration. Es ist dabei Aufgabe der SozialarbeiterInnen, im Einzelfall verbindliche Kooperationsbeziehungen in den Regionen zu schaffen (vgl. Fuhrmann 2005, www.sddcare.eu).

8.4 Weitere Wohnmöglichkeiten

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es noch zwei weitere Formen von Wohnversorgung gibt, die jedoch nur auf eine kurze Zeit abzielen und daher für diese Arbeit keine große Relevanz haben.

8.4.1 Definitionen

Das *Übergangswohnen* richtet sich an Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf und ist eine zeitlich befristete und betreute Wohnmöglichkeit. Diese wird vor allem nach einem stationären Aufenthalt genutzt und stellt eine Überbrückung zu anderen Wohnformen dar. Die KlientInnen werden bei der Bewältigung des Alltags, bei der Aufarbeitung der eigenen Geschichte und beim Aufbau sozialer Beziehungen unterstützt. Die Begleitung zielt auf den individuellen Unterstützungsbedarf und den Fähigkeiten ab (vgl. OÖ Landesregierung 2004, S. 17).

Das *Kurzzeitwohnen* (bis zu maximal drei Monaten im Jahr) bezeichnet ein Wohnangebot mit kurzer Wohndauer für Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf. Dabei soll Stabilisierung, Entwicklung neuer Perspektiven sowie eine kurzfristige Entlastung erreicht werden (vgl. OÖ Landesregierung 2004, S.20).

9 Neue Anforderungen

Der Direktor der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD), Wolfgang Götz, führt hierzu aus: „*Die steigende Zahl älterer Menschen mit problematischem Substanzkonsum wird neue und höhere Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen stellen. Programme, die bisher vorwiegend auf die Behandlung jüngerer Menschen ausgerichtet waren, müssen dementsprechend angepasst werden, um den Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht zu werden.*“ (Götz, zit. nach Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2008, www.infoset.ch/de/)

In einem weiteren Zitat merkt er an, wenn „*wir überlegen, wie wir auf Drogenprobleme in der Gesellschaft oder auf die Bedürfnisse der in Behandlung befindlichen Personen reagieren sollen, müssen wir akzeptieren, dass sich das Phänomen des Drogenkonsums in Europa heute keineswegs mehr auf junge Menschen beschränkt. Diese Erkenntnis bringt die Verpflichtung mit sich, entsprechende Konzepte zu entwickeln und einschlägige Maßnahmen auf ihre*

Eignung für ältere Bürger hin zu überprüfen.“ (Götz, zit. nach Robertson 2008, www.infoset.ch)

Neben dem in Kapitel 4.4 (zukünftige Prognosen) erwähnten Anstieg bzw. die ständig wachsende Anzahl von älteren KlientInnen mit Suchthintergrund gibt es noch zahlreiche andere Gründe, um neue Fortbildungskonzepte zu rechtfertigen. So kann man zusammengefasst sagen, dass das passende Betreuungsangebot für diese Zielgruppe noch nicht oder noch nicht in ausreichendem Maß vorhanden ist.

In der Ausbildung zur AltenpflegerIn werden nur sehr geringe Kenntnisse über Sucht und Suchtmittel vermittelt, weiters fehlen Informationen über medizinische und psychologische Auswirkungen der Sucht. Daher herrschen nur sehr wenige Vorkenntnisse über die Lebenswelten, Verhaltensweisen und Kommunikationsformen von abhängigen Menschen vor. Auch in der Praxis konnten bislang nur sehr wenige Erfahrungen gemacht werden, da die in der Arbeit beschriebene Klientel in der Altenpflege kaum auftauchte. So ereignete es sich nur ganz selten, dass drogenabhängige Menschen ein hohes Alter erreichten und Pflege in Anspruch nehmen mussten/konnten (vgl. Voß 2009, www.suchthh.de).

Auch im Bereich der Suchthilfe herrscht Unsicherheit vor, welche deutlich im Umgang mit dem Alter zu spüren ist. Fehlende Informationen über medizinische Veränderungen im Alter und über körperliche und psychologische Veränderungen führen zu Überforderung. Weiters fehlen die Kenntnisse über geeignete Hilfsangebote für ältere Menschen und die Erfahrung im Umgang mit ihnen (vgl. Voß 2009, www.suchthh.de).

Aufgrund der auftretenden Problematiken beider Professionen ist ein Umdenken bzw. ein Vernetzen notwendig. Das Motto könnte also heißen „voneinander lernen“, da oftmals fehlende Kenntnisse in der anderen Profession vorhanden sind. Der Nutzen und das Ziel liegen dabei auf der Hand:

→ *„Verbesserung der Versorgung von älteren Drogenabhängigen*

- *Vernetzung bzw. Förderung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit*
- *Klärung der Schnittstellen zwischen Altenpflege und Drogenhilfe*
- *Abbau von Vorbehalten und Ängsten*
- *Mehr Sicherheit und Zufriedenheit für die Beschäftigten“ (Voß 2009, www.suchthh.de)*

„Ein Umdenken und Erweitern des Drogenhilfesystems ist notwendig“, so die Europäische Drogenbeobachtungsstelle. „Die Suchtbehandlungs- und anderen Gesundheitsdienste sind für die Bedürfnisse älterer Menschen, die Drogen konsumieren, nicht ausreichend sensibilisiert und müssen sich auf den prognostizierten Anstieg des Bedarfs in dieser Altersgruppe besser vorbereiten.“ (Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2008, www.infoset.ch/de)

Weiters wird angeführt, dass trotz bislang noch dürftigen Erkenntnissen über diese PatientInnengruppe eine angemessene und wirksame Behandlung auf die besonderen Bedürfnisse älterer DrogenkonsumentInnen ausgerichtet werden muss. Dies kann die Anpassung bestehender Behandlungsangebote oder die Entwicklung neuer Behandlungsangebote erfordern (vgl. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2008, www.infoset.ch).

10 Beschreibung der bisher vorhandenen Versorgungsstrukturen in Linz

Betrachtet man die Wohnsituation für drogenabhängige Menschen in Linz, so muss man feststellen, dass es keine spezialisierte Wohneinrichtung für diese Zielgruppe gibt und schon gar nicht für ältere drogenabhängige Menschen.

„Spezialisierte Einrichtungen? Hier ist mir nichts bekannt. In ganz Oberösterreich nicht.“ (Interview 10, Zeile 156-157)

Die zwei am häufigsten genutzten Angebote von ProfessionistInnen betreut zu werden, werden im folgenden Kapitel dargestellt. Hier sei jedoch erwähnt, dass die Einrichtungen nicht speziell auf die Personengruppe von älteren Drogenabhängigen abzielen.

10.1 Psychosoziales Wohnheim

Das Psychosoziale Wohnheim Bethlehemstraße (PSWB) ist ein Wohnheim für volljährige, wohnungslose Frauen und Männer. Betreut werden in der Einrichtung volljährige Frauen und Männer, die wohnungslos sind, psychiatrische Diagnosen (auch Mehrfachdiagnosen) haben und/oder psychosoziale Auffälligkeiten zeigen. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob es sich um ÖsterreicherInnen, EU-BürgerInnen bzw. diesen Gleichgestellte und anerkannte Flüchtlinge handelt. So zielt die Einrichtung nicht unmittelbar auf die in der Arbeit beschriebenen Zielgruppe ab, akzeptiert und betreut diese jedoch in der Einrichtung mit.

Im B37 gibt es eine spezielle Alten-/Pflege-/Krankenwohngruppe für alte, gebrechliche und kranke BewohnerInnen. Die Aufenthaltsdauer ist unbefristet bzw. für die Dauer ihrer Krankheit vorgesehen.

Ziel ist es, ein niederschwelliges Angebot an sozialtherapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zu setzen, welche Basisversorgung, Motivationsarbeit, Beratung und Betreuung mit einschließen.

Es gibt 123 Wohnplätze und die Finanzierung erfolgt über das Land Oberösterreich und Eigenerlöse.

„Die vergangenen Jahre zeigen, dass die Notwendigkeit nach Heimplätzen und Heimunterbringungen sowohl für ältere als auch für sehr junge Personen steigt. So ist es seit längerem nur mehr möglich, den Bedarf an Schlafplätzen mittels ‚Notbetten‘ zu decken.“ (Sozialverein B37 (o.J.), www.b37.at)

Die Erfahrungen zeigen, dass die Errichtung weiterer Langzeitwohn-Angebote sozialplanerisch dringend diskutiert werden muss (vgl. Sozialverein B37 (o.J.), www.b37.at).

10.2 Betreuung durch Pflegedienste

Weiters gibt es die Möglichkeit ambulante Pflegedienste zu nutzen. Hier sei jedoch erwähnt, dass es sich um AltenpflegerInnen, HeimhelferInnen, diplomierte HauskrankenpflegerInnen etc. handelt, welche vorwiegend medizinische und pflegerische Hilfestellungen bieten und Haushaltshilfe leisten. Weiters werden Angehörige beraten und es finden Begleitungen zu ÄrztInnen/ Behörden bei Bedarf statt.

Die Versorgungsstruktur wird in Linz von sechs verschiedenen Trägern abgedeckt (Volkshilfe, Caritas, Rotes Kreuz, Mobiler Hilfsdienst, Hilfswerk und Arbeiter-Samariter-Bund) und wird nach Gebieten eingeteilt, in denen die KlientInnen sieben Tage die Woche betreut werden. Hauskrankenpflegedienste werden in Linz ausschließlich von der Volkshilfe durchgeführt, die anderen Träger bieten Hilfestellungen in Form von mobilen Diensten an. Die Vermittlung erfolgt über die Sozialberatungsstellen Kompass, bei denen SozialarbeiterInnen angestellt sind. Ihre Aufgabe ist es, Informationen über die gesamten regionalen Hilfsangebote, wie zum Beispiel betreubares Wohnen, Familienhilfe, Frauenberatung, psychologische Beratung, Clubs Aktiv, Mobile Hospiz und Sterbebegleitung Selbsthilfegruppen etc. zu geben. Weiters sind sie für individuelle Beratungen bei sozialen Problemen und die Erarbeitung von persönlichen Lösungsansätzen, Beratungen bei drohendem Wohnungsverlust und Delogierung, Vermittlungen an spezialisierte Einrichtungen des sozialen Netzes, Unterstützungen bei der Antragstellung von Beihilfen und Befreiungen sowie bei der Organisation und Klärung der Kosten für Mobile Betreuung und Hilfe (mobile Altenbetreuung, Hauskrankenpflege, mobile Essensversorgung, Anmeldung für Linzer Seniorenheime) zuständig (vgl. Linzer Bürgerservice (o.J.), www.portal.linz.at).

Wie viele ältere Drogenabhängige derzeit von den zwei hier vorgestellten Hilfeleistungen betreut werden und wie qualitativ hochwertig diese Versorgung(sform) ist, ist sehr schwer zu sagen. Dazu äußert ein Mitarbeiter von Substanz seine Bedenken. *„Aber das in Obdachlosenwohnheimen funktioniert eher schlecht, weil sich die Leute dort, also nicht vom System her, sondern weil*

sich die Leute nicht vertragen. Das ist auch nicht die spezielle Einrichtung dafür.“
(Interview 1, Zeile 118-120)

„..., natürlich sind sie hier wohnversorgt, aber ich glaube, dass sie irgendeine Form von Betreuung oder irgendetwas brauchen würden, was man mit einer normalen Hauskrankenpflege z.B. nicht abdecken kann. Das haben wir gesehen. Das greift zu wenig weit, weil es da nicht nur um Pflege geht, sondern die brauchen viel mehr...“ (Interview 1, Zeile 110-113)

Weiters ist anzunehmen, dass die hier noch nicht erfassten Abhängigen derzeit noch fähig sind, sich selbst zu versorgen oder bei Bekannten Unterschlupf finden. Da sich die Klientel von Suchtkranken sehr häufig mit wohnungslosen/obdachlosen Menschen deckt, liegt die Vermutung nahe, dass auch hier (speziell bei Frauen) häufig versteckte Obdachlosigkeit vorherrscht. Anzunehmen ist auch, dass einige Drogenabhängige derzeit noch so fit sind, dass sie in Notschlafstellen (z.B. NOWA) unterkommen. Diese können allerdings nicht als Wohneinrichtung angesehen werden, da sie zeitlich immer begrenzt sind und für das Alter keine dauerhafte Perspektive darstellen. Generell kann man sagen, dass oftmals der Zugang zu Wohneinrichtungen sehr hochschwellig ist und daher nicht für die hier angeführte Zielgruppe in Frage kommt.

Bei der Befragung gaben die ExpertInnen vier verschiedene Aufenthaltsorte an, in denen sie die Zielgruppe vermutet. Dabei wurden am häufigsten Obdachloseneinrichtungen *„Ein Teil lebt in Obdachlosenheimen. (...) Die rutschen einfach mit hinein.“* (Interview 9, Zeile 98-101) und unbetreut, in den eigenen Wohnungen, genannt. *„..., dass sehr viele noch daheim leben. Und das unter Umständen, die auch nicht sehr menschlich sind. Gerade bei einem Suchtkranken sind oft hygienische Gedanken nicht mehr so aktuell oder wenn das Zurückziehen in die eigenen vier Wände vom Schmerz beschattet ist.“* (Interview 6, Zeile 64-67) Dabei geben die Pflegedienste an, dass es in Linz so etwas wie eine Ghettoisierung gibt. *„In Linz gibt es schon auch so eine Art Ghettoisierung, wo man weiß, in der Straße sind sehr viele solche Menschen.“* (Interview 6, Zeile 68-69) Dabei wird angegeben, dass vergleichsweise im Frankviertel sehr oft ältere suchtkranke Menschen mit Pflegebedarf leben (vgl. Interview 3, Zeile 33-34).

Weiters nehmen drei ExpertInnen (Interview 1,3,7) an, dass die Klientel im Krankenhaus zu finden ist. Hier werden speziell die Landesnervenlinik Wagner Jauregg und das AKH Linz genannt. *„Also Leute, die wirklich lange im Krankenhaus sind, die dann jahrelang, wenn es gar nicht anders geht, auf der Derma (Anm.: Dermatologie) liegen. Also diese Fälle hat es schon gegeben. Was im Prinzip ‚a Schweine Geld‘ (Anm.: ugs. für sehr viel Geld) kostet und wahrscheinlich über das Ziel hinausgeschossen ist. Aber es gibt einfach nichts anderes.“* (Interview 1, Zeile 69-74)

Zwei InterviewpartnerInnen glauben, dass ältere SuchtklientInnen auch in Alters- und Pflegeheimen untergebracht sind. *„Also wenn es jetzt Schlag auf Schlag geht bei jemanden, der ist z.B. substituiert und auf einmal bekommt er einen Schlaganfall, dann wird der momentan, nehme ich an, ganz normal in einem Pflegeheim unterkommen.“* (Interview 2, Zeile 163-166)

Diese Aussage wird durch den Bedarfskoordinator zweifach widerlegt: *„In den städtischen Pflegeheimen wird es derzeit so gehandhabt, dass ein Mensch unter dem 60sten Lebensjahr gar nicht unterkommt. Und wenn, dann muss er wirklich einen Entzug gemacht haben.“* (Interview 10, Zeile 137-139)

„In Linz werden in den städtischen Heimen nur mehr Menschen aufgenommen, die mindestens Pflegestufe 3 haben.“ (Interview 10, Zeile 163-164)

Generell ist jedoch eine große Ratlosigkeit zu erkennen, wenn es um die Unterbringungsmöglichkeiten von älteren Drogenabhängigen in Linz geht.

„...wir bräuchten, wenn jemand kommen würde, und eben klar ist, es gibt einen Pflegebedarf und er ist substituiert, dann ist es unsere Aufgabe zu schauen, wo gibt es entsprechende Einrichtungen. Da wüsste ich zurzeit nichts.“ (Interview 2, Zeile 160-163)

Selbst der Bedarfskoordinator, dessen Aufgabe es ist, Menschen mit speziellen Wohnbedürfnissen in Linz unterzubringen, weiß nur sehr wenige Lösungen.

„Naja, recht viele Möglichkeiten gibt es nicht. Caritas Invita ist da immer eine Möglichkeit, oder Gilgenberg, Wachtbergerhof. Ich weiß eigentlich gar nicht so

genau, in dem speziellen Fall fällt mir jetzt gar nichts ein. Auf die Schnelle fällt mir jetzt gar nichts ein, da muss ich passen.“ (Interview 10, Zeile 114-117)

Dieser Aussage ist jedoch hinzuzufügen, dass der Integrationshof Gilgenberg auf alkoholranke Menschen und der Wachtbergerhof auf Menschen mit Behinderungen abzielt (vgl. Pro Mente (o.J.), www.pmooe.at).

Erschwert wird die Wohnungsunterbringung noch, wenn zusätzlich Diagnosen oder HIV/Aids-Erkrankungen vorliegen. *„...das Thema Wohnen, das war jetzt schon so oft, dass wir versuchen z.B. Hauskrankenpflege, Heimpflege oder was auch immer für daheim zu installieren. Und das ist jetzt schon sehr schwierig. (...) Da ist das gleich ein Ausschlussgrund, wenn es heißt Substitution. Und der Supergau ist dann noch HIV positiv. Substitution und HIV positiv will de facto keiner.* (Interview 7, Zeile 65-71)

„Man findet für fast jedes ‚Wehwehchen‘ eine Stelle, die dafür zuständig ist. Nur die Leute haben Doppel- und Dreifachdiagnosen.“ (Interview 7, Zeile 126-128)

Es ist erkennbar, dass ältere Drogenabhängige sehr schwer in den bestehenden Strukturen unterzubringen sind und sich viele Einrichtungen diesem Bereich noch nicht geöffnet haben. Auch hier muss angeführt werden, dass Institutionen aus dem Obdachlosenbereich und aus Wohnversorgungsprojekten für psychisch kranke Menschen nicht für ein Interview bereit waren. Diese Tatsache spiegelt sehr gut wider, wie ausgegrenzt diese Menschengruppe von der derzeitigen Wohnversorgung ist.

Äußerst interessant ist allerdings die Tatsache, dass bereits vor über 10 Jahren eine Einrichtung in der Goethestraße geplant war, wo SubstitutionspatientInnen mit einer HIV und Aids-Erkrankung untergebracht worden wären. Die KlientInnen des Hauses wären in Kooperation von der Volkshilfe mit der Aids-Hilfe Linz betreut worden. Dabei waren Pflegebetten geplant bis hin zur Sterbebegleitung.

„Da hätten wir in der Goethestraße ein Haus gekauft, wir hätten sogar ein Haus schon gehabt. (...) und es ist alles runter gelaufen, ich glaube, es hat an den Geldgebern gescheitert und auch der Vorstand der Aids-Hilfe hat dann gewechselt.“ (Interview 3, Zeile 158-167) Schon damals - beschreibt die

Mitarbeiterin der Volkshilfe - war ein Bedarf sichtbar (vgl. Interview 3, Zeile 171-173).

11 Exemplarische Versorgungskonzepte im deutschsprachigen Raum

Da in Österreich keine gezielten und spezialisierten Versorgungskonzepte für die hier angeführte Zielgruppe bestehen, werden im folgenden Kapitel sehr unterschiedliche, zum Teil schon jahrelang bestehende oder gerade erst neu eingereichte Konzepte vorgestellt. Ziel ist es aufzuzeigen, wie vielfältig und unterschiedlich diese gestaltet werden können.

Es sei darauf hingewiesen, dass keines der hier vorgestellten Konzepte im Bewusstsein der befragten InterviewpartnerInnen ist. Lediglich der Mitarbeiter von Substanz weiß, dass es in der Schweiz und Deutschland Modelle gibt, die sich der Thematik widmen. Namentlich kann er sie nicht nennen (vgl. Interview 1, Zeile 159-171).

11.1 Wohn- und Pflegeheim: Bad Soden-Salmünster

2008 eröffnete die Main-Klinzig-Kliniken Pflege und Reha GmbH in Bad Soden-Salmünster ein Wohn- und Pflegeheim für die vollständige Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder seelischer Behinderung und/ oder Abhängigkeitserkrankung in Verbindung mit Komorbidität. Dabei handelt es sich um volljährige Menschen mit schweren und schwersten, meist chronischen oder chronisch rezidivierenden Verlaufsformen psychischer Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen (bei denen ein Pflegebedarf mindestens der Stufe II bei Aufnahme hinzukommt). Ausschlusskriterien bilden geistige Behinderungen, Demenzerkrankungen, akutes Suchtverhalten mit Entzugssymptomatik, Primärerkrankungen des Zentralnervensystems mit schweren neurologischen Schädigungen und Menschen, für die auch eine ambulante oder teilstationäre Hilfe möglich wäre.

Das Wohn- und Pflegeheim befindet sich auf 2 Etagen, in denen jeweils eine Wohngruppe untergebracht ist. In jeder Wohngruppe sind 12 BewohnerInnen in Einzelzimmern und Doppelzimmern untergebracht. Im Mittelpunkt jeder Etage befindet sich ein Speiseraum, welcher außerhalb der Essenszeiten als Aufenthaltsraum dient. Weiters gibt es noch Therapieräume für Beschäftigungen und rehabilitative Aktivitäten. Die Zimmer sind behindertengerecht eingerichtet und verfügen über ein eigenes Duschbad, Toilette, Fernsehen, sie sind voll möbliert.

Die Einrichtung bietet den BewohnerInnen folgende Leistungen:

- Information und Beratung in allen Fragen der Pflege
- fachorientierte und individuelle Pflege über 24 Stunden
- Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung
- Verpflegung (auch spezielle Diäten)
- hauswirtschaftliche Versorgung (Reinigung und Wäsche)
- individuelle Förderung nach Maßgabe des Pflege- und Hilfeplans
- Beratung und Begleitung von Angehörigen und Betreuern durch den Sozialdienst
- Vermittlung von psychotherapeutischen Behandlungen
- Ausrichtung von Geburtstagsfeiern
- Gestaltung von Festen im Jahresverlauf
- seelsorgerische Betreuung durch die umliegenden Kirchengemeinden
- Vermittlung von Friseur und Fußpflege

Voraussetzungen für den Aufenthalt in der Einrichtung ist Abstinenz (Ausnahme: Nikotin) und Verzicht auf Gewalt. Bei Rückfällen werden die Bedingungen zur weiteren Zusammenarbeit geprüft und eine erneute stationäre Entgiftung erwartet. Eine dauerhafte Unfähigkeit zur Abstinenz ist mit den Zielen und Möglichkeiten der

Einrichtung nicht vereinbar. Jedoch werden Einzelfälle von chronisch mehrfach beeinträchtigten abhängigen Menschen aufgenommen, wenn sie noch nicht abstinent sind, aber der Beginn der Entgiftung feststeht oder mit der Aufnahme die Motivation zur Entgiftungsbehandlung gestärkt werden kann.

Im Team des Wohn- und Pflegeheims arbeiten eine Heimleitung, eine Pflegedienstleitung, eine SozialpädagogIn, eine ErgotherapeutIn, fünf examinierte Pflegekräfte, zwei Hauswirtschaftskräfte und eine HaustechnikerIn (vgl. Wohn- und Pflegeheim Bad Soden-Salmünster 2009, www.sddcare.eu).

11.2 Betreutes Einzelwohnen für suchtmittelkonsumierende Menschen: Verein Condrops/ München

Das Angebot der Einrichtung richtet sich an Frauen und Männer über 40 Jahren mit Suchtmittelkonsum. Auch komorbide Krankheitsbilder nach ICD 10 gehören je nach Ausprägung zur Zielgruppe des Vereins, sowie suchtmittelkonsumierende Menschen, welche im Anschluss einer Entwöhnungstherapie eine betreute Wohnform benötigen. Meist liegen Merkmale wie z.B. Drogenkonsum länger als 15 Jahren (+ Polytoxikomanie), physische Beeinträchtigungen (Hepatitis, HIV, vorzeitiges Altern etc.), psychische Beeinträchtigungen (Depressionen, Ängste, Schlafstörungen etc.), stark belastende/keine Beziehungen zur Herkunftsfamilie, kaum soziale Beziehungen, keine oder stark negative Vorstellung vom Leben im Alter etc. vor.

Das 2007 gegründete Angebot bietet 18 Plätze im betreuten Einzelwohnen für ältere KonsumentInnen an. 2009 wurde der Ausbau auf 30 Plätze bewilligt.

In der Betreuung versucht man folgende Inhalte umzusetzen:

- Hilfen in allen lebenspraktischen Bereichen (Geld, Kochen, Wäsche, Haushalt, Wohnraumgestaltung etc.)
- Hilfen im gesundheitlichen Bereich (Hygiene, medizinische Behandlung, etc.)

- Hilfen zur Stabilisierung (Aufgabe von polytoxem Konsum, Vermeidung von Rückfällen etc.)
- Hilfen zur Tagesstrukturierung (soziale Kontakte fördern, Freizeitgestaltung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben etc.)
- Hilfen zum Aufbau tragfähiger Kontakte zur Herkunftsfamilie/ weiterer sozialer Kontakte
- Hilfen zur Aufnahme einer Beschäftigung im ersten oder zweiten Arbeitsmarkt

Die Hilfemaßnahmen des betreuten Einzelwohnens werden in Form der aufsuchenden Tätigkeit durchgeführt und finden überwiegend in den Wohnungen der KlientInnen statt.

Ziel ist es, stationäre Unterbringungen zu vermeiden und in das Hilfesystem mit individuellen Betreuungssettings zu integrieren. Weiters stehen die Organisation und die Sicherung des Behandlungssettings (Substitution, ambulante Therapie, etc.), gesundheitliche Stabilisierung, Ressourcenförderung (eigenständige Lebensführung), Stärkung von Selbsthilfepotential/ Eigenverantwortung/ Handlungskompetenzen, Erreichen und Erhalten von Suchtmittelfreiheit sowie die Schaffung von Perspektiven für das Leben im Alter im Vordergrund.

Dabei wird überwiegend in Form der Einzelhilfe und in Form von Case Management betreut. Auch therapeutische Ansätze (Sozialtherapie) finden im Konzept große Beachtung. Pro Woche gibt es zwei Fixtermine (eine Einzelsitzung und eine Gruppensitzung), welche verpflichtend für alle KlientInnen ist. Hier geht es um eine konkrete Aufgaben-Zielklärung, Drogenselbstmanagement (Rückfallprävention, Risikosituationen, Beikonsum etc.), Lösungen von Konflikten und Problemen in sozialen Beziehungen (wenn möglich/vorhanden mit PartnerIn und Familie), anderen Problembereichen (Wohnung, finanzielle Situation etc.) und wenn notwendig die Behandlung von komorbiden Störungen.

Die Betreuung übernehmen diplomierte SozialpädagogInnen, welche in der Regel über zusätzliche sozialtherapeutische Zusatzausbildungen verfügen. Kooperiert

wird mit den niederschweligen Angeboten des Vereins Condrops (Kontaktläden, Freizeitangebote etc.), Substitutionsambulanzen, niedergelassenen ÄrztInnen, Arbeitsprojekten intern sowie extern, Polizei und Vernetzungen mit der Drogenhilfe München (vgl. Fuhrmann 2005, www.sddcare.eu).

11.3 Intensiv betreutes Wohnen (ibW) für alternde und schwer chronisch erkrankte Menschen mit einer Drogenbiografie: Aids-Hilfe/Bremen

Seit 1991 besteht das ambulante Projekt „Betreutes Wohnen für substituierte DrogengebraucherInnen mit HIV und Aids“ der Aids-Hilfe Bremen, wo gegenwärtig bis zu 21 Personen betreut werden. Aufgrund des immer älter werdenden Klientels kreierte die Einrichtung ein neues Konzept für alternde und schwer chronisch erkrankte Menschen mit einer Drogenbiographie.

Plan ist es, bis zu acht Betroffene gemeinsam in einem Haus mit eigenen Wohneinheiten aufzunehmen. Angedacht ist auch eine Paarwohnung, welche auch als Notfallwohnung bei Nichtbelegung genutzt werden kann. Die Appartements sollen eine autonome Lebensführung ermöglichen und die KlientInnen können weitgehend eigenständig wohnen. Nebenbei soll jedoch auch die Hausgemeinschaft gefördert werden; dies kann bei der Überwindung von Isolation und Einsamkeit helfen.

Angedacht ist ein multiprofessionelles Team, welches die Betroffenen durch Strukturierung des Alltags (gemeinsames Einkaufen, Kochen, Essen, Freizeit) unterstützen soll. Der Vergleich mit einer therapeutischen WG ist hier nicht zulässig. Es wird versucht, der Zielgruppe ein Angebot zu machen, sie aber keinesfalls zu überfordern. Im Team soll es für jeden/jede KlientIn eine Ansprechperson geben und, wenn nötig, auch Pflege- und Hilfestellungen. Den BewohnerInnen wird eine prophylaktische Überwachung der ärztlichen Maßnahmen zur Verhinderung weiterer Verschlimmerungen der gesundheitlichen Situation geboten. Es besteht das grundsätzliche Ziel, die Betreuung der BewohnerInnen auch bis in eine Pflegephase hinein übernehmen zu wollen.

Ungeklärt ist, ob ein geeignetes Objekt angemietet oder gekauft werden soll. Die Finanzierung ist über die Wiedereingliederungshilfe nach SGB XII geplant. Angedacht sind eine Leitungsperson, eine Verwaltungskraft, 3- 5 Fachstellen (SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen, KrankenpflegerInnen, Ex-User, ErgotherapeutInnen etc.), eine Hauswirtschaftskraft, Zivildienstler, sowie Honorarmittel für ÄrztInnen (vgl. Schmidt 2008, <http://www.sddcare.eu>).

11.4 Modellprojekt „Dauerwohneinrichtung für alternde schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen“: LÜSA/ Unna

Auch im folgenden Projekt handelt es sich um einen Konzeptentwurf, bei dem die Antragsstellung schon eingereicht wurde. Das Langzeit- Übergangs- und Stützungs-Angebot mit dem Trägerverein VFWD e.V. möchte ein Angebot von 14 bis 16 Wohnplätzen realisieren. Dabei ist es wichtig, auf behindertengerechte Einrichtung Wert zu legen und der Wohnraum muss den Kriterien der Barrierefreiheit entsprechen. Wünschenswert wäre es, auf die verschiedenen Störungen, die angebotene Verweildauer, die Lebenssituation und die Umsetzung verschiedener Wohnkonzepte (Einzelzimmer, zwei bis drei kleine Einzelapartments und zwei Zimmer, mit denen Doppelbelegungen möglich sind) Rücksicht zu nehmen. Die Einzelzimmer sollen zu kleinen „Vierer- Wohngruppen“ zusammengefasst werden, die zwei bis drei Einzelapartments sind für die Unterbringung von schwierigen/gruppenunfähigen (z.B. sterbenden) BewohnerInnen geplant.

Angedacht ist die Modelleinrichtung eher am Stadtrand, ruhig gelegen und mit öffentlicher Verkehrsanbindung und eigenem Garten. Aus der Sicht der AntragsstellerInnen wäre der Personenschlüssel von 0,5 Leitung, 5,5 Fachdienststellen (SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen, Ex-User etc.), eine Ergotherapiestelle, zwei Nachtdienstkräfte (mit Krankenpflegeausbildung), eine Hauswirtschaftskraft, 0,5 Verwaltungskraft, drei Zivildienstler sowie Honorarmittel für die ärztliche Team-Betreuung adäquat.

Die Arbeit soll auf der Basis des „lösungsorientierten Ansatzes“ beruhen, bei dem Akzeptanz und Selbstbestimmung die Basis von gelingendem Arbeiten darstellt. Die Gesamtgruppe (gemeinschaftsorientierten Teil des Zusammenlebens) soll nicht den Schwerpunkt bilden, sondern die Orientierung auf Kleingruppenangebote und die Förderung von individuellen Lebensteilen des Alltags (vgl. VFWD e.V. 2007, www.sddcare.eu).

11.5 Wohngemeinschaft: „Haus Harmonie“/ Baselland

In der Gemeinde Langenbruck wurde 2006 ein leer stehendes großes Haus mit Werkstatt angemietet. Hier befindet sich eine Wohngemeinschaft auf dem Land für ältere Drogenabhängige mit Garten, ärztlicher Betreuung und Tagesstruktur. Geplant wurde die Einrichtung von Jürg Lützelschwab (Leiter des Hauses) und zwei langjährigen Drogenabhängigen aus einer weiteren Einrichtung des Vereins *abri*. Das Haus bietet einen Wohnraum für 7 Personen. Weiters werden in zwei extern gemieteten Wohnungen noch zwei zusätzliche Personen betreut. Finanziert wird das Haus über die zuständige Stelle der Rentenverwaltung (z.B. Sozialamt).

Die Einrichtung versteht sich als Wohngemeinschaft mit einer klaren Tagesstruktur und einer angepassten Betreuung, kombiniert mit der Förderung zur Eigenverantwortung und Selbstständigkeit ihrer KlientInnen. Geboten werden z.B.:

- Raum/Zeit für eine ausführliche Analyse/Organisation/Zukunftsperspektive der persönlichen Situation
- internes Arbeits- und Beschäftigungsangebot (Hauswirtschaft, Gartenarbeiten, Montagearbeiten, Renovierungsarbeiten im Haus, sowie externe Arbeitseinsätze)
- Förderung der Selbstständigkeit/Eigenverantwortung/ soziale Kompetenz
- Hilfe/Unterstützung/ Pflege im Alltag
- Vernetzung mit Fach- und Sozialstellen (z.B. Sozialdienststellen, Zentrum für Suchtmedizin Basel etc.)
- kontrollierte Abgabe von verordneten Medikamenten

- unbefristeter Aufenthalt
- kurzfristige Aufnahme

Wöchentlich finden Einzelgespräche statt, deren Ziel ist, auf die individuelle Situation der KlientInnen einzugehen und Hilfestellungen leisten zu können. Zusätzlich wird ein Veränderungsprozess gestützt, individuelle Zielvereinbarungen vereinbart und begleitet. Einmal pro Woche finden Gruppengespräche in Form von Teamsitzungen statt, bei denen aktuelle Themen besprochen werden (z.B. Umgang mit Geld, Kontakt zur Familie, Freizeitverhalten etc.).

Voraussetzung für das Wohnen in der Wohngemeinschaft ist ein klares Bekenntnis „von der Gasse“ Abstand zu halten und eine geregelte Kostenübernahme. Nach einem Vorstellungsgespräch und zwei Wochen Probewohnen wird ein zeitlich unbefristeter Wohnsitz in Langenbruck vereinbart.

Sofortiger Ausschlussgrund ist der Konsum und Handel von harten Drogen im Haus. Jedoch können auch die Anwendung von Gewalt, der Handel von weichen Drogen, Konsum/Verbreitung von ärztlich verschriebenen, rezeptpflichtigen Medikamenten und fehlende Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit zum Ausschluss führen. Der Konsum von hochprozentigem Alkohol ist im Haus untersagt.

Bettlägerige Pflegefälle können im Haus nicht aufgenommen/weiter betreut werden, da die Ausstattung sowie das geeignete Personal nicht vorhanden ist.

Die MitarbeiterInnen der Einrichtung sind wochentags nur von 8:00 bis 16.00 anwesend. An den Abenden/Nächten und Wochenenden sind die BewohnerInnen unter sich. Es gibt jedoch ein Bereitschaftshandy, mit dem die SozialpädagogInnen erreichbar sind.

In der Einrichtung gibt es eine Hausärztin, welche die BewohnerInnen meist wöchentlich sieht und einen Hauspsychiater, welcher 14-tägig anzutreffen ist. Eine enge Kooperation gibt es mit der spitalexternen Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Verein abri 2009, www.paritaet-bayern.net).

11.6 Häusliche Pflege durch Pflegedienste: Ancora GHP/ Hamburg

Der Hamburger Pflegedienst Ancora GHP hat sich auf Sucht im Alter spezialisiert und betreut schon seit Jahren Menschen mit Suchtmittelkonsum. Neben Alkoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit werden auch Menschen, die von illegalen Substanzen abhängig sind, versorgt. Zwar gibt es kein spezielles Konzept für die Einrichtung, aber jahrzehntelange Erfahrungen. Das Alter der Menschen mit Suchtproblematik liegt bei den illegalen Substanzen zwischen 36 und 68 Jahren. Derzeit (Stand: Februar 2010) befinden sich 10 Personen in Betreuung. Zu den fixen Aufgaben der Einrichtung gehören neben der Versorgung von SuchtmittelkonsumentInnen die Vernetzung und Zusammenarbeit von Suchthilfe und Gesundheitswesen/Altenhilfe. Auch die Enttabuisierung von Suchtmittelkonsum hat sich die Einrichtung zum Ziel gemacht.

Ancora GHP versucht stets Respekt und Wertschätzung den SuchtmittelpatientInnen entgegenzubringen, aber auch Klarheit, feste Strukturen bei der Verabreichung von Medikamenten und die Vernetzung und Kommunikation mit der Suchthilfe und den behandelten ÄrztInnen zählt zu ihren Arbeitsansätzen.

Die betreuten PatientInnen werden überwiegend durch die (Drogen) Ambulanzen vermittelt und sind meist TeilnehmerInnen der sog. Heroinstudie oder Substituierte. Ausschlussgründe ergaben sich bisher nur aus zu weiter Entfernung und damit verbunden zu langen Wegzeiten zu den PatientInnen.

Schwierigkeiten bestehen meist aufgrund der relativen Unzuverlässigkeit des Klientel. So kann z.B. ein Pflegedienst nur Medikamentenstellung verabreichen, wenn der/die PatientIn auch anwesend ist. Ein weiteres Problem besteht darin, qualifiziertes Personal zu finden. In Hamburg gibt es wenig Fachpersonal (z.B. Krankenschwestern, AltenpflegerInnen), welche mit dem Thema Sucht Erfahrungen gemacht haben. Oft gibt es große Berührungsängste, da auch die Thematik in der Ausbildung nicht behandelt wird.

Die PflegeassistentInnen haben nach Angaben der Ausbildungsträger häufig selbst ein Suchtverhalten, entweder aktiv oder in der Vergangenheit. Der Zugang zum Ausbildungsweg Assistenz ist sehr niedrigschwellig und wird häufig Langzeiterwerbslosen angeboten.

Die MitarbeiterInnen sind examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen, welche durch interne Fortbildungen Zusatzqualifikationen im Bereich der Suchtmittelerkrankung erfahren haben. Der Leiter der Einrichtung ist hingegen Suchttherapeut und MI Trainer.

Ancora GHP ist nicht der einzige Pflegedienst, der die hier beschriebene Zielgruppe betreut, auch andere Pflegedienste arbeiten mit diesen PatientInnen, betreiben jedoch keine Öffentlichkeitsarbeit und sind daher nicht sehr bekannt (vgl. schriftliche Auskunft durch Herrn Uwe Täubler, Geschäftsführer Ancora GHP vom 01. 03.2010).

12 KlientInnenbefragung des Projektes „SDDCARE“

Im Zuge des Projekts „Senior Drug Dependents and Care Structures“ wurden 2009 Gespräche mit älteren Suchtkranken in Wien durchgeführt. Ziel war es, die derzeitige Lebenssituation dieser Zielgruppe zu erfassen, einen Einblick in ihre psychosoziale und gesundheitliche Lage, in ihre aktuelle Betreuung und in ihre Vorstellung über ihre künftige Lebensgestaltung und Versorgung zu gewinnen. Dabei wurden 19 KlientInnen über 37 Jahre, die aktuell Drogen konsumierten oder die illegalen Drogenkonsum vor einigen Jahren aufwiesen, befragt. Zu den von ihnen konsumierten Drogen gehören vor allem Opiate, aber auch Kokain, Amphetamin, Cannabis, Benzodiazepine und Alkohol spielt in ihrem Leben eine große Rolle. Sehr häufig befanden sich die befragten KlientInnen im Substitutionsprogramm. Unter den 19 InterviewpartnerInnen befanden sich 11 Männer und 8 Frauen, somit war der Anteil der Frauen 42%, was wesentlich höher ist als der Anteil der Frauen über 35 Jahre unter den KlientInnen der Wiener Suchthilfe (22%).

Für die Befragung wurden qualitative und quantitative Forschungsinstrumente genutzt, da sowohl ein leitfadengestütztes Interview durchgeführt als auch ein

anonymer Fragebogen ausgefüllt wurde. Bei den Befragten handelte es sich ausschließlich um freiwillige InterviewpartnerInnen aus der Justizanstalt Wien-Favoriten und KlientInnen, die vom Schweizer Haus Hadersdorf betreut werden (vgl. Eisenbach-Stangl, Reindl, Schmied 2009, www.sddcare.eu).

12.1 Ergebnisse der Studie

In den folgenden Kapiteln werden die Forschungsergebnisse kurz vorgestellt und in einzelne Kategorien eingeteilt. Dabei sollen markante Ergebnisse ersichtlich werden, welche für die Bedürfnisse der älteren DrogenkonsumentInnen wesentlich sind und auf die Wohnversorgung Einfluss haben (sollen).

12.1.1 Lebenssituation

Bei den DrogenkonsumentInnen handelte es sich vorwiegend um beruflich gut ausgebildete, jedoch nicht mehr erwerbstätige Personen. Dafür lagen vor allem zwei Gründe vor: einerseits gravierende gesundheitliche Probleme und/oder Lebenskrisen und andererseits Kriminalisierung, zumeist in Zusammenhang mit illegalen Substanzen.

Fast alle KlientInnen bestreiten ihren Lebensunterhalt mittels sozialer Unterstützung, wie z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Sozialhilfe und Pension. Zur Aufbesserung ihrer finanziellen Situation verkaufen viele KlientInnen Drogen und Medikamente. Jedoch ist ihre finanzielle Lage sehr häufig durch Schulden belastet.

Zur Zeit der Interviews lebten die meisten GesprächspartnerInnen in einer Haftanstalt oder Behandlungseinrichtung für Drogenabhängige. Einzige Ausnahme bildeten die KlientInnen, die im dezentralen Programm des Schweizer Haus Hadersdorf in ihrer eigenen Wohnung betreut wurden. Die eigenen „vier Wände“ hielten die meisten Befragten für sehr wichtig, da sie Autonomie und Stabilität signalisieren und die meisten weder über Arbeit noch über ein eigenes Einkommen verfügen. So nimmt eine eigene Wohnung vermutlich einen wichtigen Nachweis für ihre „bürgerliche“ Existenz ein.

Die Befragten gaben erstaunlicherweise an, über ein dichtes soziales Netz zu verfügen, in dem Familie, PartnerIn, Herkunftsfamilie etc. eine große Rolle spielen. Bei genauerer Betrachtung kann man erkennen, dass die familiären Beziehungen zumeist fragmentiert auf einzelne Angehörige (sehr häufig Kinder, Mütter, Geschwister oder PartnerIn) sind. Doch auch die fragmentierten Beziehungen werden als wichtige Unterstützung erlebt. Freunde/Freundinnen hingegen spielen vergleichsweise eine sehr untergeordnete und ambivalent besetzte Rolle. Zumeist handelt es sich dabei ebenfalls um drogensüchtige Freunde/Freundinnen, welche eine Art von Leben führen, von dem sich die Befragten verabschieden möchten. So erzählen viele Befragte, dass sie sich einsam und isoliert fühlen.

Sehr selten wurden die GesprächspartnerInnen von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe betreut und behandelt. Einzige Ausnahme ist die Substitutionsbehandlung bei einem/r niedergelassenen ÄrztIn, mit der alle Befragten Erfahrungen hatten. Mit den niedergelassenen ÄrztInnen waren die GesprächspartnerInnen sehr zufrieden, wie auch mit den niederschweligen Einrichtungen. Diese wurden jedoch bislang nur sehr wenig von den Befragten in Anspruch genommen. Ebenso wenig genutzt wurden ambulante Einrichtungen, die sehr unterschiedlich bewertet wurden. Durchgängig schlecht bewertet und am wenigsten besucht wurden stationäre Drogeneinrichtungen. Die Befragten gaben an, zumeist unter eigener Regie Entzug zu machen oder den Drogenkonsum selbst zu reduzieren.

Sehr häufig haben die GesprächspartnerInnen Kontakt mit Einrichtungen der Justiz. Fast alle der Befragten verbüßten entweder in der Zeit des Interviews oder in früheren Jahren zumindest eine Haftstrafe. Grund dafür waren vorwiegend drogenbezogene Delikte. Die Meinung vieler war, dass der Gefängnisaufenthalt noch mehr stigmatisiert als der Drogenkonsum selbst.

Allgemeine Fragen nach dem Gesundheitszustand beantworten die InterviewpartnerInnen als positiv, obwohl viele von ihnen an akuten und chronischen Erkrankungen litten. Der gute Gesundheitszustand wird teils auf den Drogenkonsum zurückgeführt, der, wenn er nicht zum Tod führt, stark mache. Bei den Erkrankungen selbst handelt es sich bei der Hälfte der Befragten um Hepatitis

C und eine Vielzahl an anderen Erkrankungen, wie z.B. Polyarthrit, künstliche Hüfte, Rückenprobleme, Migräne, schlechte Blutwerte, extremes Schwitzen etc. Diese Erkrankungen wurden nicht explizit in Verbindung mit Drogenkonsum gebracht. Gelegentlich werden sogar behandelte ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen etc. die ihre Erkrankungen in Verbindung mit ihrem Drogenkonsum brachten, heftig kritisiert. Psychische Probleme wurden in den Gesprächen im Gegensatz zum Kurzfragebogen nur sehr selten angesprochen. Es ergibt sich der Eindruck, dass es sich nicht nur um „behandlungsferne“, sondern auch um „behandlungsscheue“ DrogenkonsumentInnen handelt, welche in eine delinquente Drogensubkultur verhaftet sind, wo Bedürfnisse nicht thematisiert werden und die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe als Schwäche verstanden wird.

12.1.2 Zukunftsperspektiven

Dachten die hier befragten älteren Drogenabhängigen an ihre Zukunft, so zeigten sich zwei Wünsche. Einerseits wollten sie ein „normales Leben“ mit geregelter Arbeit, eigener Wohnung, mit einem/r PartnerIn, mit Kindern und Hobbies führen. Andererseits nannten sie den Wunsch zu reisen, am liebsten ins Ausland, wo sie der Normalität wieder ein Stück entfliehen könnten.

Im Bezug auf ihre zukünftige Betreuung möchten die Befragten nicht angesprochen werden. Fühlen sie sich jedoch als ExpertInnen befragt, waren sie durchaus bereit, sich ausführlich zu äußern.

Viele GesprächspartnerInnen waren der Meinung, dass ältere DrogenkonsumentInnen eine spezielle Behandlung und Betreuung benötigen, da sie schon sehr lange süchtig seien und daher unter besonderen körperlichen und psychischen Problemen litten. Weiters gaben sie an, dass sie vereinsamt seien, unter anderem, weil sie nicht mehr Teil „der Szene“ sind. Uneinig war man sich aber darüber, ob Drogenabhängige auch in einem „normalen“ Seniorenheim untergebracht werden könnten. Die Hälfte der Befragten war gegen die gemeinsame Betreuung und wies auf die unterschiedlichen Erfahrungen, den anderen Alltag und die unterschiedlichen Interessen beider Gruppen hin. Außerdem meinten sie, dass noch größere Vorurteile gegenüber DrogenkonsumentInnen bei alten Menschen vorherrschen als bei jüngeren

Menschen. Die andere Hälfte der Befragten meinte, dass man keine speziellen Einrichtungen benötige, da sie sich vor noch stärkerer Diskriminierung fürchteten. Auch die Destabilisierung von gemeinsam untergebrachten DrogengebraucherInnen wurde befürchtet, ein möglicher kollektiver Rückfall in exzessiven Substanzkonsum. Doch auch die BefürworterInnen der Integration in das vorhandene System meinten, dass dies nicht als pauschale Lösung erachtet werden kann. So schlugen sie vor, nur substituierte Menschen in gemeinsame Heime zu integrieren. DrogenkonsumentInnen von illegalen Substanzen benötigten ihrer Meinung nach zusätzlich noch eigene Einrichtungen (vgl. Eisenbach-Stangl, Reindl, Schmied 2009, www.sddcare.eu).

13 Empirischer Teil

Im empirischen Teil werden die Vorbereitungen der Befragung, die konkrete Durchführung und die wissenschaftlichen Ergebnisse dargestellt. Obwohl schon im theoretischen Teil inhaltlich verknüpfbare Interviewergebnisse eingearbeitet wurden, sollen jetzt die zentralen Aussagen der Beteiligten zusammengefasst werden.

13.1 Vorbereitung und Durchführung der Befragung

Um einen Einblick in die Vorbereitung und Durchführung der Befragung zu bekommen, werden in den folgenden Kapiteln die Auswahl der Methode begründet, die InterviewpartnerInnen und der Interviewleitfaden vorgestellt und die Zielsetzung erörtert. Zusätzlich wird auf die Zielsetzung, die Kategorien und auf die äußeren Umstände während der Interviews eingegangen.

13.1.1 Auswahl der Methode

Als wissenschaftliche Grundlage dieser Diplomarbeit wurden leitfadengestützte ExpertInneninterviews als qualitative Forschungsmethode eingesetzt.

Qualitative Forschung ermöglicht, theoretische Vorüberlegungen, Hypothesen und Theorien zu präzisieren, zu widerlegen oder zu verändern. Dabei können/sollen sich aus den erhobenen Daten Theorien entwickeln (vgl. Mayer 2006, S.22f).

Ziel des ExpertInneninterviews ist, *„den Zusammenhang von allgemeinen gesellschaftlichen Strukturen, organisatorischen Kontextbedingungen und individuellen Optionen zu erschließen sowie zukünftige Steuerungsaufgaben abzuschätzen.“* (Weyers 2007, www.uni-frankfurt.de)

Diese Zielsetzung deckt sich mit der Zielsetzung der Diplomarbeit, in der aktuelle Herausforderungen und Problemstellungen im Wohnbereich von älteren Drogenabhängigen erhoben werden und sich daraus neue Steuerungsaufgaben entwickeln sollen.

Das Leitfadeninterview verlangt vom/von der InterviewerIn Sensibilität, Überblick und eine permanente Vermittlung zwischen dem Interviewverlauf und dem Leitfaden. Unumgänglich ist klarzustellen, dass alle Angaben vertraulich gehandhabt werden. Eine neutrale Haltung des/der InterviewerIn dient als Voraussetzung für das Interview (vgl. Weyers 2007, www.uni-frankfurt.de).

Von großem Vorteil ist, dass bei der qualitativen Forschung schon eine kleine Anzahl von Interviews ausreicht, um eine repräsentative Forschung zu erhalten (vgl. Mayer 2006, S.22f).

13.1.2 InterviewpartnerInnen

Um ExpertInneninterviews durchführen zu können, stellt sich die Frage, wer als ExpertIn für die Befragung gilt und daher als sinnvolle/r InterviewpartnerIn in Frage kommt.

„Als Experte gilt jemand, der auf einem begrenzten Gebiet über ein klares und abrufbares Wissen verfügt. Seine Ansichten gründen sich auf sichere Behauptungen und seine Urteile sind keine bloße Raterei oder unverbindliche Annahmen.“ (Mayer 2006, S.40)

Da erst vor ein paar Monaten eine KlientInnenbefragung mittels Leitfadeninterviews im Rahmen des EU-Projektes SDDCARE durchgeführt wurde (siehe Kapitel 12) und aus dieser Studie ersichtlich ist, dass ältere drogenabhängige Menschen kaum Angaben zu ihrer zukünftigen Wohnsituation geben oder geben können, wurden für die Arbeit MitarbeiterInnen aus der Linzer

Sucht- und Altenhilfe als ExpertInnen ausgewählt. Weil diese oft schon jahrelange Erfahrungen mit der Zielgruppe aufweisen und es sehr wahrscheinlich ist, dass diese eine mögliche zukünftige Versorgung mitgestalten, eignen sie sich sehr gut für die Befragung. Wichtig dabei ist, dass sowohl MitarbeiterInnen der Suchthilfe-Einrichtungen (SozialarbeiterInnen) als auch MitarbeiterInnen der Altenpflege-Einrichtungen (Pflegepersonal) zu Wort kommen. Zusätzlich wurden noch kooperierende Einrichtungen aus Linz, sowie die österreichischen Partner des EU-Projekts von „SDDCARE“ in die Befragung miteinbezogen.

Demnach wurden folgende Personen interviewt:

- **Mitarbeiter Verein Substanz:** Interview 1, am 1. März 2010, durchgeführt im Café Substanz, Untere Donaulände, Sozialarbeiter
Der Verein Substanz ist eine niedrigschwellige Suchteinrichtung in Linz, welche auf Opiate spezialisiert ist. Neben „harm-reduction“- Angebote (Spritzentausch, Gratisimpfungen, Arztangebot) bietet die Einrichtung ein Tagescafé und Streetwork an. Fix installiert sind auch niedrigschwellige Arbeitsprojekte, Wohnungsbesuche, Umsiedlungen etc. Derzeit hat der Verein Kontakt zu ca. 5 bis 10 älteren Drogenabhängigen, die einen Bedarf an Wohnplätzen haben (vgl. Interview 1, Zeile 23-24).
- **Mitarbeiterin Point Linz, Pro Mente:** Interview 2, am 2. März 2010, durchgeführt in der Beratungsstelle Point, Figulystraße, Sozialarbeiterin
Die Linzer Beratungsstelle informiert, begleitet und berät suchtkranke Menschen jeder Altersgruppe. Der Arbeitsansatz ist sowohl abstinenzorientiert als auch suchtbegleitend. Zusätzlich werden Laienhilfeprojekte (Beziehungsangebot zwischen Suchtkrankem und Laienhelfer) von der Einrichtung angeleitet. Derzeit besteht nur ein Kontakt zu einem älteren Opiatabhängigen (vgl. Interview 2, Zeile 112-113).
- **Teamleiterin Volkshilfe, Hauskrankenpflege:** Interview 3, am 3. März 2010, durchgeführt in der Volkshilfe Oberösterreich, Glimpfingerstraße, Gesundheits- und Krankenpflegerin

- **Mitarbeiter Volkshilfe**, Hauskrankenpflege: Interview 4, am 3. März 2010, durchgeführt in der Volkshilfe Oberösterreich, Glimpfingerstraße, Gesundheits- und Krankenpfleger
Die Volkshilfe Linz ist für die Hauskrankenpflegeversorgung zuständig. In Linz ist dieser Träger der einzige, der diese Dienste anbietet. Die Hauskrankenpflege grenzt sich zu den mobilen Diensten dadurch ab, dass sie berechtigt sind, Medikamente vorzubereiten und zu verabreichen, Verbände zu wechseln und z.B. Injektionen durchzuführen etc. Daher sind die gesundheitlichen KrankenpflegerInnen dazu berechtigt, die KlientInnen mit Substitution zu versorgen. Derzeit werden 2 bis 3 ältere Opiatabhängige von der Volkshilfe betreut. Die Anzahl wechselt aber ständig (vgl. Interview 3, Zeile 33-35).
- **Mitarbeiter B37**, Sozialverein: Interview 5, am 5. März 2010, durchgeführt im Psychosozialen Wohnheim Bethlehemstraße, Sozialarbeiter
Das psychosoziale Wohnheim beherbergt ca. 250 Personen im Jahr, wovon ca. 10 bis 15 im Substitutionsprogramm sind und ca. die Hälfte davon ältere Opiatabhängige sind. Menschen, die nicht in der Substitution sind, werden nicht aufgenommen. Hauptsächlich leben in der Einrichtung Menschen, die von Obdachlosigkeit und Alkoholabhängigkeit betroffen sind (vgl. Interview 5, Zeile 16-18).
- **Teamleiterin Caritas**, mobile Dienste: Interview 6, am 8. März 2010, durchgeführt in der Hafnerstraße, Gesundheits- und Krankenpflegerin
Die Caritas bietet in Linz mobile Dienste an, dies umfasst z.B. Waschen und Duschen der KlientInnen, Essenseingabe, hin und wieder Wohnungsputz etc. Die Caritas hat bisher noch keine Erfahrungen mit der hier beschriebenen Zielgruppe (vgl. Interview 6, Zeile 14). Die Teamleiterin kann jedoch auf Erfahrungen in der Hauskrankenpflege und auf ein Praktikum im Point Linz zurückgreifen (vgl. Interview 6, Zeile 215-220).

- **Mitarbeiterin Aids-Hilfe**, Aids-Hilfe Oberösterreich: Interview 7, am 8. März 2010, durchgeführt in der Blütenstraße, Sozialarbeiterin
Die Aids Hilfe Linz betreut derzeit regelmäßig ca. 20 ältere Opiatabhängige, die zusätzlich auch an HIV/Aids erkrankt sind. Weiters besteht noch zu ca. 15 bis 20 Personen unregelmäßiger Kontakt (vgl. Interview 7, Zeile 44-47).
- **Mitarbeiter Verein Miteinander**: Interview 8, am 10. März 2010, durchgeführt in der Rechten Donaustraße, Behindertenbetreuer
Wie auch die Caritas bietet der Verein Miteinander mobile Dienste für SeniorInnen, aber auch für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Linz an. Der Verein hat noch keinen Kontakt mit der Zielgruppe gehabt (Interview 8, Zeile 12), jedoch schon mit Personen mit Alkohol- und Spielsucht (Interview 8, Zeile 8-10).
- **Geschäftsführer Schweizer Haus Hadersdorf**, Psychologische und psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte: Interview 9, am 15. März 2010, in der Mauerbachstraße/Wien, Psychologin
Die Einrichtung ist der österreichische Kooperationspartner des EU-Projektes „Senior Drug Dependents and Care Structures“ und führt wissenschaftliche Untersuchungen über und mit der Zielgruppe durch. Von der Einrichtung selbst werden ca. 100 Suchtkranke betreut, wovon ca. ein Viertel älter ist als 35 Jahre (vgl. Interview 9, Zeile 203- 204).
- **Bedarfskoordinator**: Interview 10, am 16. März 2010, auf Wunsch gänzlich anonymisiert
Seit 2008 gibt es in Oberösterreich Bedarfskoordinatoren, die im Zuge des Chancengleichheitsgesetzes installiert wurden. Persönliche Kontakte hat der Bedarfskoordinator im Monat ca. 5- bis 6-mal zu opiatabhängigen älteren Menschen (vgl. Interview 10, Zeile 36-37) und die Anzahl an zu bearbeitenden Akten dieser Zielgruppe kann er nicht abschätzen (vgl. Interview 10, Zeile 55).

13.1.3 Der Interviewleitfaden

Die qualitativen Interviews wurden mittels Leitfaden durchgeführt. Diese sind sehr hilfreich, da durch deren Erstellung eine Auseinandersetzung mit der Thematik und eine gute Vorbereitung einhergehen. Weiters wird der Themenbereich eingegrenzt und die Gefahr möglicher Abschweifungen verringert.

„Der Leitfaden schneidet die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen heraus und dient dazu, das Interview auf diese Themen zu fokussieren.“ (Mayer, zit. nach Meuser u. Nagel 1997, S.488)

Weyer definiert den Leitfaden als ein sehr flexibel zu handhabendes Gerüst eines Interviews, bei dem die Antworten offen erfolgen. Man spricht daher von einem halbstrukturierten Interview, da die Fragen schon vorüberlegt wurden.

Aufgabe des Leitfadens ist es, die Erhebung des ExpertInnenwissens zu begrenzen. Dabei ist es enorm wichtig, dass der/die InterviewerIn dem Befragten verdeutlicht, dass er/sie mit der Thematik vertraut ist. Als oberstes Ziel gilt, Wissen und Erfahrungen der ExpertInnen möglichst umfassend zu rekonstruieren (vgl. Weyers 2007, www.uni-frankfurt.de).

Im Leitfaden werden die Fragen offen formuliert, damit der/die Interviewte frei antworten kann. Da im Leitfaden die meisten Fragen gleich aufgebaut sind, werden die erworbenen Daten vergleichbar und sind somit wissenschaftlich auswertbar.

Der verwendete Leitfaden für die Befragung befindet sich im Anhang.

13.1.4 Zielsetzung

Ziel der Befragung ist es, die derzeitige Situation von opiatabhängigen alten Menschen zu erfassen, um eventuell vorzeitig eine Lücke im Versorgungssystem zu erkennen und - langfristig gesehen - schließen zu können.

Es soll eruiert werden, ob das derzeitige Versorgungssystem für die Zielgruppe ausreicht oder ob neue Konzepte in Linz benötigt werden. Dabei ist es enorm wichtig, die Bedürfnisse von opiatabhängigen alten Menschen anhand der Befragung zu eruieren, da dies die Basis für ein funktionierendes Wohnkonzept

darstellen würde. Es sollen verschiedene mögliche Wohnkonzepte auf ihre Sinnhaftigkeit durchgedacht und die Umsetzung diskutiert werden. Auch ein Eindruck zur derzeitigen Versorgung soll gewährleistet werden.

Weiters ist es Ziel der Befragung, die Relevanz des Themas für Linz einzugrenzen und zu erfahren, wie groß die sich derzeit in Betreuung befindende Zielgruppe ist.

Geplant ist zusätzlich eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Professionen. Dabei werden die Zusammenarbeit und (fehlende) Qualifikationen angesprochen.

Wünschenswert und anzustreben ist, dass die Arbeit, wenn erforderlich, als wissenschaftliche Grundlage für die Entstehung eines neuen Versorgungskonzeptes in Linz verwendet werden kann.

13.1.5 Hypothesen/Annahmen

Vor den Interviews wurden schon drei Hypothesen/Annahmen im Exposé festgehalten. Diese drei Behauptungen sollen mittels Literaturstudium und ExpertInnenaussagen überprüft werden. Die Hypothesen waren bei der Erstellung des Interviewleitfadens von großer Bedeutung und werden in einem separaten Kapitel am Ende der Arbeit diskutiert.

- Aufgrund der Verbesserung in der Tertiärprävention steigt die Anzahl der alten Opiatabhängigen in den nächsten Jahren an.
- Opiatabhängige alte Menschen haben besondere Bedürfnisse, die im derzeitigen Versorgungssystem nicht ausreichend Beachtung finden (können).
- Das bisherige Versorgungssystem in Linz wird für die angegebene Zielgruppe nicht mehr ausreichen und neue Konzepte werden benötigt.

13.1.6 Durchführung der Interviews

Die Kontaktaufnahme zu den MitarbeiterInnen und LeiterInnen der Einrichtungen erfolgte zuerst per E-Mail, wo das Thema kurz beschrieben und die zentralen Forschungsfragen dargelegt wurden. Nach ca. einer Woche wurden die

Einrichtungen telefonisch kontaktiert und die Frage geklärt, ob sie für ein Interview bereit wären und ein Termin wurde vereinbart.

Alle zehn Interviews fanden im Zeitraum zwischen 1. März 2010 und 16. März 2010 statt und dauerten durchschnittlich ca. 30 Minuten. Als durchführender Ort diente stets die Einrichtung selbst, wo das Interview mittels Diktiergerät aufgenommen werden durfte. Abgesehen von einer Einrichtung in Wien wurden alle anderen Einrichtungen in Linz interviewt.

Vorab wurde den Befragten die Anonymität zugesichert und die Verschwiegenheit geklärt. Die Interviews wurden zum überwiegenden Teil im Dialekt durchgeführt und bei der Transkription in die Schriftsprache übersetzt. Weiters wurden Nebenhandlungen angemerkt und finden sich in den Transkripten wider.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass es sich als sehr schwierig erwies, (passende) InterviewpartnerInnen zu finden. Oftmals wurden sehr lange Erklärungsphasen für die Thematik benötigt, wobei man den Eindruck gewann, dass (fast) kein Bewusstsein für dieses Thema vorhanden ist. Weiters fühlten sich viele Einrichtungen für die Thematik nicht zuständig und begründeten ihre Absagen damit, dass sie keinerlei Erfahrungen mit der Zielgruppe aufweisen können und die psychosozialen Einrichtungen für diese Zielgruppe auch nicht zuständig seien. Hier zeigt sich, dass das Chancengleichheitsgesetz noch nicht (genügend) umgesetzt wird.

Im Bereich der Altenpflege war die Zahl der abgesagten Interviews am größten und eine Verunsicherung und Überforderung mit der Thematik schon am Telefon spürbar. Dies wurde durch einige Interviewaussagen der AltenpflegerInnen selbst bestätigt. *„Und im Suchtsektor müssen wir noch Ängste und Vorurteile abbauen.“* (Interview 6, Zeile 167-168)

13.1.7 Bildung von Kategorien

Zur Bildung von Kategorien werden die transkribierten Interviews als Grundlage herangezogen. Nach mehrmaligem Lesen der Transkripte wird entschieden, welche Textstellen markant und für die Auswertung von Bedeutung sind. Im

Anschluss werden den ausgewählten Passagen Kategorien zugeordnet (vgl. Gläser/Laudel 2004, S.194).

Anhand des Interpretationmodells von Mühlfeld wird in 6 Stufen ausgewertet. Im Zentrum stehen hier die offensichtlichen Interview-Inhalte. In der ersten Stufe wird das Interview durchgelesen und die Antworten auf die im Leitfaden enthaltenen Fragen im Interview - Text markiert. Nach dem zweiten Durchlesen werden die Textstellen in ein im Vorfeld entwickeltes Kategorienschema eingeordnet. Das Interview wird zerlegt und in die zugehörige Tabellenspalte eingeordnet (bzw. werden ggf. neue Kategorien erstellt). Die Einteilung in Kategorienschemata erfolgt mithilfe von Theorien, Felderfahrungen, ExpertInnengespräche, Studien etc. Anschließend wird das Interview zum dritten Mal gelesen und eine innere Logik wird hergestellt. Dabei müssen bedeutungsgleiche aber auch widersprüchliche Textstellen berücksichtigt werden. Im vierten Schritt wird die innere Logik des jeweiligen Interviews schriftlich festgehalten und einzelne Stellen werden noch genauer und differenzierter zugeordnet. In der nächsten Stufe erfolgt die Erstellung der Auswertung, in der, bezogen auf die Fragen im Leitfaden, ein zusammengefasster Text geschrieben wird und die Interviewausschnitte (als Belege) angeführt werden. Beim vierten Durchlesen wird diese Auswertung mit dem transkribierten Text verglichen. In der letzten Stufe wird aus diesem Auswertungstext eine Präsentation gestaltet. Bei der Darstellung sind keine weiteren Interpretationen mehr zulässig (vgl. Mayer 2006, S.47ff).

Um die Interpretationen nachprüfen zu können, werden die Quellenangaben angeführt, damit die Informationen nachvollziehbar sind. Bei der folgenden Auswertung der Interviews werden nun diese Kategorien zugeordnet:

Relevanz des Themas:

- Relevanz des Themas für die Einrichtung
- derzeitige Problemstellungen/Schwierigkeiten
- Veränderungen in den letzten Jahren

Versorgungskonzepte

- Alters- und Pflegeheime
- Mobil betreutes Einzelwohnen
- Betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften
- Weitere Versorgungsideen
- Mitgestaltung an der Versorgung

Professionen:

- Professionen für die Versorgung
- Qualifikation der Professionen
- Zusammenarbeit unter den Professionen

Ausbildung/Fortbildung:

- Teilnahme an einer Fortbildung/Ausbildung
- Eigenes Interesse/Teilnahme an einer Fortbildung

13.2 Inhaltliche Auswertung der Interviews

Die inhaltliche Auswertung der Interviews gliedert sich nach den oben angeführten Kategorien. Dafür werden die Aussagen der ExpertInnen aus allen Fachbereichen herangezogen. Es werden nur Kategorien einzeln herangezogen, die in den vorher beschriebenen Theorien noch nicht eingearbeitet worden sind. Jedoch sind diese Kategorien für die abschließende Zusammenfassung der Interviews schon von Bedeutung und fließen mit ein.

13.2.1 Relevanz des Themas

Relevanz des Themas für die Einrichtung

Befragt man die MitarbeiterInnen nach der Relevanz des Themas für ihre Einrichtungen, so fallen die Antworten sehr unterschiedlich aus:

Drei Einrichtungen geben an, dass die Thematik einen sehr hohen Stellenwert in ihrer Arbeit hat (Interview 5, 7, 9) und sie sehr beschäftigt. Vier ExpertInnen geben an, dass sie schon gelegentlich mit der Zielgruppe konfrontiert worden sind, jedoch die Relevanz im Vergleich zu anderen KlientInnen nicht so hoch ist oder davon abhängt, welche Klientel sich vorwiegend in der Einrichtung aufhält (Interview 1, 3, 4, 10). Die übrigen drei befragten InterviewpartnerInnen geben an, dass ältere Drogenabhängige keine Relevanz in ihren Einrichtungen haben (Interview 2, 6, 8). Darunter befinden sich zwei Einrichtungen der mobilen Dienste, die noch nie KlientInnen mit Suchterkrankungen und Pflegeerkrankungen betreut haben. Bei der Beratungsstelle Point hat das Thema jetzt keine Relevanz mehr, da die älteren KlientInnen seit der neuen Substitutionsverordnung weggebrochen sind. *„War es, aber früher. Wie gesagt, das hat sich sehr verändert mit dieser neuen Konstellation. Das hat uns früher viel mehr beschäftigt als jetzt. Jetzt momentan ist das überhaupt kein Thema bei uns.“* (Interview 2, Zeile 169-171)

Viele der Einrichtungen geben jedoch an, dass sie das Thema für ein relevantes Zukunftsthema halten, auch die, die den Bedarf jetzt noch nicht (sehr stark) spüren. *„Es war eine zeitlang sehr brisant, weil wir da zwei-drei Fälle gehabt haben, die wir jetzt nicht mehr haben, weil eine ist jetzt in Wien, die andere ist verstorben. Ein anderer kommt einfach jetzt nicht mehr und den erreichen wir ganz schlecht. Aber ich glaube, dass es einfach ein Zukunftsthema wird...“* (Interview 1, Zeile 56-59)

Zusammengefasst kann man sagen, dass ca. ein Drittel schon jetzt die Relevanz der Thematik in ihrer Einrichtung spüren kann, rund ein weiteres Drittel bereits mit der Klientel konfrontiert ist und das letzte Drittel noch kaum/keinen Kontakt mit älteren DrogenkonsumentInnen hat und noch keine Relevanz erkennbar ist. Alle Einrichtungen gehen davon aus, dass das Thema in der Zukunft eine Rolle spielen wird. Unterschiede bei den einzelnen Professionen sind dabei nicht festzustellen.

Derzeitige Schwierigkeiten/Problemstellungen

Untersucht man die Schwierigkeiten, mit welchen die Institutionen konfrontiert sind, so stößt man auf eine sehr große und unterschiedliche Palette an

Problemstellungen. Diese werden in diesem Kapitel thematisch zusammengefasst und in Unterkategorien gegliedert.

➤ Aus Sicht der Sozialarbeit:

- Bisherige Strukturen passen nicht für die Klientel/Wohnversorgung

Drei InterviewpartnerInnen geben an, dass ältere suchtkranke Menschen nicht in die Versorgungsstrukturen der derzeitigen Wohnversorgung passen und nicht weiter zu vermitteln sind. *„Die Schwierigkeit ist einfach, dass es kaum Systeme gibt, die das irgendwie stützen können. (Interview 1, Zeile 30-31) „Die Herausforderung ist primär struktureller Natur. Das heißt, die gewohnten Strukturen zur Altersversorgung sind auf diese Klientel nicht zugeschnitten. Oder diese Klientel passt in die vorhandenen Strukturen nicht hinein.“ (Interview 9, Zeile 34-36) Als passende Erklärung wird vom Geschäftsführer des Schweizer Hauses folgende genannt: „Ein wesentlicher Punkt ist auch, dass das bisherige Drogenversorgungssystem auf Jüngere ausgerichtet war, das heißt, fast immer in Kombination mit Behandlung. (...) Ältere Drogenabhängige wollen das oft nicht mehr und brauchen das auch nicht unbedingt. (...) Aber dass man Versorgungsangebote mit Behandlung verknüpft, ist sicher nicht der richtige Weg.“ (Interview 9, Zeile 73-83) Weiters ist auch bekannt, dass die bisherigen Strukturen der Freizeitgestaltung für ältere Menschen nicht von DrogenkonsumentInnen angenommen werden. *„Was man sieht ist, dass ältere Drogenabhängige, Angebote wie Pensionistenclubs, Kartenspielrunden etc. nicht annehmen und zwar aus verschiedenen Gründen. Ein Grund ist, dass sich Drogenabhängige diskriminiert fühlen (...) Das heißt, es ist schambesetzt in so einen Club zu gehen, auch wenn dort das Angebot gut ist.“ (Interview 9, Zeile 64-69) Dazu gibt es die Forderung nach einem Begegnungsort, an dem es ein Programm gibt, welches anspricht und wo keine Diskriminierung passiert (vgl. Interview 9, Zeile 71-73).**

- Unüberwindbare bürokratische Hürden für die Klientel

Ein Experte beklagt sich darüber, dass es z.B. 50 bis 70 verschiedene Antragsmöglichkeiten für das Pflegegeld gibt und dass dies für die KlientInnen nicht zu managen ist. Er ist der Meinung, dass ältere DrogenkonsumentInnen

schlichtweg schon bei der Antragstellung scheitern und nicht zu ihren Leistungen kommen (vgl. Interview 9, Zeile 135-141).

- Zu viele Personen, die an der Versorgung mitgestalten

Weiters merkt er auch an, dass die Versorgung immer mehr zu einer „Fließband-Geschichte“ mit Zeiteinteilung verkommt und zu viele Menschen bei der ambulanten Betreuung beteiligt sind. *„Die haben dann zum Teil ganz strenge Stundenpläne, wo es heißt, für die Wohnung sowieso hast du genau 20 Minuten, da 10 Minuten, da eine dreiviertel Stunde. Dann kommt jemand anderer für das Essen, dann kommt wieder eine Krankenschwester. Die Personen selbst sind auch nicht immer dieselben Personen, das wechselt auch. Ein älterer Mensch, auch jenseits von Drogenkonsum, wird schlicht narrisch (Anm.: ugs. „verrückt“).“* (Interview 9, Zeile 146-151)

- Zu lange Wartezeiten in der Drogenambulanz / Problem der verschreibenden ÄrztInnen

Die Mitarbeiterin von der Beratungsstelle Point gibt an, dass momentan massive Probleme im Bereich Substitutionseinstellungen in Linz vorliegen. Dies betrifft nicht ausschließlich die Zielgruppe der älteren Drogenabhängigen, sondern die gesamte Gruppe der substituierten Menschen in Oberösterreich. Sie nennt dabei die Überfüllung mit Menschen in der Drogenambulanz, lange Wartezeiten und den Ersteinstellungsengpass an verschreibenden ÄrztInnen. *„...in der Drogenambulanz sind sie hoffnungslos überfüllt. Und wir haben jetzt einen Rundruf getätigt bei Ärzten, die Ersteinstellungen machen dürfen, (...) da gibt es jetzt in Linz, außer der Drogenambulanz, (...) einen einzigen Arzt der noch Ersteinstellungen macht. Also da würde es einfach viel mehr Ressourcen brauchen, das kann man klar sagen.“* (Interview 2, Zeile 57-65)

- Gesetzliche Strukturen gehören verändert

Der Geschäftsführer vom Schweizer Haus Hadersdorf weist darauf hin, dass Drogenkonsum immer noch illegal ist und fordert ein Umdenken in der Gesellschaft. *„...Drogenkonsum ist immer illegal. Und solange das der Fall ist,*

kann es keine wirkliche Normalisierung im Umgang geben. (...) Auf struktureller Ebene müsste man sich kluge Formen von weiterer Entkriminalisierung/Legalisierung überlegen, damit hier wirklich eine Normalisierung im Umgang überhaupt eintreten kann, von den gesetzlichen Grundlagen her. Das wäre auch ein wesentlicher Schritt für das Bewusstsein und in der Haltung der Gesellschaft.“ (Interview 9, Zeile 122-130) Dies zeigt auch die Tatsache, dass im B 37 Wohnheim Menschen ohne Substitutionstherapie erst gar nicht aufgenommen werden. Begründet wird diese Tatsache mit dem *Prinzip der Illegalität* (vgl. Interview 5, Zeile 48).

➤ Aus Sicht der Hauskrankenpflege:

- Keine Ansprechpersonen für die Hauskrankenpflege

Beide InterviewpartnerInnen der Volkshilfe klagen über mangelnde Ansprechpersonen, das betrifft sowohl SozialarbeiterInnen, mobile Dienste oder administrative Strukturen (z.B. BedarfskoordinatorInnen). *„Jetzt gibt es diese Bedarfskoordinatoren. Die kann man fast telefonisch nicht erreichen, eventuell mit E-Mail, die Antworten dauern irre lang, dass da etwas zurückkommt. (...) Mittlerweile sind unserer Leute dann verstorben, bis sich da etwas tut.“* (Interview 3, Zeile 12-17) *„Die Ansprechpartner sind schwierig zu erreichen, sei es Sozialarbeit, die zuständige Altenbetreuung ist meist überbelegt oder hat keine Kapazitäten frei.“* (Interview 4, Zeile 42-43)

- Keine zeitlichen Ressourcen bei der Hauskrankenpflege

Weiters geben sie an, dass ihnen die zeitlichen Ressourcen fehlen, um psychosoziale Betreuung, Wohnungsputz und Körperpflege zu übernehmen, sehen hier jedoch einen großen Bedarf. *„Es fällt auf, dass die Patienten psychosoziale Probleme haben, aber leider haben wir dafür wenig Zeit darauf einzugehen.“* (Interview 4, Zeile 23-25) *„Ich kann ihnen aber (...) nicht anbieten, dass ich die Körperpflege mit übernehme oder den Wohnungsputz oder sonstiges, weil ich keine Kapazitäten dafür habe.“* (Interview 3, Zeile 35-37)

- Aus Sicht der kooperierenden Einrichtungen
 - Keine sichtbare Motivation bei Drogenkranken

Ein sehr heikles Thema sprechen ein Mitarbeiter des B37 und der Bedarfskoordinator an. Sie beklagen sich über mangelnde Motivation der KlientInnen und haben Drogenfreiheit als oberstes Ziel der Versorgung. *„Ich habe ja oft für mich das Gefühl, dass die Substitut-Leute so das Gefühl haben, sie sind schon ausgestiegen. Und da noch eine Motivation zu schaffen, eventuell doch noch den Schritt weiter zu gehen und auch dort noch weg zu kommen, der ist massiv schwierig.“* (Interview 5, Zeile 66-70) Auch für den Bedarfskoordinator stellt der aktive Drogenkonsum Schwierigkeiten dar. *„..., dass manche wirklich krankheitseinsichtig sind und versuchen wirklich vom Drogenkonsum wegzukommen. Es gibt aber auch Menschen, da weiß man schon im Reden - und eine gewisse Erfahrung und Menschenkenntnis habe ich auch durch die jahrelange Arbeit hier - die belügen sich selbst. Sie sagen im Gespräch mit mir, sie sind am Weg der Besserung und sie kommen weg davon, es passt alles. Aber in Wirklichkeit, wenn sie bei der Tür rausgehen, machen sie weiter wie bisher. (...) Das ist ein Problem.“* (Interview 10, Zeile 71-79)

Diese Sichtweise können zwei ExpertInnen nicht teilen. *„...sie interessiert auch die Drogen nicht mehr, allerdings ein Entzug ist meistens trotzdem keine Perspektive, weil sie es nicht schaffen, oft auch krankheitsbedingt. Das ist auch oft nicht gescheit, da raten dann die Mediziner ab.“* (Interview 1, Zeile 48-51) Der Geschäftsführer des Schweizer Hauses kritisiert die Versorgungsangebote, da alle mit Behandlung verknüpft werden. *„Auch niederschwellige Einrichtungen von harm reduction, die jetzt nicht unmittelbar etwas mit Behandlung zu tun hatten, haben die Brückenfunktion in Richtung Behandlung. Die haben zumindest das Angebot, dass jemand weitervermittelt wird in irgendeine Form von Behandlung. Ältere Drogenabhängige wollen das oft nicht mehr und brauchen das auch nicht unbedingt. (...) Dass man Versorgungsangebote mit Behandlung verknüpft, ist sicher nicht der richtige Weg.“* (Interview 9, Zeile 75-83)

Veränderungen in den letzten Jahren

Betrachtet man die Situation im Bezug auf die Anzahl der älteren DrogenkonsumentInnen, so lassen sich im Großen und Ganzen keine Veränderungen erkennen. Nur der Interviewpartner des B 37 gibt an, dass sich die Anzahl der SubstitutionspatientInnen in ihrer Einrichtung erhöht hat (vgl. Interview 5, Zeile 21). Wie schon vorher beschrieben, beobachtet die Beratungsstelle Point einen Verlust an Betreuungskontakten von älteren drogenabhängigen Menschen. Die anderen Einrichtungen können keine Veränderungen wahrnehmen.

Veränderungen im Bezug auf das Alter und den Pflegebedarf können drei ExpertInnen feststellen. *„Die Hauptveränderungen, die ich bemerke, sind, dass sie älter werden und dass es immer mehr Betreuungs- und Pflegebedarf gibt.“* (Interview 7, Zeile 89-91) *„Ich habe bemerkt, dass es schon ältere Substitutionspatienten gibt. Als ich anfang zu arbeiten, hat es nur Patienten im Alter von 25 - 30 oder noch jünger bei uns gegeben.“* (Interview 4, Zeile 55-57) Zudem beobachtet die Mitarbeiterin von der Hauskrankenpflege, dass die Menschen zunehmend auch dementer werden. *„Älter werden sie und dementer werden sie.“* (Interview 3, Zeile 45) Weiters erhöht sich ihrer Meinung nach auch der Betreuungsumfang (vgl. Interview 3, Zeile 69-60).

13.2.2 Versorgungskonzepte

Alters- und Pflegeheime

Die Frage, ob es überhaupt möglich wäre, ältere Menschen mit Suchterkrankungen in dem bestehenden System von Alters- und Pflegeheimen unterzubringen und ob das zielführend ist, gestaltet sich als sehr schwierig zu beantworten.

So geben zwei Einrichtungen an, dass es durchaus vorstellbar ist und sie keine Probleme bei der Integration sehen. *„Ich denke mir, es kann ein Zusammenleben auf jeden Fall funktionieren. Wenn man den Alltag in einem Pflegeheim kennt, es sind einige Schmerzmittelabhängige und einige Alkoholranke zugegen, es sind Alzheimerkranke zugegen, die im sozialen Umgang auch sehr schwierig sind.(...) Und das ist eine Form der Bedürftigkeit, nämlich eine mit ganz speziellen*

Auswirkungen auf der körperliche Ebene natürlich. Ich glaube nicht, dass das großartige Probleme bereiten würde.“ (Interview 5, Zeile 167-177) Die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe merkt an, dass es für Menschen im ländlichen Gebiet unumgänglich ist, sie in Alters- und Pflegeheimen zu integrieren. „Wenn ich irgendwo in „Hintertupfling“ (Anm.: ugs. für abgelegene Gebiete) jemanden habe und es gibt drei spezialisierte Einrichtungen in Linz, Wels und Steyr, dann ist das ein Wahnsinn, wenn dann ein alter Mensch vom Mühlviertel nach Linz kommt und ihn die Verwandten fast nicht besuchen können, weil der Weg so lange ist. Wenn es da für die Person möglich wäre, dass sie in einem Altersheim vor Ort unterkommt, wo die Angehörigen kommen können, das fände ich schon für wichtig.“ (Interview 7, Zeile 105-111)

Vier Einrichtungen sprechen sich ganz klar gegen einen Integrationsgedanken in Alters- und Pflegeeinrichtungen aus (Interview 3, 4, 6, 10). Als Gründe werden verschiedene Gesichtspunkte angeführt. „... ist trotzdem ein Altersheim nicht so wirklich geeignet, weil es unterschiedliche Interessen zwischen Menschen, die 80 und noch mobil sind und zwischen jemanden, der suchtabhängig ist und auch schon Defizite erlitten hat, aber erst 40 ist, gibt.“ (Interview 6, Zeile 92-95) „Die Leute wollen in kein Heim gehen. Erstens sind sie weit zu jung und die Strukturen sind ein Wahnsinn, wenn sie nur an den Sex denken, falls der noch vorhanden ist.“ (Interview 3, Zeile 96-98). Auch von Seiten der DrogenkonsumentInnen kann es immer wieder zu Problemen kommen, wie eine Mitarbeiterin der Aids-Hilfe anmerkt. „Weil jetzt gerade war so ein Fall, wo die Dame schon einmal von Anfang an die Forderung stellt, dass sie kiffen will, dort wo sie hinkommt, ob das jetzt ein betreutes Seniorenwohnheim oder Altersheim ist. Ich schätze mal, dass es durchwegs sture Leute gibt, die ihren eigenen Willen haben und solche Sachen wie Kiffen und Beikonsum nicht bleiben lassen möchten und sich dieser Kontrolle nicht unterziehen lassen möchten. Da würde es schon erste Probleme geben.“ (Interview 7, Zeile 80-86)

Der Kooperationspartner des EU-Projekts SDDCARE, erwähnt, dass das Vorhandensein vieler Medikamente in einem Alters- und Pflegeheim nicht optimal für SuchtpatientInnen ist (vgl. Interview 9, Zeile 36-41). Der Bedarfskoordinator

findet, dass generell Alters- und Pflegeheime nicht adäquat für diese Zielgruppe sind. *„Seniorenheime sind aber auch nicht gedacht für Menschen, die eine Suchtproblematik haben.“* (Interview 10, Zeile 146-147)

Drei Einrichtungen würden eher vorschlagen, spezielle Abteilungen/ Wohngruppen für ältere SuchtpatientInnen zu schaffen, dann könnten sie sich ein Zusammenleben schon vorstellen (Interview 1, 4, 9).

Mobil betreutes Einzelwohnen

Die Idee des mobil betreuten Einzelwohnens stößt viel eher auf Akzeptanz und Wohlgefallen bei den ExpertInnen. Neun von zehn der befragten InterviewpartnerInnen finden, dass ambulant betreutes Wohnen eine sinnvolle Versorgungsform ist. *„Ich denke mir, man sollte die Leute sowieso so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden belassen, solange sie welche haben.“* (Interview 10, Zeile 159-160) Der Mitarbeiter von Substanz ist sich nicht ganz so sicher und beschreibt etwaige Probleme in der Umsetzung. *„Wir merken einfach, dass der Zeitaufwand einfach zu wenig ist. Weil es bei psychiatrischen Diagnosen, wie Depressionen, es nicht reicht eine halbe Stunde oder Stunde am Tag. Es bräuchte eigentlich mehr (...) Also, wie gesagt, wir haben das schon einmal gehabt...“* (Interview 1, Zeile 140-143) Sehr viele InterviewpartnerInnen machten beim Interview darauf aufmerksam, dass bei dieser Betreuungsform speziell auf Vereinsamung und Isolation zu achten ist. (Interview 1, 2, 5, 7, 9)

Die Frage, ob es zusätzlich zu ambulanten Pflegediensten noch sozialarbeiterische Unterstützung geben sollte, kann durch die geführten Interviews nicht klar beantwortet werden. So sprechen sich vier Einrichtungen ganz klar für eine sozialarbeiterische Betreuung aus und halten deren Einsatz für notwendig. *„Auf jeden Fall braucht es sozialarbeiterische Betreuung.“* (Interview 7, Zeile 124). Die Mitarbeiterin von Point ist der Meinung, dass es im Einzelfall Betreuung durch SozialarbeiterInnen geben soll, dies aber nicht immer zwingend notwendig ist (vgl. Interview 2, Zeile 216-218). Der Bedarfskoordinator spricht sich ganz eindeutig gegen eine sozialarbeiterische Zusatzbetreuung aus. *„Aber, dass*

jetzt jemand kommt, also jetzt speziell eine Sozialarbeiterin oder Magistra Fachhochschule oder wie auch immer, ich glaube, dass das alte Menschen sehr wenig annehmen würden. (...) Beraten ja, organisieren ja, aber dann ist Schluss.“ (Interview 10, Zeile 179-183) Die weiteren vier Teilnehmer der Befragung geben keine Auskunft über zusätzliche Betreuungsnotwendigkeiten.

Betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften

Die Idee von betreuten Wohngruppen findet die Hälfte der Befragten für einen guten, spannenden und zielführenden Weg (Interview 1, 2, 3, 4, 10). Dabei werden in den zitierten Passagen zugleich auch die Vorteile dieser Wohnversorgung sichtbar. *„Ich glaube, dass es Einrichtungen braucht. (...) im Sinne von Wohngemeinschaften oder so, die den Leuten noch irgendeine Aufgabe geben bzw. irgendetwas, wo ich nicht alleine in der Wohnung bin, sondern, wo man ein bisschen mehr Kontakt halten kann oder wo stützende Systeme da sind.“* (Interview 1, Zeile 84-88)

Die fünf weiteren InterviewpartnerInnen äußern Bedenken, welche in drei Argumenten zusammengefasst werden können. So meint der Geschäftsführer des Schweizer Hauses Hadersdorf, dass eine Wohngemeinschaft auch immer mit gewissen Zwängen verbunden ist. *„Betreute Wohngemeinschaft heißt immer, man lebt mit Personen zusammen, die man sich nicht wirklich ausgesucht hat und ist grundsätzlich immer fremdbestimmt.“* (Interview 9, Zeile 85-87) Diese Tatsache sehen einige Einrichtungen als Hindernis, dass eine Wohngemeinschaft überhaupt funktionieren kann. *„So wie ich unsere Leute kenne, die sind oft nicht so einfach. Ich weiß nicht, ob das funktionieren würde. (...) Gerade wenn zu viele Gemeinschaftsbereiche sind, kommt es immer wieder zu Reiberreien (Anm.: Konflikte).“* (Interview 7, Zeile 177-179) *„Das hängt dann halt immer von den Wohngruppen ab. Das muss gut aufeinander abgestimmt sein.“* (Interview 8, Zeile 58-59) Als dritter und letzter Punkt wird von den InterviewpartnerInnen der Caritas und B 37 das Problem der Integration versus der Ghettoisierung angesprochen. Einerseits finden sie es gut, dass eine WG Halt, Sicherheit und Stabilität gibt. Jedoch befürchten sie, dass die Integration zur Gesellschaft/Umgebung dabei

verloren geht (vgl. Interview 5, Zeile 189-187). Weiters beschreiben sie die Gefahr der Rückfälligkeit. *„Weil natürlich dann schon die Gefahr recht groß ist, dass - wenn einer oder eine in der Wohngemeinschaft rückfällig wird oder gröber abstürzt - die anderen mitgehen. Es gibt ja auch diesen Kodex man verpetzt niemanden...“* (Interview 5, Zeile 189-192)

Aber grundsätzlich spricht sich keine Einrichtung explizit gegen Wohngemeinschaften aus. Auch die Frage, wer die Betreuung übernehmen könnte, wird von allen befragten ExpertInnen einheitlich beantwortet. Hier sollte neben einer pflegerischen Fachkraft auch sozialarbeiterische Betreuung übernommen werden. *„Also da denke ich schon, dass Sozialarbeit wichtig ist. Einfach weil in einer Wohngemeinschaft gibt es Dynamik, da gibt es Regeln natürlich, da soll es Besprechungen geben.“* (Interview 2, Zeile 235-237)

Weitere Versorgungsideen

Sehr erfreulich ist, dass - obwohl dieses Thema noch sehr neu ist - einige zusätzliche Versorgungsideen vorherrschen. Diese werden in der folgenden Kategorie angeführt.

➤ Im Wohnbereich

- Generationenübergreifende Wohngemeinschaften

Ein Mitarbeiter der Volkshilfe schlägt vor, altersdurchmischte Wohngruppen zu installieren, um eine Durchmischung zu fördern. *„Ich glaube, es fehlt generell an Strukturen, die auch generationenübergreifend sind (...) Damit meine ich WG-artige Strukturen. (...) Dadurch würde das Verantwortungsbewusstsein der Jüngeren gefördert werden und die Älteren wären in die Gesellschaft integriert. Für Opiatabhängige finde ich das noch wichtiger, weil ein Opiatabhängiger versteht einen anderen Opiatabhängigen besser wie jemand, der keine Drogenerfahrungen hat. Und ich meine damit nicht die ganz Jungen, die neu in der Szene sind, sondern die schon ein bisschen älter sind, so 30/40.“* (Interview 4, Zeile 72-80) Dabei schlägt er vor, Schulungen für die jüngeren Mitbewohner anzubieten, z.B. im Umgang mit Demenz (vgl. Interview 4, Zeile 86-89).

- Durchmischte Wohngemeinschaften

Der Mitarbeiter vom Verein Miteinander ist auch der Meinung, dass Wohngemeinschaften durchmischt gehören. *„Ich denke mir schon, dass das durchmischt gehört. Ich denke mir jetzt, der Grund, warum sie dort sind oder der Grund, warum die miteinander wohnen, ist im Endeffekt egal.“* (Interview 8, Zeile 67-69) Mit welchen Menschen ältere DrogenkonsumentInnen in WGs zusammenwohnen könnten, sagt er nicht.

- Spezialisierte Einrichtungen

So schlägt der Bedarfskoordinator eine Einrichtung vor, in welcher ausschließlich ältere DrogenkonsumentInnen betreut werden sollen. *„Eigentlich eine eigene Einrichtung, die genau und ausschließlich auf diese Problematik ausgerichtet ist.“* (Interview 10, Zeile 155-156)

- Unterstützende Maßnahmen

- Haushaltstraining

Ein Mitarbeiter der Volkshilfe schlägt vor, ein Haushaltstraining für ältere DrogenkonsumentInnen anzubieten, da aufgrund seiner Erfahrungen Mängel in der Haushaltsführung zu erkennen sind. *„Weiters benötigt es ein Haushaltstraining. (...) Dies könnte auf Freiwilligenbasis, z.B. über das Rote Kreuz, angeboten werden. Ich könnte mir so was auch über die Volkshilfe vorstellen oder auch in Kooperation mit einer Schule.“* (Interview 4, Zeile 94-99)

- Mobile Therapie/psychiatrische Krankenbetreuung

Gleichzeitig schlägt der Mitarbeiter vor, mobile psychiatrische Krankenbetreuung oder mobile Psychotherapie anzubieten, da er davon noch nie zuvor gehört hat. *„Ich würde es noch super finden, wenn es eine mobile psychiatrische Krankenbetreuung oder mobile Psychotherapie angeboten werden würde. (...) , weil man dann die psychosozialen Bedürfnisse abdecken könnte.“* (Interview 4, Zeile 91-94)

- Besuchsdienste/Laienhilfe

Von vier Einrichtungen wurde angesprochen, dass es zusätzlich Ideen geben muss, um die KlientInnen mehr in das gesellschaftliche Leben zu integrieren und um soziale Kontakte zu fördern. *„...man müsste sich neue Formen überlegen, wo auch soziale Kontakte gepflegt werden können und auch kulturelle Bedürfnisse zum Tragen kommen.“* (Interview 9, Zeile 171-172) Dazu hat die Mitarbeiterin der Volkshilfe die Idee, Buddy-Projekte umzusetzen (vgl. Interview 3, Zeile 17-123). Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle Point gibt an, dass es z.B. Laienhilfe brauchen würde, um die Sozialkontakte zu erhöhen. *„Ich glaube, da bräuchte es Beziehungsangebote (...), Laienhilfe ist nur ein Beispiel, es kann auch ganz was anderes sein, wo (...) sie gewisse Freizeitbeschäftigungen auch günstig ausüben können.“* (Interview 2, Zeile 77-83) Auch die Mitarbeiterin der Caritas ist der Meinung, dass durch ehrenamtliche ArbeiterInnen Angebote für die Betroffenen geschaffen werden sollten. *„Ich könnte mir durchaus auch vorstellen, dass es Besuchsdienste gibt, wo man nicht gezielt eine Ausbildung braucht. Sondern viel mehr menschliche oder soziale Kompetenz. Wenn es z.B. darum geht, dass der Haushalt in Ordnung gehalten wird.“* (Interview 6, Zeile 197-199)

- Teilnahme am gesellschaftlichen/kulturellen Leben

- Kreativgruppen/Freizeitangebote/Arbeitsprojekte

Zwei MitarbeiterInnen der Suchthilfe geben an, dass es Angebote von Kreativgruppen, Arbeitsprojekten und sinnvolle Freizeitgestaltung geben müsste. (vgl. Interview 2, Zeile 87-94) Dabei weisen sie darauf hin, dass speziell in dieser Altersgruppe Aufgaben und Freizeit wichtig sind, da vermehrt das Leben rückwirkend beachtet wird. *„Ein großes Thema ist die Vereinsamung und viele fangen dann auch an, den Lebensweg zu überprüfen. Was habe ich alles falsch gemacht im Leben, warum bin ich jetzt da, wo ich bin, welche Rolle habe ich überhaupt noch oder welche Aufgabe?“* (Interview 1, Zeile 38-41)

Mitgestaltung an der Versorgung

Alle Einrichtungen können sich vorstellen, bei der Versorgung mitzuwirken. Die vier befragten Pflegeeinrichtungen sehen ihre Aufgabe in der extramuralen Betreuung. *„Im extramuralen Bereich, ja. An der ständigen Versorgung in einer spezifischen Einrichtung nicht.“* (Interview 4, Zeile 108-109), gibt ein Mitarbeiter der Volkshilfe an. Auch der Mitarbeiter vom B 37 schränkt seine Mitwirkung auf substituierte Menschen ein. *„Das ist eine Frage des Legalitätsprinzips. Ich muss ja davon ausgehen, dass Menschen, die aktiv konsumieren, logischerweise auch im Haus hier konsumieren und das dürfen wir ja nicht. Das ist nach der vorgeschriebenen Gesetzeslage immer noch verboten und wir dürfen natürlich nichts Illegales tolerieren. Von da her müssen wir uns an die Vorgaben halten, was uns natürlich auch behindert.“* (Interview 5, Zeile 48-52)

Sogar der Mitarbeiter des Vereins Miteinander, welcher noch nie an einer Betreuung mit der Zielgruppe beteiligt war, könnte sich durchaus eine Zusammenarbeit vorstellen. *„...was wir auch jetzt schon anbieten für Menschen mit Beeinträchtigungen, kann ich mir auch hier ganz gut vorstellen, weil wir gehen individuell auf die Leute ein, was sie brauchen und dokumentieren das auch sehr gut.“* (Interview 8, Zeile 86-88) *„..., dass das ganz gut funktionieren kann, weil die Ressourcen im psychosozialen Bereich für die mobile Betreuung sehr knapp sind. Beziehungsweise haben die Leute dort keine pflegerische Ausbildung. Die zielen rein auf Gespräche ab.“* (Interview 8, Zeile 47-50)

Die Aufgabe des Vereins Substanz sieht der Mitarbeiter eher in der Öffentlichkeitsarbeit, da die Einrichtung ganz klar einen Auftrag hat. *„Wir haben grundsätzlich einen klaren Auftrag, was wir sehen ist, dass wir darauf hinweisen, dass wir sagen, es braucht so etwas.“* (Interview 1, Zeile 93-94). Wie auch der Verein Substanz sieht die Mitarbeiterin der Beratungsstelle Point ihren Beitrag nicht in der direkten Versorgung, sondern in der Begleitung von mobilen Diensten. *„..., das Leute, wie Hauskrankenpflege/Altenhelferinnen, die zu solchen Leuten gehen, eine Schulung brauchen oder eine Coachingmöglichkeit. (...) Das ist dann etwas, wo ich mir wieder gut vorstellen kann, dass wir da unterstützend wirken können (...) Beispielsweise in der Ausbildung. Oder durchaus auch im Einzelfall*

ein Coaching anbieten, wenn es eine schwierige Situation ist.“ (Interview 2, Zeile 254-263)

13.2.3 Professionen

Professionen für die Versorgung

Bei der Frage, welche Professionen sich der Versorgung widmen sollen, sind sich alle ExpertInnen einig. Es sollte ein multiprofessionelles Team sein, diese Meinung wird von allen geteilt. Einzig der Bedarfskoordinator traut sich keine Einschätzung zu (vgl. Interview 10, Zeile 199-200).

Bei der Aufzählung der Professionen lässt sich erkennen, dass für alle Befragten Pflegedienste (sei es jetzt diplomiertes Krankenpersonal, Heimhelfer, Fachsozialbetreuer, Altenbetreuer etc.), SozialarbeiterInnen und medizinisches Personal (ÄrztInnen, Drogenambulanz etc.) unumgänglich sind. Sehr häufig wurden auch PsychologInnen und TherapeutInnen von verschiedenster Fachrichtungen genannt. Einmalig wurden auch Psychiatrie, Apotheken, Zivildienstler, Essen auf Rädern, Reinigung/HaushaltshelferInnen, ehemalige Abhängige, BehindertenpädagogInnen und Ehrenamtliche erwähnt.

Qualifikation der Professionen

Weniger einig waren sich die befragten InterviewpartnerInnen, wenn es um die Frage der Qualifikation der Professionen ging. So waren drei Einrichtungen (Interview 1, 3, 8) der Meinung, dass die Professionen gut für die Versorgung gerüstet sind. Drei Einrichtungen finden, dass noch Mängel in der Altenpflege/Pflegedienste vorliegen. Dabei sprach ein Mitarbeiter der Volkshilfe von massiven Vorurteilen und Ängsten. *„Von der Pflege her habe ich das Gefühl, dass unsere Profession große Vorurteile hat. Das betrifft die Altenbetreuung genauso. Da ist ein Aufholbedarf, der mit einer Schulung bezüglich Substitution abgeholfen werden könnte. Viele glauben noch, wir bringen ihnen die Drogen. IV-Abhängigkeit ist gleich HIV und Aids. Da muss ich aufpassen, die rauben dich aus wegen dem Geld, und so weiter.“ (Interview 4, Zeile 118-123).* Diese Angst wird von der Leiterin einer Einrichtung für mobile Dienste kommentiert. *„...Angst wird nur durch das Nicht-Wissen verursacht oder das Zuwenig-Wissen. Und deshalb*

stigmatisiert man Leute leichter, Verurteile entstehen leichter und man hat Angst, wie man mit den Leuten umgehen soll.“ (Interview 6, Zeile 154-157)

Auch die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe sieht große Mängel im Bereich der Pflege. *„Pflegedienste, glaube ich, haben noch zu wenig Know-how. Das sehe ich immer wieder im HIV-Bereich.“ (Interview 7, Zeile 144-145)*

Auf der Gegenseite benennt der Mitarbeiter des B 37 auch fehlende Qualifikationen auf sozialarbeiterischer Ebene. *„Die FH genauso wie die SOZAK waren Grundsteinausbildungen und dann ist es sehr davon abhängig, was mache ich nachher, für was interessiere ich mich und wo investiere ich in mein Fortbildungsbudget und meine Zeit.(...) Direkt von der Schule weg ist sicher zu wenig“ (Interview 5, Zeile 240-245)* Er ist der Meinung, dass SpezialistInnen gefunden werden müssen, welche sich fortgebildet haben und auf jahrelange Erfahrungen zurückgreifen können (vgl. Interview 5, Zeile 243-251).

Der Geschäftsführer des Schweizer Hauses beantwortet die Frage nach der Rüstung der Professionen mit einem klarem „Nein“ und unterscheidet dabei auch nicht innerhalb der Professionen. *„Es gibt aus meiner Sicht keinen Bereich, der sagen kann, wir kennen uns aus, was wir anbieten ist gut, also wir wissen, wie wir mit diesem Problem umgehen sollen.“ (Interview 9, Zeile 181-183)* Der Bedarfskoordinator geht sogar so weit und glaubt nicht daran, dass jemals die Professionen für diesen Bereich gerüstet sein können. *„Ich glaube, man kann das nie so richtig abdecken, dazu gibt es ständig neue Drogen. (...) Das heißt, die Medizin, Sozialarbeit, Psychologie muss sich immer auf neue Gegebenheiten einstellen. Und hier glaube ich, dass wir das nie hinbekommen werden. Ist das wieder weg, kommt irgendwas Neues.“ (Interview 10, Zeile 204-211)*

Auffällig oft wird mit der Beantwortung der Fragestellung die Forderung nach einer Schulung kombiniert, welche für unumgänglich und sinnvoll erachtet wird. *„Nein, die brauchen sicher eine nachrüstende Ausbildung oder Weiterbildung dazu, weil in der Ausbildung zum Fachsozialbetreuer, Altenarbeit oder auch Heimhilfe und sogar diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Richtung Sucht nicht so die Ausbildung hat, die sie dann in der Praxis brauchen wird. Da gibt es sicher Handlungsbedarf, dass das mehr im Unterricht mit eingebracht wird.“ (Interview 6, Zeile 145-149)*

Zusammenarbeit unter den Professionen

Drei ExpertInnen der Pflegedienste geben an, derzeit schon mit SozialarbeiterInnen zusammenzuarbeiten. Gemeint sind dabei die SprengelsozialarbeiterInnen der Kompassstellen Linz (Interview 3, 4, 6). Weiters arbeiten die MitarbeiterInnen der mobilen Einzelbetreuung noch mit ÄrztInnen, Reinigungsdiensten, Pro Mente und Exit zusammen. Der Mitarbeiter des B 37 nennt eine Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern, Psychiatrischen Kliniken, Substanz, Pflegeeinrichtungen und den Bedarfskoordinatoren (vgl. Interview 5, Zeile 254-272). Alle anderen befragten InterviewpartnerInnen geben keine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im Zusammenhang mit dieser Zielgruppe an. Erkennbar ist, dass es derzeit keine Vernetzung zwischen Suchteinrichtungen und Pflegeeinrichtungen gibt. Dies bestätigt uns auch der Mitarbeiter von Substanz und erzählt von Schwierigkeiten *„im Sinne von Betreuung alter Menschen nicht. Eigentlich haben wir es einmal probiert mit Hauskrankenpflege usw. über eine Klientin, das war aber schwierig, weil die auch oft einen Wechsel vom Dienst gehabt haben und nicht immer die gleiche Person kommt.“* (Interview 1, Zeile 204-207)

13.2.4 Ausbildung/Fortbildung

Teilnahme an einer Fortbildung/Ausbildung

Keine MitarbeiterIn hat jemals an einer Fortbildung/Ausbildung/Tagung teilgenommen, welche sich explizit der Thematik von älteren Drogenabhängigen gewidmet hat. Schulungen im Bereich Sucht (vor allem Alkoholerkrankungen) hat es in den Pflegeeinrichtungen schon gegeben und finden auch immer wieder statt (Interview 3, 4, 6, 8). Weiters haben auch Schulungen zum Bereich illegale Drogen im B 37 und in der Aids-Hilfe schon stattgefunden (Interview 5, 7). Der Geschäftsführer im Schweizer Haus und der Mitarbeiter des Vereins Substanz merken an, dass es spezifische Angebote aber auch kaum gibt (Interview 1, 9).

Eigenes Interesse/Teilnahme an einer Fortbildung

Sechs der neun befragten InterviewpartnerInnen in Linz geben an, dass sie Interesse an dieser Thematik haben und glauben, dass sehr viele ihrer KollegInnen diese Meinung teilen. Die meisten würden sogar an einer Fortbildung teilnehmen, wenn es diese geben würde. *„Auf jeden Fall, weil ich glaube, dass das noch mehr Thema werden wird, dass noch mehr darüber gesprochen werden muss und dass es durchaus eine Berechtigung hat, in diese Richtung weiter zu arbeiten.“* (Interview 6, Zeile 228-230)

Die Mitarbeiterin von Point hat derzeit kein Interesse an dem Thema, da sich diese Fragestellung nicht mit dem Bedarf ihrer Einrichtung deckt. *„Momentan nicht, weil es momentan überhaupt nicht den Bedarf unserer Klienten/Klientinnen entspricht. Das sind ganz andere Baustellen, die uns im Moment beschäftigen.“* (Interview 2, Zeile 298-300)

Der Mitarbeiterin der Aids-Hilfe Linz ist es ein großes Anliegen, dass bei der Fortbildung nicht wieder Menschen mit einer HIV/Aids-Erkrankung ausgeschlossen werden. *„Ja, auf jeden Fall. Jedoch würde ich gleich wieder fragen, ob HIV eh kein Ausschlussgrund wäre, weil dann bringt das ja für mich nichts“* (Interview 7, Zeile 193-194). Auch der Mitarbeiter des B 37 bräuchte mehr Informationen zu einer Fortbildung /Schulung. *„Das kommt drauf an, was es kostet. Wie lange es ist und wo es ist. Aber natürlich interessant ist es auf alle Fälle.“* (Interview 5, Zeile 295-296) Grundsätzlich ist das Interesse für diese Thematik bei den meisten befragten Einrichtungen sehr hoch.

14 Bedeutung der Sozialarbeit

In den ExpertInneninterviews wurden zwei Ansätze der Sozialarbeit ersichtlich, auf welche im folgenden Kapitel näher eingegangen wird und die kurz mit Literatur belegt werden.

Zwei ExpertInnen erwähnten, dass sie es als notwendig empfinden, „Case-Management Prozesse“ in die Betreuung zu implementieren (Interview 7, 9).

„Es gibt jetzt sehr viele Stimmen, die sagen, man muss wieder zurück zu diesem Case Management. Das heißt, dass eine bestimmte Person mehrere Leistungen gleichzeitig macht und das aber in einer erhöhten Regelmäßigkeit, weil sonst wird das zu einer Abfertigungsfließband-Geschichte, wo soziale Kontakte keinen Platz mehr haben.“ (Interview 9, Zeile 151-158) Auch die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe unterstützt diesen Gedanken, da sie der Meinung ist, dass es sich bei älteren DrogenkonsumentInnen um Personen mit Multiproblemlagen handelt und daher verschiedenste Professionen zusammenarbeiten müssen (vgl. Interview 7, Zeile 131-134).

Die Ursprünge des Case Managements liegen in der mobilen Betreuung psychisch Erkrankter. Darunter wird ein Unterstützungsmanagement, das zum Ziel hat, für die konkrete Problemlage Dienstleistungen für Betroffene zu erschließen und zu koordinieren, verstanden. Dabei geht es darum, sehr intensiv, wirksam und effizient Vernetzung/Kooperation/ Hilfe anbieten zu können. In den bestehenden Systemen sollen Ressourcen mobilisiert und nutzbar gemacht werden (vgl. Galuske 2007, S. 197). Gerade ältere DrogenkonsumentInnen nehmen oft eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten in Anspruch. Diese gut aufeinander abzustimmen, zu koordinieren und zu nutzen, gilt es für diese Zielgruppe anzustreben. In Österreich bestehen zur Bedürfnisabdeckung eine Vielzahl von Gesetzen und Regelungen, die selbst für SpezialistInnen kaum überschaubar sind. Für die Betroffenen ergeben sich dadurch erschwerte Zugangsregelungen, die nur mit Hilfe von gezieltem Case-management überwunden werden können. Dieser Weg ist notwendig, damit die Unterstützungsangebote überhaupt die Zielgruppe erreichen und für diese zugänglich werden (vgl. Spirig, Gegenhuber, Malfent 2010, S. 39).

Als zweiter Ansatz der Sozialarbeit wurde die Gemeinwesenarbeit/Sozialraumorientierte Arbeit vom Mitarbeiter des B 37 erwähnt. *„...,dass es aus Sicht der Sozialarbeit auch Konzepte der Gemeinwesenarbeit als interessante Strategie zu verfolgen gäbe. Wo man dann also größere Gruppen aktiviert und da ein soziales Zusammenleben schafft.“*

(Interview 5, Zeile 150-152) Sozialarbeiterische Betreuung soll auch die soziale Integration der KlientInnen in die Umgebungen als Ziel haben.

In der „Sozialraumorientierten Arbeit“ geht es darum, die Lebensbedingungen älterer Menschen mit Suchtproblematik zu verbessern. An Interessen und Problemen wird im Sinne der Sozialraumorientierung angeknüpft. Durch Vernetzung sollen Probleme bearbeitet werden beziehungsweise kann durch präventive Arbeit vermieden werden, dass Probleme erst gar entstehen. Dabei werden die im Sozialraum lebenden Menschen aktiv beteiligt und die dort vorhandenen Ressourcen genutzt. Auf diesem Weg werden Eigeninitiative und Selbsthilfekräfte unterstützt (vgl. Galuske 2007, S. 276). Besondere Bedeutung hat bei der Zielgruppe der älteren SuchtklientInnen die soziale Netzwerkarbeit. Das Beziehungsgeflecht des Individuums soll gestaltet und ausgeweitet werden. Dabei können auch Gruppen und Institutionen eine Rolle spielen. Vorwiegend geht es um die Stärkung der Selbsthilfepotentiale. So können auch KlientInnennetzwerke eine hilfreiche Unterstützung für Betroffene sein. Somit konzentriert sich dieser Ansatz weniger auf das Individuum alleine, sondern fasst auch dessen Beziehungen ins Auge (vgl. Galuske 2007, S. 309).

Durch die Befragung der ExpertInnen ergaben sich neben sozialarbeiterischen Ansätzen auch eventuelle zukünftige Aufgabenbereiche.

Dabei waren sich alle Befragten einig, dass es in der Versorgung von älteren DrogenkonsumentInnen multiprofessionelle Teams geben sollte, in denen Sozialarbeit vertreten sein soll. So könnten SozialarbeiterInnen die Betreuung von Wohngruppen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften übernehmen oder auch in spezialisierten Einrichtungen mitarbeiten. Von einigen InterviewpartnerInnen wird auch deren Einsatz beim ambulant betreuten Einzelwohnen gewünscht und gefordert. Wie auch immer die Versorgung ausfallen könnte, die Mitarbeit von SozialarbeiterInnen könnte ein zukünftiger Aufgabenbereich sein. Auch die Forderung nach Freizeitgestaltung, Leitung von Kreativgruppen und Arbeitsprojekten sowie die Anleitung für Laienhilfe etc. könnten durch die Sozialarbeit erfolgen. Die Idee einer Mitarbeiterin der Suchthilfe ist, aktiv an der Ausbildungsgestaltung für MitarbeiterInnen der

Altenpflege/Krankenpflege mitzuwirken sowie Schulungen anzubieten. Bei besonders schwierigen Fällen könnte die Sozialarbeit Coachingmöglichkeiten anleiten und somit die Zusammenarbeit von Suchthilfe und Pflegedienste fördern.

14.1 Überprüfung der Hypothesen/Annahmen

Hypothese 1: Aufgrund der Verbesserung in der Tertiärprävention steigt die Anzahl der alten Opiatabhängigen in den nächsten Jahren an.

Aufgrund der Literaturrecherche kann diese Hypothese bestätigt werden. Seit Einführung von Schadensminimierungsmaßnahmen (Tertiärprävention) haben sich die Überlebenschancen für Menschen mit Opiat- und Drogenproblemen massiv verbessert. Seit 1990 haben DrogenkonsumentInnen eine massive Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung erfahren. Dieser Fakt wirkt sich sehr positiv auf die Lebensbedingungen und auf das Alter der Betroffenen aus. So haben breit aufgestellte Substitutionsprogramme, verschiedene Kampagnen zu „Safer- Use“ und medizinische Behandlungsmöglichkeiten diverser Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen etc. die Risiken des Konsums illegaler Drogen vermindert und damit die Überlebenschancen bzw. die Lebenserwartung dieser Menschen deutlich erhöht. Ein Beispiel dafür ist der Rückgang der HIV-Infektionen von ca. 15 % auf ca. 5% (vgl. Vogt 2009, unveröffentlichtes Manuskript). Weiters hat beispielsweise die seit 1996 erfolgreich eingesetzte sog. *3er Kombinationstherapie* (Antiretrovirale Therapie) die Überlebenszeiten mit HIV/Aids erheblich verlängert. Diesen Fakt unterstreichen auch einige der InterviewpartnerInnen der ExpertInnenbefragung. *„Weil dann sind wirklich gute, diese Dreifachkombinationen, die hochaktive antiretrovirale Medikation gekommen und dies hat vielen das Leben bis heute ermöglicht.“* (Interview 7, Zeile 16-18) Auch die MitarbeiterInnen der Alten- und Pflegedienste unterstreichen in ihren Aussagen den bisherigen Fortschritt und den zu erwartenden Altersanstieg. *„Nachdem die Medizin doch auch sehr fortgeschritten ist, leben die Leute immer länger, weil es einfach mehr und bessere Behandlungsmöglichkeiten gibt, auch von der Medikation und so weiter...“* (Interview 6, Zeile 34-36)

Zwar ist der Anstieg der Zielgruppe noch nicht/kaum in den Einrichtungen spürbar, da in manchen Institutionen noch keine oder nur sehr wenige KlientInnen auffindbar sind. Keine Einrichtung in Linz hat ältere DrogenkonsumentInnen als „Stammklientel“. Jedoch schließen auch keine MitarbeiterInnen aus, dass der prognostizierte Anstieg nicht ebenso für ihre Einrichtung relevant werden könnte. Manche rechnen sogar gezielt mit diesen Veränderungen (Interview 1, 2, 5, 6, 7). So kann man sagen, dass die Verbesserungen in der Tertiärprävention („harm reduction“) schon jetzt Auswirkungen auf die Anzahl der alten Opiatabhängigen hat und die Vermutung liegt sehr nahe, dass auch in den nächsten Jahren die Zielgruppe noch ansteigen wird.

Hypothese 2: Opiatabhängige alte Menschen haben besondere Bedürfnisse, die im derzeitigen Versorgungssystem nicht ausreichend Beachtung finden (können).

Die Hypothese kann nicht einheitlich beantwortet werden, weil hier große Unterschiede in der Suchthilfe und Alten/Pflegehilfe zu erkennen sind. So bemerkt man, dass MitarbeiterInnen der Suchthilfe der Meinung sind, dass aus den Lebensumständen der KlientInnen spezielle Bedürfnisse entstehen, während die Alters-/ Pflegeversorgung davon ausgeht, dass sich die Bedürfnisse nicht grundlegend von alten Menschen unterscheiden. So wurde die Frage nach speziellen Bedürfnissen mit 50% zu 50% beantwortet. Alle ExpertInnen sind sich aber dahingehend einig, dass die Zielgruppe einen erhöhten Bedarf an Integration hat und massiv von Ausgrenzung, Isolation und Vereinsamung betroffen ist. Sie geben an, dass bei älteren Drogenabhängigen ein Mangel an Sozialkontakten vorhanden ist, da oft FreundInnen schon verstorben sind, die familiären Strukturen brüchig sind und häufig auch eine Abkapselung aus der Drogenszene erfolgt.

Die InterviewpartnerInnen der Suchthilfe geben zusätzlich noch an, dass auch ein erhöhter Pflegebedarf und Bedarf an medizinischer Versorgung bei älteren DrogenkonsumentInnen gegeben ist. Dies lässt einen großen Spielraum zur Interpretation zu. So kann man davon ausgehen, dass für Alten- und Pflegedienste dieser Bedarf zur Normalität gehört, da sie ausschließlich Menschen mit Pflegebedarf versorgen. Für die MitarbeiterInnen der Suchthilfe ist diese Tatsache etwas Besonderes, da sie durchaus KlientInnen ohne Pflegebedarf

mitversorgen. Hier wird die Bedeutung der eigenen Erfahrungen ganz klar sichtbar. Zusätzlich wird im Zusammenhang mit den Bedürfnissen von älteren Opiatabhängigen noch der Wunsch nach psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten laut. Weiters gibt es auch Nennungen zu finanziellen und kulturellen Bedürfnissen, die oftmals eng zusammenhängen. Drei MitarbeiterInnen beschreiben, dass ältere opiatabhängige Menschen oft von finanziellen Engpässen bis hin zur Verschuldung betroffen sind und somit sehr häufig auch aus dem kulturellen Leben ausgeschlossen sind.

Auf die Bedürfnisse von älteren DrogenkonsumentInnen kann im derzeitigen Versorgungssystem noch nicht ausreichend eingegangen werden, da es zurzeit noch keine spezifischen Versorgungsangebote gibt und die KlientInnen im derzeitigen Versorgungssystem kaum erreicht werden. Hier wird der Zielgruppe noch nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt und innerhalb der Versorgung sind noch große Mängel zu erkennen.

Hypothese 3: Das bisherige Versorgungssystem in Linz wird für die angegebene Zielgruppe nicht mehr ausreichen und neue Konzepte werden benötigt.

Wie schwierig es derzeit in Linz ist, ältere DrogenkonsumentInnen in bestehende Wohneinrichtungen zu vermitteln, beschreiben die InterviewpartnerInnen der Suchthilfe, Aids-Hilfe und der Bedarfskoordinator in den Interviews sehr ausgiebig. Da es für ältere DrogenkonsumentInnen keine spezifischen Versorgungsangebote gibt, bleibt nur die Möglichkeit, sie in das bestehende System zu integrieren. Doch hier ist eine Tendenz zur Ausgrenzung erkennbar. Alters- und Pflegeheime weigern sich, ältere DrogenkonsumentInnen aufzunehmen, wie der Bedarfskoordinator und die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe beschreiben (Interview 7, 10) So ist es in Linz noch nie gelungen, opiatabhängige Menschen in Alters- und Pflegeheimen unterzubringen. Auch andere Einrichtungen aus dem psychosozialen Bereich nehmen diese Zielgruppe nicht in ihre Wohneinrichtungen auf. Als Ausschlussgrund wird stets Drogenkonsum angegeben. Die Schwierigkeit wird dadurch erhöht, dass gewisse Einrichtungen nicht (genügend) auf einen medizinischen Pflegebedarf ausgerichtet sind und die Einrichtungen der Alten- und Pflegedienste nicht auf substanzkonsumierende Personen eingestellt sind.

Daher kann die Hypothese sogar dahingehend verändert werden, dass das bisherige Versorgungssystem für die angegebene Zielgruppe schon jetzt nicht ausreicht. *„Da bin ich mir sehr sicher, dass die Kapazitäten nicht ausreichen.“* (Interview 10, Zeile 199-120) Wächst die Zielgruppe in den nächsten Jahren zusätzlich noch an, wird der Engpass an Wohnversorgung noch größer werden.

Interessant ist daher die Frage, ob sich z.B. der gesamte Alten- und Pflegebereich für die Zielgruppe öffnen wird und sich auf diese Personengruppe einstellt. Passiert dies nicht oder zeigt sich durch praktische Erfahrungen, dass eine flächendeckende Versorgung nicht sinnvoll ist, so wird es unumgänglich sein, neue Versorgungskonzepte zu installieren. Hier sind sich die ExpertInnen nicht einig. So ist es der Wunsch mancher ExpertInnen, die bestehenden Strukturen für die Bedürfnisse der Zielgruppe zu adaptieren, um ältere DrogenkonsumentInnen in die Gesellschaft zu integrieren. Andere wiederum sehen als einzige Möglichkeit, spezialisierte und gesonderte Einrichtungen für die Betroffenen zu schaffen, da für sie ein Zusammenleben mit gesunden älteren Menschen nicht zielführend und umsetzbar ist. Von einigen InterviewpartnerInnen wird auch der Wunsch nach der Umsetzung von beiden Wohnformen laut. Sie geben an, dass es verschiedene Biografien und Lebensgewohnheiten bei den Betroffenen gibt und es daher bei manchen KlientInnen durchaus vorstellbar ist, sie z.B. in Alters- und Pflegeheimen zu integrieren. Bei anderen wiederum ist diese Wohnform unvorstellbar und sie bräuchten daher spezialisierte Wohnformen. Wie auch immer diese Frage gelöst wird, ein Umdenken und Suchen nach adäquaten Wohnformen ist für diese Zielgruppe unumgänglich.

14.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

DEFINITION UND BESCHREIBUNG

Zusammenfassend kann man sagen, dass man bei der Zielgruppe der älteren Opiatabhängigen nicht vom gleichen Altersbegriff ausgehen kann, wie bei der „herkömmlichen Bevölkerung“. Das Alter der Betroffenen liegt weit unter dem des Durchschnitts von alten Menschen. Über diesen Fakt sind sich alle befragten ExpertInnen einig und setzten die Grenzen bei 35 bis 40 Jahren an. Um einen Eindruck von der Zielgruppe zu gewinnen, sind Beschreibungen der

Lebensumstände, Rahmenbedingungen und Problemstellungen wesentlich aussagekräftiger als das Alter an sich. Dabei vertreten alle Befragten die Meinung, dass der Großteil der älteren OpiatkonsumentInnen von gesundheitlichen und psychischen Problemen betroffen ist. Diese wurden einerseits durch den jahrelangen Drogenkonsum und den schlechten sozialen Bedingungen, in welchen sie sehr häufig leben, verursacht. Aufgrund dieser Defizite ergibt sich für die Personengruppe ein erhöhter Bedarf an Pflegemaßnahmen und psychosozialer Betreuungsmaßnahmen. Das häufige Auftreten von komorbiden psychiatrischen Erkrankungen erschwert den Alltag der KlientInnen und stellt ein großes Hindernis in der Behandlung dar. Schon hier sind Ausgrenzungen der Klientel aus der Versorgung erkennbar. Alle InterviewpartnerInnen geben an, dass ältere SuchtpatientInnen vielfach von sozialen Kontakten ausgeschlossen sind und in ihren eigenen Wohnungen vereinsamen und teilweise sogar verwahrlosen. Die MitarbeiterInnen der Hauskrankenpflege geben an, dass sie vermehrt auf desolate Wohnungszustände, mangelnde Ernährung, und Probleme in der Körperpflege stoßen. Da sehr häufig die Kontakte zu Bekannten, FreundInnen und Familie abgebrochen sind oder diese Personen schon verstorben sind, ist ein Einsamkeitsgefühl spürbar. Zwei Mitarbeiter der Suchthilfe berichten von vermehrten psychiatrischen Erkrankungen und Suiziden in dieser Lebensphase (Interview 1, 10). Weiters führen Schwierigkeiten in der Alltagsgestaltung zu einem Gefühl der Sinnlosigkeit. So sind ältere DrogenkonsumentInnen meist auch vom kulturellen Leben ausgeschlossen.

Erkennbar ist, dass ältere SuchtklientInnen schon KonsumentInnen von sozialen Leistungen sind, jedoch nicht sehr häufig in Einrichtungen der Suchthilfe und Altenhilfe auftauchen. Selten findet man sie in Pensionistenclubs oder im Vereinswesen, da sie hier sehr oft unter Diskriminierung leiden (vgl. Interview 9, Zeile 64-69). Meist werden finanzielle Unterstützungsangebote von den Betroffenen genutzt, wie z.B. Sozialhilfe, Pensionsvorschuss, Rezeptgebührenbefreiung etc. Dies zeigt die finanziellen Bedürfnisse der Zielgruppe, die meist in sehr bescheidenen Verhältnissen lebt.

Die Anzahl der älteren Opiatabhängigen in Österreich wird auf ca. 7 200 geschätzt (vgl. Eisenbach-Stangl, Reindl zit. nach Spirig, Gegenhuber, Malfent 2010, S.35). In Linz traut sich den Bedarf keiner der ExpertInnen zu schätzen und oder auch eine Prognose über die nächsten Jahre abzugeben. Fünf Einrichtungen rechnen aber damit, dass die Zahl stark ansteigen wird (Interview 1, 2, 5, 6, 7). Die weiteren 50 % wollen sich nicht festlegen. Obwohl in den Einrichtungen kaum ältere DrogenkonsumentInnen vorkommen, erkennen einige MitarbeiterInnen schon Veränderungen in den letzten Jahren. Während ein Mitarbeiter eine massive Zunahme an SubstitutionsklientInnen beobachtet (vgl. Interview 5, Zeile 21), erkennen drei weitere ExpertInnen, dass das Alter wesentlich höher wird (Interview 3, 4, 7). Zusätzlich wird erwähnt, dass auch der Betreuungs- und Pflegebedarf für einen/eine Klienten/Klientin größer wird und ein verfrühter Eintritt von Demenz zu spüren ist. So befindet sich nur eine gewisse Anzahl an KlientInnen in Betreuung und es kann davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl an KlientInnen bisher von den Einrichtungen noch nicht erreicht worden ist.

Die Relevanz des Themas für die Einrichtung beurteilen die ExpertInnen von sehr hoch (Interview 5, 7, 9), hoch (1, 3, 4, 10) bis derzeit nicht relevant (Interview 2, 6, 8). Die Relevanz des Themas für die Zukunft ist für alle Tatsache.

PROBLEMSTELLUNGEN

Nach der Durchführung der ExpertInneninterviews wurden einige sehr gravierende Problemstellungen im derzeitigen Versorgungssystem bekannt, welche hier auch noch einmal kurz erwähnt werden sollen.

So gibt es zurzeit in Linz große Probleme mit der Substitutionspraxis. Lange Wartezeiten in den Drogenambulanzen, zu wenig ÄrztInnen, die Ersteinstellungen machen etc. erschweren den Alltag. Die Auswirkungen bekommen in erster Linie die KlientInnen zu spüren, welche sich in ihrem Alltagsleben bemerkbar machen.

Im Bereich der administrativen Tätigkeiten, welche die Zielgruppe der älteren DrogenkonsumentInnen betrifft, gibt es eine Vielzahl an erschwerenden Zugängen für z.B. Beihilfen. So berichtet ein Experte, dass es für einen Laien schlichtweg

unmöglich sei, selbstständig einen Antrag auszufüllen. Auch die Tatsache, dass es in den einzelnen Bundesländern so viele verschiedenen Gesetze, Anträge etc. gibt, Beihilfen zu beziehen, verhindert, dass das System durchsichtig wird (vgl. Interview 9, Zeile 135-145).

Weiters klagt die Hauskrankenpflege massiv darüber, dass sie keine AnsprechpartnerInnen für die Betreuung haben. Vor allem das Zusammenarbeiten mit den BedarfskoordinatorInnen wurde stark kritisiert. Da diese kaum zu erreichen und lange Wartezeiten üblich sind, ergeben sich für die HauskrankenpflegerInnen erschwerte Arbeitsbedingungen.

WOHNVERSORGUNG

Die derzeitigen Wohnmöglichkeiten sind für die Zielgruppe sehr gering, teilweise nicht adäquat und unzureichend. Das beruht vorwiegend darauf, dass das bisherige Suchthilfesystem für jüngere KonsumentInnen konzipiert war und daher eng mit Behandlung und Therapie verknüpft wird (vgl. Interview 9, Zeile 73-83). Die Meinung, dass dieses Angebot für ältere DrogenkonsumentInnen nicht mehr attraktiv ist und auch MedizinerInnen von Therapien abraten (vgl. Interview 1, Zeile 51), ist bei den ExpertInnen noch nicht/sehr wenig im Bewusstsein. So tätigen nur zwei InterviewpartnerInnen explizit Aussagen über die Tatsache (vgl. Interview 1, 9).

Zurzeit kann man davon ausgehen, dass sich sehr viele ältere DrogenkonsumentInnen in ihren eigenen Wohnungen aufhalten und nur in den seltensten Fällen zusätzliche Betreuung bekommen. Weiters pendeln die Betroffenen oft zwischen Krankenhäusern (vorwiegend AKH und Wagner Jauregg) und eigener Wohnung. Die Mitarbeiterin der Aids-Hilfe beschreibt, dass sehr häufig der Gesundheitszustand der KlientInnen zu gut für Krankenhäuser und zu schlecht für das selbstständige Wohnen ist (vgl. Interview 7, Zeile 158-164). Auch in Einrichtungen der Obdachlosenszene wird die Zielgruppe von den Befragten vermutet. Der Mitarbeiter von Substanz gibt an, dass derzeit „halbseidene Lösungen“ gefunden werden, da die Hilfssysteme überfordert sind (vgl. Interview 1, Zeile 68-69). Derzeit werden einige ältere DrogenkonsumentInnen von der

Hauskrankenpflege der Volkshilfe Linz betreut und manche leben im Psychosozialen Wohnheim B 37. Der Bedarfskoordinator gibt an, dass diese Zielgruppe auch von der „Caritas Invita“ mitbetreut wird (vgl. Interview 10, Zeile 114-117).

Zwei Einrichtungen berichten auch davon, dass es in Linz eine Ghettoisierung gibt (Interview 3, 6). In gewissen Vierteln (vor allem im Frankviertel) wohnt eine Vielzahl an älteren DrogenkonsumentInnen.

In der Wohnversorgungs - Praxis ergibt sich eine Vielzahl an Hürden und Ausschlusskriterien. An vorderster Front steht dabei meist das *Prinzip der Illegalität*, welches als Ablehnungsgrund erster Wahl gilt. Die Anzahl der abgelehnten Interviews aus dem Bereich der mobilen Dienste, der psychosozialen Wohnversorgung und aus der Obdachlosenszene zeigt, wie unvorbereitet man mit der Thematik ist.

Keinem der ExpertInnen ist ein Modell für ältere DrogenkonsumentInnen aus dem In- und Ausland bekannt. Sehr oft wird darüber geklagt, dass sie komplett überfordert sind/wären, wenn es darum geht, diese Zielgruppe in einer Einrichtung unterzubringen (Interview 1, 2, 7, 9, 10).

➤ Alters-und Pflegeheime

Die Frage, ob es sinnvoll ist, ältere DrogenkonsumentInnen in Alters- und Pflegeheime zu bringen, wird von den ExpertInnen unterschiedlich beantwortet. Aus der Literatur ist manchen bekannt, dass bisherige Erfahrungen aus Rotterdam gezeigt haben, dass eine Integration nicht funktioniert hat. Zwei befragte InterviewpartnerInnen geben an, dass sie eine Integration durchaus für möglich und umsetzbar halten. Fünf Einrichtungen schließen eine Integration nicht von vornherein aus, sehen aber durchaus Schwierigkeiten. So würden sie eine extra Wohngruppe in Alters- und Pflegeheimen für sinnvoller halten oder sind der Meinung, dass diese Wohnform nur für manche KlientInnen möglich ist. Ein durchaus verständliches Argument bringt die MitarbeiterIn der Aids-Hilfe ein. Sie begrüßt die Wohnform auf dem ländlicheren Gebiet, da die Betroffenen sonst ihren gewohnten Lebensort und die wenigen noch bestehenden Kontakte

aufgeben müssten und sie das nicht als sinnvoll erachten würde (vgl. Interview 7, Zeile 105-112). Die vier Gegner dieser Wohnform geben dabei unterschiedliche Begründungen an, wie z.B. das unterschiedliche Alter, die unterschiedlichen Lebensgewohnheiten, er vorprogrammierte Streit etc.

➤ Betreutes Einzelwohnen

Diese Form des Wohnens stößt bei den befragten ExpertInnen auf den breitesten Zuspruch. Alle befragten Einrichtungen können sich mit der Idee der Versorgung anfreunden. Die Menschen - so lange als möglich - in ihren eigenen Wohnungen zu lassen, definiert der Bedarfskoordinator als oberstes Betreuungsziel (vgl. Interview 10, Zeile 159-160). Vermehrt wurde darauf hingewiesen, dass die Gefahr der Vereinsamung bei dieser Form sehr groß ist und dass zusätzlich weitere Betreuungsmaßnahmen gesetzt werden müssten. Dabei reichten die Vorschläge von ehrenamtlichen Buddy-Betreuungen bis zu angeleiteter Laienhilfe, Besuchskontakten und sozialarbeiterischer Betreuung. Gerade bei der sozialarbeiterischen Betreuung unterschieden sich die Meinungen gravierend. Für vier Personen ist die psychosoziale Zusatzbetreuung von SozialarbeiterInnen unumgänglich, während der Bedarfskoordinator keinen Bedarf erkennen kann (vgl. Interview 10, Zeile 178-185). Die anderen Einrichtungen machen den Einsatz von SozialarbeiterInnen von den zu betreuenden KlientInnen abhängig. Weiters wurden auch noch Vorschläge für ein Haushaltstraining und für mobile Psychotherapie geäußert.

➤ Wohngruppen/Wohngemeinschaften

Besonders von Einrichtungen der Suchthilfe wurde der Vorschlag von Wohngemeinschaften und Wohngruppen aufgegriffen. Speziell der Stabilisierungsgedanke und der Fakt, dass soziale Kontakte innerhalb der Wohngruppe gefördert werden würden, gefielen den Einrichtungen. Aber nur 50% der Einrichtungen waren mit der Idee zweifellos zufrieden. Die anderen 50% konnten die Vorteile zwar erkennen, äußerten aber Bedenken. Hier nannten sie, dass nicht jede Wohngruppe für diese Wohnform geeignet ist, eine Wohngruppe auch mit Dynamiken zu kämpfen hat und immer fremdbestimmt ist. Grundsätzlich

hat jedoch niemand etwas gegen diese Wohnform einzuwenden. Von allen Beteiligten wurde auch die sozialarbeiterische Betreuung gutgeheißen. Leicht abgeänderte Vorschläge gaben auch zwei Befragte der Alten- und Pflegedienste an. Sie würden altersdurchmischte Wohngemeinschaften oder grundsätzlich durchmischte Wohnformen mit anderen Personengruppen sehr spannend finden.

Insgesamt kann aufgrund der Befragung nicht festgestellt werden, welche Betreuungsform für die Zielgruppe am besten ist. Dies ist grundsätzlich auch nicht möglich, weil in der Zielgruppe sehr viele unterschiedliche Lebensbiografien und Lebensverläufe zu finden sind. Daher muss auf individuelle Bedürfnisse und Vorlieben geachtet werden, um die passende Wohnversorgung finden zu können. Festhalten kann man, dass die größten Bedenken bei der Eingliederung der Zielgruppe in Alters- und Pflegeheimen von Seiten der ExpertInnen bestehen. Wohngemeinschaften und mobile Einzelwohnbetreuung stoßen auf sehr große Akzeptanz und Interesse.

PROFESSIONEN

Bei der Frage, wer sich der Versorgung von älteren DrogenkonsumentInnen widmen soll, sind sich alle Befragten einig, dass das Team multiprofessionell anzulegen ist, um voneinander profitieren zu können. Dabei waren der Einsatz von Alten- und Pflegediensten, der Sozialarbeit und ÄrztInnen für alle InterviewpartnerInnen unumstritten. Auch Therapie und Psychologie wurden sehr häufig genannt. Weiters wurden folgende zusätzliche Personen vorgeschlagen: ehemalige Abhängige, Haushalt, Reinigung, Essen auf Rädern, Psychiatrie, Apotheken, Ehrenamtliche, Zivildienstler und BehindertenbetreuerInnen.

Betrachtet man die Qualifikationen der Professionen, so lässt sich erkennen, dass sich vor allem die Alten- und Pflegedienste unzureichend vorbereitet für die Versorgung fühlen. Hier wird vermehrt von Vorurteilen und Ängsten innerhalb der Profession berichtet (Interview 3, 4, 6). Vermehrt wurde der Wunsch nach Schulungen geäußert. Doch auch die Sozialarbeit kann nicht wirklich von sich behaupten, Erfahrungen, Lösungsvorschläge und ExpertInnen auf diesem Fachgebiet zu haben. Da die Thematik noch sehr neu ist, hat das Thema noch nicht die Beachtung gefunden, die es in nächster Zeit brauchen wird. Wie der

Kooperationspartner des Schweizer Hauses berichtet, kann noch keine Profession von sich selbst behaupten, dass sie sich auf dem Gebiet auskennt (vgl. Interview 9, Zeile 181-183).

Auch in der derzeitigen Zusammenarbeit der Professionen sieht man, dass hier noch keine/eine unzulängliche Vernetzung stattgefunden hat. So hat es bisher zwischen der Suchthilfe und dem Alten- und Pflegebereich keine Zusammenarbeit gegeben.

FORTBILDUNG/INTERESSE

Noch nie hat eine der befragten ExpertInnen eine Fortbildung/Ausbildung/Tagung zum Thema „Ältere suchtkranken Menschen“ gemacht, diese werden auch kaum angeboten. Während sich die Alten- und Pflegedienste zurzeit im Alkoholbereich weiterbilden, sind illegale Substanzen noch kein Thema in der Profession. Das angegebene Interesse für die Thematik ist aber in allen Einrichtungen sehr hoch und viele der Befragten würden sehr gerne an einer Fortbildung teilnehmen. Hier kann man durchaus eine Offenheit erkennen, was die Relevanz des Themas unterstreicht.

Resümee

Aufgrund der besseren Drogenpolitik und schadensminimierenden Drogenhilfsangeboten leben DrogenkonsumentInnen länger. Damit ergibt sich ein Bedarf in der Versorgung dieser neuen Zielgruppe. Die Gruppe der älteren Opiatabhängigen ist schon jetzt Bestandteil der Gesellschaft und wird in absehbarer Zeit vermehrt zunehmen. Prognosen, wie groß die Gruppe in etwa sein wird, können derzeit noch nicht seriös beantwortet werden. Das Wissen um die wachsende Gruppe ist in machen Einrichtungen schon gegeben, doch keinesfalls auf allen Ebenen Realität. Nur unzureichend wissen MitarbeiterInnen aus dem Suchtbereich, Pflege- und Altenbereich, Obdachlosenbereich und auf der politischen Ebene über die Lebensumstände, Bedürfnisse und Schwierigkeiten von älteren Menschen mit einer Suchterkrankung Bescheid. Innerhalb der Gesellschaft sowie innerhalb der Sozialeinrichtungen stößt die Bevölkerungsgruppe auf Ausgrenzung und Isolation. Diese Problemstellung ist auch in der Wohnversorgung vorrangig. Neben einem Fehlen von adäquaten Versorgungsstrukturen ist es nicht möglich, die Zielgruppe in Alters- und Pflegeheimen zu integrieren. Gesetzliche Strukturen oder Konzepte innerhalb der Einrichtungen schließen ältere Menschen mit Suchtverhalten aus. Anzustreben sind Wohnstrukturen, in denen ältere DrogenkonsumentInnen in Würde alt werden können und ihre Bedürfnisse ausreichend Beachtung finden. Dabei ist es wichtig, auf die Deckung der Grundbedürfnisse zu schauen und den pflegerischen und psychosozialen Anforderungen gerecht zu werden. Doch dies allein reicht noch nicht aus, auch die Integration in die Gesellschaft sowie kulturelle Teilhabe sind notwendige Faktoren, um ein sinnerfülltes Leben zu führen. Um die Frage zu klären, welche Wohnkonzepte es zu verfolgen gilt, sei prinzipiell erwähnt, dass der gewünschten Wohnform der KlientInnen die höchste Gewichtung zukommen muss. Grundsätzlich sollten alle Wohnformen, welche für ältere Menschen zugänglich sind, auch für diese Zielgruppe möglich sein. Besonders von Seiten der Alten-Pflegedienste ist zu hoffen, dass eine baldige Öffnung für diese Thematik erfolgt und gemeinsam versucht wird, Lösungen zu finden. Denn für eine adäquate Versorgung und Begleitung von älteren Abhängigen bedarf es einer

Vernetzung auf allen Ebenen. Dabei ist die Kooperation zwischen allen betroffenen Professionen zum gegenseitigen Austausch von vorhandenem Wissen und Erfahrungen notwendig. Nur so können die derzeitigen Unsicherheiten, Ängste und Vorurteile bekämpft und die Herausforderung dieser Fragestellung gemeistert werden. Tatsache ist, dass nur die Bereitschaft von allen Akteuren ein Umdenken und das Installieren von neuen Wohnformen ermöglicht. Denn auch jetzt gibt es schon vereinzelt Wohnversorgungsideen, welche jedoch noch unzureichend diskutiert wurden.

Anzustreben sind auch Veränderungen innerhalb der bestehenden Strukturen, wobei die „Normalisierung“ von Drogenabhängigen im Vordergrund stehen muss. Bewusstmachungsprozesse über den akzeptanzorientierten Ansatz innerhalb der Sozialeinrichtungen und auch auf administrativer Ebene sind unumgänglich. Weiters führt auch das ungelöste Problem der Illegalität, das die Bedingungen und Folgen des Konsums wesentlich bestimmt, zur Entstehung von Verelendung bei den Betroffenen. Hier gilt es, sich sinnvolle Formen von weiterer Entkriminalisierung zu überlegen, damit auch wirklich eine Normalisierung im Umgang eintreten kann. Dies würde auch ein erster Schritt für das Bewusstsein und der Haltung innerhalb der Gesellschaft sein. Denn als anzustrebendes Ziel gilt, ältere DrogenkonsumentInnen wieder zu einem Teil der Gesellschaft zu machen.

Literaturverzeichnis

Bücher

- akzept (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V.)/ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit, Berlin.
- Backes, Gertrud M/Clemens, Wolfgang (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, Weinheim/München.
- Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/ Springer, Alfred (Hrsg.) (2007): Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis, 2. Auflage, Wien.
- Blum, Cornelia (2002): Drogenarten, in: Arnold, Helmut/Schille, Hans-Joachim (Hrsg.): Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention-Handlungsfelder-Handlungskonzepte-Praxisschrittek, (o.O.).
- Brauchbar, Mathis/Heer, Heinz (1993): Zukunft Alter. Herausforderung und Wagnis, München.
- Brosch, Renate/Juhnke, Günther (Hrsg.) (1995): Jugend und Sucht- Ein Ratgeber, Wien.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (bm:bwk) (Hrsg.) (2005): Suchtprävention in der Schule, 2. Überarbeitete Auflage, Wien.
- Dilling, Horst/ Mombour, W./Schmidt, M.H/ Schulte-Markwort, E. (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 3.Auflage, Bern.
- Eisenbach-Stangl, Irmgard/Reindl, Christine (2009) zit. nach Spirig, Harald/Gegenhuber, Barbara/Malfent, Daniela (2010): Neue Wege in der Begleitung älterer Drogenabhängiger, Wien.
- Fragnière, Jean-Pierre/ Höpflinger, François /Hugentobler, Valérie (2000): Glossar, in: Schweizerische Stiftung pro juventute/pro senectute (Hrsg.): Das Generationenhandbuch. Konzepte-Projekte-Arbeitsmittel, Zürich.
- Galuske, Michael (2007): Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung, 7. Auflage, Weinheim und München.
- Gerhard, Horst (2003): Zwischen Lifestyle und Sucht- Drogengebrauch und Identitätsentwicklung in der Spätmoderne, (o.O.).

- Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG (2008): Bericht zur Drogensituation 2009, Wien.
- Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG (2009): Bericht zur Drogensituation 2009, Wien.
- Gläser, Jochen/ Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, Wiesbaden.
- Gottwald-Nathaniel, Gabriele (2004): Sozialarbeit in der Suchtarbeit, in: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich, Wien.
- Haller, Reinhard/ Hintergruber, Hartmann (1997): Begriffsbestimmungen, in: Fleisch, Elmar/ Haller, Reinhard/Heckmann, Wolfgang (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe, Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung, Therapie, Weinheim/Basel.
- Herriger, Norbert (2002): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 2. Auflage, Stuttgart.
- Hillmann, Karl-Heinz (1994): Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart.
- Höpflinger, François (1994): Frauen im Alter-Alter der Frauen. Ein Forschungsdossier, Zürich.
- Höpflinger, François/Stückelberger, Astrid (1992): Alter und Altersforschung in der Schweiz, Zürich.
- Huber, Klaus (2007): Substitutionstherapie der Opiatabhängigkeit, Wien.
- Hurrelmann, Klaus/Bründel, Heidrun (1997): Drogengebrauch-Drogenmissbrauch. Eine Gradwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit, Darmstadt.
- Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (1996): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Weinheim/Basel.
- Land Oberösterreich/Abteilung Gesundheit (2008): Substitutionsbericht Oberösterreich 2008, Bericht des Bundeslandes OÖ zu den Auswirkungen der Novellierung der Suchtgiftverordnung (BGBl. II Nr. 451/2006) und Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung (BGBl. II Nr. 449/2006), Linz.

- Langfeldt, Hans-Peter (1996): Psychologie. Grundlagen und Perspektiven. Neuwied/Kriftel/Berlin.
- Loderbauer, Brigitte (Hrsg.) (2009): Recht für Sozialberufe, Wien.
- Oberösterreichische Landesregierung, Sozialabteilung (2004): Rahmenrichtlinie Leistungskatalog und Qualitätsstandards Wohnen, Linz.
- Loviscach, Peter (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau.
- Mayer, Horst (2006): Interview und schriftliche Befragung, 3. Auflage, München.
- OÖ Chancengleichheitsgesetz idF.:LGBI Nr. 41/2008.
- Rost, Wolf-Detlef (1997): Suchttheorien: psychoanalytische und psychosoziale Theorien, systemischer Ansatz, in: Zerdick, J. (Hrsg.): Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin, 6. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS, (o.O.).
- Schmidt, Bettina (1999): Wie kommt es zum Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen? , in: Freitag, Marcus/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter, Weinheim, München.
- Schneider, Wolfgang (1997): Niedrigschwellige Angebote und akzeptanzorientierte Drogenarbeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 20-Nr. 3/4, Wien.
- Schneider, Wolfgang (2000): Elendsverwaltung und Sorgenfaltenpädagogik? Zur Entwicklungsgeschichte akzeptanzorientierter Drogenarbeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 23/2000 Nr.1, Wien.
- Schulz, Wolfgang (2000): Sucht, in: Stimmer, Franz (Hrsg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, 4. Auflage, München, Wien.
- Schwertl, Walter/ Emlein, Günther/ Staubach, Maria/ Zwingmann, Elke (1998): Sucht in systemischer Perspektive – Theorie, Forschung, Praxis, Frankfurt.
- SMG- Suchtmittelgesetz idF.: BGBl. Nr.143/2008, BGBl. Nr.110/2007.
- Spirig, Harald/Gegenhuber, Barbara/Malfent, Daniela (2009): Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich, SDDCARE-Senior Drug Dependents and Care Structures, Wien.

- Stark, Wolfgang (1993): Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit, in: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): Blätter der Wohlfahrtspflege, Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, Heft 2, Stuttgart.
- Thiele, Gertrud (2001): Soziale Arbeit mit alten Menschen, Köln.
- Tretter, Peter (2000): Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis, Stuttgart.
- Trettner, Felix/Müller, Angelica (2001): Ursachenmodelle der Suchtforschung, in: Trettner Felix/Müllner, Angelica (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Vogt, Irmgard (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis, Weinheim, Basel.
- Weineck, Jürgen (2004): Sportbiologie, 9.Auflage, Erlangen.
- Werner, Wolfgang (2007): Substitutionstherapie, in: Beubler, Eckhard/Haltmayer, Hans/ Springer, Alfred (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis, 2. Auflage, Wien.
- Wierling, Michael (2006): Fixerstuben. Druckräume. Konsumräume. Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit, Münster.
- Wolffersdorff, Christian v. (2001): Drogen und Sucht, in: Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 2. Vollständig überarbeitete Auflage, Neuwied/Kriftel.

Internetquellen

- Agostini, Regina (2009): Lebenssituation, Veränderungswünsche, Perspektiven, Fachvortrag: Ältere Drogenabhängige, http://www.paritaet-bayern.net/uploads/media/1474_AgostiniWien2.pdf (Stand: 1.12.2009).
- Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (2008): Drogen im Blickpunkt, Substanzkonsum im Alter-ein vernachlässigtes Problem, <http://www.infoset.ch/de/MainFrame.shtm?item=Alter1> (Stand: 1.12.2009).
- Cichon, Alex (o.J.): Freies Opioidforum, Mögliche Langzeitschäden, <http://www.opioidforum.com/oi/langzeit.htm>, (Stand: 1.12.2009).

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2009): Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Köln, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f10-f19.htm#S05F10_4 (Stand: 1. 12.2009).
- Dias de Oliveira, Anabela (2008): Was benötigen alternde Drogenabhängige an Hilfen, „Alter schützt vor Drogen nicht“, Fachvortrag „Überleben in Drogenszenen“, <http://www.iska-nuernberg.de/ueberleben/i03.htm> (Stand: 1. 12. 2009).
- Eisenbach-Stangl, Irmgard/ Reidl, Christine/ Schmied, Gabriele (2009): Gespräche mit älteren Suchtkranken in Wien, Senior drug dependents and care structures, Report Austria and Vienna, http://www.sddcare.eu/images/PDF/klienteninterviews_a.pdf (Stand: 21.2.2010).
- Essl GmbH (Hrsg.) (2003): Thema Drogen. Allgemeines, Wien http://www.thema-drogen.net/Drogen/iAllgemein/All_Einteilung.html (Stand: 1. 12. 2009).
- Gorgas, Birgit (2009): Zusammenfassung und Ausblick, Fachtagung: Ältere Drogenabhängige, http://www.paritaet-bayern.net/uploads/media/1474_GorgasZusammenfassung2.pdf (Stand: 1.12.2009).
- Haas, Sabine/Vorderwinkler, Christa/Weigl, Marion: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: „Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen“, http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/0/8/2/CH0267/CMS1056442689884/oebig_drogenspezifische_problemlagen.pdf (Stand: 1. 12. 2009).
- Herriger, Norbert (2006): Grundlagentext Empowerment, <http://www.empowerment.de/grundlagentext.html> (Stand: 1.2.2010).
- Höpflinger, François (o.J.a): Alter und Altern heute, Lebenslage älterer und betagter Menschen, Gerontologische Grundlage, <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1C.html> (Stand: 1. 12. 2009).
- Höpflinger, François (o.J.b): Alter und Altern heute, Lebenslage älterer und betagter Menschen,

<http://www.hoepflinger.com/fhtop/Demografische-Alterung.pdf> (Stand: 1. 12. 2009).

- Linzer Bürgerservice (o.J.): Sozialberatungsstellen Kompass, <http://portal.linz.at/Serviceguide/viewChapter.html?chapterid=121913> (Stand: 1.1.2010).
- Projekt Lüsa (o.J.): Zielgruppe(n) chronisch Abhängige, <http://www.luesa.de/?site=zielgruppen>, (Stand: 1.12.2009).
- Rizzi, Elisabeth (2006): Junkies und Alkoholiker wollen das Zimmer nicht mit Hochbetagten teilen, <http://www.arud.ch/presse/artikel/06-10-23-curaviva.pdf>, (Stand: 1.1.2010).
- Pro Mente (o.J.): Beschreibung Integrationshof Gilgenberg, <http://www.pmooe.at/sitex/index.php/page.243/>, (Stand: 1. 2. 2010).
- Pro Mente (o.J.): Beschreibung Wachtbergerhof, <http://www.pmooe.at/sitex/index.php/page.243/>, (Stand: 1.2. 2010).
- Robertson, Kathy (2008): Substanzkonsum im Alter-ein vernachlässigtes Problem, Pressemitteilung der EU-Drogenbeobachtungsstelle Lissabon, <http://www.infoset.ch/de/MainFrame.shtm?item=Alter1>, (Stand: 1. 12.2009).
- Rottmann, Jens (1997): Drogenkonsum und Sucht bei Jugendlichen, <http://www.uni-oldenburg.de/devianz/share/download/Jugend.pdf> (Stand: 1. 12.2009).
- Schmidt, Torsten (2008): Konzept Intensiv betreutes Wohnen, <http://www.sddcare.eu/images/PDF/ibw.pdf> (Stand: 1.12.2009).
- Sozialverein B 37 (o.J.): PSWB- Psychosoziales Wohnheim Bethlehemstraße, <http://www.b37.at/pswb.html> (Stand: 1.1.2010).
- Verein abri (2009): Haus Harmonie, Fachtagung zum Thema „ Ältere Drogenabhängige“, http://www.paritaet-bayern.net/uploads/media/1474_TextMuenchen.pdf, (Stand: 1.12.2009).
- Verein Condrops (2005): Konzeption betreutes Einzelwohnen für Suchtmittelkonsumierende über 40 Jahre, <http://www.sddcare.eu/images/PDF/condrops.pdf>, (Stand: 1.1. 2010).
- Verein Condrops (2009): Fachtagung zum Thema „Ältere Drogenabhängige“, http://www.condrops.de/cms/news/news.html?mod20_1_startmonth=13&mod

[20_1_monthback=1&mod20_1_idarticle=18&mod20_1_category=0&mod20_1_page=1](#), (Stand: 1. 12.2009).

- VIVID Fachstelle für Suchtprävention (o.J.): Suchtentstehung, <http://www.vivid.at/de/wissen/suchtentstehung/> (Stand: 1. 12. 2009).
- VFWD e.V. Projekt LÜSA (2007): Modellprojekt „Dauerwohneinrichtung für alternde und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen“, http://www.sddcare.eu/images/PDF/luesa_gesamt.pdf (Stand: 1.1.2010).
- Vogt, Irmgard (2009): Hilfen für ältere Drogenkranke, SDDCARE: Senior Drug Dependents and Care Structures, Fachvortrag, <http://www.sddcare.eu/images/PDF/fachtagungvogt.pdf> (Stand: 1.1. 2010).
- Voß, Karin (2009): Fortbildungskonzept zum Thema Sucht im Alter, SDDCARE: Senior Drug Dependents and Care Structures, Fachvortrag, Frankfurt, <http://www.suchthh.de/dokumente/Voss.pdf> (Stand: 1.12.2009).
- Weyers, Stefan (2007): Leitfadeninterview am Beispiel des Experteninterviews, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt, http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/personen/weyerss/SoSe07_MeS/Handout_Leitfadeninterview_netz.pdf (Stand: 1.1.2010).
- Wohn- und Pflegeheim Bad Soden-Salmünster (2009): Main-Klinzig-Kliniken: Pflege und Reha, http://www.sddcare.eu/images/PDF/wph_soden.pdf (Stand: 1.1.2010).
- Wichelmann-Werth (2009): Konzepte der Betreuung älterer Drogenabhängiger; SDDCARE: Senior Drug Dependents and Care Structures, Fachvortrag, Frankfurt, <http://www.suchthh.de/dokumente/Wichelmann-Werth.pdf> (Stand: 1.12.2009).

Unveröffentlichte Manuskripte

- Aman, Christina (2007): Sucht und Abhängigkeit, Studienarbeit, Universität Kassel.
- Frühwirth, Brigitte (2008): Beratung/Begleitung von Cannabiskonsum, Studienarbeit, Fachhochschule Linz.

- Schwarzenbrunner, Thomas (2007): „Allgemeines über Sucht und Drogen“, Power-Point-Präsentation der Sanitätsdirektion- Sucht- und Drogenkoordination des Landes OÖ; unveröffentlichtes Manuskript, Linz.
- Spirig, Harald/ Gegenhuber, Barbara/ Malfent, Daniela (2009): Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich, Senior Drug Dependents and Care Structures, unveröffentlichtes Manuskript, Wien.
- Täubler, Uwe (2010): schriftliche Auskunft des Geschäftsführers der Ancora GHP vom 01.03.2010, Frankfurt.

Abbildungsverzeichnis

- Abb.1 entnommen aus: Schwarzenbrunner, Thomas (2007): „Allgemeines über Sucht und Drogen“, Power-Point-Präsentation der Sanitätsdirektion-Sucht- und Drogenkoordination des Landes OÖ; unveröffentlichtes Manuskript, Linz.
- Abb.2 entnommen aus: Land OÖ (2009): Oberösterreich Zahlen und Fakten, zit. nach Statistik Austria, Linz.
- Abb.3 entnommen aus: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG (2008): Bericht zur Drogensituation 2008, Wien.
- Abb.4 entnommen aus: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG (2009): Bericht zur Drogensituation 2009, Wien.

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	„Acquired Immune Deficiency Syndrome“
Anm.	Anmerkung
ASB	Arbeiter- Samariter- Bund
bzw.	beziehungsweise
B37	Wohnheim in der Bethlehemstraße 37
ChG	Chancengleichheitsgesetz
DSM	„Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders“/ das amerikanische Gegenstück zur ICD
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EU	Europäische Union
etc.	et cetera
f.	folgende
Hrsg.	Herausgeber
HIV	Humanes Immundefizit Virus
ICD-10	„International Classification of Diseases“/ Internationale Klassifikation der Krankheiten
ibW	intensiv betreutes Wohnen
i.V.	intravenöser Konsum
JVA	Justizvollzugsanstalt
LSD	Lysergsäurediethylamid, Halluzinogene
o.J.	ohne Jahr
o.O.	ohne Ort
OÖ	Oberösterreich
PSWB	Psychosoziales Wohnheim Bethlehemstraße
S.	Seite

SDDCARE	„Senior Drug Dependents and care structures“/ EU-Projekt
SMG	Suchtmittelgesetz
SV	Suchtgiftverordnung
ugs.	umgangssprachlich
vgl.	vergleiche
WG	Wohngemeinschaft
WHO	„World Health Organisation“/Weltgesundheitsorganisation
WVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
Z.	Zeile
zit. n.	zitiert nach

ExpertInneninterviews

- **Mitarbeiter Vereins Substanz:** Interview 1, am 1. März 2010, durchgeführt im Café Substanz, Untere Donaulände, Sozialarbeiter
- **Mitarbeiterin Point Linz, Pro Mente:** Interview 2, am 2. März 2010, durchgeführt in der Beratungsstelle Point, Figulystraße, Sozialarbeiterin
- **Teamleiterin Volkshilfe, Hauskrankenpflege:** Interview 3, am 3. März 2010, durchgeführt in der Volkshilfe Oberösterreich, Glimpfingerstraße, Gesundheits- und Krankenpflegerin
- **Mitarbeiter Volkshilfe, Hauskrankenpflege:** Interview 4, am 3. März 2010, durchgeführt in der Volkshilfe Oberösterreich, Glimpfingerstraße, Gesundheits- und Krankenpfleger
- **Mitarbeiter B37, Sozialverein:** Interview 5, am 5. März 2010, durchgeführt im Psychosozialen Wohnheim Bethlehemstraße, Sozialarbeiter
- **Teamleiterin Caritas, mobile Dienste:** Interview 6, am 8. März 2010, durchgeführt in der Hafnerstraße, Gesundheits- und Krankenpflegerin
- **Mitarbeiterin Aids-Hilfe, Aids-Hilfe Oberösterreich:** Interview 7, am 8. März 2010, durchgeführt in der Blütenstraße, Sozialarbeiterin
- **Mitarbeiter Verein Miteinander:** Interview 8, am 10. März 2010, durchgeführt in der Rechten Donaustraße, Behindertenbetreuer
- **Geschäftsführer Schweizer Haus Hadersdorf, Psychologische und psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte:** Interview 9, am 15. März 2010, in der Mauerbachstraße/Wien, Psychologe
- **Bedarfskoordinator:** Interview 10, am 16. März 2010, auf Wunsch gänzlich anonymisiert

Anhänge

In den Anhängen werden der Forschungsleitfaden und die CD-Rom mit den transkribierten Interviews und der Diplomarbeit in digitaler Form angeführt.

Anhang 1: Forschungsleitfaden

Im folgenden Anhang befindet sich der Interviewleitfaden, welcher für die ExpertInneninterviews verwendet wurde.

Zielgruppe

- 1) Was verstehen Sie unter ältere Opiatabhängige?
- 2) Was kennzeichnet diese und gibt es Gemeinsamkeiten?
- 3) Welche spezifischen Bedürfnisse haben opiatabhängige alte Menschen? (medizinisch, psychosozial, pflegerisch,...)
- 4) Hatten Sie in Ihrer Einrichtung schon opiatabhängige alte Menschen in Betreuung?
- 5) Haben Sie zurzeit opiatabhängige alte Menschen in Betreuung)? (Wie viele ca.?)
- 6) Was sind die Herausforderungen in der Arbeit mit der Zielgruppe?
- 7) Gibt es Schwierigkeiten mit den äußeren Rahmenbedingungen, welche die Zielgruppe betreffen? (Welche?)

Relevanz des Themas

- 1) Wie hoch schätzen Sie derzeit die Relevanz des Themas für ihre Einrichtung?
- 2) Sind Veränderungen in den letzten Jahren erkennbar? (Gruppengröße, Bedürfnisse, am Wohnungsmarkt, im Alter,...)
- 3) Wie schätzen sie die Situation der Zielgruppe in den nächsten 10/20 Jahren ein?

- 4) Sind strukturelle Veränderungen notwendig? (Welche?)
- 5) Welchen Auftrag sehen Sie für ihre Einrichtung bezüglich der Zielgruppe?
- 6) Ist der prognostizierte Anstieg der Zielgruppe Thema unter den MitarbeiterInnen und der Leitung? Wie wird damit umgegangen?

Wohnen

- 1) Wenn Sie an die Wohnversorgung denken, reichen die derzeitigen Angebote in Linz für die Zielgruppe aus?
- 2) Entsprechen sie auch älteren opiatabhängigen Menschen? Sind sie dem prognostizierten Wachstum gerecht?
- 3) Wie/Wo werden diese meist untergebracht?
- 4) Gibt es Probleme in ihrer Einrichtung bezüglich Wohnungsfindung?

Wohnversorgungskonzepte

- 1) Wenn Sie an die Zukunft denken, wie sollen, ihrer Meinung nach, alte Menschen mit Sucherkrankungen „wohnversorgt“ werden?
- 2) Auf welche Kriterien ist dabei besonders zu achten?
- 3) Kennen Sie Modelle aus dem In-und Ausland, welche sich mit der Thematik beschäftigen?
- 4) Ist eine Integration in die bestehenden Systeme sinnvoll/möglich? (warum/warum nicht?)
- 5) Was halten Sie von betreutem Einzelwohnen in Linz? (Sinnvoll/nicht sinnvoll; wer könnte das übernehmen?)
- 6) Wie schätzen Sie das Interesse von betreuten Wohngemeinschaften in Linz ein? (Vor-und Nachteile, klientengerecht?)
- 7) Was würde es, Ihrer Meinung nach, in Linz brauchen, um adäquat versorgen zu können?

8) Könnten Sie sich selbst vorstellen die Versorgung (mit) zu übernehmen?

Professionen

1) Welche Profession(en) sollen sich der Versorgung widmen?

2) Ist/sind die Profession(en) dafür gut gerüstet? (Welche Qualifikationen fehlen?)

3) Inwieweit ist eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen sinnvoll?

4) Passiert das derzeit schon? Mit welchen Professionen?

Ausbildung/Fortbildung

1) Haben Sie schon einmal an einer Fortbildung/Ausbildung bezüglich des Themas teilgenommen?

2) Wie groß schätzen Sie Ihr Interesse an dem Thema?

3) Würden Sie selbst an einer Fortbildung teilnehmen, wenn es die Möglichkeit dazu gäbe?

Anhang 2: CD-Rom

Auf der Rückseite liegt eine CD-Rom bei, auf welcher sich die vollständig transkribierten Interviews sowie die Diplomarbeit in digitaler Form befinden.