
BACHELORARBEIT

Herr
Thomas Staschinski

**Pflegeeinrichtungen für ältere
Drogenabhängige**

2023

BACHELORARBEIT

**Pflegeeinrichtungen für ältere
Drogenabhängige**

Autor/in:

Herr Thomas Staschinski

Studiengang:

Soziale Arbeit

Seminargruppe:

SW21 s 1-B

Erstprüfer:

Frau Prof. Dr. phil. Nadine Kuklau

Zweitprüfer:

Herr Prof. Dr. jur. Frank Czerner

Einreichung: Mittweida, am 07.12.2023

Bachelor Thesis

Care facilities for older drug addicts

author:

Mr. Thomas Staschinski

course of studies:

social work

seminar group:

SW21 s 1-B

first examiner:

Frau Prof. Dr. phil. Nadine Kuklau

second examiner:

Herr Prof. Dr. jur. Frank Czerner

submission: Mittweida, am 07.12.2023

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Staschinski, Thomas

Thema der Bachelorarbeit: Pflegeeinrichtungen für ältere Drogenabhängige

Topic of thesis: Care facilities for older drug addicts

32 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2023

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VII
1 Einleitung.....	1
2 Erster Hauptteil: Problemlagen und Bedarfe von älteren Drogenabhängigen 4	
2.1 Demografischer Wandel älterer Drogenabhängiger.....	4
2.2 Suchtentstehung und Sucht im Alter	5
2.3 Lebensweisen älterer Drogenabhängiger.....	8
2.4 Sicht auf soziale Beziehungen und Gesundheit	11
2.5 Ältere Drogenabhängige und Komorbidität.....	16
3 Zweiter Hauptteil: Pflegeeinrichtungen für ältere Drogenabhängige	18
3.1 Kurzkonzeption – PASSD	18
3.2 Altenheime als Kooperationspartner.....	25
3.3 Grenzen	27
4 Fazit und Ausblick	31
Quellenverzeichnis.....	XIV
Eigenständigkeitserklärung	XIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f10-f19.htm>..... 1

Abbildung 2:

https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2021_Jahresbericht.pdf 2

Abbildung 3:

https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2021_Jahresbericht.pdf.....3

1 Einleitung

Von den Lebenslagen der älteren Drogenabhängigen erfuhr ich persönlich durch mein berufsbezogenes Praktikum in einem Drogenkonsumraum. Zum Inhalt meines Praktikums gehörten Hospitationen in verschiedenen Drogenhilfeeinrichtungen. Meinen ersten Kontakt zu älteren Drogenabhängigen hatte ich während einer Hospitation in einem Hospiz für schwererkrankte und drogenabhängige Menschen zwischen 50 bis 70 Jahren. Ich stellte mir die Frage: Wer zählt zu den älteren Drogenabhängigen und wo beziehungsweise wie leben sie? Im Drogenkonsumraum wurden nur zwei ältere Menschen als Nutzer:innen dokumentiert im Alter von 59 und 63 Jahren. In den Notunterkünften waren Ältere eher selten zu sehen und in den Eingliederungshilfen der Drogenarbeit sind meist jüngere Menschen zugegen. Ältere suchterkrankte Menschen rückten zunehmend in meinen Fokus und wurden schließlich zum Inhalt meiner Abschlussarbeit. Diese Fakten über ältere Drogenabhängige sind bereits bekannt. Studien weisen derzeit einen größeren Anteil an älteren Drogenabhängigen auf als noch vor zehn Jahren und das Durchschnittsalter der älteren Klientel ist gestiegen. Menschen mit langjährigen Drogen-suchtverläufen werden heutzutage zwischen 60 bis 70 Jahre alt. Die Überlebenschancen der Älteren sind erhöht durch die Professionalisierung der niedrigschwelligen und akzeptierenden Drogenarbeit in Verbindung mit Harm-Reduction-Strategien¹, Safer-Use² und der Substitutionsbehandlung³ mit Drogensatzstoffen. Trotzdem bleibt die Situation der älteren Drogenabhängigen sehr problematisch. Sie sind belastet durch Stigmatisierung und Ausgrenzung sowie können sie strafrechtlich aufgrund ihres illegalen Konsums von Drogen verfolgt werden. Inhaftierung, Isolation und sozialer Rückzug in Drogenmilieus können ebenfalls Folgen sein. Das bringt mich zu den Fragestellungen meiner Untersuchungen von älteren Drogenabhängigen und zur methodischen Vorgehensweise in dieser Untersuchungsarbeit. Im ersten Hauptteil werden die Lebenslagen von alternden Drogenabhängigen untersucht. Meine Frage lautet: Wie werden ältere Drogenabhängige definiert? Um diese Frage zu beantworten, wird nach einer kurzen Einleitung in Kapitel 2 der demografische Wandel von älteren Drogenabhängigen in Kapitel 2.1 untersucht. Für die Recherche nutze ich aktuelle Studien und Fachliteratur. Im Folgekapitel 2.2 ist mein Untersuchungsgegenstand die Suchtentstehung von älteren

¹ Harm-Reduction (Schadensminderung) sind Methoden und Praktiken, welche darauf abzielen, die individuellen sowie gesellschaftlichen Schäden des Konsums von psychotropen Drogen von Menschen zu reduzieren.

² Safer-Use sind Strategien, welche die gesundheitlichen Schäden beim Drogenkonsum verringern.

³ Substitutionsbehandlung umfasst ambulante, medizinische sowie psychosoziale Intervention bei Opiatabhängigkeit. Dabei ersetzen ärztlich verschriebene Opioide (Drogensatzstoffe) die illegalen Opiate.

Drogenerkrankten. Zunächst wird der Begriff Sucht und deren Suchtformen dargestellt, danach untersuche ich die verschiedenen Faktoren, die für eine Suchtentstehung von Bedeutung sein könnten. Um mich in das Thema vertiefen zu können, verwende ich für meine Recherche wissenschaftliche Fachliteratur. Eine weitere wichtige Frage in diesem Kapitel ist, was wird konsumiert? Um zu Erkenntnissen zu gelangen, nutze ich die Internetrecherche, Literatur und die aktuellen Studien. In den Kapiteln 2.3 und 2.4 spezifiziere ich meine Untersuchungen zu den Lebenslagen der älteren Klientel. Studien zu den Lebensweisen von älteren Suchterkrankten sollen mir helfen, realistische Einblicke in die komplexe Lebenswelt von älteren Drogenabhängigen zu erhalten, mit der Fragestellung: Wie sehen die Lebensbedingungen von älteren Drogenabhängigen aus? Im Abschlusskapitel 2.5 betrachte ich im ersten Hauptteil den Gesundheitszustand von älteren drogenabhängigen Menschen. Besonders wichtig für mich ist: Welche Erkrankungen haben die älteren drogenabhängigen Menschen? Um meiner Fragestellung gerecht zu werden, bediene ich mich einer Studie im Zusammenhang mit Altern und Drogenkonsum. Die Erkenntnisse meiner Untersuchungen im ersten Hauptteil meiner Arbeit fließen in die Konzeptionsbeschreibung einer bedarfsgerechten Pflegeeinrichtung für ältere Drogenabhängige in Kapitel 3.1 ein. Welche Maßnahmen für die Soziale Arbeit sind in der Arbeit mit der älteren Klientel in einer solchen Einrichtung wichtig und notwendig? Ich orientiere mich für die Beantwortung dieser Frage an bestehenden Konzepten von Einrichtungen, die mit seelisch und chronisch schwererkrankten alten Menschen arbeiten. In Kapitel 3.2 vergleiche ich die Bedürfnisse der Bewohner:innen aus der traditionellen Altenhilfe mit den Bedarfen der älteren Drogenabhängigen. Besteht eine Möglichkeit einer Integration von Drogenabhängigen in bestehenden Altersheimen? Für eine Vertiefung in dieses Thema recherchiere ich mit Hilfe von Literatur. Des Weiteren nahm ich an einem Suchtkongress teil und befragte Expert:innen aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Suchttherapie und Medizin vor Ort. Zudem absolvierte ich ein Praktikum in einer Dauerwohngruppe für ältere Drogenabhängige. Ich lernte die Bewohner:innen und deren Biographien kennen sowie die Arbeitsfelder der verschiedenen Mitarbeiter:innen und konnte mir selbst ein Bild von der Einrichtung machen. Im Abschlusskapitel 3.3 zeige ich die Grenzen auf. Welche Grenzen gibt es derzeit? Für meine Untersuchungen nutze ich Artikel, Literatur und aktuelle Studien. Die Untersuchungsergebnisse aus dem ersten und zweiten Hauptteil werden in einem abschließenden Fazit mit einem Ausblick für die Soziale Arbeit zusammengefasst.

2 Erster Hauptteil: Problemlagen und Bedarfe von älteren Drogenabhängigen

In den letzten Jahren ist das Thema Altern und Sucht immer stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Dies führte zum Handeln in der stationären und ambulanten Betreuung von Suchterkrankten sowie wurde begonnen, geeignete Handlungskonzepte für die älteren drogenabhängigen Menschen in der Altenhilfe- und Altenpflege zu entwickeln. Für die Verbesserung in der Versorgungslage bedarf es einer umfassenden Aufklärung über die älteren Betroffenen (vgl. Hoff u.a. 2017, S. 2). Die Klientel der älteren Drogenabhängigen ist gekennzeichnet durch sozialen Rückzug, stillen und heimlichen Konsum, von gesundheitlichen, physischen, psychischen und seelischen Problemen. Von diesem Standpunkt aus ist es wichtig, ein umfassendes Gesamtbild von der komplexen Lebenswelt älterer Drogenabhängiger zu erhalten, um bedarfsgerecht helfen und unterstützen zu können (vgl. Bojack u.a. 2010, S. 95).

2.1 Demografischer Wandel älterer Drogenabhängiger

Menschen mit Suchterkrankung von illegalen Substanzen werden in Deutschland deutlich älter. Das Durchschnittsalter steigt seit zehn Jahren kontinuierlich an. Im Jahr 2007 waren suchterkrankte Menschen durchschnittlich 32,6 Jahre alt und im Jahr 2014 lag das Durchschnittsalter bereits bei 37,5 Jahren. Allerdings beschleunigt die langjährige Sucht den Alterungsprozess. Die sogenannte Voralterung⁴ lassen drogenabhängige Menschen über 40 Jahren deutlich älter aussehen. Nach den aktuellen Zahlen zu Drogentoden in Deutschland gibt der Europäische Drogenbericht 2021 ein Durchschnittsalter von 42 Jahren an (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – EMCDDA, S. 40). Die standardisierte Substitutionsbehandlung sowie die verbesserte medizinische und psychosoziale Versorgung tragen für eine höhere Lebenserwartung bei. Die Zahl von älteren Drogenabhängigen wird in Zukunft weiter ansteigen und somit auch die Zahl der Pflegebedürftigen (vgl. Zurhold 2017, S. 166). Das Alter wird in chronologischen Altersstufen angegeben. Gisela Thiele definiert die Altersstufen nach der World Health Organization (WHO). Diese unterscheidet das junge Alter von 60 bis 74

⁴ alterstypische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Demenz und Stoffwechselerkrankungen treten bereits bei Drogenabhängigen ab dem 40. Lebensjahr auf

Jahre, das betagte und hochbetagte Alter von 75 bis 89 Jahren, die Höchstbetagten von 90 bis 99 Jahren und die Langlebigen von über 100 Jahren. Thiele schreibt in ihren wissenschaftlichen Texten ebenfalls über die Altersdimensionen. Das biologische Alter charakterisiert die körperlichen Gegebenheiten, welche den Zustand des Menschen altersbedingt widerspiegelt. Altern ist ein lebenslanger Prozess von Verlust und Abbau bis hin zum natürlichen Tode des Menschen. Genetische Einflüsse, Umweltfaktoren und die Lebensführung können das biologische Alter anheben oder sinken lassen. Beim psychologischen Alter ist zu unterscheiden die einerseits objektive Wahrnehmung von Erkrankungen durch medizinische Diagnostik und andererseits die subjektive Wahrnehmung des eigenen Empfindens von Gesundheit. Im letzteren Fall wird von der Selbsteinschätzung des Individuums gesprochen und dies wird unterstützt durch den Anpassungsprozess des Menschen im Kontext Altern, altersbedingten Erkrankungen und dem eigenen Tod. Das soziale Alter umfasst das kalendarische, biologische, psychologische und funktionale Alter. Dieser Altersbegriff wird auf der Ebene der Gesellschaft vermittelt. Er setzt sich mit dem Status, den Rollenzuschreibungen und Positionen des Menschen im jeweiligen Lebensalter auseinander (vgl. Thiele 2018). Bojack, Brecht und Derr beschreiben im Zusammenhang mit dem Altern die verschiedenen Entwicklungsaufgaben. Diese beinhalten Anpassungsleistungen in den Bereichen der neuen sozialen Rolle in der Rente, Pensionierung, dem verminderten Einkommen und der damit verbunden Eingewöhnung in altersgerechte Wohn- und Pflegeeinrichtungen sowie den Tod des Partners und den eigenen Tod. Im Zusammenhang von älteren Drogenabhängigen vertreten die Autor:innen die These, dass bei einer nichtgelingenden Bewältigung der genannten Entwicklungsaufgaben im höheren Alter, es zu Verbitterung gegenüber dem eigenen Leben kommen kann. Diese negative Lebenssichtweise begünstigt auf Dauer die Entstehung von psychischen Erkrankungen und Süchten (vgl. Bojack u.a. 2010, S. 22 ff.).

2.2 Suchtentstehung und Sucht im Alter

Eine kurze Einführung zum Begriff Sucht. *„Sucht ist oft Ausdruck für das Leiden Einzelner und deren Versuch, durch Drogen- und oder Alkoholkonsum schlechte Gefühle und völlig unaushaltbare Zustände zu überdecken.“* (Schulte-Wefers 2019, S. 3). Gabriela Cvetanovska-Pllashniku unterscheidet stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte. Relevant für diese Arbeit sind die stoffgebundenen Süchte. *„Stoffgebundene Süchte bezeichnen die Abhängigkeit von einer Substanz, welche zu süchtigen Verhalten und zu einer in der Regel körperlichen Abhängigkeit führt.“* (Cvetanovska-Pllashniku 2021, S. 69). Andreas Kutschke orientiert sich an der World Health Organization (WHO). Diese besagt, dass die Abhängigkeit als periodische sowie chronische Vergiftung und

durch wiederholten Substanzkonsum hervorgerufen wird. In diesem Zusammenhang wird in der Wissenschaft von Verhaltensweisen von Konsument:innen gesprochen (vgl. Kutschke 2012, S. 46). Michael Krausz und Peter Degkwitz definieren Sucht als eine übermäßige Bindung an psychoaktive Substanzen (vgl. Krausz, Degkwitz 1996, S. 17). Sucht beschreibt demzufolge ein Verhaltensmuster. Doch wie entsteht ein solches Suchtverhalten? Cornelia Borgmann äußert sich folgendermaßen zur Entstehung von Süchten. Sucht oder süchtige Verhaltensweisen entstehen in der Regel nicht einfach so von heute auf morgen. Sucht hat immer verschiedene Entstehungsfaktoren und Ursachen. Es gibt demzufolge keine Suchtpersönlichkeit, sondern verschiedene Voraussetzungen und Risikofaktoren, welche eine Suchtentstehung begünstigen können. Zu nennende Faktoren sind Person, Umwelt und Substanz, das sogenannte Suchtdreieck. Personenbezogene Faktoren können traumatische Belastungen aus der Kindheit, die genetische Veranlagung und die psychosoziale Entwicklung sein. Zu den Umweltfaktoren zählen belastende oder instabile Familienkonstellationen. Aber auch Arbeitslosigkeit und ein geringer Bildungsstand können eine Suchtentstehung fördern. Der Substanz wird eine schnelle Regulierung von Gefühlen zugesprochen. Durch den Substanzkonsum werden Dopaminstoffe ausgeschüttet und diese heben die Stimmung des Konsumierenden sowie treten Ängste und Belastungen zeitweise in den Hintergrund (vgl. Borgmann 2019, S. 4). Dieter Thommen fasst die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit als Erklärungsmodell vereinfacht zusammen. Meistens steht am Anfang einer Drogenbiografie das Bedürfnis von sozialer Gruppenzugehörigkeit. Werden in den jeweiligen Gruppen Drogen konsumiert, beeinflusst dieses Konsumverhalten ebenfalls das Verhalten des Einzelnen. Somit verfestigen sich auch in höheren Altersgruppen die Verhaltensweisen des Individuums im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen. Wird der Drogenkonsum als befriedigend empfunden, wird von einer positiven Verstärkung gesprochen und dies führt zur Fortsetzung und Verfestigung des Konsums. Die alleinige Wirkung von Drogen führen nicht automatisch zu einer Abhängigkeit. Wird die Droge als eigene *Selbstbehandlung* angewandt, um obengenannte Problemlagen auszuschalten, kann dies in weitere Problemlagen in der Alltäglichkeit des Individuums führen. In diesem Zusammenhang wird von einer negativen Verstärkung berichtet. Weitere Problemlagen des Konsumierenden werden verschärft durch gesellschaftliche Stigmatisierung als Junkie und Krimineller. Sozialer Rückzug fungiert hier als Antwort im Bewältigungsverhalten sowie aus Angst der gesellschaftlichen Normung nicht zu genügen. Der Drogenkonsum dient nur bedingt und zeitweise bei der Lebensbewältigung und somit beginnt ein Kreislauf aus immer höheren Dosierungen sowie steigender Verdrängung des eigenen Daseins durch Drogen. Diese Phänomene sind auch bei älteren Drogenabhängigen zu beobachten (vgl. Thommen 1984, S.36). Sucht ist aber nicht gleich Sucht. Süchtige Menschen unterliegen verschiedenen Abhängigkeiten. Andreas Kutschke unterscheidet zwei Abhängigkeitsformen. Die seelische (psychische) Abhängigkeit ist charakterisiert durch unwiderstehliches und übermächtiges Verlangen nach bestimmten Substanzen sowie diese wiederholend einzunehmen. Dieses Phänomen wird als Lust-Erzeugung und

Unlust-Vermeidung beschrieben. Hingegen ist die körperliche (physische) Abhängigkeit gekennzeichnet durch Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen, wenn das Suchtmittel abgesetzt wird (vgl. Kutschke 2012, S.48). Die soziale Abhängigkeit wird als Ergänzung von Natalie Eppler aufgeführt. Die psychische Abhängigkeit und die soziale Abhängigkeit sind eng miteinander verknüpft. Die soziale Abhängigkeit ist geprägt durch die soziale Umwelt der drogenkonsumierenden Menschen und den damit verbundenen Stigmatisierungen als Junkie. Durch die Etikettierung „alles Kriminelle“ werden (auch ältere) Konsumierende in Drogenszenen und Subkulturen getrieben (vgl. Eppler 2008, S. 23). Die spezifische Sichtweise auf das Suchtverhalten im Alter zeigt, dass Sucht in allen Altersgruppen vorkommt. Häufig werden Abhängigkeiten von Suchtmittel bei älteren Menschen erst sehr spät bemerkt, denn die substanzbedingten Störungen finden meist im Verborgenen statt oder werden vom Umfeld still toleriert. Ältere Drogenabhängige leben häufig allein und haben wenige soziale Kontakte und somit bleibt das Suchtverhalten für lange Zeit unbemerkt. Des Weiteren spielt die Scham über die eigene Sucht zu sprechen eine wichtige Rolle. Anzeichen einer Sucht im hohen Alter können Stürze, nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit, Antriebslosigkeit, Desinteresse oder Stimmungsschwankungen sein. Weitere Symptome sind Depressionen und Demenz. Schwierig wird das Unterscheiden von typischen altersbedingten Erkrankungen und den Folgen von Erkrankungen durch die Drogensucht. Symptome lassen sich in diesem Zusammenhang nur sehr schlecht und kaum eindeutig voneinander trennen (vgl. Schulte-Wefers 2019, S. 6 ff.). Zum Schluss, bevor die Studien zu den Lebensweisen von älteren Drogenabhängigen vorgestellt werden, ein paar Sätze zu den Hauptdiagnosen und Hauptsubstanzen. Die Hauptdiagnose in Abbildung 1 nach dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte besagt, dass der männliche Teil der Abhängigen den weiblichen Anteil überwiegt. Eine Ausnahme herrscht bei der Alkoholabhängigkeit, wo klar zu sehen ist, dass der Frauenanteil wesentlich höher ist. Die Alkoholsucht ist mit rund 50% gesamt am stärksten vertreten. Opiat- und Kokainabhängigkeit liegen bei den Hauptdiagnosen gesamt unter 10% (Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM).

Hauptdiagnose	Gesamt mit HD			
	n	G	M	F
		141.971	104.501	37.327
F10 Alkohol	68.740	48,4%	45,5%	56,7%
F11 Opiode	13.338	9,4%	9,9%	8,1%
F12 Cannabinoide	28.199	19,9%	22,1%	13,6%
F13 Sedativa/ Hypnotika	1.263	0,9%	0,6%	1,6%
F14 Kokain	4.935	3,5%	4,1%	1,7%

Abb. 1

Hauptsubstanzen nach der Deutschen Suchthilfestatistik 2021 werden in Abbildung 2 wie folgt aufgegliedert: Alkohol ist mit 70,1% die dominanteste Hauptsubstanz. Kokain ist bei den Hauptsubstanzen mit 4,1% und Heroin mit 3,0% vertreten. Das spiegelt auch die Ergebnisse der Hauptdiagnosen in Abbildung 1 wider (vgl. Schwarzkopf u.a. 2022, S. 22).

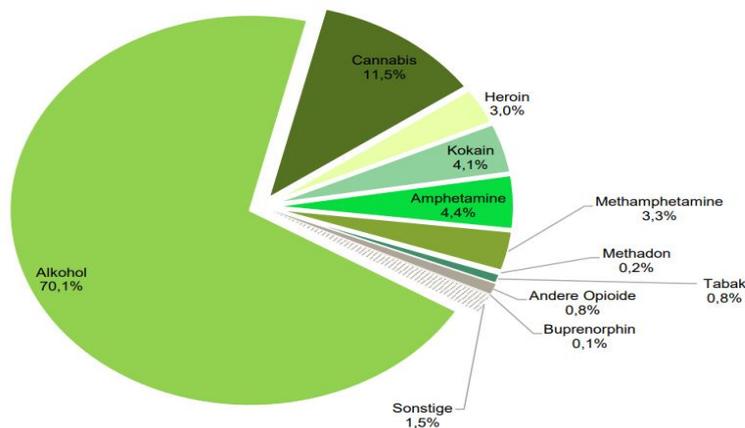


Abb. 2

2.3 Lebensweisen älterer Drogenabhängiger

Vom Institut für Suchtforschung in Frankfurt am Main wurde von 2009 bis 2010 ein Forschungsprojekt „Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet“ durchgeführt. Ziele der Studie waren das Sammeln von Informationen zum Konsumverhalten, den Lebensweisen, den gesundheitlichen Situationen sowie um Einblick in die sozialen Lagen und den Bedürfnissen älterer Drogenabhängiger zu erhalten. Diese Ergebnisse dienen der Grundlage für den verbesserten Ausbau von Hilfesystemen in der Drogenarbeit. Gearbeitet wurde mit Fragebögen, die von 74 drogenabhängigen Menschen von 45 bis 61 Jahren in Hilfeeinrichtungen erfasst wurden. Unter den Befragten waren 32,4% Frauen und 67,6% waren Männer (vgl. Hößelbarth, Stöver 2017, S. 83). Die soziale Situation umfasst die Dimensionen von sozialen Kontakten, den Familienstand und Partnerschaften, der aktuellen Wohnsituation, Schule, Ausbildung und Beruf sowie von den Einkommensverhältnissen der älteren Suchterkrankten. Angefangen mit den sozialen Beziehungen muss gesagt werden, dass diese Beziehungen sehr unterschiedlich gestaltet sind. Grob gesagt haben drei Viertel der älteren Konsument:innen mindestens eine verlässliche Kontaktperson aus der Herkunftsfamilie und/oder zum eigenen Kind. Freundschaftsbeziehungen nehmen auch bei den älteren Drogenabhängigen einen hohen Stellenwert ein. So gaben die Hälfte der Studienteilnehmer:innen an, einen sehr guten Bekannten oder Freund zu haben. Zu

bemerken ist, dass ein Drittel der Älteren keine Bekannten haben oder verlässliche Freundschaften pflegen. Unter verlässliche Personen werden ebenfalls die Beziehungen zu behandelten Substitutionsärzt:innen⁵ und Sozialarbeiter:innen von der Klientel benannt. Die meisten der älteren Drogenabhängigen nutzen diese Kontakte vor allem, wenn ehemalige soziale Netzwerke weggebrochen sind. Somit nehmen diese Berufsgruppen eine zentrale Rolle im Leben der Klientel ein. 94,6% berichteten von guten Verhältnissen zu Sozialarbeitenden und Ärzt:innen. Die Studie befasste sich auch mit dem Familienstand. Ein Großteil der Befragten sind nicht verheiratet. 27,0% leben getrennt vom Ehepartner und 8,1% sind verwitwet. Frauen sind häufiger in Eheverhältnissen und Partnerschaften zu finden als Männer. In aktuellen Partnerschaften lebten zur Zeit der Studie ca. ein Drittel der Befragten. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch im Zusammenhang mit der Wohnsituation wider. Ein großer Anteil von 78,4% der Klientel leben allein. Nur 12,2% leben mit ihren Partnern zusammen. Die kleinste Gruppe von 5,4% sind Partnerschaften mit Kindern im eigenen Haushalt. Nachgewiesen ist, dass Frauen häufiger mit Partnern und Kindern zusammenleben als Männer. Dennoch ist festzuhalten, dass die Wohnsituation in den letzten drei Jahren von 2007 bis 2010 stabil geblieben ist. Lediglich vier Menschen gaben an, derzeit obdachlos zu sein und/oder Notunterkünfte zu nutzen. Aufschlussreich ist ebenfalls, dass es keinen Aufwärtstrend gibt zur Nutzung weiterführenden Hilfen in den Bereichen betreutes Wohnen oder betreute Wohngemeinschaften in institutioneller Umgebung. Zur schulischen Ausbildung ist zu sagen, dass fast alle Interviewten über einen Schulabschluss verfügen. Aufgeschlüsselt haben 50% einen Hauptschulabschluss, 24,3% den Realschulabschluss, 13,5% können ein Abitur nachweisen und sechs Menschen haben keinen Schulabschluss. Es gibt im schulischen Verlauf keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Anders sieht es bei abgeschlossenen Lehrausbildungen aus. Da dominieren die Männer leicht mit 60,8% gegenüber den Frauen mit 45,8%. Dieser Wertegang hat auch einen Einfluss auf die Einkommensverhältnisse der älteren Drogenabhängigen. Die meisten der Konsument:innen leben von Rentenzahlungen und/oder von Sozialleistungen. Der Leistungsbezug setzt sich aus 44,6% Arbeitslosengeld II nach dem SGB II und mit 25,7% nach Leistungen SGB XII zusammen. Rentenzahlungen nehmen 8,1% in Anspruch sowie können 40,6% der Befragten aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht einem Beschäftigungsverhältnis nachkommen. Gerade mal 11% gehen einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nach. Lediglich einer der Befragten finanzierte sein Leben mit illegalen

⁵ Substitutionsärzt:innen versorgen Opiat- und Heroinabhängige Menschen mit Drogensatzstoffen. Die Ärzt:innen müssen als Mindestvoraussetzung für Substitutionsbehandlungen eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation nach den Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV (§5 BtMVV – Einzelnorm) aufweisen.

Einkommensmöglichkeiten. Nach Geschlechtern orientiert ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zur Einkommens- und Beschäftigungssituation. Jedoch sind 79,7% der älteren Suchterkrankten verschuldet. Nach Studienangaben wurde ein Durchschnittswert von 30.880 € ermittelt. (vgl. Hößelbarth, Stöver 2017, S. 87 ff.). Alle der Befragten, außer einer Person, verfügen über Drogenerfahrungen und konsumieren regelmäßig legale und illegale Drogen. In diesem Zusammenhang ist vor allem der Konsum von Heroin zu nennen. Regelmäßiger Gebrauch von Substanzen bedeutet mindestens zweimal pro Woche diese Droge zu konsumieren. Gerichtet nach den Hauptsubstanzen in Kapitel 2.2 ergeben Alkohol, Kokain und Heroin chronologisch geordnet folgende Werte: Crack ist ein Derivat von Kokain und ist mit 41,9% vertreten, sowie liegt das Einstiegsalter bei 35,8 Jahren. Regelmäßiger Kokainkonsum liegt bei 58,1% und das Einstiegsalter ist 29,5 Jahre. 58,1% konsumieren ebenfalls regelmäßig mit einem Einstiegsalter von 19,3 Jahren Alkohol. Heroin bildet die größte Gruppe mit 98,6% und einem Einstiegsalter von 25,6 Jahren. Nach aktuellen Angaben aus der Studie konsumieren wöchentlich 20,3% Alkohol, 10,8% Heroin, Crack mit 4,1%. Zum wöchentlichen Konsum von Kokain wurden keine Angaben gemacht. Diese Lebenslagen schränken nicht nur ein, sondern belasten ältere Suchterkrankte sehr. So gaben 40% an, Belastungen und hohe Einschränkungen im alltäglichen Leben durch Drogenkonsum zu haben. Aus der Studie ging hervor, dass der Gesundheitszustand eine große Relevanz einnimmt, besonders im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Für ein besseres Verständnis dieser Beeinträchtigungen wurden die Teilnehmer der Studie ein Jahr lang (2009/2010) zu ihren körperlichen Beschwerden und Erkrankungen befragt. Gleichfalls interessant ist die Nutzung medizinischer Versorgungssysteme der Klientel. Die Infektionskrankheit Hepatitis C nimmt eine gewichtige Rolle ein in der aktuellen Krankheitsgeschichte von Betroffenen. Bereits infiziert waren 85,1% der Studienteilnehmer. Man kann davon ausgehen, dass die meisten der älteren Drogenabhängigen eine chronische Hepatitis C Infektion aufweisen. Die Hälfte der aktuell Infizierten gaben an, im letzten Jahr in medizinischer Versorgung gewesen zu sein. In den meisten Fällen erhielten die Befragten Auskunft über ihre gesundheitliche Lage durch Blutkontrolltests in medizinischen Einrichtungen. HIV-Infektionen sind mit zwei aktuell erkrankten Personen stark rückläufig. Weitere Beschwerden sind starker Gewichtsverlust, Gelenks- und Atemwegserkrankungen. Die Zahnerkrankungen gingen durch Zahnersatzbehandlung sichtlich zurück. Ebenfalls wurden Verbesserungen bei Abszessen und/oder Krampfanfällen beobachtet. Als Zwischenergebnis ist zu sagen, dass ein Drittel der älteren Konsumierenden einen Schwerbehindertenausweis besitzen. Aus der Studie ging auch hervor, dass einige Teilnehmende es versäumt hatten, einen Antrag für einen Schwerbehindertenausweis zu stellen. Ältere Drogenabhängige leiden nicht nur körperlich. Das, was nicht sichtbar, aber nicht minder relevant ist, sind die psychischen und emotionalen Belastungen. 55,4% der Befragten gaben Angstzustände im Zusammenhang mit psychischen Belastungen an. Mit 62,2% bilden die an Depression erkrankten Menschen die größte Gruppe und 25,7% der älteren Drogenabhängigen hatten Selbstmordgedanken. In diesen Belastungslagen

sind weitere ernstzunehmende Faktoren sichtbar geworden. Unter anderem können sich ältere Drogenabhängige sehr schlecht konzentrieren. Die Zahlen von Vergesslichkeit und Konzentrationsschwäche liegen zwischen 30 bis 40%. Im unteren Feld befinden sich aggressives Verhalten mit 21,6% und Essstörungen mit 24,3% (vgl. Hößelbarth, Stöver 2017, S. 93 ff.). Die Studie zu den Lebensweisen älterer Drogenabhängiger belegt, dass diese Menschen zahlreiche Haftverfahren gemacht haben. Inhaftiert in Strafanstalten oder in Gewahrsam genommen wurden 87,8% der Befragten. Nach eigenen Aussagen verbrachten sie durchschnittlich bis zu vier Jahre in Gefängnissen. Beim Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass Männer deutlich öfter und auch längere Haftstrafen verbüßten als die Frauen. Frauen verbrachten durchschnittlich 2,6 Jahre in Haft und Männer 4,7 Jahren (ebd.). Der größte Hilfebedarf von älteren Suchterkrankten besteht in folgenden Lebensbereichen: Umgang mit Stress, Arbeit und Freizeit sowie den eigenen Wohnraum zu halten. Dabei gehen die Vorstellungen von Hilfebedarf seitens der Klientel und die Sichtweisen von Unterstützungsbedarf seitens der Sozialarbeiter:innen auseinander. Dies scheint daraus zu resultieren, dass ältere Drogenabhängige den Wunsch haben, möglichst lange ohne Hilfen von außen leben zu wollen. Dennoch sind viele Interviewpartner der Studie mit der aktuellen Unterstützung durch professionelle Hilfen zufrieden. Sichtbar in der Studie werden die weiter bestehenden Bedarfswünsche der Klientel. Ganz oben auf der Bedarfsliste zusätzlicher Hilfen steht der Unterstützungswunsch mit 36,4% im Umgang mit Stress und Krisensituationen. 35,7% wünschen sich zusätzlichen Hilfebedarf beim Aufbau und Aufrechterhaltung intimer Beziehungen. Nicht weniger von 34,5% wünschen sich Unterstützung in der Wohnraumbeschaffung sowie in der wirtschaftlichen Unabhängigkeit. Weitere Hilfen werden benötigt bei der Tagesstrukturierung, ärztlichen Besuchen und in der Arbeits- und Freizeitgestaltung (vgl. Hößelbarth, Stöver 2017, S. 107 ff.).

2.4 Sicht auf soziale Beziehungen und Gesundheit

Grundlagen im folgenden Text bestehen aus den Daten drei verschiedener Studien. Eine Studie wurde als leitfadengestützte Befragung mit älteren Suchterkrankten durchgeführt. Weiterhin wurden Onlinebefragungen durchgeführt mit ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen sowie meldeten sich Expert:innen der Drogenhilfe und der Altenhilfe zu Wort. Im Mittelpunkt standen folgende Fragen: Wie sehen soziale Beziehungen älterer Drogenabhängiger aus? Wie sieht der Gesundheitszustand aus? Sind soziale Netzwerke vorhanden? Welche Hilfen werden in Anspruch genommen? Beteiligt waren 40 Männer und 10 Frauen im Alter zwischen 45 und 61 Jahren. Das Verhältnis der Geschlechter reflektiert die Zahlen der Hilfeeinrichtungen in der niedrigschwelligen Drogenarbeit. 10% der Beteiligten waren verheiratet, 48% ledig, 38% geschieden und 4% waren zum Zeitpunkt der Befragung verwitwet. 80% der älteren Drogenabhängigen lebten allein. Viele von ihnen in eigenen Wohnungen oder in einem eigenen Zimmer. Nur 10%

nutzten Notunterkünfte und galten als wohnungslos. Keiner der Teilnehmenden ging einer Erwerbstätigkeit nach und ca. die Hälfte bezogen Sozialhilfe oder waren berentet. 34 Männer und 8 Frauen gaben Hafterfahrungen an. Die Durchschnittliche Haftdauer betrug 56 Monate. Alle Studienteilnehmer:innen konsumierten in der Zeit der Befragung psychoaktive Substanzen sowie konsumierten sie nach eigenen Aussagen weitere Substanzen wie Alkohol, Zigaretten und Benzodiazepine. In der Studie wurden die Beziehungen zur Herkunftsfamilie, der eigenen Familie und zu Freunden befragt. 30 Teilnehmer:innen pflegen gar keinen Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie und wenn, dann ist dieser eher lose gestaltet. Gründe sind hauptsächlich der Tod von Familienmitgliedern, aber auch bewusster und gewollter Kontaktabbruch. Befragte, die noch Kontakt zur eigenen Familie haben, beschreiben diese Beziehung als geprägt von Unterstellungen und Unverständnis im Zusammenhang mit ihrer Drogensucht. Viele ziehen sich dadurch zurück und meiden Familienkontakte. Vor allem ist dies beim männlichen Geschlecht zu beobachten. In der Regel pflegen Frauen einen engeren und regelmäßigeren Kontakt zur Familie. Zur Befragung nach eigenen Kindern gaben 12 Teilnehmende an, kinderlos zu sein. 38 Befragte haben Kinder und davon gaben 11 an, keinen Kontakt zu den eigenen Kindern zu haben. Ein Großteil von 27 Personen haben zu mindestens hin und wieder Kontakt zu ihrem Kind. Vieler der Beziehungen leben vom Austausch durch Telefonate. Aussagekräftig ist die Anzahl der eigenen Kinder mit einem oder mehreren Partnern. Die Studie ergab, dass zu einem einzelnen Kind ein regelmäßiger Kontakt jenseits der Drogenabhängigkeit und über Jahre hinweg bestehen bleibt. Zu mehreren Kindern gestalten sich die konstanten Beziehungen als problematisch oder brechen über die Zeit ganz ab. Viele der Kontaktabbrüche entstehen seitens der älteren Drogenabhängigen aus Angst vor Zurückweisungen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Alltäglichkeit der drogenabhängigen Älteren geprägt ist von Sucht und Beschaffungsdruck. Dadurch herrschen nur lose Kontakte zu den eigenen Familien, Kindern und Enkelkindern. Diese Daten der Lebenslagen geben ebenso Einsichten in die unterschiedlichen Partnerschaften der Klientel von älteren Suchterkrankten. In festen Beziehungen und gemeinsamen Haushalten leben 8 Männer und 3 Frauen. Die niedrige Zahl ist begründet durch problematische Wohnverhältnisse. Viele Partner sind in Notunterkünften der niedrigschwelligen Drogenarbeit untergebracht, sind obdachlos oder inhaftiert. Feste Bindungen werden von den Teilnehmer:innen als schwierig beschrieben im Bezug zum Drogenkonsum und der Drogenszene (vgl. Eppler u.a. 2011, S. 167 ff.). Ein Teilnehmer sagte zu aktuellen Partnerschaften in der Drogenszene: *„Das ist einfach immer so die einzige Schiene, wo man sich kennenlernt. Halt über Substitution oder wo man halt ab und zu regelmäßig hingeht.“* (Eppler u.a. 2011, Interview 36, m). Kontaktaufnahme zu Personen außerhalb vom Drogenmilieu werden von den Befragten als mühsam und anstrengend beschrieben. Immerhin 19 Personen haben in ihrem Freundeskreis konsumierende und nicht konsumierende Menschen. Allerdings werden die Freundschaften zu Menschen außerhalb des Milieus als flüchtig und oberflächlich beschrieben. Fassen wir die Angaben zu den sozialen Kontakten, zu Familien und zu

Partnern sowie Freunden zusammen, ist klar zu sehen, dass die Mehrheit der Befragten über relativ wenige Sozialkontakte und dünne Netzwerke verfügen. Nur wenigen gelingt eine Aufrechterhaltung des Kontakts zur Herkunftsfamilie, Angehörigen und Freunden. Diese Beziehungskultur ist stark beeinflusst vom Drogenkonsum, unter dem beide Seiten leiden. Daraus resultiert, dass sich viele ältere Drogenabhängige als ausgegrenzt, isoliert und einsam fühlen. *„An sich leb ich so zurückgezogen, dass ich ... sowieso ausgeschlossen bin von der Gesellschaft – für mich selbst. Ich bezeichne mich dann auch so ja als der, Außenseiter.“* (Eppler u.a. 2011, Interview 50, m). Die Hälfte der Teilnehmer:innen gaben Einsamkeitsgefühle an. Ausgrenzung kann auch mit Diskriminierung von älteren Drogenabhängigen einhergehen und dies geschieht in aller Öffentlichkeit sowie äußerst brutal. Ein Teilnehmender beschreibt, dass ein Hausmeister allen Mietparteien im Haus, wo der Betroffene lebte, Informationen über seine Drogensucht verbreitete. Der Betroffene hielt die Stigmatisierung der Nachbarn nicht aus und zog weg. Andere Studienteilnehmer:innen sind sich über ihr Verhalten in der Öffentlichkeit bewusst. *„Manche Befragte reflektieren ihr Verhalten in Bezug zu den gängigen Normen; sie wissen, dass sie sich auffallend bzw. abweichend verhalten – eben blödsinnige Sachen machen-, und wundern sich nicht, wenn andere darauf reagieren.“* (Eppler u.a. 2011, S. 181). Diese Prozesse von Diskriminierung und Ausgrenzung erfolgen ebenfalls innerhalb des Drogenmilieus untereinander. Im Kontext von Beeinträchtigungen durch Erkrankungen berichtete eine Teilnehmende folgendes: *„Was mir mit HIV halt im Weg liegt, weil ich offen damit umgeh. Und dann wird man ausgegrenzt. Ja. Ja. Das` scheißegal auf der Szene mittlerweile genauso wie wie äh über-überall.“* (Eppler u.a. 2011, Interview 40, w). Die Ausgrenzung durch die eigene Szene und des Milieus verschärfen die Lebenslagen der Betroffenen. Vor allem, wenn der Anteil von HIV-Infizierten mit 16% in der Studie sehr hoch ist. Festzuhalten ist, dass sich die Hälfte der Befragten nicht von der Gesellschaft ausgegrenzt fühlen. Die andere Hälfte beschreibt sehr wohl drastische Ausgrenzungsmechanismen, welche zur Diskriminierung und Stigmatisierung führen. Begründet ist das unterschiedliche Wahrnehmen der Teilnehmenden von Ausgrenzung durch die unterschiedlichen Kontakte der einzelnen. Die Befragten, die Angaben einige wenige Kontakte zu anderen Menschen zu haben, fühlten sich weniger diskriminiert oder ausgeschlossen. Auch innerhalb der Drogenszene entstehen Machtverhältnisse durch eigene Hierarchieprozesse. Die älteren Drogenabhängigen mit HIV-Infektionen werden besonders scharf angegangen und für sie spürbar ausgegrenzt. Abhängig von der Persönlichkeit des Betroffenen reagieren sie mit Rückzug und Vermeidung oder verweigern soziale Kontakte gänzlich und wollen gar nichts mehr mit Normalgesellschaft und Drogenszene zu tun haben. Wiederum andere geben nicht auf und kämpfen um ihre Kontakte, jedoch mit geringem Erfolg. Ein Kampf ist auch das zurechtkommen mit dem eigenen Gesundheitszustand. Ältere Drogenkonsument:innen beschreiben sich selbst oft als gesund, obwohl sie eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen haben. Dies beweisen quantitative Forschungsergebnisse der Studie. Von insgesamt 50 Befragten geben 5 keine Krankheiten an und 19 Personen sagen, sie sind gesund und fühlen sich

gesund. Nur wenige ältere Drogenabhängige, insgesamt 14, haben das Gefühl, durch die chronischen Erkrankungen beeinträchtigt zu sein. Mit Hilfe von Fragebögen wurden folgende Krankheiten der älteren Klientel aufgezeigt. Am meisten vertreten sind mit 62% die Lebererkrankungen und dazu gehört auch die Infektion mit Hepatitis C mit 55%. Psychische Störungen sind Depression, Angstzustände und Suizidgedanken. Diese Erkrankungen weisen 46% der Befragten auf, gefolgt von Zahnerkrankungen mit 42%. *„Ich bin zwar 60% schwer behindert einmal HEP C, dann hat ich äh, ne Operation an der Wirbelsäule gehabt [...] Also daher kommen die 60% Schwerbehinderung, ne. Aber es ist nicht so das mich das im Alltag jetzt großartig beeinträchtigen.“* (Eppler u.a. 2011, Interview 48, m). Die Aussagen der älteren Suchterkrankten verweisen darauf, dass Hepatitis-C-Erkrankungen sowie weitere Beschwerden bagatellisiert werden. Dieses Gesundheitsempfinden lässt sich auf den Konsum von Opiaten zurückführen. Dieses hat einen großen Einfluss auf die Wahrnehmung eigener psychischer und körperlicher Beschwerden. Opiate sind nicht nur starke Schmerzmittel, sondern beeinflussen ebenfalls die Stimmung des Konsumierenden. Die älteren Drogenabhängigen wurden auch nach den Hilfen und Versorgungsmöglichkeiten bei Erkrankungen und Beschwerden befragt. *„Wenn ich Hilfe brauch... ich glaub, muss ich alleine mit klarkommen (lacht). Ja, bei mir gibt's keinen.“* (Eppler u.a. 2011 Interview 49, m). Dieses Zitat trifft auf 20 Interviewpartner zu, die behaupten, dass sie im Krankheitsfall niemanden haben, an den sie sich wenden können. Nur sehr wenige können mit der Hilfe von Angehörigen rechnen. Dies gilt ebenso für ältere Drogenabhängige, welche über keine oder nur sehr flüchtige Kontakte zu Mitmenschen haben. Unter den Befragten wohnen ca. 20% in Einrichtungen Betreutes Wohnen. Es ist davon auszugehen, dass die Versorgung der Klientel durch Mitarbeitende der Einrichtungen in Krankheitsfällen sichergestellt ist. Ältere Suchtkranke mit bestehenden und guten Verhältnissen zur Familie, Freunden und Bekannten werden auch in akuten Krankheitssituationen unterstützt. Allerdings bleibt offen, ob diese Unterstützung auch bei der Pflege oder bei der permanenten Betreuung gegeben ist. Wie sich Expert:innen zum Thema soziale Beziehungen und Gesundheitsprobleme älterer Drogenabhängiger äußern, wird hier im Schlussteil der Studie in Augenschein genommen. Befragt wurden Expert:innen aus Institutionen der Sucht- und Drogenhilfen mit Hilfe einer anonymen Online-Befragung. Von Einsamkeit an erster Stelle berichten auch die Expert:innen, wenn es um die sozialen Beziehungen geht. Die meisten Kontakte beschränken sich auf die Drogenszene. *„Sie haben kaum Kontakte außerhalb der Drogenszene, das heißt, alles was an sozialen Kontakten da ist, spielt sich innerhalb der Drogenszene ab und das ist dann mitunter schon unterstützend aber oft auch problematisch.“* (Eppler u.a. 2011, Experte 2). Die Einsamkeit wird somit zum ungewollten Begleiter, dient aber gleichfalls als Selbstschutzstrategie. Zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden äußern sich Expert:innen wie folgt: *„Also Frauen sind in der Regel doch besser vernetzt und können sich zum einen leichter auch Unterstützung holen, wenn sie sie brauchen, kriegen sie aber auch leichter. Und da haben's Männer einfach noch mal einen Tick schwerer.“* (Eppler u.a. 2011, Experte 2).

Schwierige Beziehungsdynamiken werden bei den familiären Kontakten gesehen. In den seltensten Fällen bestehen noch Kontakte zur Familie oder zu Geschwistern. Etwas positiver sieht in der Eltern-Kind-Beziehung aus, aber auch diese Kontakte sind belastet durch den Drogenkonsum. *„Zu ihren Kindern haben einige noch Kontakt. Auch da eben halt auch manchmal ein Belastungsaspekt, weil sie natürlich ein schlechtes Gewissen haben, dass sie sich um ihre Kinder nicht kümmern können.“* (Eppler u.a. 2011, Expertin 4). Einig sind sich die Expert:innen aus der Drogenarbeit sowie aus der Altenhilfe, dass es bei älteren Drogenabhängigen massive Gesundheitsprobleme gibt und der damit einhergehende Voralterungsprozess. Manchen betroffenen Älteren sieht man diesen Prozess sofort an, bei anderen verläuft dieser eher schleichend. Besonders in Verbindung mit Infektionserkrankungen wie Hepatitis C. Das Leben mit der Drogenabhängigkeit fordert seinen Tribut und das zeigt sich insbesondere im Verlust der kognitiven und gesundheitlichen Einbußen. Zum kognitiven Abbau gehören Gedächtnisverlust und beginnende Demenz. Diese Faktoren beschleunigen den Alterungsprozess der bereits älteren Klientel erheblich. Von den Expert:innen werden zu den am häufigsten vorkommenden Erkrankungen die HIV-Infektionen, Hepatitis C, Venenprobleme, Abszesse und Zahnprobleme genannt. Beachtung schenken sie auch neuen Entwicklungen. *„Krebs. Kann ich einfach ohne nachzudenken sagen, und aus unserer Sicht spielt da auch dieser Voralterungsprozess eine enorme Rolle. [...] Aber bei unseren Klienten sind die Krebsarten, die die bekommen, wirklich schon im Segment Alterskrebs.“* (Eppler u.a. 2011, Expertin 4). Die Aussagen der Expert:innen verweisen darauf, dass die Krebserkrankungen der älteren Suchterkrankungen zu den neuen Herausforderungen in der Drogensuchtarbeit und in der Altenpflege gehören. Die Krebsdiagnosen spiegeln die vom Drogenkonsum belastenden Lebenslagen der Älteren wider. Lungenkrebs sowie Leber- und Bauchspeicheldrüsenkrebs sind unter der Klientel weit verbreitet. Das liegt am exzessiven Rauchen und sind Folgen von permanenten übermäßigen Alkoholkonsum. Der Alterungsprozess wird ebenfalls beschleunigt durch Misch- und Beikonsum, das heißt, es werden eine Vielzahl verschiedener psychoaktiver Substanzen konsumiert. Dieser Mischkonsum wird fachsprachlich Polytoxikomanie genannt. Das Leben in ständiger Armut, ohne Wohnraum und kaum vorhandenen sozialen Kontakten, bieten den älteren Suchterkrankten kaum Zeit und Möglichkeiten, sich um ihre Gesundheitsprobleme zu kümmern. Besonders die Expert:innen aus der Pflege weisen darauf hin, dass Drogenabhängige zunehmend älter werden und wir es schon heute mit 60 bis 70 Jahre alten Menschen zu tun haben. Außerdem weisen sie darauf hin, dass es keine geeigneten Pflegeeinrichtungen für die ältere Klientel gibt. Sozialarbeiter:innen ergänzen diese Feststellung zusätzlich mit den problembehafteten Unterstützungsmöglichkeiten für ältere schwererkrankte Drogenabhängige. Menschen, welche jahrelang in Drogenszenen auf der Straße oder in Notunterkünften verbracht haben, sind nicht ohne weiteres bereit, in Wohnformen wie dem betreuten Wohnen zu ziehen. Durch schlechte Beziehungserfahrungen sind die wenigsten bereit, sich auf die Hilfe der niedrigschwelligen Drogenarbeit einzulassen. *„Die Kumulation und Verfestigung der verschiedenen Problemlagen ist das*

wesentliche Problem bei älteren Drogenabhängigen. Häufig sind dann die klassischen Drogenhilfeangebote nicht mehr geeignet und andererseits verhindert anhaltender Drogenkonsum häufig, dass Angebote der regulären Altenhilfe genutzt werden können.“ (Eppler u.a. 2011, Kommentar aus der Online-Befragung). Die Expert:innen gaben an, dass der Altersanteil von Klient:innen mit über 40 Jahren in ihren Einrichtungen zwischen 25% bis 50% liegen. Eine weitere wichtige Erkenntnis aus der Befragung sind die Umsetzungsmöglichkeiten der verschiedenen Krankheitsbehandlungen. Selbst wenn davon ausgegangen werden kann, dass die älteren Erkrankten medizinische Behandlung erfahren, sind sich Expert:innen im unklaren, ob die Maßnahmen auch umgesetzt werden oder von der älteren Klientel umgesetzt werden können. Positiv erwähnt werden die umfangreichen Lebenserfahrungen der Älteren und das Engagement sich um Mitmenschen kümmern zu wollen sowie die Bereitschaft an ihrem Leben etwas zu verändern. Das sind laut den Expert:innen Ressourcen, die für die zukünftige soziale und Altenpflegerische Arbeit mit der älter werdenden Klientel von Suchterkrankten genutzt werden sollte (vgl. Eppler u.a. 2011, S. 167 ff.).

2.5 Ältere Drogenabhängige und Komorbidität

„Bei Drogenkonsumenten wird der Begriff Komorbidität für das gleichzeitige Vorliegen einer Störung durch psychotrope Substanzen und einer weiteren psychiatrischen Störung bei derselben Person verwendet.“ (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – DBDD, 2003). Orientiert wird sich in diesem wichtigen Kapitel an der Studie: *Altern und Drogenkonsum. Problemlagen von Konsumenten von illegalen Drogen* aus dem Jahr 2012 von Irmgard Vogt. Die Aussagen der Studie werden hier vereinfacht zusammengefasst. Aktuell geht man davon aus, dass 30.000 bis 60.000 Drogenabhängigen mit über 40 Jahren einen chronischen Krankheitsverlauf besitzen. Nach Selbstaussagen der älteren Klientel haben ca. 15% der 45 bis 61-jährigen eine HIV-Infektion und mindestens 60% eine Hepatitis C Erkrankung. Weitere aktuelle körperlichen Krankheiten sind Abszesse, Arthritis, Erkrankungen der Atemwege, Herz-Kreislaufbeschwerden, Nierenbeschwerden, Osteoporose, Venenentzündungen und Zahnbeschwerden. Selbstaussagen zu den psychischen Belastungen ergaben, dass 62% an Angststörungen, Depressionen und anderen psychischen Störungen leiden. Schwere Vergesslichkeit und beginnende Demenz liegt bei 20-40% der Betroffenen vor sowie steigt die Suizidgefahr im Alter an. Nicht weniger wichtig bei Komorbidität ist der Faktor des Beikonsums. 95% der älteren Drogenabhängigen Rauchen, 50% trinken regelmäßig Alkohol und 80% konsumieren mehrere psychoaktive Substanzen (vgl. Vogt 2012). Einer der häufigsten Diagnose bei den älteren Suchterkrankten ist die Persönlichkeitsstörung. Zu den Persönlichkeitsstörungen gehören unter anderem die

Schizophrenie. Diese Krankheit beinhaltet Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise und Apathie. Weitere Diagnosen sind ADP (antisocial personality disorder) und BP (Borderline-Persönlichkeitsstörung). Diese Persönlichkeitsstörungen wurden bei 79% der Opiatabhängigen festgestellt⁶, wobei die Abhängigkeit eine zentrale Rolle in der Diagnostik einnimmt und die Substanz eine untergeordnete Rolle spielt. Schizoide und narzisstische Persönlichkeitsstörungen treten häufiger bei Drogengebrauchenden auf als bei „Normalpersonen“ (vgl. Götz 1999, S. 30 ff.).

⁶ Beruhend auf einer Übersichtsarbeit von Verheul, Brink & Hartgers (1995a) aus den Jahren 1982-94

3 Zweiter Hauptteil: Pflegeeinrichtungen für ältere Drogenabhängige

Der zweite Hauptteil ist als Diskussionsraum zu den bedarfsgerechten Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Für eine verständnisvolle Einleitung und Hinführung werden gesammelte Daten zum Gesundheitszustand von 14 Bewohner:innen einer Dauerwohngruppe für ältere Drogenabhängige aufgezeigt. Diese stammen aus meinem Praktikum, welches ich in dieser Einrichtung absolvierte. Die Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und sind nach der Relevanz geordnet worden. Alle Bewohner:innen werden substituiert mit verschiedenen Drogenersatzstoffen. Den meisten wurden Medikamente gegen Angststörungen verschrieben in Verbindung mit Depressionen und Schlafstörungen. Ein Großteil der Bewohner:innen nehmen täglich verschiedene Schmerzmittel zu sich. Viele leiden an Atemwegserkrankungen, gefolgt von beeinträchtigter Leber- und Nierenfunktionen sowie an Stoffwechselerkrankungen. Bluthochdruck, Diabetes und Magen-Darmerkrankungen sind ebenfalls häufige Erkrankungen der Bewohner:innen. Einige sind körperlich stark eingeschränkt und sind auf Gehhilfen oder Rollstühle angewiesen. Im Durchschnitt nehmen die Bewohner:innen bis zu 10 verschiedenen Medikamente täglich zu sich. Die Ärzt:innenliste für die 14 älteren drogenabhängigen Bewohner:innen umfasst 32 verschiedene fachärztliche Bereiche von Neurologie, Psychiatrie, Infektiologie und Physiotherapie sowie der Allgemeinmedizin. Aus diesem Hintergrund heraus wird im Folgekapitel eine fiktive Kurzkonzeption einer bedarfsgerechten Pflegeeinrichtung für ältere Drogenabhängige vorgestellt.

3.1 Kurzkonzeption – PASSD

Die Pflegeeinrichtung für alternde suchterkrankte und substituierte Drogenabhängige – (PASSD) ist eine vollstationäre Dauerwohneinrichtung für die alternde Klientel von drogenabhängigen, schwerbehinderten und chronisch erkrankten Menschen.

Vorstellung der Bewohner:innen: Ein Großteil der Bewohner:innen kommen mit minderer Abstinenzmotivation in unsere Pflegeeinrichtung. Auslöser sind somatische, psychische und soziale Krisen. Das behandelte multiprofessionelle Team besteht aus Mediziner:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeut:innen, Physiotherapeut:innen sowie dem Pflegepersonal. Alle Mitarbeiter:innen besitzen langjährige Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe und bilden sich entsprechend weiter. Neben den somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen sowie der Behandlung von

Entzugssymptomen wird in der psychotherapeutischen Arbeit mit den Bewohner:innen an der Krankheitseinsicht sowie an der Veränderungsbereitschaft gearbeitet. Die Basis unserer sozialtherapeutischen Arbeit ist die achtsamkeitsorientierte Grundhaltung, die wir als Team den Bewohner:innen in psychotherapeutischen Gruppengesprächen und Einzelgesprächen vermitteln (vgl. Szöcs 2021, S. 29).

Hierarchie der Behandlungsziele: An erster Stelle steht die Sicherung des Überlebens von Bewohner:innen der Pflegeeinrichtung, gefolgt vom qualitativen Aus- und Aufbauprozess eines möglichst guten Lebens nach den individuellen Vorstellungen der älteren Klientel. Von zentraler Bedeutung ist die Minderung des Substanzkonsums und das Erlangen von drogenfreien Lebensabschnitten sowie die Reflektionsfähigkeit bei drogenbedingten Rückfällen. Als oberstes Ziel sind die Abstinenz und die Autonomie in der Gestaltung des eigenen Lebens zu nennen (vgl. Hoff u.a. 2017, S. 127).

Vollstationäre Pflege: Zielgruppe sind Menschen, die eine dauerhafte stationäre Pflegebedürftigkeit oder eine Intensivpflegebedürftigkeit benötigen. Voraussetzungen für eine Aufnahme sind, wenn ambulante Hilfen den Pflegebedarf nicht abdecken können oder kein Dauerpflegeplatz dem Hilfebedürftigen zur Verfügung steht. Eine weitere Voraussetzung ist der Nachweis einer Pflegestufe und der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekassen sowie dem Einverständnis der Hilfebedürftigen. Ziele sind die Sicherung der erforderlichen vollstationären Pflege und die Finanzierung sowie die Patientenzufriedenheit (vgl. Kaiser 2021, S. 47).

Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft: Diese Wohngemeinschaft ist für die langfristige Betreuung von älteren Drogenabhängigen vorgesehen, welche auf Grund suchterkrankter Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, ihr Leben selbständig zu führen. Zur Verfügung steht ihnen ein geschützter Lebensraum, dieser ermöglicht und begünstigt den älteren Drogenabhängigen ein Leben ohne Suchtmittel zu führen. Kostenträger sind Sozialamt nach SGB XII, die Rente und das Vermögen der Hilfebedürftigen (vgl. Szöcs 2021, S. 31).

Rechtliche Rahmung: Bewohner:innen sind suchterkrankte volljährige Menschen mit körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen nach SGB IX § 2 (3)⁷, die

⁷ Beinhaltet die Gleichstellung von schwerbehinderten Menschen

einem Grad der Behinderung (GdB) zwischen 30 und 50 aufweisen. Die Suchterkrankung gehört zur seelischen Beeinträchtigung und diese wird im Lebensverlauf erworben. Die älteren Drogenabhängigen gehören demnach zum beschriebenen Personenkreis im SGB IX § 2 (1)⁸. Die Aufgaben der Einrichtung orientieren sich nach dem SGB IX § 90 (1) Aufgabe der Eingliederungshilfe⁹. Gearbeitet wird außerdem nach SGB IX § 113 (1) Soziale Teilhabe. Insbesondere fallen darunter § 113 (2) 3. die heilpädagogische Leistung und § 113 (2) 5. die Leistungen zum Erwerb sowie Erhalt von Fähigkeiten und praktischen Kenntnissen, in Verbindung mit § 116 (1) 1. Begleitung der Leistungsberechtigten sowie Assistenz zur Alltagsbewältigung. Das Gesamtplanverfahren ist in unserer Pflegeeinrichtung von zentraler Bedeutung und wird definiert im SGB IX § 117 (1) 1. Beteiligung Leistungsberechtigter an Beratung und allen Verfahrensschritten und § 117 (1) 2. Dokumentation von Zielen und Wünschen sowie die Art der Leistungen. Das Gesamtplanverfahren wird unter Beachtung der Bedürfnisse der Leistungsberechtigten transparent, individuell, lebensweltbezogen und zielorientiert durchgeführt. Die Bedarfsermittlung der Leistungsberechtigten erfolgt nach SGB IX § 118 (1) Instrumente der Bedarfsermittlung: Die Ermittlung erfolgt durch ein Instrument, das sich an internationalen Klassifikationen der Funktionsfähigkeit, Behinderung sowie Gesundheit orientiert. Hierbei handelt es sich nicht nur um vorübergehende Beeinträchtigungen im Zusammenhang der Aktivität und Teilhabe. Folgende Lebensbereiche sind bei der Bedarfsermittlung der Leistungsberechtigten von Bedeutung: Nach § 118 (1) 1. Wissensanwendung und Lernen, § 118 (1) 5. Selbstversorgung, § 118 (1) 7. Interaktionen und Beziehungen und § 118 (1) 9. bedeutende soziale Lebensbereiche. Nach diesen genannten Standards entwickelt unsere Pflegeeinrichtung zielorientierte Maßnahmen für die Bewohner:innen mit den Mitarbeiter:innen verschiedener Professionen.

Geriatrische Rehabilitation: Die Aufgabe der Pflegeeinrichtung bezieht sich auf die Information, Beratung sowie Organisation einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme unter Berücksichtigung des Bewohnerwunsches. Indikationen für geriatrische Rehabilitationen sind bei älteren drogenabhängigen Menschen häufig ab 70 Jahren alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen, drohender Mobilitätseinschränkungen und eine geringe

⁸ Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen

⁹ Ermöglicht den Leistungsberechtigten ein Leben in Würde, fördert die Selbstbestimmung dieser und die individuelle Lebensführung

Selbsthilfefähigkeit sowie die Pflegebedürftigkeit in den Bereichen: essen, trinken und Hygiene, Kommunikation und soziale Integration. Als Voraussetzung müssen mindestens zwei behandlungspflichtige Diagnosen vorliegen. Erste Diagnose Indikationsgruppe therapiepflichtige Krankheiten sind Amputationen, Zustand nach Schlaganfall/Herzinfarkt, Diabetes und Durchblutungsstörungen sowie rheumatischen Erkrankungen und Parkinson. Die zweite zusätzliche Diagnose sind Immobilität, kognitive Defizite, Fehl- und Mangelernährung sowie Depressionen, Angststörungen und chronische Schmerzen. Unter Kontraindikationen werden schwere Verwirrheitszustände, akute Lebensgefahr und akute Infektionen benannt. Ziel ist eine weitestgehende selbständige Handlungsfähigkeit im Alltag zu erreichen und die Vermeidung höherer Pflegebedürftigkeit. Voraussetzungen sind die Vorlage einer Indikation, einer ärztlichen Empfehlung zur Rehabilitation und das Einverständnis der Hilfebedürftigen sowie des Kostenträgers (vgl. Kaiser 2021, S. 35).

Leistungsbeschreibung der Einrichtung: Erstgespräche und Sozialanamnese beinhalten die Erhebung psychosozialer Grunddaten der Bewohner:innen sowie das Einbeziehen von Informationen der behandelnden Ärzt:innen. Ebenfalls wichtig ist die Information über Aufgabenstellung und Zuständigkeiten des Sozialdienstes. Transparenz in der Vermittlung von Leistungsinformationen für die Kostenträger zur geriatrischen Rehabilitation, der Finanzierung und vollstationären Maßnahmen. Die Unterstützung von Entscheidungshilfen mit den erforderlichen Unterlagen sowie die Vollständigkeit der medizinischen Befundberichte sind weitere Aufgaben (vgl. Kaiser 2021, S. 48).

Pflegeversicherungsleistungen: Die vollstationäre Pflege basiert auf dem SGB XI im Zusammenhang mit dem Ersten Kapitel: Allgemeine Vorschriften nach § 1 Soziale Pflegeversicherung. Darin werden Ziele und Zuständigkeiten definiert: § 1 (1) Geschaffen wird eine Sozialversicherung als neuer Zweig der Sozialversicherung für die Risikominimierung der Pflegebedürftigkeit und zur sozialen Absicherung. § 1 (3) Pflegekassen sind Träger der sozialen Pflegeversicherung. Die Aufgaben der Pflegekassen werden von den Krankenkassen registriert. § 1 (4) Die Aufgabe der Pflegeversicherung sind Hilfeleistungen für Hilfebedürftige, welche solidarische Unterstützung benötigen im Zusammenhang mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (vgl. Kaiser 2021, S. 45).

Die Pflegeeinrichtung als Lern- und Lebensraum: Das Konzept der sozialtherapeutischen Pflegeeinrichtung richtet sich nach den Bedürfnissen der älteren Bewohner:innen, dem Wunsch nach Geborgenheit und sicheren Bindungserfahrungen sowie der Selbsterhöhung durch die Teilhabe innerhalb der Wohngemeinschaft in der

Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung versteht sich als Spiegel der Gesellschaft, in der sich Organisationsdynamiken und zwischenmenschliche Prozesse ereignen, welche den gesellschaftlichen Ausdrucksformen und Verhaltensweisen ansatzweise ähneln. Die Pflegeeinrichtung bietet den notwendigen Raum für Verarbeitungsprozesse von Mängelerfahrungen, Kränkungen und emotionalen Verletzungen sowie von traumatischen Ereignissen. Für das multiprofessionelle Team gilt es eine fördernde, barrierefreie und heilende Umwelt in der Pflegeeinrichtung von älteren Drogenabhängigen zu gestalten. Die Einrichtung nutzt die Ressourcen und Potentiale der Bewohner:innen und ermöglicht somit harmonische und respektvolles Zusammenleben mit vielfältigen Kontakten und Begegnungen beim gemeinsamen Arbeiten in Werkstätten und/oder Gruppenangeboten der Einrichtung. Gruppenangebote werden geschlechtsspezifisch angeboten und basieren auf der Stärkung der Selbststeuerung in der Kritikfähigkeit, der Frustrationstoleranz und dem sich mitteilen von individuellen Belastungen. Das Leben in der sozialtherapeutischen Pflegeeinrichtung vermittelt durch diese Teilhabemöglichkeiten Sinn und Struktur sowie wirkt diese motivierend für die älteren Drogenabhängigen ein möglichst abstinentes Leben zu führen (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 9).

Sozialberatung: Die Aufgaben der Sozialberatung sind die Unterstützung der Bewohner:innen bei sozialen und finanziellen Problemen sowie die Stärkung der Kompetenz von eigenen Bewältigungsstrategien. Für die sozialtherapeutische Diagnostik ist äußerst wichtig, die bestehenden Teilhabestörungen der Älteren am gesellschaftlichen Leben sowie deren defizitären personenbezogenen Faktoren zu kennen und diese im Zusammenhang für die Planung von entsprechenden Maßnahmen zu berücksichtigen. Sucht kann eine Verdrängung und/oder Flucht aus der Realität sein. Für eine gelingende Betreuung ist es sehr wichtig, dass die älteren Bewohner:innen eine soziale Realität erfahren und motiviert werden, sich dieser zu stellen. Die soziale Diagnostik unterstützt die ältere Klientel durch das Aufzeigen neuer und aktiver Bewältigungsstrategien unter Berücksichtigung ihrer sozialen Defizite. Die Sozialarbeit versteht sich hierbei als eine begleitende Unterstützung für die Älteren, damit diese lernen mit den verschiedenen Anforderungen des alltäglichen Lebens umzugehen. Schwerpunkte sind ebenfalls Schuldnerberatung, strafrechtliche Fragen, sinnvolle Freizeitgestaltung und die Herstellung sozialer Kontakte (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 13).

Tagesstrukturierende Maßnahmen: Ein zentrales Thema ist die Schaffung einer Tagesstruktur. Viele der älteren Drogenabhängigen lebten in der sich wiederholenden Schleife von Beschaffungsdruck nach Geld und Drogen. Diese Lebenslagen ließen nur eindimensionale Tagesstrukturen zu oder die Älteren haben bereits bestandene

Strukturen im Alltag durch den Drogenkonsum vergessen bzw. verlernt. Für die Reaktivierung dieser benötigten Kompetenzen, um einen Tagesablauf sinnvoll und nach eigenen Wünschen zu gestalten, bietet die Pflegeeinrichtung verschiedene Tätigkeitsfelder an. Diese sind arbeiten in der Küche, im Außengelände und in der räumlichen Innenpflege (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 13).

Gesundheitserziehung: Im Bereich der Gesundheitserziehung werden die älteren Bewohner:innen mit ihren erworbenen seelischen, körperlichen und psychischen Schäden durch den Drogenkonsum konfrontiert. Wichtig ist, dass die Älteren als mündige Erwachsene angesehen werden. In Gruppen werden gemeinsam mit Therapeut:innen Harm Reduction Strategien im Kontext Drogenkonsum, Aufklärung zu Hepatitis C und HIV-Infektionen, gesunden Ernährungsweisen und Bewegungstherapien angeboten sowie werden mögliche Strategien der Rückfallprophylaxe¹⁰ besprochen (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 15).

Substitutionsbehandlung: Die Substitutionsbehandlung von schwer erkrankter opiatabhängiger Bewohner:innen ist eine Standardbehandlung im Rahmen der medizinischen Versorgung. In Deutschland werden diese Behandlungen mit Drogensatzstoffen (Opioiden) auf der gesetzlichen Grundlage der Betäubungs-Verschreibungsverordnung (BtmVV) seit Jahren durchgeführt. Dieses Angebot richtet sich an Bewohner:innen mit besonders hohem Abhängigkeitsproblemen sowie an Bewohner:innen die nicht in Abstinenz leben können. Die Substitutionsbehandlung wird als suchtmmedizinisch indizierte Medikation betrachtet. Die Substitution wird durch das therapeutische Fachpersonal in der Pflegeeinrichtung durchgeführt (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 15).

Die Regeln der Pflegeeinrichtung: Regeln dienen der Orientierung und tragen zur Sicherheit in der Wohngruppe bei. Zu den Regeln gehört kein Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten ohne ärztliche Absprachen. Eine Sonderregelung gibt es beim Alkoholkonsum. Ist der Suchtdruck zu stark und wird das Leben durch die Entzugssymptome erheblich negativ beeinflusst, können diese Betroffenen ein Schließfach für die Verstauung alkoholischer Getränke nutzen. Das Öffnen des Schließfaches geschieht im Beisein von professionellen Mitarbeiter:innen der Pflegeeinrichtung. Die Dosierung des möglichen Alkoholkonsums muss mit Hilfe der Mitarbeitenden dokumentiert und in einem

¹⁰ Verhinderung, Vorbeugung und/oder Minimierung von suchtbedingten Rückfällen

einvernehmlichen Behandlungsplan festgehalten werden. Ist der Betroffene in der Substitutionsbehandlung, muss ein Alkoholtest vor jeder Substitutionsvergabe durchgeführt werden. Grundlegend gelten auch in der Pflegeeinrichtung kein Rassismus, Sexismus oder Gewaltandrohungen in jeglicher Art (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 16).

Ethische Prinzipien: Das Autonomieprinzip unterstützt alle Bewohner:innen in der Entscheidungsfreiheit und ihre Kompetenzen der Entscheidungsfähigkeit werden ausgebaut. Besonders wichtig ist dieser Ansatz im Zusammenhang mit dem Einverständnis der älteren Drogenabhängigen an der Teilnahme von therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Ziele. Das Prinzip der Schadensvermeidung beinhaltet, schädliche Eingriffe zu minimieren. Hier schließt sich das Prinzip der Fürsorge an. Dieses fördert die aktive Teilnahme, die Selbstwirksamkeit und Steuerungsfähigkeit der Bewohner:innen. Das Ziel ist das Wohl der älteren Drogenabhängigen zu stabilisieren und zu stärken. Das Gerechtigkeitsprinzip verlangt eine faire Verteilung von Gesundheits- und Therapieleistungen für alle Bewohner:innen ohne Vorurteile (vgl. Hoff u.a. 2017, S. 84).

Qualitätssicherung: Um unsere Leistungen im Sinne der Klientel zu verbessern, finden regelmäßige Gesprächsrunden mit der Einrichtungsleitung und der Geschäftsführung statt. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden von den jeweiligen Teams in der Pflegeeinrichtung umgesetzt. Diese tagen wöchentlich. Rückmeldungen erhalten wir über unsere Angebotsleistungen durch die jährlichen Stichtagsbefragungen. Um auch hier auf Augenhöhe zu arbeiten, finden wöchentliche Bewohner:innenversammlungen in der Einrichtung statt. Entwicklung, Verbesserung und Selbstreflexion der multiprofessionellen Arbeit ist eine Teamleistung und wird durch die unterschiedlichen Erfahrungen und den verschiedenen Ausbildungen der Professionen gewährleistet. Multiprofessionelle Teamarbeit kann somit zu einem gemeinsamen Modell mit den Bewohner:innen werden. Die fachlichen Kompetenzen werden durch die Beschäftigung von Sozialpädagog:innen und Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeut:innen, Mediziner:innen und Psycholog:innen im pflegerischen Alltag der Einrichtung sichergestellt. Der gesamte Betreuungsprozess wird mit Hilfe von elektronischen Akten dokumentiert. In diesen Akten werden insbesondere alle diagnostischen, anamnestischen und betreuungsrelevanten Informationen aufgenommen sowie arbeitstherapeutische Maßnahmen festgehalten. Das Dokumentationssystem spielt eine zentrale Rolle für die einrichtungsinternen Steuerungsprozesse. Die Einrichtung kooperiert mit den Angeboten der Suchtkrankenhilfen, der Psychiatrien sowie den Obdachlosenhilfen in Sachsen zusammen. Die Pflegeeinrichtung PASSD strebt enge und stabile Kooperationsbeziehungen zu den verschiedenen Leistungserbringern

an. Ebenfalls enge Kontakten bestehen zu den örtlichen ansässigen Ärzt:innen im Landkreis (vgl. Therapiehilfe Bremen 2020, S. 17 ff.).

Handlungsempfehlung der Pflegeeinrichtung: Die Pflegeeinrichtung verfügt über Handlungsempfehlungen verankert im Qualitätsmanagement für den bedarfsgerechten Umgang mit den Bewohner:innen. Die Mitarbeiter:innen der Einrichtung sind in diesen Handlungsempfehlungen unterrichtet sowie geschult worden. Es gehört zum Betreuungsstandard von älteren Drogenabhängigen diese als Suchtpatienten anzuerkennen sowie ihre Problemlagen zu kennen. Die Pflegeeinrichtung verwendet als Erhebungsinstrument für mögliche Suchtdiagnosen Beobachtungs- und Dokumentationsbögen. Mit Hilfe eines Screeningprogramms wird die Verbesserung der Lebensqualität und die Minderung der Morbidität gewährleistet. Des Weiteren verfügt die Pflegeeinrichtung über geschultes Fachpersonal sogenannte Suchtbeauftragte. Diese werden gezielt in der Behandlung von Suchtproblematiken der älteren Bewohner:innen in der Einrichtung eingesetzt. Die Bewohner:innen erfahren somit einen professionellen Umgang mit ihren Suchterkrankungen (vgl. Hoff u.a. 2017, S. 87 ff.). Ebenso sinnvoll gestaltet sich die umfassende Biographiearbeit, welche in den ersten Wochen nach der Aufnahme beginnt. Begleitet wird dies von Bezugspflegekräften und wird kontinuierlich fortgesetzt. Ziel der Biographiearbeit ist das Verständnis der eigenen Drogengeschichte, das Verstehen der eigenen Lebenswelt im hier und jetzt sowie die Aktivierung und/oder Reaktivierung der persönlichen Ressourcen der älteren Drogenabhängigen (ebd.).

3.2 Altenheime als Kooperationspartner

In Deutschland sind aktuell ca. 2,3 Millionen Menschen pflegebedürftig und zwei Drittel dieser Personengruppe werden zuhause oder durch ambulante Pflegedienste versorgt. In Altenheimen wird nur ein Drittel aller Pflegebedürftigen betreut. Das Durchschnittsalter der Altenheimbewohner:innen liegt bei den Frauen bei 82 Jahren und bei den Männern bei 79 Jahren sowie wohnen diese Menschen durchschnittlich vier Jahre in Pflegeeinrichtungen. 70% der Bewohner:innen in Altenheimen sind Frauen. Die Werte und Normen der älteren „Normalbewohner:innen“ sind geprägt durch die Mittelschicht und lassen sich an einer gewissen Rücksichtnahme untereinander erkennen. Des Weiteren ist der gesundheitliche und mobile Zustand der „normalen“ Pflegebedürftigen in Altenheimen auf eine Vielzahl von personellen Hilfen angewiesen. Ganz anders verhält es sich bei der Klientel von älteren Drogenabhängigen. Im Schnitt erreichen sie das Niveau der Pflegebedürftigkeit mit ca. 40 Jahren und sind somit halb so alt wie die oben genannten Menschen. Dies liegt an den bereits beschriebenen Lebenslagen dieser Menschen

und dem damit verbundenen Prozess der Voralterung. Bei Suchterkrankten sind es überwiegend Männer, die eine dauerhafte Versorgung in Pflegeheimen benötigen. Die Werte und Normen der Klientel sind von Stigmatisierung, Ablehnung, erlernten Bewältigungsstrategien durch das Leben in Drogenszenen und häufig in Verbindung mit regelmäßigen Gefängnisaufenthalten sowie anschließender Wohnungs- oder Obdachlosigkeit geprägt. Diese Lebenswelt von älteren Drogenabhängigen begünstigt eine Verrohung ihres Sozialverhaltens oder soziale Verhaltensweisen im Umgang mit Menschen wurden verlernt. Von daher kann ihr Sozialverhalten von den gewohnten Alltagsnormen stark abweichen. Durch das relative junge Alter von 30 bis 40 Jahren sind die suchterkrankten Menschen viel agiler als die „Normalbewohner:innen“ und fordern mehr Mitsprache sowie Mitbestimmung im Alltag der Pflegeeinrichtungen ein. Allerdings ist die traditionelle Altenpflege nicht erfahrungslos im pflegerischen Umgang mit suchterkrankten älteren Menschen. An erster Stelle ist die Alkoholabhängigkeit zu nennen. In diesem Zusammenhang gibt es bereits Altenpflegeeinrichtungen, die diese Abhängigkeit in ihrer konzeptionellen Umsetzung berücksichtigen. Programme oder standardisierte Behandlungsstrategien im Kontext von Suchterkrankungen in Altenheimen existieren in Deutschland derzeit nicht. Die Plätze für pflegebedürftige abhängige Menschen in Pflegeheimen sind zu einem begrenzt und auf der anderen Seite wird im Aufnahmeverfahren der Altenhilfe nicht nach möglichen Abhängigkeiten gefragt. Ein weiteres Problem ist der erlaubte Konsum von Alkohol in den Einrichtungen der traditionellen Altenhilfe. Aktuell gibt es kaum Schnittstellen oder Kooperationen zwischen der Altenpflege und der Sozialen Arbeit. Oft konkurrieren die beiden Bereiche um die geringen finanziellen Mittel. Um Verknüpfungen und/oder Kooperationen zu ermöglichen bietet das Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main Forschungsprojekte an. Diese Forschungsprojekte unter anderem *Ältere Drogenabhängige in Deutschland* dienen als Diskussionsraum für die Expert:innen aus der Altenhilfe und der Drogensuchthilfe. In diesen Expert:innengruppen werden Fragen einer möglichst bedarfsgerechten Unterbringung von älteren Drogenabhängigen in Pflegeheimen diskutiert. Die Ergebnisse dieser Gesprächsrunden und die Aussagen der betroffenen Drogenabhängigen sind hilfreiche Wegweiser für zukünftige Konzepte (vgl. Vogt 2009, S. 29 ff.). In der Studie *Lebensweisen und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet* wurde die ältere Klientel zum Leben in einem Altenheim befragt. Ganz konkret wurden diese gefragt, ob ein Zusammenleben mit „normalen“ Bewohner:innen für sie in Frage käme. Eine Hälfte der Befragten befürworteten diese Möglichkeit und die andere Hälfte lehnte dies ab. Ein Hauptgrund für die Ablehnung war, dass so lange wie möglich selbständige Wohnen im eigenen Haushalt. Das Altenheim wird nach den Aussagen der älteren Drogenabhängigen erst dann attraktiv, wenn der Gesundheitszustand das

selbständige Leben erheblich einschränkt. Außerdem äußerten einige Befragte ihre Ängste und Vorurteile gegenüber der Unterbringung in Altenheimen. Diese sind im Zusammenhang mit einer nicht bedarfsgerechten Versorgung, zu strenge Regeln, das sich abgeschoben fühlen, die Vorurteile der nichtkonsumierenden Bewohner:innen und mögliche Konflikte im Alltag in Pflegeheimen beschrieben worden. Aber auch positive Aspekte des Zusammenlebens mit nicht Drogenabhängigen in Altenheimen waren Inhalt der Aussagen der Befragten. Häufig wurde der Austausch über Lebenserfahrungen und gemeinsame verschiedene Aktivitäten genannt. Als besonders positiv wurde der mögliche soziale Kontakt zu abstinenten Bewohner:innen erwähnt. Dafür so die Befragten wäre von beiden Seiten ein Vertrauen und eine Offenheit sehr wichtig (vgl. Hößelbarth, Stöver 2017, S.143 ff.). Auch im Ausland wird sich mit der bedarfsgerechten Unterbringung von älteren Drogenabhängigen beschäftigt. In der Schweiz gibt es ein Wohnmodell (Haus) für problematisch geltende Drogenabhängige. Die meisten stehen unter ärztlicher Kontrolle, es werden körperliche und psychische Beschwerden behandelt sowie nehmen die Drogenabhängigen an Substitutionsbehandlungen teil. Das Besondere an diesem Hausprojekt ist, dass die drogenabhängigen Menschen nicht in Therapien gedrängt werden oder eine verpflichtende Abstinenz nachweisen müssen. Ebenfalls gibt es keine Kontrolle der Komm- und Gehstrukturen der Bewohner:innen. Dieses offene Konzept ermöglicht den Drogenabhängigen ein selbständiges Leben und garantiert ihnen ihre gewohnten Freiheiten (vgl. Vogt 2009, S. 30).

3.3 Grenzen

Grenzen können viele Merkmale haben. Sie bestehen aus Unsicherheiten im Umgang mit der herausfordernden älteren Klientel, der Erreichbarkeit der älteren Drogenabhängigen sowie den Vorurteilen von Mitarbeiter:innen der Sozialen Arbeit und der Altenhilfe. Zunächst die Grenzen der älteren Klientel. Diese kommen nicht von alleine in die Einrichtungen der Drogenhilfe, sei es aus Schamgefühlen, Ängsten, durch mangelnde Öffentlichkeitsarbeit der sozialen Träger oder Vorerfahrungen von Ablehnung durch behandelnde Hausärzt:innen. Überforderungen der Pflegeeinrichtungen durch zu wenig Wissen über die älteren Suchterkrankten sind ebenfalls Grenzen. Aus Überforderung können Unsicherheiten entstehen, diese werden in der Fachliteratur der professionellen Pflegegestaltung wie folgt beschrieben. Häufig werden Unsicherheiten im pflegerischen Alltag mit der drogenabhängigen Klientel benannt. Weitere Schwierigkeiten treten hervor in der Akzeptanz der Lebensgewohnheiten von älteren Drogenabhängigen und vor allem die Angst zu versagen, das heißt Drogenrückfälle der Patient:innen können als schlechte

pflegerische Leistung betrachtet werden. Die damit einhergehende uneinheitliche Vorgehensweise des multiprofessionellen Pflegeteams können sich ebenfalls negativ auf die Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen auswirken. Auch das multiprofessionelle Team birgt Grenzen in sich. Aus den verschiedenen Ausbildungsinhalten der Professionen heraus, entsteht ein großes Wissen aber auch unterschiedliche Sichtweisen auf Sucht, Suchtentstehung, der Pflege und Behandlung von Betroffenen und stellen Grenzen dar. *„Die Spannungsfelder unterschiedlicher Meinungen und Positionen zwischen Disziplinen, in Teams, bei Angehörigenkontakten, aber auch seitens der zu Pflegenden selbst werden bleiben.“* (Hoff u.a. 2017, S. 37). Auf der anderen Seite ist der Fachkräftemangel eine ebenso bedeutsame Grenze. Dadurch erfolgt Überarbeitung aus der andauernden Unterbesetzung des Personals und die damit verbundenen erhöhten Krankmeldungen der Pflegekräfte. Die Zunahme als Fachkraft selbst, an psychischen Belastungsstörungen zu erkranken, wächst und ist als Grenze zu sehen. (Hoff u.a. 2017 s. 17 ff.). Die Grenzen der Sozialen Arbeit werden in diesem Kapitel aber auch als Herausforderung und Chancen beschrieben. Von hoher Bedeutung sind die Fort- und Weiterbildungen in den beiden Arbeitsfeldern Altenhilfe und Soziale Arbeit. Im Arbeitsfeld der sozialarbeiterischen Drogenhilfe bestehen Defizite durch das mangelnde Wissen über altersbedingte Erkrankungen, der Pflegewissenschaft, dem Alterungsprozess an sich sowie die verschiedenen Problemlagen im hohen Alter. Besonderes Augenmerk gilt hierbei der Demenzerkrankung, denn diese wird durch drogenerworbene Begleiterkrankungen kaschiert und dadurch kaum oder erst sehr spät im Krankheitsverlauf wahrgenommen. In diesem Zusammenhang entstehen Lernfelder für Sozialarbeiter:innen und die Altenpfleger:innen können nicht nur theoretisches Wissen, sondern ebenfalls anwendbare Handlungs- und Pflegekonzepte für die ältere Klientel vermitteln. Umgekehrt verhält es sich genauso. Die traditionelle Altenpflege weist eine geringe Erfahrung im Umgang mit drogenabhängigen Menschen auf. Die Soziale Arbeit wird demnach gefordert in der Erstellung geeigneter Konzepte für die Weiterbildung im Kontext Drogenkonsum für die Alten- und Pflegehilfen (vgl. Vogt 2009, S.31). Die Profession der Soziale Arbeit stößt an weitere Grenzen, wenn es um diagnostische Medizin, Klassifizierungen in der Psychiatrie und therapeutischen Behandlungen geht. Notwendige therapeutische und medizinische Behandlungen sowie komplexe Diagnostizierung von älteren Drogenabhängigen liegen weit außerhalb der sozialen Arbeitsfelder und müssen als Grenzen von Sozialarbeiter:innen anerkannt werden. Ebenfalls von Bedeutung sind die institutionellen Grenzen. Derzeit existieren nur wenige Einrichtungen, meist ländlich liegend, mit einer geringen Anzahl an Räumlichkeiten für die drogenabhängige ältere Klientel. Das liegt zu einem an den Finanzierungsmodellen, denn diese Einrichtungen sind keine Pflegeeinrichtungen, sondern Einrichtungen im Zusammenhang mit den

Eingliederungshilfen der Sozialen Arbeit und werden finanziert durch die Deutsche Rentenversicherung und den Krankenkassen. Häufig werden pflegebedürftige ältere Drogenabhängige nicht im Finanzierungsmodell aufgenommen und abgelehnt, weil die Krankenkassen sowie die Rentenversicherung daran interessiert sind, die Hilfebedürftigen in den ersten Arbeitsmarkt wieder einzugliedern und somit die Strategie der Unabhängigkeit von finanziellen Hilfen verfolgen. Des Weiteren warten ältere Drogenabhängige bis zu zwei Jahren auf einen möglichen Platz in einer Einrichtung der Suchtdrogenhilfen und meistens sind diese Unterbringungen zeitlich begrenzt. Die Bürokratie und die Finanzierung sind Grenzen, die sich auf das Wirken der Sozialen Arbeit überträgt. Räumliche Grenzen werden sichtbar durch die schlechten öffentlichen Verkehrsmittelanbindungen und sind es ebenfalls Grenzen für die ältere Klientel und Sozialarbeiter:innen.

4 Fazit und Ausblick

Im ersten Hauptteil meiner Arbeit untersuchte ich die Gesamtheit der Lebenslagen von älteren Drogenabhängigen. Damit sind speziell ihre Lebensbedingungen und Problemlagen gemeint. Zuerst befasste ich mich mit dem Begriff ältere Drogenabhängige. Durch meine Literaturrecherche fand ich heraus, dass damit drogenabhängige Menschen ab 40 Jahren gemeint sind, die aber wesentlich älter werden können. Darauf aufbauend untersuchte ich in Kapitel 2.1 den demografischen Wandel, die Voralterung und die Altersdimensionen von alternden Suchterkrankten. Zum demografischen Wandel ist zu sagen: Aktuell liegt das Durchschnittsalter nach dem Europäischen Drogenbericht 2021 bei 42 Jahren. Diese erhöhte Lebenserwartung von 60 bis 70 Jahren ist auf die Substitutionsbehandlung und der deutlich verbesserten psychosozialen Begleitung zurückzuführen. Relevant ist ebenfalls der Prozess der Voralterung von Drogenabhängigen. Drogenabhängige weisen bereits ab 40 Jahren alterstypische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Demenz auf. Interessant sind die verschiedenen Altersdimensionen. Als besonders wichtig in meiner Recherche stellte sich neben dem biologischen und sozialen Alter das psychologische Alter im Zusammenhang auf die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit des Konsumierenden heraus. Einfach ausgedrückt ist die Dimension psychologisches Alter eine Anpassungsleistung an den geistigen und körperlichen Abbau sowie an die alterstypischen Erkrankungen und dem Akzeptieren des Alterns an sich. Bei der Zielgruppe von älteren Drogenabhängigen in meiner Untersuchungsarbeit kommen drogenbedingte physische und psychische Erkrankungen hinzu und belasten den konsumierenden Menschen umso mehr. Erhöhter Drogenkonsum als Bewältigungsverhalten kann die Folge sein und somit steigt das Risiko einer Suchterkrankung erheblich. Doch wie entsteht Sucht? In Kapitel 2.2 forschte ich mit Hilfe von Literatur zum Thema der Suchtentstehung. Festgestellt habe ich, dass es keine Suchtpersönlichkeit gibt, sondern dass Sucht und Drogenkonsum individuelle Ausdrucksformen für das Ertragen von Elend und Leid der Betroffenen sind. Bei der Entstehung sowie Aufrechterhaltung einer Suchtabhängigkeit sind Person, Umwelt und Substanz bedeutende Faktoren für körperliche und psychische Abhängigkeit. Meine Untersuchungen ergaben, dass ein weiterer Faktor, die soziale Abhängigkeit, von hoher Bedeutung ist. Ältere Drogenabhängige sind vor allem Menschen, die nicht losgelöst von sozialen Systemen wie Freundschaften, Partnerschaften und insbesondere der Familie leben können. Aus diesen Gründen suchen sie nach Ersatz für die fehlenden sozialen Beziehungen und finden diese häufig in der Drogenszene. Durch Stigmatisierung und Ausgrenzung werden die älteren Drogenabhängigen ebenfalls in

Drogenszenen gedrängt. Nur selten können diese Szenen aus eigenen Kräften wieder verlassen werden und somit kann eine soziale Abhängigkeit entstehen. Welche Drogen werden von älteren Drogenabhängigen konsumiert? Durch Literaturrecherche stieß ich auf die Begriffe Hauptdiagnose und Hauptsubstanzen. Ich näherte mich dem Thema zu den Hauptdiagnosen von älteren Drogenabhängigen über die Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Arzneimittel und Medizinprodukte. Bei den Hauptdiagnosen sind Männer weitaus mehr vertreten als Frauen. Am häufigsten wird die Alkoholabhängigkeit diagnostiziert und hier überwiegt der Frauenanteil. Opiat- und Kokainabhängigkeit sind weitere Hauptdiagnosen ohne geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den Hauptsubstanzen sieht es ähnlich aus. Am meisten wird Alkohol konsumiert und an zweiter und dritter Stelle stehen Kokain und Heroin. Orientiert habe ich mich zu den Hauptsubstanzen an der Deutschen Suchthilfestatistik 2021. Mit diesen Erkenntnissen wurde meine Untersuchung spezifischer. Ich fragte mich: Wie genau gestaltet sich das alltägliche Leben von älteren Drogenabhängigen? Zur Beantwortung meiner Frage nutzte ich zwei Studien und stellte diese in Kapitel 2.3 und 2.4 vor. Die beiden Studien befassten sich mit den Lebensweisen, den sozialen Beziehungen und dem Gesundheitszustand von Drogenabhängigen zwischen 45 und 61 Jahren. Zusammenfassend kann ich sagen, dass mir zwei gravierende Lebensbedingungen in den Studien aufgefallen sind. Die erste Lebensbedingung beschreibt die Isolation von älteren Drogenabhängigen in Verbindung mit Angst und Einsamkeit. Der Isolationszustand taucht immer wieder in den verschiedenen Lebenslagen von älteren Drogenabhängigen auf, z. B. in der Wohnsituation sowie in den Partnerschaften, denn die meisten der Älteren leben allein und ohne Partner. In der Arbeitswelt sieht es ähnlich aus. Geschuldet dem Gesundheitszustand können nur die wenigsten einer Erwerbstätigkeit nachgehen und somit werden die Isolationsprozesse noch zusätzlich verschärft. Viele der Älteren beziehen Rente oder leben von Sozialleistungen und diese reichen nicht aus, um den eigenen Lebensunterhalt zu bestreiten sowie steigt dadurch die Gefahr der Verschuldung und/oder in die Kriminalität abzurutschen. Die Folgen sind zahlreiche Gefängnisaufenthalte und Männer sind häufiger sowie länger inhaftiert als Frauen. In Gefängnissen werden flüchtige Zweckfreundschaften geschlossen und nach der Entlassung sind die meisten der Älteren wieder auf sich allein gestellt. Soziale Beziehungen bestehen kaum zu Freunden, Familie oder zu den eigenen Kindern. Als regelmäßige Sozialkontakte und Bezugspersonen wurden Mitarbeiter:innen aus der Drogensuchthilfe genannt. Fallen auch diese weg, haben die älteren Drogenabhängigen so gut wie keine sozialen Kontakte. Ständig sind die Älteren isoliert und fühlen sich einsam. Auf Grund von unzureichenden Bewältigungsstrategien entstehen Ängste sowie werden ältere Drogenabhängige zusätzlich ausgegrenzt und stigmatisiert. Das alles muss die ältere Klientel Tag für Tag mit sich selbst ausmachen

und somit beschleunigen sich physische, psychische und chronische Erkrankungen. Diese Erkrankungen gehören zur zweiten und nicht weniger dramatisch verlaufenden Lebensbedingung. Fast alle der Älteren leiden an komorbiden Störungen. Diese fallen in jungen Jahren nicht auf. Im höheren Alter spielt die Scham, über diese Erkrankungen zu sprechen, eine große Rolle. Auch wenn sich Ältere öffnen wollen, sie haben keine Kontakte, wo sie dies tun könnten, und so verdichten sich die beiden Lebensbedingungen aus Isolation sowie komorbiden Erkrankungen zunehmend und belasten erheblich die Lebenslagen der älteren Klientel. Spezifisch untersucht wurden die chronisch komorbiden Krankheitsverläufe im Kapitel 2.5. Untersuchungsgegenstand war eine Studie *Altern und Drogenkonsum*. Komorbidität bedeutet Mehrfacherkrankung und zur bestehenden Drogenabhängigkeit ist mindestens eine weitere psychische Erkrankung diagnostiziert worden. Die Zahl der betroffenen Älteren in Deutschland im Zusammenhang mit Komorbidität umfasst bis zu 60.000 Menschen. Drei Faktoren sind für mich am prägnantesten. Zu einem ist ein erheblicher Anteil der Älteren von körperlichen Erkrankungen wie Hepatitis C und HIV-Infektionen betroffen. Ebenso viele leiden an psychischen Erkrankungen wie permanente Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen, gefolgt vom Beikonsum von legalen und illegalen Drogen sowie Medikamenten. Gerade die psychischen Erkrankungen wirken sich durch den Dauerkonsum von Drogen besonders negativ auf den Gesundheitszustand der Älteren aus. Kernerkenntnisse der Untersuchungen aus dem ersten Hauptteil sind die soziale Abhängigkeit, die Isolation und die komorbiden Erkrankungen von älteren Drogenabhängigen. Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisgewinnung erstellte ich im zweiten Hauptteil eine Kurzkonzeption für eine bedarfsgerechte Pflegeeinrichtung für ältere Drogenabhängige. In Kapitel 3 nutzte ich in der Einleitung zur Unterstreichung der Dringlichkeit und der sozialarbeiterischen Relevanz solcher Einrichtungen, die Medikation und Ärzt:innenliste von älteren Drogenabhängigen aus einer Dauerwohngruppe sowie nutzte ich verschiedene Konzepte und Fachliteratur für meine Untersuchungen. Die Pflegeeinrichtung ist beschrieben in Kapitel 3.1 und richtet sich an schwererkrankte ältere Drogenabhängige mit massiven seelischen, psychischen und physischen Gesundheitsproblemen. Weitere Belastungen sind soziale Krisen und eine geringe Abstinenzmotivation. Wichtig für meine Erstellung des Kurzkonzepts einer bedarfsgerechten Pflegeeinrichtung ist die Erkenntnis einer langfristigen Betreuung mit einer zusätzlichen medizinisch überwachten Substitutionsbehandlung für die ältere Klientel. Als weiterer Schwerpunkt stellte sich die geriatrische Behandlung für drogenabhängige pflegebedürftige Menschen ab 70 Jahren heraus. Diese besitzen mehrere Diagnosen in den Bereichen der somatischen und psychischen Belastungen. Zu benennen sind die Nachsorgebedürftigkeit nach Schlaganfällen, schwere diabetische Krankheitsverläufe, Muskel- und Venenerkrankungen in

Verbindung mit Depressionen und permanenten Angstzuständen. Die älteren Drogenabhängigen benötigen in diesem Zusammenhang eine vollstationäre Intensivpflege. Zum Ausblick für die Soziale Arbeit ist zu sagen, dass die Vermittlung in geeignete Gesundheitseinrichtungen notwendig ist. Spezifische Konzepte für Pflegeeinrichtungen müssen in einem multiprofessionellen Rahmen aus Sozialer Arbeit, Medizin und Pflege erstellt werden, um der Menschenwürde und den Bedürfnissen der älteren Klientel gerecht zu werden. Konkret ging ich im Kontext der Profession der Sozialen Arbeit auf folgende Punkte ein. Ein Hauptbedürfnis der älteren Drogenabhängigen ist die Geborgenheit in einem heimischen Umfeld zu erleben. Die Sozialarbeiter:innen in der Pflegeeinrichtung unterstützen diesen Bedarfswunsch der Älteren, indem sie die vorgesehene langfristige Betreuung begleiten. Wichtig ist vor allem der Prozess des Ankommens und des Einlebens in der neuen Umgebung sowie mögliche Ängste und neue Heraus- und Überforderungen auf Augenhöhe mit der Klientel zu kommunizieren. Die Älteren sollen sich in der Wohngemeinschaft der Pflegeeinrichtung gehört, gesehen und als mündige Menschen anerkannt fühlen. Eine ebenbürtige Gewichtung kommt der Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit den individuellen Drogenbiographien der älteren Drogenabhängigen zu. Hier werden gemeinsam mit den Sozialarbeiter:innen die erworbenen drogenbedingten Erkrankungen besprochen sowie die Akzeptanz und der Umgang mit diesen. In regelmäßigen Gruppen- und Einzelgesprächen werden individuelle Bewältigungsstrategien erarbeitet unter Anwendung der Rückfallprophylaxe. Das Gefühl von Geborgenheit und das Verständnis der eigenen Drogensucht wird sozialarbeiterisch ergänzt durch die Förderung der Selbstwirksamkeit in der eigenen Lebensbewältigung. Die Pflegeeinrichtung, beschrieben in meiner Kurzkonzeption unter Tagesstrukturierung in Kapitel 3.1, versteht sich ebenfalls als Lernort für ältere drogenabhängige Menschen. Durch aktive Teilnahme an den alltäglichen Arbeitsprozessen in der Einrichtung erlangen die Bewohner:innen direkte Erkenntnisse über ihre Ressourcen und Kompetenzen. Die Anwendung dieser im Alltag ähneln gesellschaftlichen Lebensweisen außerhalb der Einrichtung. Durch Reflexionsgespräche mit den Sozialarbeiter:innen werden soziale Kompetenzen der Älteren gestärkt und eine Stabilität in der eigenen Lebensführung vermittelt. Können ältere Drogenabhängige in Altenheimen untergebracht werden? Dieser Frage ging ich in Kapitel 3.2 *Altenheime als Kooperationspartner* nach. Als Untersuchungsgegenstand diente mir für die Beantwortung dieser Frage ein Artikel über die verschiedenen Lebenslagen von drogenabhängigen und nicht drogenabhängigen älteren Menschen in der Altenpflege. Demzufolge sind Drogenabhängige halb so alt als die Bewohner:innen in derzeit bestehenden Altenheimen. Die Biographien von älteren Drogenabhängigen sind von Stigmatisierung, vom Drogenkonsum und durch Drogenszenen geprägt sowie unterscheiden sie sich stark von den „Normalbiographien“

der Altenheimbewohner:innen. Beide Gruppen sehen dennoch Vor- und Nachteile im gemeinsamen Leben in einem Altenheim. Ich nutzte für meine Untersuchung eine Studie über die Lebensweisen von älteren Drogenabhängigen. In dieser wurden die älteren Drogenabhängigen zu einem möglichen Leben in einem traditionellen Altenheim befragt. Häufige Ablehnungsgründe waren die Angst vor Kontrolle durch die Einrichtung und Freiheitsentzug, eine schlechte Versorgung und Streit mit den „normalen“ Bewohner:innen. Positive Chancen aus der Sicht der Drogenabhängigen waren vor allem der Austausch über Lebenserfahrungen und gemeinsame Aktivitäten mit anderen Mitbewohner:innen. Hinderlich für eine gelingende Integration sind die nicht miteinander kooperierenden Arbeitsfelder der Alten- und der Drogenhilfe. Beide weisen kaum Schnittstellen auf und kämpfen um die geringen Finanzierungsmittel. Diese Erkenntnis zeigte mir die Grenzen der Sozialen Arbeit auf. In Kapitel 3.3 *Grenzen* recherchierte ich mit Hilfe von Fachliteratur und beschrieb die Grenzen als Herausforderungen und Chancen für eine multiprofessionelle Arbeit in einer Pflegeeinrichtung für ältere Drogenabhängige. Bei den therapeutischen, medizinischen und psychiatrischen Arbeiten in einer Pflegeeinrichtung sind klare Grenzen für die Soziale Arbeit zu erkennen und dennoch entstehen für alle Professionen Lernfelder. Die Sozialarbeiter:innen erhalten im professionellen Austausch und Weiterbildungen theoretisches und praktisches Wissen über die Altenpflege durch Expert:innen der Altenpflege und umgekehrt werden die problembehaftenden Lebenslagen von Drogenabhängigen den Altenpfleger:innen durch Sozialarbeiter:innen der Drogen- und Suchthilfen verständnisvoll und auf Augenhöhe vermittelt. Grenzen sind außerdem der Fachkräftemangel, die ungünstige Lage der meist ländlich orientierten Einrichtungen und deren schlechte Erreichbarkeit für die Klientel sowie für Sozialarbeiter:innen. Weiterhin kann das uneinheitliche Arbeiten in der Pflegeeinrichtung durch die verschiedenen Disziplinen bestehend aus Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit eine Grenze sein. Klare Grenzen sind insbesondere die derzeitigen Gesetzesentwürfe zu den Zugangsvoraussetzungen auf Unterbringung und Pflegeanspruch für alternde Drogenabhängige sowie die fehlenden Finanzierungsmodelle. Meine Empfehlung für eine Pflegeeinrichtung für ältere drogenabhängige Menschen sind altershomogene Bewohner:innengruppen. Dies habe ich durch Gespräche mit Bewohner:innen während meines Praktikums in einer Dauerwohngruppe für alternde Drogenabhängige erfahren. Die Bedarfe und die problematischen Lebenslagen von älteren Drogenabhängigen sind für mich persönlich, wichtige politische Aufträge, denn diese kommen kaum in aktuellen politischen Diskursen vor.

Quellenverzeichnis

Bojack, Barbara; Brecht, Elke; Derr, Christina (2010): Alter, Sucht und Case Management. Casemanagement als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter. In: Kramer, W. Jost; u. a. (Hg.): Wismarer Schriften zu Management und Recht. Band 38, Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co.KG, Bremen

Borgmann, Cornelia; Griwatz, Frank; (2019): Substanzkonsum im pflegerischen Alltag. Erläuterungen, Informationen, Hintergründe Rechtliche Bedingungen Kommunikations-theoretische Grundlagen Weitere praxisrelevante Aspekte, Drogenberatung e.V., Bielefeld, www.drogenberatung-bielefeld.de/de/pflegebedarf-sucht-und-alter, verfügbar 16.11.2023

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html, verfügbar 07.11.2023

Cvetanovska-Pllashniku, Gabriela (2021): Kurzcharakteristika stoffgebundener und stoffungebundener Süchte. In: Wolff, Melanie; Looser, Winfried; Cvetanovska-Pllashniku, Gabriela (Hg.): Multiprofessionelle Behandlung von Suchterkrankungen. Praxis-handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 1. Auflage, Hogrefe Verlag, Berlin, S. 69 – 89.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): IFT Institut für Therapieforschung, Leopoldstraße 175 D-80804 München, Deutschland, https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload/dbdd/03_Situation/PDFs/Spezialthe-men/2003_komorbidaet.pdf, verfügbar 12.11.2023

Eppler, Natalie (2008): Mythos Sucht. Heroinvergabe – Chance oder Endstation, Tec-tum Verlag Marburg

Eppler, Natalie; Kuplewatzky, Nina; Vogt, Irmgard (2011): „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit, In: Vogt, Irmgard (Hg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogen-abhängiger. Fachhochschulverlag, der Verlag für angewandte Wissenschaften E.K. Frankfurt am Main, S. 167-208.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – EMCDDA (Hg.) (2021): Europäischer Drogenbericht 2021. Trends und Entwicklungen, Amt für Veröf-fentlichungen der Europäischen Union, https://www.emcdda.europa.eu/system/fi-les/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf, verfügbar 22.11.2023

Gölz, Jörg (Hg.) (1999): Der drogenabhängige Patient. Handbuch der schadensmindernden Strategien, 2. Auflage, Urban & Fischer München-Jena

Hoff, Tanja; Kuhn, Ulrike; Kuhn, Silke; Isfort, Michael (Hg.) (2017): Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege. Springer Verlag GmbH Deutschland

Hösselbarth, Susann; Stöver, Heino (2017): Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet. In: Stöver, Heino; Jamin, Daniela; Padberg, Christina (Hg.): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe, Fachhochschulverlag, der Verlag für angewandte Wissenschaften E.K. Frankfurt am Main, S. 83-165.

Kaiser, Mirjam (2021): Zusammenfassung zur Projektwoche des Studiengangs „Soziale Arbeit“ der Hochschule Mittweida im Kliniksozialdienst der Diakoniewerk Zschadraß gGmbH, [Seminarkonzept HS Mittweida - SD Gesamt - Fassung 2021.pdf](#), verfügbar 25.11.2023

Kutschke, Andreas (2012): Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkranker alter Menschen, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Krausz, Michael; Degkwitz, Peter (1996): Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Schulte-Wefers, Hella (2019): Alter und Sucht. 6. Studientage Komplexe Suchtarbeit Graz 2019, [https://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/storage/steiermark/documents/Hilfe-und-Angebote/Menschen-In-Not/Gesundheit/Sucht/Kontaktladen/Aktuelles/Studientage-Komplexe-Suchtarbeit/2019/vortraege/Dr med Hella Schulte-Wefers - Alter und Sucht.pdf](https://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/storage/steiermark/documents/Hilfe-und-Angebote/Menschen-In-Not/Gesundheit/Sucht/Kontaktladen/Aktuelles/Studientage-Komplexe-Suchtarbeit/2019/vortraege/Dr_med_Hella_Schulte-Wefers_-_Alter_und_Sucht.pdf), verfügbar 16.11.2023

Schwarzkopf, Larissa; Künzel, Jutta; Morawski, Monika; Specht, Sara (2022): Suchthilfe in Deutschland 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), IFT Institut für Therapieforchung, München [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS DJ2021 Jahresbericht.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2021_Jahresbericht.pdf)

Szöcs, Philipp (2021): Zusammenfassung zur Projektwoche des Studiengangs „Soziale Arbeit“ der Hochschule Mittweida im Kliniksozialdienst der Diakoniewerk Zschadraß gGmbH, [Seminarkonzept HS Mittweida - SD Gesamt - Fassung 2021.pdf](#), verfügbar 25.11.2023

Therapiehilfe Bremen gGmbH (2020): Hof Düring (CMA). Betreuungskonzept: Langzeiteinrichtung zur integrativen Betreuung chronisch Abhängigkeitskranker, [Konzept CMA Hof Düring.pdf](#), verfügbar 25.11.2023

Thiele, Gisela (2018): Alter. [https://www.socialnet.de/lexikon/Alter#:~:text=Die%20Welt-gesundheitsorganisa-tion%20\(WHO%202002\)%20arbeitet,%3A%2075%2D%20bis%2089%2DJ%C3%A4hrige](https://www.socialnet.de/lexikon/Alter#:~:text=Die%20Welt-gesundheitsorganisa-tion%20(WHO%202002)%20arbeitet,%3A%2075%2D%20bis%2089%2DJ%C3%A4hrige), In: Koch, Christian (Hg.) Geschäftsführer der socialnet GmbH Weidengarten 2553129 Bonn, verfügbar 19.10.23

Thommen, Dieter (1984): Die Behandlung Drogenabhängiger. Alternativen zur traditionellen juristischen Sicht des Drogenproblems, Verlag Peter Lang AG, Bern

Vogt, Irmgard (2009): Süchtige Alte und ihre Versorgung. In: Suchtmagazin, Band 35, Heft 3 (2009), [E-Periodica - Süchtige Alte und ihre Versorgung](#), verfügbar 29.11.2023

Vogt, Irmgard (2012): Altern und Drogenkonsum. Problemlagen von Konsumenten von illegalen Drogen, https://www.luesa.de/download/ISF_Altern_und_LUESA_2012.pdf, verfügbar 12.11.2023

Zurhold, Heike (2017): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe. Fachhochschulverlag, der Verlag für angewandte Wissenschaften E.K. Frankfurt am Main

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname