



h_da

HOCHSCHULE DARMSTADT
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Abhängigkeit im Alter

Eine empirische Untersuchung zur Versorgungssituation
opiatabhängiger Menschen in gehobenem Lebensalter
in Frankfurt am Main

Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung an der Hochschule Darmstadt, Fachbereich
Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit

Vorgelegt von: Tobias Wolf
Matrikel-Nr.: 719811
Erstreferentin: Angelika Groterath
Zweitreferent: Volker Weyel

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Begriffsbestimmung Opiatabhängigkeit.....	3
2	Wissenschaftstheoretische Einführung.....	4
2.1	Ein Blick auf den Forschungsstand.....	4
2.2	Sucht im Alter – Begriffsbestimmung einer neuen Herausforderung?.....	6
3	Das Frankfurter Drogenhilfesystem	10
3.1	Die Entstehung der Frankfurter Drogenszene.....	11
3.2	Der Frankfurter Weg.....	12
3.3	Die aktuelle Versorgungssituation.....	17
3.4	Die Frankfurter Drogenszene heute.....	20
4	Spezifische Problemlagen.....	23
4.1	Multimorbidität.....	23
4.2	Soziale Isolation.....	28
4.3	Behandlung der Abhängigkeitserkrankung im Alter – Probleme und Möglichkeiten.....	32
4.4	Altersbedingte Zugangsprobleme – Eine Hürde zwischen Klient und Personal.....	36
5	Empirische Einblicke in die aktuelle Versorgungssituation.....	37
5.1	Methodik – Das leitfadengestützte Experteninterview.....	37
5.1.1	Der Leitfaden.....	38
5.1.2	Der Experte.....	43
5.2	Vorbereitung.....	46
5.3	Durchführung.....	47
5.4	Auswertung.....	48
5.5	Zentrale Ergebnisse.....	49
5.5.1	Aktueller Bedarf.....	49
5.5.2	Aktuelle Versorgungssituation.....	53
5.5.3	Personelle Besonderheiten.....	61
5.5.4	Zuständigkeit.....	62
5.6	Weiterführende Erkenntnisse.....	65
6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	67
	Literaturverzeichnis.....	71
	Anhang.....	81

1 Einleitung

Drogenabhängigkeit und Alter, zwei Worte die für die meisten Menschen nur schwer miteinander in Einklang zu bringen sein dürften. Drogenkonsum und Drogenprobleme verbinden wir im allgemeinen mit Jugendlichkeit, mit einer Phase des Experimentierens und des Auslotens von Grenzen. Drogenabhängigkeit erscheint vornehmlich als ein Phänomen junger Menschen. Doch das ist heute nicht mehr zwingen der Fall, denn durch die Fortschritte des Drogenhilfesystems werden Drogenabhängige mittlerweile nicht mehr nur in Ausnahmefällen 65 Jahre und älter. Man könnte sogar sagen, dass der demographische Wandel auch im Kreise der Konsumenten illegaler Drogen angekommen ist. Denn mit dem Altern der geburtsstarken Jahrgänge, in deren Jugend das entstand, was wir heute als „Drogenszene“ bezeichnen, gewinnen nun auch illegale Drogen im Zusammenhang von Abhängigkeit und Alter an Bedeutung. So zeigen die mittlerweile gut ausgebauten schadensminimierenden Angebote der Drogenhilfe Erfolg. Drogenkonsum unterliegt in der Gegenwart weit weniger Risiken, als dies noch bis in die 1990er Jahre der Fall war. Entsprechend zieht der jahrelange Konsum ebenfalls weniger gravierende gesundheitliche Folgen nach sich. So ist die allgemeine drogeninduzierte Sterberate¹ drastisch zurückgegangen und auch die Problematik der HIV-Infektionen unter intravenös konsumierenden Personen ist in diesen Tagen stark rückläufig². Infolge dieser Entwicklung ist es nicht verwunderlich, dass drogenkonsumierende Menschen nicht nur seltener an den Folgen ihres Drogenkonsums sterben, sondern auch, dass die Betroffenen in Verbindung mit einer verbesserten medizinischen Ver-

1 Die Erfassung von „Drogentoten“ erfolgt einheitlich in Anlehnung an eine Definition des Bundeskriminalamtes. So werden alle Todesfälle in Folge von Überdosierung (beabsichtigt als auch unbeabsichtigt), Suizide sowie Unfälle unter Drogeneinfluss oder Todesfälle infolge drogenbedingter Erkrankungen wie z.B. Hepatitis- oder HIV-Infektionen gezählt (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.88).

2 So sank die Anzahl der Drogentoten auf Bundesebene z.B. von 2035 im Jahr 1992 auf 986 im Jahr 2011 (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; 2012; S.32 & Jaschke; 1994; S.163).

Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen unter intravenös konsumierenden Drogengebrauchern sank seit 1984, dem Jahr in dem wahrscheinlich die höchste HIV-Inzidenz innerhalb dieser Personengruppe erreicht wurde, von 1.500 auf geschätzte 170 Personen im Jahr 2010 (vgl. Hamouda; 2011; S.71ff.).

sorgung immer älter werden. Diese Veränderung stellt gleichzeitig neue Anforderungen an das bestehende Versorgungssystem der Drogenhilfe, welche sich mit einem neuen Klientel konfrontiert sieht.

Doch wie verhält sich dies in der Mainmetropole Frankfurt? Frankfurt ist seit vielen Jahren für seine Drogenproblematik bis über die Landesgrenzen hinaus bekannt. Gerade durch ihre offene Drogenszene, welche in den 1980er/1990er Jahren als die größte der Bundesrepublik Deutschland, gar Europas galt³, sorgt die Stadt Frankfurt am Main auch in der Gegenwart regelmäßig für Schlagzeilen in der medialen Öffentlichkeit. Dennoch ist die Mainmetropole gleichfalls für ihren drogenpolitischen Weg bekannt, den sie Mitte der 1990er Jahre einschlug, um den massiven öffentlichen Problemen der offenen Drogenszene entgegenzutreten. Dieser sogenannte „Frankfurter Weg“ steht heute symbolisch für die Abkehr vom absoluten Abstinenzparadigma und reiner Repression hin zu einem akzeptierenden Ansatz mit Schwerpunkt auf schadensminimierende Maßnahmen⁴. So vermag er es wie kein Zweiter den Werdegang zu veranschaulichen, dem wir es heute zu verdanken haben, dass die Lebenserwartung drogenabhängiger Menschen so rapide angestiegen ist. Doch wie gestaltet sich jene Altersentwicklung der DrogengebraucherInnen⁵ in der Stadt Frankfurt? Welche Auswirkungen hat dies auf das bestehende Versorgungssystem? Das sind die zentralen Fragen, denen ich mich in der vorliegenden Arbeit widme. Hierzu werde ich zunächst einen allgemeinen Einblick in die Thematik Drogenabhängigkeit und Alter geben, um daran anschließend jene Maßnahmen zu verdeutlichen, welche zu einem Altersanstieg der Konsumenten in der Drogenszene in Frankfurt am Main beigetragen haben könnten. Anschließend erfolgt ein kurzer geschichtlicher Abriss der Entstehung der Drogenszene und des daran ausgerichteten Drogenhilfesystems der Stadt, bevor ich die aktuelle Drogenszene

3 Die offene Drogenszene „Taunusanlage“ zählte als die größte offene Drogenszene in Deutschland, auf der sich viele hundert Menschen, im Jahr 1991 bis zu 1.000 Abhängige, täglich aufhielten. Auch forderte die Szene damals fast 200 Tote im öffentlichen Raum, was eine breite öffentliche Wahrnehmung mit sich zog (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.110 & Popp; 2011; S.39).

4 Engl. „Harm reduction“.

5 Im Folgenden werde ich zugunsten der Lesbarkeit lediglich die männliche Sprachform verwenden. Diese schließt dann automatisch beide Geschlechter mit ein.

etwas genauer untersuchen werde. Um zu verdeutlichen welche neuen Herausforderungen ein Altersanstieg der Frankfurter Drogenszene für das bestehende Drogenhilfesystem mit sich bringen würde, werden im Folgenden die speziellen Problemlagen älterer Drogenabhängiger aufgeführt. Im nächsten Kapitel sollen dann die Ergebnisse meiner empirischen Untersuchung dargestellt werden, welche sich in Form eines Experteninterviews mit der aktuellen Versorgungssituation älterer opiatabhängiger Menschen auseinandersetzt. Zum Abschluss erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der zentralen Ergebnisse meiner Arbeit.

1.1 Begriffsbestimmung Opiatabhängigkeit

Opiate zählen hinsichtlich eines problematischen Konsumverhaltens spätestens seit den 1960er Jahren zu den wichtigsten illegalen Drogen. So bedeutete ein problematischer Drogenkonsum vor allem der Konsum von Heroin, denn die Opiat- bzw. Heroinabhängigkeit wurden sozusagen als „Prototyp“ der Drogenabhängigkeit verstanden. Dies gestaltet sich heute jedoch etwas anders. So verlieren Opiate im Rahmen eines polyvalenten Konsumverhaltens⁶ zunehmend an Bedeutung, was sich auch in der Frankfurter Drogenszene deutlich abzeichnet. Denn auch hier sind heute überwiegend polyvalente Konsummuster zu finden und neben Heroin stellt Crack die meist konsumierte Droge der Szene dar, wobei auch Benzodiazepine, Alkohol und Cannabis feste Bestandteile des Konsumgeschehens sind⁷ (vgl. Haas; 2007; S.17f. & Müller et al.; 2011; S.5f.).

Anlässlich dieser Gegebenheiten werde ich mich in der vorliegenden Arbeit nicht nur auf rein opiatabhängige Personen mit einer F11-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide) beschränken, sondern auch polytoxi-

6 Unter dem Begriff der Polytoxikomanie wird der Mehrfach- oder Mischkonsum verstanden, also der Gebrauch mehrerer Substanzen, die entweder unabhängig voneinander oder gleichzeitig konsumiert werden.

7 Trotz der Verbreitung des polyvalenten Drogenkonsums weisen Opiate dennoch eine besondere Relevanz bezüglich der gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums auf (vgl. Haas; 2007; S.19).

komane Personen mit einer F19-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) mit einbeziehen (vgl. DIMDI; 2011; S.274).

Aus diesem Grund werden im Folgenden die Begriffe der Opiatabhängigkeit und der Drogenabhängigkeit synonym verwendet.

2 Wissenschaftstheoretische Einführung

In diesem Kapitel soll zunächst ein kurzer Einblick in den Forschungsstand zum Thema Abhängigkeit und Alter gegeben werden. Beginnend mit einer Einführung in die Thematik wird anschließend der Begriff „Alter“ im Kontext der Opiatabhängigkeit näher definiert und darauf folgend die spezifischen Merkmale des Verhältnisses von Opiatabhängigkeit und Alter herausgearbeitet werden.

2.1 Ein Blick auf den Forschungsstand

Drogenkonsum und -abhängigkeit im Alter waren bis vor wenigen Jahren noch überhaupt kein Thema und spielen sich auch heute noch am Rande der gesellschaftlichen Wahrnehmung ab. Erst in den späten 1980er Jahren widmete sich die deutsche Fachliteratur diesem Thema, und es erschienen die ersten Veröffentlichungen. So nahm sich zum Beispiel auch die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren⁸ diesem Thema erstmals 1997 mit einer Tagung an, woraus die erste Monographie mit dem Titel „Alkohol und Medikamente, Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter“ hervorging. Wie der Buchtitel schon verrät, legt das Werk

8 Diese widmet sich heute unter dem Namen „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.“ dem Thema Abhängigkeit im Alter mit einer eigenen Internetpräsenz. (<http://www.unabhaengig-im-alter.de>)

hierbei seinen Schwerpunkt auf Alkohol und Medikamente⁹, welche mit Nikotin auch heute noch die dominierende Rolle im Zusammenhang mit Drogenkonsum und Alter einnehmen.

Etwas anders gestaltet es sich im Bereich der illegalisierten Drogen. Spielten diese auch in jüngster Vergangenheit noch keine nennenswerte Rolle, finden nun auch sie Einzug in die deutschsprachige Literatur, denn auch die Zahl älterer Menschen, die ein Problem mit illegale psychoaktive Stoffe haben, wächst unaufhaltsam. Das Interesse richtet sich nun nicht mehr ausschließlich auf diejenigen älteren Personen, die ein problematisches Konsumverhalten von Alkohol, Medikamenten und Nikotin an den Tag legen, sondern auch auf diejenigen, zu deren Alltagskonsum illegale Substanzen gehören; auf die Konsumenten, die z.B. in den späten 1960er Jahren die erste Drogenwelle verkörperten, ihren Konsum beibehielten und heute zwischen 55 und 70 Jahre alt sind. In Deutschland handelt es sich hierbei vor allem um Cannabis- und Heroin-Konsumenten, während es in den USA auch Kokain und Amphetamine betrifft. Ob diese auch bei uns zukünftig noch an Bedeutung gewinnen werden, ist z.Z. noch unklar. Halluzinogene und andere Stimulanzien wie z.B. Ecstasy o.ä. spielen bisher im thematischen Kontext älterer Konsumenten weitestgehend keine Rolle. Auch hier ist noch ungewiss inwiefern diese in späteren Altersgenerationen Thema sein könnten (vgl. Vogt; 2011c; S.56 & Vogt; 2011d; S.5 & Wolter; 2010; S.21, 23, 84). Zwar gab es bereits früher vereinzelte qualitative Studien, die sich mit dieser Klientel auseinandersetzten, jedoch ist der Übergang von der „Ausnahme“ zur „Regel“, wie er im Moment zu beobachten ist, ein neues Phänomen. Als Grund für die kontinuierliche Zunahme langjähriger und somit älterer Konsumenten¹⁰ können die veränderten Angebote der Sucht- und Drogenhilfe angeführt werden, wozu insbesondere die zur Schadensminimierung und Gesundheitsförderung zählen. Aber auch die Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Behandlung von Suchterkrankungen und anderen (chroni-

9 Bei den Medikamenten handelt es sich hierbei überwiegend um Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Opiatanalgetika (vgl. Wolter; 2010; S.23, 88)

10 Die Entwicklung einer Heroinabhängigkeit in fortgeschrittenem Alter dürfte eine sehr seltene Ausnahme darstellen (vgl. Geyer; 2011; S.330).

schen) Krankheiten hat einen enormen Teil zum älter werden der Drogengebraucher beigetragen. Diese verbesserten Lebensbedingungen führten dazu, dass immer mehr Menschen trotz massivem Drogenmissbrauch länger leben und ihre Chancen, die negativen Folgen des Drogenkonsums zu überleben, deutlich gestiegen sind¹¹. Ein weiterer Aspekt für den Anstieg älterer Drogenkonsumenten könnte dem Erfolg der Substitutionstherapien zugeschrieben werden. Diese halten die Patienten langfristig in Behandlung und haben trotz der komplexen medizinischen, psychiatrischen und psychosozialen Probleme der Betroffenen positiven Einfluss auf deren Lebenserwartung (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.96, 112 & Vogt; 2011a; S.21 & Vogt; 2011d; S.5).

2.2 Sucht im Alter – Begriffsbestimmung einer neuen Herausforderung?

Das Älterwerden ist ein komplexer Prozess, der sich zwar individuell sehr unterschiedlich bemerkbar macht, jedoch immer mit biologischen, kognitiven, sozialen und emotionalen Veränderungen einhergeht. Diese Veränderungen scheinen aufgrund des langjährigen Opiatkonsums und des damit verbundenen Lebensstils bei drogenabhängigen Menschen schneller voranzuschreiten. So wirkt ein beträchtlicher Teil der betroffenen Personen regelrecht „vorgealtert“ und leidet frühzeitig unter vielen, teils chronischen Erkrankungen und Invalidität. Als Gründe hierfür können z.B. Begleiterscheinungen des Konsums, gesundheitliche Belastungen, Strafverfolgung und Gefängnisaufenthalte aufgeführt werden, welche dafür sorgen, dass die besagten alterstypischen Prozesse wesentlich früher eintreten. Hieraus resultiert im Umkehrschluss, dass „ältere“ drogenabhängige Menschen wesentlich früher körperliche Beeinträchtigungen aufweisen, wie sie in der „normalen“ Bevölkerung erst bei deutlich älteren Personen typisch sind. Bezieht man hierzu noch mit ein, dass der schädliche oder abhängige Drogenkonsum an sich mit einer stark verminderten Lebenserwar-

11 Anders betrachtet könnte hierdurch jedoch auch eines der wesentlichen Motive die die Einstellung des Drogenkonsums begünstigen, nämlich die körperlichen Folgeerkrankungen, an Bedeutung verlieren (vgl. Wolter; 2010; S.239).

tung einher geht, so wird schnell deutlich, dass die Begriffe „älter“ oder „alt“ bei langjährigen Drogenkonsumenten nicht synonym mit denen, wie sie im Kontext der „normalen“ Bevölkerung verstanden werden, Verwendung finden können (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.99ff. & Geyer; 2011; S.329, Hößelbarth et al.; 2011; S.137f. & Wolter; 2010; S.136).

Da das „Alter“ generell eine soziale Konstruktion darstellt, welche im historischen oder interkulturellen Vergleich und sogar im Kontext eines bestimmten Anwendungsbereiches völlig unterschiedlich ausgelegt wird, ist auch die Bestimmung des Lebensabschnittes „Alter“, also ab wann genau Menschen als „alt“ bezeichnet werden können, nicht einheitlich definiert. So kann z.B. eine Einteilung in verschiedene Lebensabschnitte wie „Lebensmitte“, „junge Alte“, „alte Alte“ und „Hochaltrige“, als auch in verschiedene Lebensphasen erfolgen, die sich über eine gewisse Altersspanne oder bestimmte Merkmale definieren. Eine weitere Einteilung in Altersgruppen findet auch über den Status der Erwerbstätigkeit statt. Hier gilt man als „alt“, wenn man aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Da das Renten- und Pensionsalter derzeit bei 65 Jahren liegt, würde man also nach erwähnter Definition ab dem 65. Lebensjahr als „alt“ gelten (vgl. Schroeter/Künemund; 2010; S.398 & Vogt; 2011a; S.11f. & Wolter; 2010; S.34). Zur weiteren Festigung des Alters-Begriffs über das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung des zwölften Sozialgesetzbuches herangezogen werden. Nach diesem sind zur Zeit Personen wegen „Alters“ leistungsberechtigt, die ein Lebensalter von 65 Jahren vollendet haben¹² (vgl. §41 SGB XII).

Doch ab wann kann man nun schwer drogenabhängige Menschen als „alt“ bezeichnen? Untersuchungen in verschiedenen Altenpflegeheimen bezüglich der Aufnahme von alkoholabhängigen und nicht-alkoholabhängigen Personen haben gezeigt, dass diese im Durchschnitt 16 Jahre früher in ein solches Pfl-

12 Hier erfolgt eine Staffelung der Altersgrenze zur Leistungsberechtigung wegen „Alters“ nach dem Geburtsjahrgang. Diese erweitert sich bei Erhöhung des Geburtsjahrganges von einem Jahr um einen Monat. So liegt die Altersgrenzen zur Leistungsberechtigung wegen Alters im Jahr 2012 bei 65 Jahren und 1 Monat (Geburtsjahrgang ab dem 1. Januar 1947). Diese Altersgrenze wird sich für die Geburtsjahrgänge ab 1964 auf 67 Jahre erhöhen.

geheim aufgenommen werden mussten. Aus diesem Grund wurde angenommen, dass diese Personengruppe fast eine komplette Lebensphase überspringen und die Einschränkungen der eigentlichen nächsten Lebensphase somit vergleichsweise früh auftreten. Unter Berücksichtigung der individuell unterschiedlichen Verläufe des Alterungsprozesses in Verbindung mit einer Alkoholabhängigkeit wurde die Übergangsphase in das „Alter“ bei etwas 55 bis 60 Jahren angenommen. Überträgt man dies auf die langjährigen Konsumenten illegaler Drogen, so kann hier aufgrund der hohen gesundheitlichen und sozialen Belastungen von einem um weitere 10 Jahre früheren Eintritt in den Lebensabschnitt „Alter“ ausgegangen werden (vgl. Geyer; 2011; S.329).

Die Übergangsphase in das „Alter“ von Konsumenten illegaler Drogen findet also bei etwa 45 bis 50 Jahren statt. Dies kann natürlich nicht pauschal auf alle Menschen die illegale Substanzen konsumieren übertragen werden, da hier die individuell unterschiedlichen Verläufe des Alterungsprozesses, des Gesundheitszustandes und des Konsumverhaltens einen entscheidenden Platz einnehmen. Vergleicht man dies mit weiterer Literatur, so findet man einen allgemeinen Konsens darüber, dass die „Voralterung“ dieser Personengruppe bei ca. 20 Jahren liegt bzw. die Lebenserwartung dieser um 20 Jahre verkürzt ist¹³. Beziehen wir dies nun auf die zuvor festgelegte Definition des „Alters“ über die Erwerbstätigkeit und reduzieren diese um 20 Jahre, so liegt der Übergang in das „Alter“ bei Konsumenten illegaler Drogen bei ca. 45 Jahren.

Durch diesen Aspekt der Voralterung ergeben sich für die Versorgung jener „neuen“ Personengruppe eine Vielzahl unterschiedlicher Schwierigkeiten. Denn ihr personeller und finanzieller Hilfe- und Versorgungsbedarf steigt aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden bereits ungefähr ab dem 40. Lebensjahr systematisch an. Dies kann bis zu solch schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen reichen, dass viele hier bereits auf Hilfen bei der Lebensführung oder sogar auf professionelle Pflege angewiesen sind bzw. der Pflegebedürftigkeit sehr nahe stehen. Aus diesem enormen Hilfe- und Versorgungsbedarf resultieren sowohl auf Seiten der Institutionen, als auch auf der gesamten

13 vgl. z.B. Wolter; 2011; S.71, 83, 84 & Wolter; 2010; S.137, 243 u.a..

Versorgungslandschaft vielfältige und vielschichtige Problemlagen, denn die „klassischen“ Angebote der Drogenhilfe greifen hier nicht mehr und für eine Anbindung an die Altenhilfe steht der Drogenkonsum zu sehr im Weg (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.112 & Eppler et al.; 2011; S.198 & Vogt; 2011a; S.21 & Vogt; 2011d; S.5 & Westermann/Witzerstorfer; 2011; S.216).

Parallel zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommen weitere psychosoziale Probleme, wie z.B. geringe familiäre und freundschaftliche Beziehungen oder Ausgrenzung. Aufgrund der schlechten finanziellen Situation, die meist mit einer Verschuldung einhergeht und der geringen Chancen diese zu verbessern, da eine Vermittlung in Arbeit aufgrund geringer Berufserfahrung und mangelnder Bereitschaft seitens der Arbeitgeber, ältere Drogenabhängige einzustellen, sich mehr als problematisch darstellt, kommt es zudem zu fehlenden sozioökonomischen Ressourcen und Sicherheiten. Hierzu kommen meist noch Bewährungs- und Strafaufgaben sowie drohende Verurteilungen, eine weniger gesundheitsbewusste Lebensweise auch in fortschreitendem Alter und dem Problem, dass eine durch all diese Faktoren verursachte Perspektivlosigkeit bei vielen Drogenkonsumenten häufig nicht nur zu Depressionen, sondern auch zu einem vermehrten Drogenkonsum führen und somit schnell eine „Negativ-Spirale“ ausgelöst werden kann (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.101 & Eppler et al.; 2011; S.197ff. & Vogt; 2011d; S.5 & Vogt; 2011c; S.104).

Die aktuelle Relevanz illegaler Opiate wird bei den über 60-Jährigen derzeit noch als gering eingeschätzt¹⁴, jedoch wird ein starker Anstieg der Menschen mit problematischem Opiatkonsum über 40 Jahre prognostiziert. Gingen Schätzungen im Jahr 2006 für diese Personengruppe von ca. 40.000 – 50.000 Personen aus, so sieht die Prognose für das Jahr 2016 bereits 80.000 Personen vor (vgl. Hößelbarth et al.; 2011; S.137 & Vogt; 2011c; S.101 & Wolter; 2010; S.84). Es kann also davon ausgegangen werden, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts, der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von opiatabhängigen

14 Diese Einschätzung beruht auf einer Auswertung von Daten der deutschen Drogenhilfeeinrichtungen, bei welcher der Anteil der opiatabhängigen Klienten, die bei Betreuungsbeginn ein Alter von über 60 Jahre aufwiesen, 0,9% betrug (vgl. Wolter; 2010; S. 84).

Menschen und der Beibehaltung gewohnter Konsummuster seitens der betroffenen Personen bis ins Alter¹⁵ auch in naher Zukunft mit einem weiteren Anstieg „alter“ und vor allem pflegebedürftiger Personen zu rechnen ist. Das Versorgungssystem muss sich hier auf eine Zunahme der Behandlungs- und Betreuungsnachfrage einstellen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.123f. & Wolter; 2010; S.239).

3 Das Frankfurter Drogenhilfesystem

In diesem Kapitel soll nun die zuvor dargestellte wissenschaftstheoretische Einführung auf die Stadt Frankfurt übertragen werden. Hierzu wird zunächst die Entstehung der Frankfurter Drogenszene und im Folgenden der Umschwung des Frankfurter Drogenhilfesystems aufgezeigt werden, um die Notwendigkeit schadensminimierender Angebote der Drogenhilfe für das Überleben und somit das Älterwerden opiatabhängiger Menschen zu unterstreichen. Anknüpfend wird das Ergebnis dieses „Frankfurter Wegs“ anhand der aktuellen Versorgungssituation schadensminimierender Angebote dargestellt, bevor abschließend betrachtet wird, wie sich der Wandel des Drogenhilfesystems auf die Drogenszene in Frankfurt ausgewirkt hat.

15 Es kann davon ausgegangen werden dass Menschen ihre Drogenkonsumgewohnheiten auch dann nicht verändern, wenn sie älter werden. Hierfür spricht auch die hier behandelte Thematik, da die nun älteren Konsumenten ihren gewohnten Konsum z.B. aus der Adoleszenz beibehielten haben und nun im Alter wie gewohnt damit fortfahren (vgl. Wolter; 2010; S.7; 86, 239).

3.1 Die Entstehung der Frankfurter Drogenszene

Noch vor einigen Jahren besaß Frankfurt den Ruf der „Drogenhauptstadt“ Deutschlands, welcher auf die große offene Drogenszene der Stadt zurückzuführen war. Doch auch heute noch gilt Frankfurt als eine der größten Drogenhochburgen der Bundesrepublik, auch wenn sich auf politischer Ebene seit einigen Jahren vieles getan hat.

Die Stadt Frankfurt stellt als größte Verkehrsdrehscheibe Europas einen zentralen Umschlagplatz sowohl für den Schmuggel als auch für den Vertrieb von illegalen Drogen dar. So verfügt Frankfurt über den größten Flughafen Westeuropas, welcher zu den wichtigsten und frequentiertesten Flughäfen Europas gehört sowie mehrere Binnenhäfen. Zusätzlich stellt die Stadt einen wichtigen Knotenpunkt verschiedener Autobahnen dar. Durch diese Faktoren sind genügend Möglichkeiten gegeben, illegale Drogen in größeren Mengen in die Stadt zu transportieren. Auch verspricht die hohe Fluktuation an Besuchern und Berufspendlern¹⁶ ein großes Kundenspektrum und gewährleistet somit eine rege Abnahme der illegalen Substanzen (vgl. Nimsch; 2011; S.26, Wichelmann-Werth; 1998; Online-Ressource).

Bereits Ende der 1960er Jahre gehörte Frankfurt zu den deutschen Städten, die eine signifikant hohe Anzahl an Drogenkonsumenten verzeichnete. Nachdem 1962/63 Haschisch und Marihuana unter den Jugendlichen in Frankfurt Verbreitung fanden, welche bedingt durch die in Deutschland stationierten US-amerikanischen GI's in die Stadt gelangten, kam es 1965 sozusagen zu der ersten „offenen Kifferszene“¹⁷ an der Bockenheimer Anlage. Ca. 1967/68 bildete sich die erste offene Drogenszene am Marshallbrunnen in der Nähe der alten Oper. Von dort aus wanderte sie im Verlauf der folgenden 25 Jahre, bedingt durch

16 Alleine fast 300.000 Menschen pendeln täglich von außerhalb nach Frankfurt um dort zu arbeiten.

17 Die sogenannte „Haschwiese“.

polizeiliche Repression, über mehrere Stationen schließlich zur Taunusanlage, wo sie sich zunächst im Schatten der Bankentürme niederließ (vgl. Jaschke; 1994; S.160f.).

3.2 Der Frankfurter Weg

In der Zeit der Entstehung der offenen Drogenszenen in Frankfurt folgte die Stadt der Drogenpolitik des Bundes, einer Politik, die vom Abstinenzgedanken geprägt und auf eine immer weitere Verschärfung der Drogengesetzgebung fokussiert war und auf die Mittel der polizeilichen Repression und das Strafrecht setzte. Es wurde die Meinung vertreten, der Straf- und Leidensdruck der Süchtigen müsste nur hoch genug sein damit diese den Drogenkonsum aufgeben. Demnach sollte auch von Seiten der Drogenhilfe, deren vorrangiges Ziel ebenfalls die vollständige Abstinenz war, nur Hilfe erhalten wer sich von den Drogen abwandte. Das damals herrschende Abstinenzparadigma setzte also für den Zugang zu den Hilfeangeboten der Drogenhilfe eine gefestigte Entscheidung zur Abstinenz voraus¹⁸ (vgl. Happel; 2011; S.16 & Nimsch; 2011; S.26.). Nachdem die CDU als Sieger der Kommunalwahlen hervorging, leitete der neue Oberbürgermeister Walter Wallmann im Jahr 1977 eine Politik der Stadtmodernisierung ein, welche auf eine kulturelle Aufwertung der Stadt und deren Image abzielte. Dieser Wunsch nach Verschönerung des Stadtbildes ging mit einer Verstärkung der Repression gegen die Drogenszene einher, denn diese stellte im direkten Umfeld der Banken oder am Kaisersack gegenüber des Bahnhofes, wo sie eine Art Visitenkarte für ankommende Passagiere war, einen erheblichen Störfaktor dar.

18 So wurden z.B. auch Personen die unter Drogeneinfluss nach Hilfe suchten mit dem Hinweis abgewiesen, sie sollen zu einem späteren Zeitpunkt nochmals nüchtern und clean zu einer „Motivationsprüfung“ wieder erscheinen. (vgl. Happel; 2011; S.16)

So war die Räumung der „Haschwiese“ 1980 nur der Auftakt einer Vielzahl politisch gewollter und polizeilich durchgeführter Vertreibungen der Szene¹⁹ (vgl. Jaschke; 1994; S.161). Die Drogenszene der Stadt Frankfurt verelendete währenddessen zusehends. Es bildeten sich immer wieder neue offene Szenen und die Beschaffungskriminalität nahm zu, wodurch auch die Ängste und Beschwerden der Frankfurter Bevölkerung wuchsen. Diese fühlte sich von den Abhängigen bedroht, hatte Angst um ihre Kinder und störte sich an dem öffentlich praktizierten intravenösen Konsum der Drogenabhängigen. Die Abhängigen selbst waren stark sozial isoliert und in einem gesundheitlich sehr schlechten Zustand. Hinzu kam die Ende der 1980er Jahre auch unter intravenös konsumierenden Drogengebern aufkommende HIV-Problematik, die schnell Einzug in die gesamte Frankfurter Drogendiskussion fand. Zu diesem Zeitpunkt war die Ausgabe von sterilem Spritzbesteck zur HIV-Prophylaxe in Deutschland jedoch noch illegal²⁰, auch wenn es genau solche hygieneorientierten Hilfeangebote waren, die in diesem Moment mehr als notwendig erschienen. Als dann jedoch sowohl Gesundheitspolitik als auch Gesundheitsämter davor warnten, dass ohne eben solche Maßnahmen die HIV-Rate unter den Drogenkonsumenten innerhalb kürzester Zeit auf über 60% HIV-Positivität ansteigen würde, bewirkte dies eine Toleranz- und Duldungshaltung seitens der städtischen Verantwortlichen und eine finanzielle Unterstützung des Spritzentauschangebotes²¹ (vgl. Happel; 2011; S.14, Nimsch; 2011; S.27).

Doch auch auf politischer Ebene hatte sich einiges getan. Durch einen Regierungswechsel im Jahr 1989 kam es nicht nur zu der ersten rot/grünen Koalition in Frankfurt, sondern auch zu einer Neuorientierung der Drogenhilfe. So verein-

19 Heute bekannt als „Junkie-Jogging“.

20 Damals noch nach § 10 BtMG: Verschaffung und Unterstützung des Konsums

21 Bereits 1987 begann die AIDS-Hilfe in Frankfurt trotz der Illegalität mit der Durchführung eines mobilen Spritzentauschprogramms im Bahnhofsviertel und der Taunusanlage (vgl. Schmid; 2003; S.206 & Klee; 2006; S.60). Auch der Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (kurz VAE) führte bereits 1988 einen Spritzentausch auf der Taunusanlage mittels eines Bäckerfahrrades durch (vgl. Cafe Fix; 2005; Online-Ressource). Gleichzeitig wurden im Jahr 1991 der Spritzentausch in allen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe eingeführt und die Integrative Drogenhilfe e.V. (kurz IDH) startete ihr mobiles Spritzentauschprogramm (SAP) mit einem Senebus auf der Taunusanlage (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.94 & Integrative Drogenhilfe e.V.; 2011; S.63 & Cousto; 2000; S.11).

barten SPD und Grüne²² bereits in ihren Koalitionsverhandlungen die Gründung eines Drogenreferats²³. Die bisherige Drogenpolitik der Stadt war gescheitert und ließ eine aussichtslos erscheinende Situation immer weiter ansteigender Zahlen von Abhängigen und Drogentoten²⁴ zurück, auf die schnell reagiert werden musste. Gleichzeitig waren neue politische Schritte notwendig um der stetigen Zunahme der Verelendung der Drogenabhängigen entgegenzutreten. So wurden die Überlebenshilfe und die gesundheitliche und soziale Stabilisierung der Abhängigen zu den Leitlinien der neuen Politik und die „Montagsrunde“²⁵ begann im direkten Anschluss an die Koalitionsverhandlungen zwischen Grünen und SPD mit ihrer Arbeit. Die „Montagsrunde“ ist ein Gremium, in dem Vertreter aller Institutionen, die sich mit der Drogenproblematik in Frankfurt befassen, zugegen waren. Hier wurde fortan jeder Schritt des nun folgenden Ausbaus der Drogenhilfe, sowohl gesundheitlicher als auch ordnungspolitischer Art, diskutiert und abgestimmt (vgl. Happel; 2011; S.18, Nimsch; 2011; S.26f. & Wolter-Brandecker; 2011; S.37). Durch diesen Zusammenschluss und die gemeinsame Arbeit wurde somit eine konzeptionelle Neuorientierung geschaffen. Die Drogenhilfe musste sich vom abstinenzorientierten Ansatz auf Maßnahmen der Überlebenshilfe umstellen. Die Vertreter der Ämter hatten nun die Aufgabe, spezielle Hilfen im Rahmen der bestehenden Sozial- und Gesundheitsversorgung

22 Bereits während des Wahlkampfes forderten die Grünen eine neue Drogenpolitik für die Stadt Frankfurt.

23 Das Drogenreferat ermöglichte zum ersten Mal in der Bundesrepublik Deutschland offiziell eine Zusammenarbeit von Stadt, Polizei, Staatsanwaltschaft und den Trägern der Drogenhilfe. Dieser Zusammenschluss diente dazu der wachsenden Drogenproblematik systemisch und konzeptionell begegnen zu können und gemeinsam Entscheidungen in der Drogenbekämpfung und -prävention zu planen und durchzusetzen. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt ist im deutschen Städtevergleich einzigartig und die Tatsache, dass für das Frankfurter Drogenproblem ein eigenständiges Referat eingerichtet wurde, verdeutlicht die Bedeutung der Drogenproblematik für die Stadt Frankfurt zu Beginn der 1990er Jahre (vgl. Happel; 2011; S.17 & Wolter-Brandecker; 2013; Online-Ressource)

24 Die Zahl der Drogentoten in Frankfurt erreichte im Jahr 1991 seinen traurigen Höchstwert von 147 Personen (vgl. Jaschke; 1994; S.163).

25 Die „Montagsrunde“ war nicht Bestandteil des neuen Konzeptes, sondern wurde bereits von der vorherigen Regierung in einer anderen Zusammensetzung eingerichtet. Der Name „Montagsrunde“ leitet sich von den wöchentlichen Treffen des Gremiums an jedem Montag ab und ist heute noch existent. Gleichzeitig erfolgte die Einrichtung der „Freitagsrunde“, welche eine „Abstimmungsrunde zwischen Polizei und Sozialarbeit auf der operativen Ebene“ (Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.110) darstellt.

anzubieten und diese in das Gesundheitssystem zu integrieren. Außerdem war nun auch der Polizei bekannt, dass sie die Drogenszene nicht auflösen, sondern nur vom Stadtbild verdrängen konnte, solange es keine alternativen Angebote gab. Als weitere Ziele sollten nun auch Krisenzentren errichtet werden, Wohnmöglichkeiten für obdachlose Drogenabhängige geschaffen werden, eine Ausweitung des Methadonprogramms²⁶ und des Spritzentauschs stattfinden, Konsumräume gegründet werden und eine Intensivierung der medizinischen Betreuung und Notfallversorgung erfolgen. Trotz der immer häufiger gewordenen positiven Berichte über den Erfolg der neuen Drogenpolitik, dem Rückgang der Drogentoten und dem Faktum, dass durch die Ausweitung der Methadonprogramme immer mehr Drogenabhängige Zugang zu diesen bekamen, gab es eine nicht unerheblich große Anzahl von Drogenabhängigen, die mit den bis dahin geschaffenen Angeboten nicht erreicht werden konnten. Die offenen Szenen auf der Taunusanlage und im Bahnhofsviertel waren weiterhin existent und wurden somit auch weiterhin als Bedrohung der Sicherheit der Bürger und als massive Störung der öffentlichen Ordnung erlebt. Auch die Aggressivität der Drogenabhängigen untereinander und gegenüber der Rettungsdienste, die mittlerweile täglich Einsätze auf die Taunusanlage fuhren, stieg kontinuierlich an. Hierdurch war das Drogenreferat gezwungen sich mit einer Vielzahl von Beschwerden der Bürger und Organisationen auseinandersetzen, was im Sommer 1992 schlussendlich zu einer prekären Situation führte (vgl. Nimsch; 2011; S.28f.).

Aufgrund dieser Vorfälle wurde beschlossen, die Drogenszene auf der Taunusanlage zu räumen und als Alternative zur offenen Szene eine niedrigschwellige, große Drogenhilfeeinrichtung zu organisieren, die neben Übernachtungsmöglichkeiten auch tagesstrukturierende Angebote umfassen sollte²⁷. Es wurde ein

26 Stellt man das damalige dem aktuellen Angebot vergleichend gegenüber, so wird die Notwendigkeit dieses Ausbaus deutlich. So hatte das Methadonprogramm 1989 in Frankfurt gerade einmal 25 Substituierte! Diese Anzahl stieg nach Schließung des Rahmenvertrages über die Substitutionsbehandlung bis 2010 auf 1500 Personen an (vgl. Popp; 2011; S.39).

27 Niedrigschwellige Einrichtungen in Form von 3 Krisenzentren wurden bereits 1989 im Bahnhofsviertel installiert: Das Cafe Fix (VAE), der Drogennotdienst Elbestraße (Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., kurz JJ) und das La Strada (AIDS-Hilfe) (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.110).

großes Gebäude im Osten Frankfurts gefunden und am 1. Oktober 1992 mit einem umfassenden Hilfeangebot in Form von Beratung, Essensausgabe, Methadonbehandlung und Wasch- und Übernachtungsmöglichkeiten in Betrieb genommen²⁸. Die Auflösung der offenen Drogenszene der Taunusanlage und das zeitgleiche Angebot an Hilfe schien gelungen (vgl. Happel; 2011; S.15, Nimsch; 2011; S.31). Gleichzeitig wurden im selben Jahr insgesamt 7 Substitutionsambulanzen²⁹ eingerichtet und die Substitutionsplätze auf 700 erweitert (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.111). 2 Jahre später, im Dezember 1994, konnte der erste offizielle Konsumraum der Bundesrepublik im Eastside eröffnen³⁰ (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V.; 2008b; Online-Ressource). Es folgten ein Jahr später die Konsumräume Moselstraße³¹ und La Strada und ein weiteres Jahr später der Konsumraum des Drogennotdienstes Elbestraße (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.111f.)

„Nach langen Jahren einer permanenten Zuspitzung des Drogenproblems, die Ende der 80er /Anfang der 90er Jahre ihren Höhepunkt erreichte, hat sich - insbesondere unter dem Druck der zunehmenden HIV-Infektionen und Drogentodesfälle - in Frankfurt zunehmend ein differenzierter und akzeptierender drogenpolitischer Ansatz herausgearbeitet, der als "Frankfurter Weg" seit Jahren drogenpolitisches Vorbild für viele Kommunen im In- und Ausland ist.“ (Stadt Frankfurt am Main; 2013a; Online-Ressource)

-
- 28 Die Einrichtung Eastside der IDH zählt heute noch als die größte niedrigschwellige Einrichtung der Drogenhilfe in Europa (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V.; 2008a; Online-Ressource).
- 29 Die Einrichtung der Substitutionsambulanzen erfolgte bei: Drogennotdienst, Café Fix, Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz, Jugendberatung und Suchthilfe Sachsenhausen, Frauenberatungsstelle, FriedA und Eastside.
- 30 Die Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen, auch „Druckräume“, „Gesundheitsräume“ oder „Fixerstuben“ genannt, trat jedoch erst am 1. April 2000 in Kraft. Die Entstehung der Konsumräume zu diesem Zeitpunkt war nur durch ein Rechtsgutachten, dem „Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen“ (Cousto; 2000; S.20), des Oberstaatsanwalts Dr. Körner a.D., Leiter der Zentralstelle zur Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität, möglich (vgl. Köthner et al.; 2011; S.8f.). Denn „laut Dr. Körner wird in den Gesundheitsräumen den konsumentenschlossenen Drogenabhängigen keine Gelegenheit verschafft, Drogen zu konsumieren, sondern nur „die Möglichkeit“ geboten, die bereits erworbenen und mitgebrachten Substanzen „hygienisch und „stressfrei“ zu konsumieren. So sollen weder der Ort der Hilfe (u.a. bei Drogennotfällen) noch deren Mitarbeiter kriminalisiert werden“ (Köthner et al.; 2011; S.8).
- 31 Jetzt Konsumraum Niddastraße.

3.3 Die aktuelle Versorgungssituation

Heute basiert die Frankfurter Drogenpolitik auf den 4 Säulen der Prävention, Beratung/Therapie, Überlebenshilfen und Repression und zeichnet sich durch eine multidisziplinäre, integrative, kooperative und akzeptierende Arbeit aus (vgl. Stadt Frankfurt am Main; 2013b; Online-Ressource). Die Stadt Frankfurt verfügt über ein sehr gut ausgebautes Netz der Drogenhilfe, welches sich von Projekten der Frühintervention über Beratungs-, Entgiftungs- und Therapieangebote, Arbeits- und Wohnmöglichkeiten, Schuldner- und Rechtsberatung, Überlebenshilfen in Form von Krisenzentren, Konsumräumen, Substitutionsprogrammen, aufsuchenden Projekten und einem rund um die Uhr erreichbaren Drogennotruf für akute Drogennotfälle, bis hin zu speziellen Angeboten für drogenabhängige Frauen und (werdende) Mütter erstreckt. Da die Vorstellung aller Angebote der Frankfurter Drogenhilfe den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde, werde ich nur die Angebote darstellen, die die Weiterführung des im vorigen Kapitel beschriebenen „Frankfurter Wegs“ verdeutlichen und auf spezielle Angebote z.B. der Prävention, Arbeit und Ausbildung, Beratung oder Therapie an dieser Stelle verzichten³².

Eine der wohl wichtigsten Hilfen für die offene Drogenszene stellen die Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe³³ dar, die in Frankfurt in mindestens 6 Einrichtungen angeboten werden. 4 dieser Einrichtungen, namentlich La Strada, Cafe Fix, Konsumraum Niddastraße und Drogennotdienst Elbestraße, sind szenenah im Bahnhofsviertel angesiedelt. Die Einrichtung FriedA liegt innenstadtnah außerhalb des Bahnhofsviertels und das Eastside als eine Art Szeneruhepunkt abgelegen im Osten von Frankfurt. Alle Einrichtungen, ausge-

32 So gibt es z.B. alleine 7 Suchtberatungsstellen und 4 Jugend- und Drogenberatungsstellen, 3 Ausbildungsangebote und 4 Angebote zur Beschäftigung und Arbeit für drogenabhängige Menschen, die sich jeweils in ihren Angeboten wiederum voneinander unterscheiden.

Für eine intensivere Auseinandersetzung mit allen Angeboten der Stadt Frankfurt kann ich an dieser Stelle die Internetpräsenz des Frankfurter Drogenreferates empfehlen.
<http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3008>

33 Gemeint sind hier z.B. Essensausgabe, Hygiene, Spritzentausch, Tages- und Nachtruhe und medizinische Notfallversorgung.

nommen des Cafe Fix und der FriedA, verfügen über einen Konsumraum³⁴ und sind alle von der Szene hoch frequentiert³⁵. Gerade die Konsumräume werden von der offenen Drogenszene sehr gut angenommen³⁶, da hier in einem geschützten Raum mit sterilem Spritzbesteck in Ruhe konsumiert werden kann und im Notfall immer Mitarbeiter vor Ort sind. Auch der massive Ausbau der Substitutionsbehandlung macht sich in der heutigen Versorgungslandschaft bemerkbar. Diese wird heute in 10 Ambulanzen und von 43 niedergelassenen Ärzten durchgeführt und es werden fast 1.500 opiatabhängige Menschen behandelt (Stand 2009) (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.48).

Ein entscheidender Durchbruch in der Substitutionsbehandlung war die Zustimmung zur Gesetzesvorlage der diamorphingestützten Behandlung am 28. Mai 2009, wodurch diese ein Teil der Regelversorgung und durch die gesetzliche Krankenkasse abrechenbar wurde (vgl. Bonorden-Kleij; 2011; S.160). Bereits 1993 hatte die Stadt Frankfurt als erste Kommune eine Ausnahmegenehmigung zur Substitution mit Diamorphin beantragt und konnte mit dieser im Rahmen eines Modellprojektes am 3. März 2003 in der Substitutionsambulanz „Grüne Straße“ beginnen³⁷ (vgl. Stadt Frankfurt am Main; 2013c; Online-Ressource). Im Jahr 2009 fand eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung von insgesamt 135 Personen statt (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main;

34 Der Konsumraum Niddastraße der Integrativen Drogenhilfe e.V. ist mit 12 Plätzen der größte Konsumraum weltweit (vgl. Stöver; 2011; S. 55).

35 Im Jahr 2009 wurden in den aufgeführten Einrichtung mit Ausnahme der Einrichtung FriedA insgesamt 1.023 Klienten beraten und behandelt (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.43).

36 Im Jahr 2009 kam es zu 205.380 Konsumvorgängen innerhalb der 4 Konsumräume. Lage und Größe der einzelnen Konsumräume werden hier anhand der stark unterschiedlichen Verteilung der Konsumzahlen auf die einzelnen Konsumräume deutlich:

Konsumraum Niddastraße (IDH)	93.206
Drogennotdienst Elbestraße (JJ)	75.214
La Strada (AIDS-Hilfe)	22.167
Eastside (IDH)	14.793

(vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.78)

37 Das Modellprojekt wurde von der rot-grünen Bundesregierung im Jahr 1998 als kontrollierte Medikamenten- und Therapiestudie in Auftrag gegeben, jedoch dauerte die Erlaubnis zur Aufnahme der ersten Patienten aufgrund langwieriger Verhandlungen bis in das Jahr 2002. Weitere teilnehmende Städte waren Bonn, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und München. Diamorphin ist nun seit November 2009 auch als Medikament zugelassen (vgl. Bonorden-Kleij; 2011; S.162f.).

2010; S.53). Eine weitere bedeutende Aufgabe übernimmt die aufsuchende Arbeit der Frankfurter Drogenhilfe, welche ein Angebot zwischen Beratung und Überlebenshilfe darstellt und als Schnittstelle zwischen der offenen Drogenszene und den ambulanten und stationären Einrichtungen dient. Auch diese sind in Frankfurt sehr gut ausgebaut und umfassen z.B. das Projekt OSSIP (Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention)³⁸, welches durch die Zusammenarbeit von Drogenhilfe und Stadt- und Landespolizei der Vermittlung zwischen der Drogenszene und den betroffenen Bürgern des Bahnhofsviertels dient. Weitere Angebote dieser Art sind z.B. das mobile Street-Junkie Projekt, bei dem Ärzte aufsuchende Arbeit auf der Szene zur Notfallversorgung leisten und das Projekt Hotline, welches sich an drogenabhängige Prostituierte richtet (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.62, 69f. & Stadt Frankfurt am Main; 2013d; Online-Ressource). Abschließend möchte ich noch den Zusammenschluss „Malteser-OSSIP-Psychiatrie-Projekt“ erwähnen. Bei diesem Projekt bieten 2 Fachärztinnen für Psychiatrie in den medizinischen Malteser-Ambulanzen der Einrichtungen „Eastside“, „FriedA“ und „Konsumraum Niddastraße“ Sprechstunden an und sind in Kooperation mit dem Projekt „OSSIP“ aufsuchend tätig. Dies ist aufgrund der Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei den Drogenkonsumenten ein Angebot mit großer Bedeutung. Als Gründe für diesen Anstieg können nach Angaben des Frankfurter Drogenreferates „das zunehmende Alter der Drogenabhängigen durch eine bessere Erreichbarkeit und Versorgung und die Zunahme des polyvalenten Drogenkonsums gesehen werden“ (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.73).

38 Seit Mitte 2010 beinhaltet das Projekt OSSIP auch das ehemalige „Crack-Street-Projekt“, welches bereits 1997 zur Beratung, Begleitung und Vermittlung von polyvalenten Crackkonsumenten eingerichtet wurde (vgl. MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH; 2013; Online-Ressource).

3.4 Die Frankfurter Drogenszene heute

Der Frankfurter Weg mit seinem Schwerpunkt auf Harm Reduction erzielt Erfolge. Zwar ist die Hepatitis-C-Infektionsrate mit über 60%³⁹ weiterhin sehr hoch, jedoch kann ein erheblicher Rückgang der HIV-Infektionsrate und der Anzahl der durch Drogen bedingten Todesfälle verzeichnet werden. So ging die HIV Rate, wir erinnern uns an die in Kapitel 3.2 erwähnten Prognosen von 60%, von 1995 bis 2010 von 26% auf 6% zurück⁴⁰ (Stand 2010) (vgl. Müller et al.; 2011; S.54f., 60). Wie in Kapitel 3.2 ebenfalls angegeben, lag die höchste Anzahl der Todesfälle durch Drogeneinfluss bei 147 Personen im Jahr 1991, was ungefähr einem drogenbedingten Toten alle 2,5 Tage entspricht! Heute liegt die Stadt Frankfurt diesbezüglich im Vergleich mit anderen deutschen Großstädten, mit z.B. 33 Personen im Jahr 2009, im unteren Bereich der allgemeinen Erfassungen⁴¹. Auch bezüglich des Durchschnittsalters der Personen die drogenbedingt versterben liegt die Stadt Frankfurt hier mit 5 Jahren über den Vergleichswerten der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.88f.). Diese Ergebnisse können dabei nicht allein auf den leichten Rückgang des intravenösen Konsums zurückgeführt werden⁴², da dieser mit 81% immer noch die dominierende Applikationsform darstellt. Dieser findet heute jedoch überwiegend in dem geschützten Rahmen der Konsumräume statt. So nutzen deutlich mehr als die Hälfte (69%) der Konsum-

39 Die nach wie vor sehr hohe Rate an Hepatitis-C-Infektionen zeigt, dass den Safer-Use- und Aufklärungskampagnen nach wie vor eine große Bedeutung zukommt. Die Rate der Hepatitis-A- und -B-Infektionen kann hier mit 1% und 2% als vernachlässigbar angesehen werden (Stand 2010)

40 Betrachten wir uns hierzu die Statistiken der Konsumräume, so fallen diese noch etwas besser aus. Hier war ein Rückgang von 2004 auf 2009 bei den HIV-Infektionen von 8,6% auf 4,4% und bei den Hepatitis-C-Infektionen von 61% auf 50% zu verzeichnen (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.80).

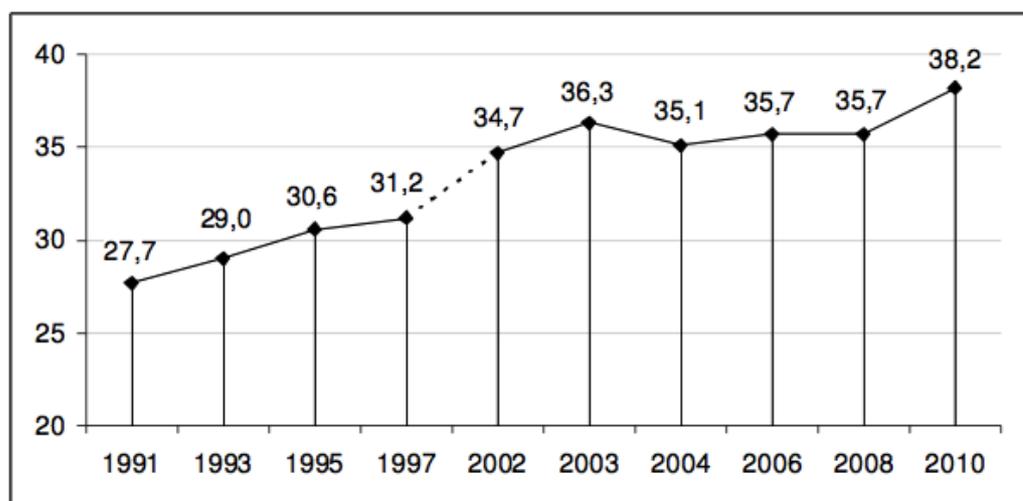
41 Die Anzahl der Drogentoten 2009 in Bezug auf die Bundesrepublik Deutschland und andere signifikante Großstädte im Vergleich:

BRD	1.331
Berlin	155
Hamburg	65
München	49
Frankfurt a.M.	33

42 So sank der intravenöse Konsum von Heroin von 2001 auf 2010 um 12%, während der nasale Konsum in diesem Zeitraum um 9% anstieg.

menten diese als überwiegende Orte für ihren Drogenkonsum und 91% frequentieren diese zumindest gelegentlich (Stand 2010) (vgl. Müller et al.; 2011; S.35, 53). Was das Absenken der Folgeerscheinungen des Drogenkonsums zusätzlich bedingt haben dürfte, ist das Faktum, dass sich mittlerweile 57% der Szenegänger in einer Substitutionsbehandlung befinden, was auf den enormen Ausbau seit Anfang der 1990er Jahren zurückgeführt werden kann (Stand 2010) (vgl. Müller et al.; 2011; S.7). Wie bereits einleitend beschrieben ist die Folge dieses gut ausgebauten Netzes der Überlebenshilfen und der Angebote der Drogenhilfe im Allgemeinen nicht nur der Rückgang von negativen drogeninduzierten Folgeerscheinungen, sondern dadurch bedingt auch das Älterwerden der Konsumenten bzw. Abhängigen an sich. Dieses Phänomen spiegelt sich auch in der Frankfurter Drogenszene wieder. So lag der Altersdurchschnitt der bei der letzten MoSyD Szenestudie 2010 des Centre For Drug Research befragten Personen bei 38,2 Jahren, dem höchsten Wert aller Erhebungen. Es ist somit ein signifikanter Altersanstieg in den letzten Jahren zu erkennen. Dieser war im Jahr 1991 noch bei 27,7 Jahren, woraus sich somit ein Altersanstieg von 10,5 Jahren in den letzten 19 Jahren ergibt.

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2010



(Müller et al.; 2011; S.17)

Diese Entwicklungen führten dazu, dass der Anteil der über 46 jährigen mittlerweile ein Viertel der Frankfurter Drogenszene und der der über 40 jährigen sogar über ein Drittel dieser ausmacht (vgl. Müller et al.; 2011; S.23f.). Hierdurch ergibt sich selbstverständlich auch ein Anstieg der durchschnittlichen Dauer der Erfahrungen der Befragten mit „harten Drogen“. Diese hat sich in der Zeit von 1995 bis 2010 von 14,1 Jahren auf 20,3 Jahre erhöht und weist nun die längste Zeitspanne aller Erhebungen auf (vgl. Müller et al.; 2011; S.28). Diese Verlängerung der Konsumdauer könnte wiederum mit einem Anstieg der körperlichen, psychischen und sozialen Problemlagen der Betroffenen innerhalb der Szene einhergehen (vgl. Kapitel 4).

Auch lässt sich in Bezug auf den Altersanstieg eine Neuerung bezüglich der Einnahmequellen der Befragten erkennen. So erreicht nun neben den Einnahmequellen der staatlichen Unterstützung (78%), der Drogengeschäfte (34%), der von anderen illegalen Aktivitäten (22%), der Unterstützung durch Eltern/Familie (16%), durch Arbeiten/Jobben (15%) oder andere legale Aktivitäten (15%) und von Prostitution (12%), auch die (Früh-) Rente mit 6% eine nennenswerte Anzahl⁴³ (vgl. Müller et al.; 2011; S.21).

Ähnliche Entwicklungen zeigen z.B. auch die Statistiken der Substitutionsbehandlung, bei der ein Altersanstieg zwischen 2007 und 2009 von durchschnittlich 36,5 auf 38 Jahre zu verzeichnen ist⁴⁴. Etwas deutlicher wird dies bei der Substitutionsbehandlung mittels Diamorphin, bei welcher der Altersdurchschnitt seit Beginn der Behandlung 2003 von 38,8 auf 43,8 Jahre im Jahr 2009 anstieg. Selbiges gilt auch für die registrierten Drogenabhängigen der Stadt Frankfurt, unter welchen sich der Altersdurchschnitt von 32,5 (2002) auf 34,7 Jahre (2009) erhöhte⁴⁵ (vgl. Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; 2010; S.51f., 87).

43 Erstmals wurde diese 2008 mit 7% erwähnenswert.

44 Bei älteren Statistiken wurde leider die Angabe des Alters nicht mit ausgewertet.

45 Auch hier liegen leider keine früheren statistischen Erhebungen bezüglich des Alters vor.

4 Spezifische Problemlagen

Wie das vorige Kapitel verdeutlichte, sieht sich auch die Stadt Frankfurt aufgrund der Veränderung des Drogenhilfesystems mit einem signifikanten Altersanstieg der Drogenszene konfrontiert. So weist bereits ein großer Teil der Drogengebraucher in Frankfurt ein Alter über 46 Jahre auf und gehört nach der in Kapitel 2.2 hergeleiteten Definition zur Personengruppe der älteren Drogenabhängigen. Hierdurch sieht sich auch die Stadt Frankfurt mit einer Klientel konfrontiert, die hohe Anforderungen an das bestehende Drogenhilfesystem stellt. Diese Anforderungen drücken sich durch weitreichende spezifische Problemlagen aus, die nun im Folgenden näher dargestellt werden sollen.

4.1 Multimorbidität

Wie bereits in der Einführung der Thematik angedeutet, leiden ältere Drogenabhängige relativ frühzeitig unter schwerwiegenden Erkrankungen. Zwar ist es schwierig die gesundheitlichen Folgen aufgrund der häufig vorliegenden Polytoxikomanie einer einzelnen Droge zuzuschreiben, jedoch zeigt sich besonders der chronische Konsum von Straßenheroin in Langzeitstudien als eine erhebliche gesundheitliche Belastung, welche mit der Dauer des Konsums kontinuierlich zunimmt. So konnte bei Befragungen von älteren Drogenabhängigen⁴⁶ festgestellt werden, dass jeder von ihnen im Durchschnitt unter 2,5 körperlichen Erkrankungen⁴⁷ und jeder Zweite zusätzlich zur Drogenabhängigkeit unter mindestens einer weiteren psychischen Störung wie Depressionen oder Angststörungen leidet. Dies resultiert jedoch nicht ausschließlich aus dem langjährigen Konsum psychotoper Substanzen, sondern ist auch Folge der mit Marginalisierung einhergehenden Lebensumstände und des oft lange und häufig praktizier-

46 Das Alter der Befragten belief sich hierbei auf 45 bis 61 Jahre, wobei das Durchschnittsalter bei 52,7 Jahren lag (vgl. Eppler et al.; 2011; S.199ff.).

47 Die häufigsten hier genannten Erkrankungen waren Lebererkrankungen, vor allem durch eine chronische Infektion mit Hepatitis C, Zahnerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Probleme mit der Atmung bzw. den Lungen.

ten intravenösen Konsums. Hinzu kommt, dass sich durch die verbesserte Lebenserwartung⁴⁸ nun auch altersbedingte Begleiterkrankungen mit den durch den Drogenkonsum und dessen Begleitumstände hervorgerufenen Erkrankungen überlagern.

Neben diesen alterstypischen Begleiterkrankungen wie z.B. Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen, Krebs, Diabetes oder Osteoporose, welche bei Drogenabhängigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung durch die bereits erwähnte „Voralterung“ wiederum früher eintreten können, kommt es bei älteren Drogenabhängigen zu einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Problemlagen und Erkrankungen. So kann es neben der bereits erwähnten Überlagerung auch zu einer Verstärkung bestimmter Krankheitssymptome kommen. Zu „normaler“ Altersdepression können weitere Depressionen aufgrund bestimmter Medikamente oder einer Substitutionsbehandlung als Nebenwirkung auftreten, zu „normalem“ körperlichen und psychischen Leistungsabbau kann es zu Folgeschäden des jahrzehntelangen Drogenmissbrauchs kommen und zu „normalen“ Bilanzierungskrisen können sich Selbstvorwürfe, Schuldzuweisungen und Verlust Erfahrungen aufgrund der absolvierten Drogenlaufbahn einstellen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.205f. & Eppler et al.; 2011; S.201 & Vogt; 2011b; S.105 & Westermann/Witzerstorfer; 2011; S.213 & Wolter; 2010; S.136f.).

Betrachtet man bestimmte Krankheiten, die gerade bei älteren Drogenabhängigen wesentlich gehäuft auftreten, so sind dies neben den oben bereits erwähnten im Besonderen Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder HIV/AIDS, Hypertonie, Lebererkrankungen, organische Schmerzsyndrome, Lungenerkrankungen, Virushepatiden, Nierenschädigungen und Niereninsuffizienz. Je nach Erkrankung kann es sich hierbei um eher schleichende Prozesse handeln, welche über einen langen Zeitraum hinweg nur geringfügig auffallen, zu einem späteren Zeitpunkt dann jedoch sehr schnell zu einer schweren körperlichen Belastung werden können. Beispielhaft hierfür kann Hepatitis C angeführt werden,

48 Es wird damit gerechnet dass die Zahl der Drogenabhängigen die 60 oder 70 Jahre alt werden auch in Zukunft weiter ansteigen wird (vgl. Eppler et al.; 2011; S.195).

die über lange Zeit symptomlos bleibt, dann aber sehr schnell akut werden kann. Diese kann dann zu vielen gesundheitlichen Komplikationen und schweren Lebererkrankungen führen, da die Leber durch die Erkrankung z.T. über Jahrzehnte hinweg geschädigt wurde. Häufig nimmt solch eine Lebererkrankung einen fatalen, nicht selten tödlichen Verlauf. So kann es als Spätfolge der dauerhaften Leberschädigung zur Ausbildung einer Leberzirrhose oder zu Leberkrebs kommen, welche beide nicht heilbar sind und zum Tode führen. Doch auch die durch den jahrzehntelangen intravenösen Konsum hervorgerufenen Folgeerkrankungen stellen ein schwerwiegendes Problem da. Dadurch kommt es sehr häufig zu Schädigungen der Blutgefäße, wie z.B. Abszesse, Thrombosen und Embolien, welche bis zur Amputation führen können. Hier sind wahrscheinlich auch die Gründe für die beschleunigte biologische Alterung zu finden, welche möglicherweise durch eine permanente Antigenbelastung durch den sehr häufig vorhandenen schlechten Zahnstatus, durch infizierte Wunden, Hepatitis usw. eintritt. Hinzu kommen oft Unfälle, Gewalterfahrungen, Fehl- und Mangelernährung, weitere psychische Störungen wie Persönlichkeitsstörungen und Psychosen, mangelnde kognitive Stimulation und damit einhergehend verminderte kognitive Reservekapazitäten und Demenz.

Ältere Drogenabhängige sind somit, im Vergleich zu jüngeren Drogenabhängigen, einem wesentlich höheren Risiko ausgesetzt, an nicht direkt drogenbedingten Todesursachen zu sterben. Erschwert wird ihre Situation zusätzlich dadurch, dass trotz dieser erheblichen Gesundheitsprobleme regelmäßige Kontakte zu einem Hausarzt eine Seltenheit darstellen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.106 & Geyer; 2011; S.340 & Vogt; 2011b; S.196 & Wolter; 2011; S.83 & Wolter; 2010; S.137).

Ein weiteres großes Problem stellen auch altersbedingte Demenzen dar, die bei älteren Drogenabhängigen ebenfalls früher auftreten können als bei der übrigen Bevölkerung. Zusätzlich schädigen Suchtmittel in unterschiedlichem Ausmaße das Gehirn, was besondere Auswirkungen auf das noch unausgereifte Gehirn von Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat. Wer also früh mit dem Konsum beginnt und diesen über einen langen Zeitraum aufrechterhält, was für die

meisten jetzt älteren Drogenabhängigen zutreffen dürfte, nimmt häufig eine zerebrale Vorschädigung mit ins Alter, welche die Schwelle für die Auslösung einer Demenz senkt.

Es sind jedoch nicht alleine die neurotoxischen Auswirkungen der verschiedenen Suchtmittel selbst, die solch eine Demenz begünstigen, sondern auch die Auswirkungen der körperlichen Erkrankungen, die oft mit dem Substanzmissbrauch in Zusammenhang stehen. Somit kann sowohl der Suchtmittelkonsum, als auch die Sucht-Folgeerkrankungen auf verschiedene Weise im Sinne einer zerebralen Multimorbidität zur Entwicklung einer Demenzerkrankung beitragen. Als solch eine Folgeerkrankung kann auch eine HIV-Infektion angesehen werden, welche ebenfalls eine Demenz als schwerste Form der HIV-assoziierten neurokognitiven Störungen nach sich ziehen kann, da die HIV-Infektion sehr wahrscheinlich das Gehirn „altern“ lässt⁴⁹.

Es ist also davon auszugehen, dass nicht nur die Anzahl älterer drogenabhängiger Personen in Zukunft stark ansteigen wird, sondern auch die Anzahl der Demenzkranken unter ihnen. Hierbei ist zu beachten, dass Demenzen mit zu den wichtigsten Ursachen für eine dauerhafte, überwiegend sogar schwere, Pflegebedürftigkeit gehören (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.238 & Vogt; 2011b; S.105 & Wolter; 2011; S.71ff., 84 & Wolter; 2010; S.39, 179, 242). Doch nicht nur die körperlichen, sondern auch die psychischen Probleme beeinträchtigen das Wohlbefinden der Betroffenen stark und können als deutlich größere Belastung erlebt werden. Hier kann es im Sinne der Selbstmedikation zu einem eigenständigen Versuch kommen, diese zu bekämpfen. Diese Selbstmedikation drückt sich häufig in einer Dosiserhöhung der Drogen- oder Medikamentenmenge aus, was jedoch zu einer Verstärkung der Symptome und somit

49 Zwar ist es umstritten ob die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Personen mit HIV-Erkrankung gegenüber dem normalen kognitiven Altern schneller verläuft, jedoch deuten viele Befunde auf eine Begünstigung der Manifestation von neurodegenerativen Erkrankungen wie z.B. der Alzheimer- oder der Parkinson-Krankheit hin. Das Lebensalter und die Infektionsdauer hängen hier sehr wahrscheinlich dynamisch miteinander in Zusammenhang. Die HIV-assoziierten neurodegenerativen Störungen können somit zumindest als ein Ausdruck des vorzeitigen Alterns verstanden werden, welcher eine Manifestation von neurokognitiven Erkrankungen begünstigt (vgl. Wolter; 2011; S.82f.).

wiederum zum Einstieg in eine Negativspirale, bis hin zum körperlichen und psychischen Zusammenbruch, führen kann. Trotzdem fühlen sich viele trotz ernsthafter Erkrankung verhältnismäßig gesund, oder zumindest nicht beeinträchtigt und schätzen somit ihre eigene Gesundheit überwiegend als positiv ein. Dies ist zum einen häufig auf eine Bagatellisierung der eigenen Beschwerden und Krankheiten zurückzuführen, zum anderen auf die ständige Einnahme von Opiaten und deren Einfluss auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit. So wirken Opiate als potentes Schmerzmittel und haben gleichzeitig eine stimmungshobende Wirkung, was sich vermutlich positiv auf die gesundheitliche Einschätzung auswirkt (vgl. Eppler et al.; 2011; S.183, 186). In der Praxis bedeutet dies, dass es gerade bei älteren Drogenabhängigen zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Diagnostik und der Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen kommen kann. Daran anknüpfend stellt sich auch im medizinischen Bereich die Frage nach der Zuständigkeit. Ist das Thema Sucht im Alter auch jetzt noch ein Randthema, so gilt dies für ältere Opiatabhängige in besonderer Weise. Keine medizinische Disziplin fühlt sich hier so recht zuständig, da die Betroffenen für die Altersmedizin nach Jahren zu jung und für die Suchtmedizin zu multimorbid sind. Bei der medizinischen Behandlung spielen jedoch auch die physiologischen und krankheitsbedingten Umstellungen im Alter eine erhebliche Rolle. Hierzu gehören pharmakokinetische und pharmakodynamische Veränderungen, insbesondere bei Resorption, Bioverfügbarkeit, Verteilung, Metabolismus und Ausscheidung, was in Bezug auf eine Medikamenteneinnahme unterschiedliche Auswirkungen haben kann⁵⁰. Diese müssen, auch in ihrer Dosis, den Gegebenheiten angepasst werden. Erschwert wird dies noch zusätzlich dadurch, dass durch die oft zahlreichen psychischen und körperlichen Komorbiditäten eine vielfältige und komplizierte Medikation notwendig ist, welche in Bezug auf ihre Wechselwirkungen zunehmend schwieriger zu überblicken sind. Problematisch ist hierbei auch der Aspekt einer Polypharmazie, welche nach Möglichkeit vermieden werden sollte (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.110f. & Hirsch; 2011; S.349 & Wolter; 2011; S.63).

50 Hierbei ist zu beachten, dass unter diese Medikamente auch Substitutionsmittel fallen. Selbiges gilt auch für Drogen im Allgemeinen (auch Alkohol).

Doch auch eine Veränderung des Drogengebrauchs, z.B. hin zu Alkohol und Benzodiazepinen, kann aufgrund von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, aber auch aufgrund der Auswirkungen auf Körper und Krankheitsprozess, zum Problem werden. Solch eine Veränderung des Konsumverhaltens kann u.a. durch die Zunahme von Problemen bei den bisherigen Konsumgewohnheiten, wie z.B. bei intravenösem Konsum durch schlechtere Venenverhältnisse, Tremor und Sehprobleme, durch eine unzureichende medikamentöse Unterstützung oder durch Nachlassen der Mobilität z.B. aufgrund körperlicher Beschwerden oder Pflegebedürftigkeit begründet sein.

Die hier zahlreich aufgeführten gesundheitlichen Problemlagen älterer Opiatabhängiger führen dazu, dass diese häufig sehr früh Unterstützung bei der Lebensführung benötigen und hohe Anforderungen an die behandelnden Einrichtungen stellen, welchen nur durch ein gut funktionierendes, interdisziplinäres Versorgungsnetzwerk entgegengetreten werden kann. Gerade mit Blick auf die hohen Raten von Infektionskrankheiten, anderen chronischen Erkrankungen und dem wahrscheinlichen Anstieg von Demenzerkrankungen wird klar, dass diese meist eine andauernde medizinische Behandlung erfordern werden. Der medizinische Handlungsbedarf ist also groß, doch weder Suchtmedizin noch Geriatrie und Gerontopsychiatrie scheinen hierauf gut vorbereitet zu sein, denn bereits etablierte und breit akzeptierte Konzepte sucht man z.Z. leider noch vergebens (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.106f. & Hößelbarth et al.; 2011; S.138, 237f. & Vogt; 2011b; S.106 & Wolter; 2011; S.84).

4.2 Soziale Isolation

Eine weitere große Belastung stellt die soziale Isolation aktiver Konsumenten illegaler Opiate dar, was sich besonders bei älteren Drogengebern mit zunehmender Zeit immer weiter zuspitzt. Die meisten Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung verfügen über nur sehr dünne soziale Netzwerke und relativ wenige soziale Kontakte. Hinsichtlich der eigenen Familie gibt es nur sehr selten funktionierende Bezüge, da die Beziehung zu ihnen in den meisten

Fällen stark unter dem Drogenkonsum der Betroffenen gelitten hat, bzw. als Folge daran zerbrochen ist. Dafür, inwiefern sich der Drogenkonsum auf die familiären Verhältnisse ausgewirkt hat, gibt es unterschiedliche Szenarien. So unterstellen viele Abhängige ihren Familienangehörigen häufig, dass diese ihnen Vorwürfe bezüglich ihrer Drogenabhängigkeit machen würden und sie bei dem Versuch einer erneuten Kontaktaufnahme damit rechnen müssten, aufgrund von Scham abgelehnt zu werden. Umgekehrt empfinden sich viele der abhängigen Konsumenten als große Belastung und sehen es somit häufig als besser an, gar keinen Kontakt zu ihren Angehörigen zu haben bzw. zu suchen, um diesen nicht zusätzlich zu ihren eigenen Problemen noch zur Last zu fallen. Aus diesen Gründen besteht bei der Mehrheit der Abhängigen überhaupt kein Kontakt mehr zur eigenen Familie (vgl. Eppler et al.; 2011; S.176, 179 & Westermann/Witzerstorfer; 2011; S.213). Ähnliches spiegelt sich auch im Hinblick auf die Kontakte zu (Enkel-) Kindern oder entsprechend einer Partnerschaft wieder. Auch hier haben nur wenige (Groß-) Väter und (Groß-) Mütter einen engen Kontakt zu ihren (Enkel-) Kindern, da auch diese Beziehungen, zumindest zwischen Eltern und Kindern, meist durch den Drogenkonsum geprägt sind. Aus diesem Grund halten die Betroffenen nur sehr losen Kontakt zu ihren (Enkel-) Kindern, zum Teil auch nur telefonisch, oder brechen diesen komplett ab, was häufig auch aus Scham bezüglich der eigenen Drogenproblematik resultiert. In Bezug auf eine Partnerschaft werden Beziehungen, bzw. deren Aufrechterhaltung, als sehr schwierig erlebt. Zwar wird eine feste Partnerschaft von der Mehrheit gewünscht, jedoch wird die Gestaltung dieser als äusserst schwierig angesehen, zumindest solange der Drogenkonsum in ihrem Leben eine dominierende Rolle spielt. Weiter wird die Partnersuche und -findung durch die ungleiche Geschlechterverteilung innerhalb der Drogenszene erschwert, in welcher Frauen sehr unterproportional vertreten sind. Dies wird mit Blick auf alternde Drogenabhängige immer problematischer, da hier der weibliche Anteil mit steigendem Alter immer weiter absinkt (vgl. Eppler et al.; 2011; S.177f. & Haas; 2007; S.20).

Die soziale Isolation wird weiterhin dadurch verstärkt, dass wenig bis keine Kontakte zur Allgemeinbevölkerung bestehen, da das Herstellen solcher Kontakte außerhalb des Drogenmilieus als sehr mühsam und anstrengend erlebt wird. Existieren solche Kontakte, so sind diese meist eher flüchtig, oberflächlich und von Misstrauen geprägt. Dies findet seine Begründung darin, dass der Alltag von Drogenkonsumenten von Diskriminierung und Ausgrenzung bestimmt wird, was zu einem Rückzug und zu einer Vermeidung entsprechender Kontakte führt und sie zugleich fester im Drogenmilieu verankert. So werden Drogenabhängige häufig von Außenstehenden als solche identifiziert, was durch die negative Besetzung von Drogenabhängigkeit in der „Normalgesellschaft“ häufig zu einem sehr unfreundlichen Umgang mit den Betroffenen führt. Da diese, und das betrifft besonders ältere Abhängige mit einer langjährigen Drogenkarriere, solch einen negativen Umgang über lange Zeiträume hinweg erfahren mussten, führt dies zu erwähnter Stigmatisierung und Ausgrenzung, und schlussendlich zur vollständigen Isolation von der „Normalgesellschaft“. Erschwerend kommt hier hinzu, dass besagtes Drogenmilieu eine Art „Mikrokosmos“ darstellt, in welchem sich viele der Konsumenten verfangen und nicht wieder herausfinden. Aus diesen Gründen hat der überwiegende Teil der Abhängigen meist nur noch Kontakte innerhalb der Drogenszene, also zu Personen die auch selbst illegale Drogen konsumieren, sowie zu professionellen Helfern. Findet nun eine weitestgehende oder völlige Distanzierung von der Drogenszene statt, so führt dies zu einem Wegfall des letzten sozialen Netzwerkes und zu einem weiteren Anstieg der Isolation (vgl. Eppler et al.; 2011; S.178ff., 189ff., 200f. & Hößelbarth et al.; 2011; S.138 & Vogt; 2011b; S.104 & Westermann/Witzerstorfer; 2011; S.213).

Gerade mit zunehmendem Alter ziehen sich jedoch viele Drogenabhängige aktiv zurück, was häufig aufgrund von Enttäuschungen oder aus Angst vor Enttäuschungen passiert, jedoch auch, da es für sie immer schwieriger wird, auch innerhalb der Drogenszene Kontakte zu Jüngeren aufzubauen bzw. mit diesen „mithalten“ zu können. Deshalb sind gerade ältere Drogenabhängige meist wesentlich stärker von Ausgrenzung und Stigmatisierung betroffen als Jüngere. Unter „mithalten“ ist zu verstehen, dass ältere Drogenabhängige in ihren Kon-

summern weniger variabel sind und sich somit weniger flexibel an neue Situationen anpassen können. Gerade die Drogenszene lebt jedoch von ihrer Kurzlebigkeit und von raschen Veränderungen. Hinzu kommt, dass die Drogenherstellung und der Drogenvertrieb immer professioneller wird, weshalb ältere Drogenabhängige hier dann meist außen vor sind und gleichzeitig Gefahr laufen, selbst Opfer von Gewalt und Raub innerhalb der eigenen Szene zu werden. Je älter und evtl. auch hilfebedürftiger die Betroffenen werden, desto schwieriger wird natürlich auch die generelle Beschaffung von Drogen. Es kommt bei älteren Drogenabhängigen also häufig zu einer doppelten Ausgrenzung, sowohl aus der „Normalgesellschaft“ als auch aus der eigenen Szene, was zu einem immer weiteren Anstieg der sozialen Isolation und schließlich zu Einsamkeit führt. Besonders scharf sind solche Prozesse für HIV-Positive und noch stärker für AIDS-Kranke, besonders wenn diese ihre Krankheit aufgrund äußerer Merkmale nicht mehr verbergen können (vgl. Eppler et al.; 2011; S.170, 189ff., 201 & Hößelbarth et al.; 2011; S.138 & Wolter; 2010; S.136).

Anders verhält es sich für diejenigen, die es geschafft haben ihre Abhängigkeit zu überwinden. Ist es für aktive User sehr schwierig sich ein neues Umfeld mit drogenfreien Beziehungen aufzubauen, so schaffen es Ehemalige hier viel leichter in Kontakt zu treten. So verfügen diese meist nach einer gewissen Zeit wieder über erstaunlich gute soziale Netzwerke, werden von Familienmitgliedern angenommen, fühlen sich in Freundeskreise integriert und leiden deshalb nur relativ selten unter Isolation, Ausgrenzung, Marginalisierung und Einsamkeit. Es kann also festgehalten werden, dass zunächst allein die Zugehörigkeit zur Drogenszene mit darüber entscheidet, wie man sozial eingebettet ist und dass sich die sozialen Netzwerke je nach Subgruppe unterscheiden. So ist gerade für ältere Drogenabhängige die Vereinsamung ein sehr belastendes Problem, da es oft niemanden mehr gibt, der in ihrem Leben eine tiefgreifende Rolle spielt. Käme es hier zu einem schweren Krankheitsfall oder zu einer Behinderung, die über längere Zeit Hilfe und Pflege erfordern würde, so kämen die Betroffenen in eine sehr schwierige Lage, da eine Versorgung durch ein soziales Netzwerk nicht gewährleistet wäre. Nicht selten wird deshalb versucht das völlige Fehlen jeglicher sozialer Beziehungen über eine feste Anbindung an

Betreuende oder andere helfende Instanzen, wie z.B. die Drogenhilfe, zu kompensieren (vgl. Eppler et al.; 2011; S.170f., 189ff., 200f. & Vogt; 2011b; S.107, 188 & Westermann/Witzerstorfer; 2011; S.225).

4.3 *Behandlung der Abhängigkeitserkrankung im Alter – Probleme und Möglichkeiten*

Lange Zeit wurde die Behandlung von älteren Menschen mit substanzbezogenen Störungen als nicht aussichtsreich eingeschätzt, da man davon ausging, dass ältere Menschen die Voraussetzungen für solch eine Behandlung, mit besonderem Blick auf eine Änderungsmotivation, welche Entwicklungsfähigkeit und geistige Flexibilität voraussetzt, nicht mehr erfüllen könnten. Außerdem galten sie als „nicht mehr erziehbar“ und es wurde davon ausgegangen dass die Behandlungsdauer aufgrund der durch das Alter bedingten gesammelten Erlebnisse ins Unermessliche steigen würde. Diese Auffassung hat sich jedoch im Laufe der letzten Jahrzehnte hin zu einer optimistischeren Sichtweise gewandelt (vgl. Geyer; 2011; S.327f.). Zwar sind ältere Menschen mit zunehmendem Alter Einschränkungen ausgesetzt, die häufig mit einer Verringerung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten einhergehen, jedoch verfügen sie über eine ausgeprägte biographische Individualität und einen breiten Erfahrungsschatz von erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten, welcher ihnen erlaubt, auch in gehobenerem Alter bestimmte Probleme verantwortungsvoll und kompetent zu lösen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.119 & Geyer; 2011; S.328 & Hirsch; 2011; S.348).

Nicht zuletzt darf Alter niemals pauschal betrachtet werden, da sowohl kognitive als auch physiologische Funktionen nicht alle gleich stark abnehmen und auch hier, besonders bei den kognitiven Veränderungen, die Individualität in den Fokus zu setzen ist. So spielt bei den kognitiven Veränderungen die genetische Komponente des Alterns eine häufig sehr überschätzte Rolle. Hier sind eher Lebensführung, Bildung und Sozialisation entscheidend, wobei sich der genetische Anteil gerade einmal auf etwa 20% bis 30% beläuft. Trotzdem erfordern

körperliche und kognitive Veränderungen eine Anpassung der Behandlung oder des gesamten Behandlungsrahmens, wobei gerade neurokognitive Defizite sowohl die Behandlungsplanung als auch ihre Durchführung beeinträchtigen und erschweren können. Bei körperlichen Problemen bedarf es hier z.B. der Einbeziehung organischer Gegebenheiten sowie der Zusammenarbeit mit fachkundigen medizinischen Personen. Die therapeutische Behandlung ist dann überwiegend als ein Baustein eines kompletten Behandlungskonzeptes anzusehen.

Längst überholt ist aus wissenschaftlicher Sicht auch die Vorstellung, dass Altern mit „Abbau“ oder „Krankheit“ gleichgesetzt werden kann. Auch die Gerontologie spricht von einer lebenslangen Entwicklung des einzelnen Individuums (Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.103, 109 & Hirsch; 2011; S.347f. & Wolter; 2010; S.365). So wird das Altern heute eher als ein „steter funktioneller Wandel von psychischen, physischen sowie sozialen Kompetenzen und deren Interaktion“ (Hirsch; 2011; S.347f.) verstanden. Alter ist ein stetiger Balanceakt zwischen mehrfachen Einschränkungen und Grenzen und von Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, in welchem unterschiedliche Entwicklungspotentiale und Veränderungsmöglichkeiten vorhanden sind. Auch ältere Menschen sind an Veränderungen interessiert und auch Lernprozesse sind hier noch auf vielfältige Weise möglich, was als Ansatzpunkt und Chance z.B. für psychotherapeutische Interventionen angesehen werden kann. Veränderung, was sowohl Gewinne als auch Verluste einschließt, ist auch im Alter noch möglich (vgl. Hirsch; 2011; S.348 & Wolter; 2010; S.33ff.).

Bezüglich der Prognose solcher psychotherapeutischer Interventionen findet man jedoch unterschiedliche Meinungen und Aussagen vor, die sich teilweise gegenseitig stark widersprechen. So bezieht sich ein Großteil der Aussagen darauf, dass eine Psychotherapie bei älteren Personen eine gleich gute, wenn nicht sogar noch bessere Wirksamkeit habe (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.117 & Geyer; 2011; S.328 & Wolter; 2010; S.218). Häufig scheint jedoch unter professionell tätigen Personen die Meinung verbreitet, dass sich

eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung bei älteren Menschen nicht mehr lohne. So wird angenommen, dass bei Personen, die früh mit dem Suchtmittelmissbrauch begonnen und diesen bis ins Alter beibehalten haben, die Therapiechancen eher mäßig seien. Dies wird auf die vielfältigen sozialen sowie persönlichen Probleme, die häufige Instabilität und den langen Krankheitsverlauf, welcher von Intoxikation, vielfachen Vorbehandlungen, kognitiven Defiziten und körperlichen Erkrankungen gekennzeichnet ist, zurückgeführt. Doch auch aus der Sicht vieler Betroffener scheint sich die Perspektive auf ein drogenfreies Leben immer weiter zu verschlechtern. Dies resultiert häufig daraus, dass sich ein Leben ohne Drogen nicht mehr vorgestellt werden kann, die Motivation für eine Verhaltensänderung fehlt oder sie der Ansicht sind, aufgrund ihrer vielen chronischen Erkrankungen in wenigen Jahren nicht mehr am Leben zu sein. Andere Gründe dafür, dass ältere Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik der psychotherapeutischen Beratung oder Behandlung häufig skeptisch gegenüberstehen, könnten jedoch auch Bagatellisierung des eigenen Suchtverhaltens oder ihre Erfahrungen von Ablehnung aufgrund von „zu geringer Motivation“ durch die Behandelnden sein (Hilckmann; 2011; S.238 & Hirsch; 2011; S.365f.). Dabei handelt es sich bei „Entwicklung“, oder in diesem Falle eher „Veränderung“, auch im Alter um einen Prozess, der seine Antriebskraft überwiegend aus Konflikten gewinnt, wobei auch die Wiederaufnahme von zuvor abgebrochenen „Veränderungen“ möglich ist. Klinische Erfahrungen zeigen weiter, dass manche Betroffene erst mit zunehmendem Alter und einer jahrelangen Behandlung, mit welcher eine gefestigte Therapeut-Patient-Beziehung einhergeht, umfassenderen psychotherapeutischen Ansätzen zugänglich werden (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.117 & Wolter; 2010; S.37).

Betrachtet man sich die öffentliche Diskussion, die sich mit der Thematik Opiatkonsum im Alter beschäftigt, so dominieren negative Belastungs- und Versorgungsdiskurse. Erörterungen über die Potentiale älterer Menschen im Umgang mit Drogen und deren Stellenwert für diese sucht man auch heute noch vergeblich. Im Gegenteil, Ältere werden eher dazu ermahnt, überhaupt keine Drogen (mehr) zu nehmen, um sich nicht um den letzten Rest ihrer Gesundheit zu bringen. Diese reagieren hierauf häufig mit Abwehr und Widerstand, da sie solche

eine Form der Ansprache als Abwertung ihrer Lebensleistung und ihrer kognitiven und personalen Fähigkeiten erleben. Um hier eine Veränderung herbeiführen zu können, müssen auch bei dieser Klientel die Informationen zum Konsum psychoaktiver Substanzen den Maximen der modernen Gesundheitsförderung entsprechen, also nicht abschreckend, sondern eher aufbauend und fördernd sein. Sie sollten an das Wissen der älteren Klientel anknüpfen, sie mitnehmen und in einem gegenseitigen Austausch von Argumenten zu einer eventuellen Motivation zur Einstellung des Konsums führen (vgl. Vogt; 2011c; S.56f.). Aus diesem Grund sollte auch bei älteren Opiatabhängigen die Zielhierarchie der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, also beginnend mit der Sicherung des Überlebens bis zur dauerhaften Abstinenz und einer veränderten Lebensgestaltung und -bewältigung, Geltung finden. Spezifische Behandlungsziele können in diesem Punkt jedoch die Stabilisierung von Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Autonomie, die Bearbeitung und Integration von Verlusten und Trennungen, die Akzeptanz körperlicher Einschränkungen und der Endlichkeit des Lebens, die Annahme des alternden Körpers, die Förderung des Gegenwartsbezugs sowie die Verbesserung und Vermehrung von lösungsorientierten Kompetenzen darstellen. Mit Blick auf die soziale Isolation vieler älterer Abhängiger spielt auch die Verbesserung sozialer Fähigkeiten und Kontaktfähigkeit zur Knüpfung neuer Kontakte bei der Behandlung eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Weitere Schwerpunkte können Angstbewältigung, Entspannungsfähigkeit, Verbesserung der Genussfähigkeit, Schmerzbewältigung, gesundheitsbewussteres Verhalten und Steigerung der körperlichen Fitness, sowie eine Verbesserung der Beziehung zu Partner, Kindern oder Enkelkindern sein. Außerdem sollten, wie bei jüngeren Betroffenen, zur Rückfallvermeidung tagesstrukturierende Maßnahmen eingeübt werden und eine vermehrte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gefördert werden. Häufig werden spezielle Themen auch von den Betroffenen selbst aufgegriffen, was dem oft vorhandenen Wunsch nach (erneuter) Verantwortungsübernahme entgegen kommt. Dies betrifft häufig The-

men, die sich mit dem Umgang mit Trauer, Überlebensschuld und Vereinsamung auseinandersetzen und aufgearbeitet werden müssen (vgl. Geyer; 2011; S.335ff. & Hirsch; 2011; S.356, 367)

4.4 Altersbedingte Zugangsprobleme – Eine Hürde zwischen Klient und Personal

Auch das Alter der behandelnden oder betreuenden Personen kann in Bezug auf eine ältere Klientel ein mögliches Problem darstellen. So kann z.B. ein großer Altersunterschied zwischen Mitarbeitern der Drogenhilfe oder Therapeuten⁵¹ und den Betroffenen sowohl die Erwartungen der Klienten als auch die Sicherheit der Mitarbeiter stark beeinträchtigen. Deutlich wird dies bei autoritären Aspekten wie z.B. das Durchsetzen bestimmter Regeln, Ratschlägen bezüglich der Gesundheit oder der Regelung bestimmter Medikamentenvergaben. Die jüngeren Mitarbeiter verfügen über anders geartete Erfahrungen als die älteren Klienten, was den Zugang zu diesen erschwert, da ein historisches Alltagswissen über die Kindheit, die Jugendzeit und das Erwachsenenalter in Zusammenhang mit der jeweiligen soziokulturellen Situation fehlt. Auch kann es schnell zu einer Überforderung der wesentlich jüngeren Mitarbeiter bei altersspezifischen Themen wie dem Umgang mit Verlusten, Krankheit, Trauer, verpassten Lebenschancen, Furcht vor Einschränkungen, nachlassender körperlicher und geistiger Fähigkeiten oder Angst vor dem Sterben und dem Tod kommen. Selbiges kann sich auch bei einem altersinhomogenen Gruppensetting widerspiegeln (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.120f. & Hirsch; 2011; S.350). In Bezug auf das Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Klienten können hier gezielte gerontologische Schulungen und Supervision weiterhelfen, den altersbedingten Barrieren entgegenzutreten (vgl. Dürsteler-MacFarland et al.; 2011; S.121).

51 Im Folgenden schließt der Begriff des Mitarbeiters den des Therapeuten mit ein.

5 Empirische Einblicke in die aktuelle Versorgungssituation

In diesem Kapitel soll ein empirischer Einblick in die aktuelle Versorgungssituation opiatabhängiger Menschen in Frankfurt gegeben werden. Hierzu wird zunächst die Forschungsmethode des leitfadengestützten Experteninterviews und das dazugehörige Erhebungsinstrument, den Leitfaden, vorgestellt. Anschließend erfolgt eine nähere Definition des Expertenbegriffs und eine Vorstellung des interviewten Experten, bevor die Schritte der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung des Interviews und die hieraus erhobenen Daten dargestellt werden.

5.1 Methodik – Das leitfadengestützte Experteninterview

Die Methode des leitfadengestützten Experteninterviews ist den qualitativen Forschungsmethoden zuzuordnen. Diese unterscheiden sich von den quantitativen Forschungsmethoden, welche sich durch das Sammeln einer möglichst großen Datenbreite und durch eine deduktive Vorgehensweise, vom Allgemeinen auf das Spezielle zu schließen, kennzeichnen, dadurch, dass sie Einzelfälle in den Mittelpunkt ihrer Untersuchung stellen und tiefgehende Informationsinhalte anstreben. Die qualitative Forschung geht also induktiv vor, indem sie aus der Analyse dieser Einzelfälle auf das Allgemeine schließt (vgl. Bortz/Döring; 2006; S.296 & Kamenz; 1997; S.109). Zur Gewinnung der Daten werden bei der qualitativen Forschung überwiegend nichtstandardisierte Erhebungsinstrumente wie Interviews verwendet, zu denen zunächst auch das Experteninterview gehört. Dieses wird bevorzugt den explorativen Interviews zugeordnet, die dazu dienen, ein weitestgehend unbekanntes Wissensgebiet zu erforschen und ein „Materialgefühl“ für das betreffende Gebiet zu gewinnen, um im Anschluss mit einer weiterführenden, systematischen und hypothesengeleiteten Forschung beginnen zu können. Hierbei besitzt es narrativen Charakter und soll somit den Interviewpartner durch (eine) offene (Einstiegs-) Frage(n) zu einer freien Erzählung anregen, um Erkenntnisse zu gewinnen, die sich durch ein

systematisches Abfragen nicht erschließen lassen würden. Wird jedoch zur Interviewführung ein Leitfaden eingesetzt, so ändert sich dies hin zu einem problemzentrierten Charakter, und das Experteninterview wird zu einem offenen, jedoch halbstrukturierten Interview. Zwar ist nach wie vor das Ziel, den Befragten so viel wie möglich zu Wort kommen zu lassen, jedoch ist das Interview auf eine bestimmte Problemstellung ausgerichtet, und der Leitfaden soll dafür sorgen, die thematische Orientierung beizubehalten und die wesentliche Fragestellung nicht aus den Augen zu verlieren (vgl. Mayring; 1996; S.50ff., 54 & Mieg/Näf; 2005; S.22).

Das Experteninterview unterscheidet sich von anderen Interviewformen darin, dass es „[...] sich mithin auf klar definierte Wirklichkeitsausschnitte [...]“ (Meuser/Nagel; 1991; S.444) bezieht und „[...] darüber hinausgehende Erfahrungen, vor allem solcher privater Art, [...]“ (ebd.) ausgespart bleiben. „In ExpertInneninterviews fragen wir nicht nach individuellen Biographien, untersuchen wir keine Einzelfälle, sondern wir sprechen die ExpertInnen als RepräsentantInnen einer Organisation oder Institution an [...]“ (ebd.)

Die Festlegung auf die Methode des Experteninterviews erfolgte zum einen aufgrund der Tatsache, dass diese mir die Möglichkeit bot direkt mit Fachleuten, die sich im praktischen Feld mit der Thematik auseinandersetzen in Kontakt zu treten, zum anderen erschien sie mir durch die Konzentration auf die übermittelten Informationen in Bezug auf die zu behandelnde Problemstellung am geeignetsten um „Daten“ zur Ermittlung der Versorgungssituation zu erhalten.

5.1.1 Der Leitfaden

Nach Meuser & Nagel ist der Leitfaden im Rahmen von Experteninterviews eine „technisch saubere Lösung“ (Meuser/Nagel; 1991; S.486) für die Datenerhebung, da er einerseits dem thematisch begrenzten Interesse des Interviewers und andererseits dem Expertenstatus des Befragten gerecht wird und dazu bei-

trägt, dessen Wissen umfassend zu erheben. Des Weiteren sorgt er für eine systematische Materialgewinnung, da er die für die Untersuchung relevanten Themen beinhaltet und dient als Gedächtnisstütze, damit keine wichtigen Fragen vergessen werden oder Abschweifungen auf Thematiken stattfinden, die nicht mit dem Forschungsziel übereinstimmen. Wichtig ist jedoch, dass trotz der durch den Leitfaden vorgegebenen Strukturierung eine flexible Form der Interviewführung, z.B. in Bezug auf die Reihenfolge der Fragen oder dem spontanen Einbringen weiterführender Fragen unabhängig des Leitfadens, stattfindet, um unerwartete thematische Schwerpunktsetzungen oder das Einbringen von thematisch relevanten Aspekten oder Ausführungen von Seiten des Experten zu ermöglichen. Hierzu ist es notwendig, dass der Interviewer trotz Leitfaden auch narrative Sequenzen im Interview zulässt, damit durch die Flexibilität des Leitfadens ein natürlicher Gesprächsverlauf entstehen kann (vgl. Meuser/Nagel; 1991; S. 486f.).

Vorstellung des Leitfadens⁵²

Der Interviewleitfaden enthielt 13 Fragen, welche in insgesamt 5 Themenkomplexe unterteilt und zusätzlich durch einen Einstiegs- und einen Abschlusskomplex ergänzt wurden. Die Eingrenzung der Fragenanzahl richtete sich nach dem Verhältnis von benötigten Informationen und dem zeitlichen Aufwand des Interviews unter dem Aspekt, dass das Interview für den zu Interviewenden nicht zu lange und zu ermüdend wird. Eine zu lange Bemessung der Interviewzeit hätte sonst zu einer Abnahme der Konzentration und zu einer Verringerung der Bereitschaft zu detaillierten Antworten führen können. Außerdem war so die Möglichkeit gegeben, bei Bedarf das aktuelle Thema nochmals zu vertiefen oder weitere Fragen, die sich aus dem Gesprächsverlauf ergaben, hinzuzufügen. Die Fragen wurden offen und neutral gehalten, um den Interviewten nicht zu beeinflussen und zu ausgiebigeren Erzählungen zu ermuntern. Des Weiteren

52 Des Leitfadens zur Durchführung des Interviews befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

ren wurden die Fragen je nach Sachverhalt in Themenkomplexe unterteilt, welche wiederum nach der Relevanz für die Forschungsfrage und zugunsten eines flüssigen Interviewverlaufs gegliedert wurden.

Der Leitfaden gliederte sich insgesamt in folgende 7 Themenblöcke:

A) Vorstellung

→ Im ersten Block fand die Aufnahme der Rahmendaten statt. Die Beteiligten des Interviews stellten sich vor, der Interviewhintergrund wurde nochmals erläutert und gegenseitige Erwartungen wurden ausgetauscht. Dies diente außerdem zur Auflockerung der Interviewsituation. So sollte eine möglichst „normale“ Gesprächssituation hergestellt und Gesprächsbarrieren überwunden werden.

B) Aktueller Bedarf

→ Hier sollte zunächst in Erfahrung gebracht werden, wie sich der aktuelle Bedarf an speziellen Angeboten für eine ältere Klientel in Frankfurt darstellt und inwiefern die bereits bestehenden Angebote der Drogenhilfe diesen Bedarf abdecken können.

Die nächsten 2 Fragen verlangten den Interviewten eine Einschätzung dahingehend ab, wohin sich dieses Verhältnis zwischen Bedarf und Versorgung zukünftig entwickeln könnte und welche Auswirkungen sich demzufolge für das Versorgungssystem als auch für die Betroffenen selbst ergeben. Die Hypothese hinter dem letzten Abschnitt des Blockes war, dass davon ausgegangen werden kann, dass es auch zukünftig weiterhin zu einem kontinuierlichen Anstieg älterer drogenabhängiger Personen in Frankfurt kommen wird, im Vergleich hierzu jedoch das betreffende Angebot für diese Zielgruppe durch die Frankfurter Drogenhilfe stagnieren könnte, was dann zu einer Schieflage von Bedarf und Versor-

gung führt. Diese Hypothese gründet auf der in Kapitel 2.2 dargestellten Prognose eines weiteren Anstiegs dieser Personengruppe zum Jahr 2016.

C) Aktuelle Versorgung

→ Der Themenkomplex der aktuellen Versorgung verfolgte das Ziel, spezifische Informationen über die Versorgung älterer Drogenabhängiger in Frankfurt zu gewinnen und diese mit meinen bis dahin selbst gesammelten Eindrücken⁵³ abzugleichen. Aus diesem Grund sollte der Interviewte zunächst aus seiner Sicht beschreiben, welche speziellen Anforderungen diese Klientel an das Versorgungssystem stellt und somit, weshalb und ob überhaupt die Ausarbeitung einer neuen Angebotsstruktur als notwendig empfunden wird. Nachfolgend interessierte mich welche Angebote es konkret in Frankfurt gibt bzw. welche dem Experten bekannt sind und wie dieser einer Versorgung im ambulanten bzw. stationären Bereich gegenübersteht. Dies war aufgrund der immer wieder angesprochenen vielfältigen Erkrankungen und der stetig anwachsenden Pflegebedürftigkeit bei dieser Klientel interessant und sollte meine Feststellung erklären, weshalb in Frankfurt bis dato ausschließlich ambulante Angebote bestehen, welche für alle Betroffenen zugänglich sind.

D) Personal

→ Die Fragen nach dem Personal sollten zusätzlich zu den durch das Interview bisher gewonnen Erkenntnissen ob und in welchem Ausmaße eine Versorgung dieser Klientel stattfindet herausarbeiten, wie die Betroffenen innerhalb der bestehenden Angebotsstruktur versorgt werden. Dies erfolgte durch die Frage nach der Gewährleistung einer interdisziplinären Versorgung und nach speziellen Voraussetzungen, die Mitarbeiter für die Arbeit mit dieser Klientel vorweisen können sollten.

⁵³ Siehe hierzu Kapitel 5.2.

E) Zuständigkeit

→ Generell stellt sich bei dem Thema „Abhängigkeit und Alter“ die Frage nach der Zuständigkeit. Wer ist und wer fühlt sich für diese Klientel zuständig? Sucht- oder Altenhilfe? Und wie gestaltet sich dies in Frankfurt? Da meine vorherigen Recherchen bereits ergaben, dass alle Angebote für ältere Drogenabhängige in Frankfurt von Trägern der Drogenhilfe stammen, wollte ich hierdurch die Meinung des Experten dahingehend untersuchen, wie eine Versorgung durch die Altenhilfe aussehen könnte und ob eine Versorgung durch diese in Zukunft als möglich erachtet wird.

F) Zusatz

→ Dieser Themenblock erhielt die Überschrift „Zusatz“, da er nicht in direktem Zusammenhang mit meiner Forschungsfrage stand und mir zusätzliche Informationen zum Zwecke eines noch tieferen Einblicks liefern sollte. Er bezog sich hierzu auf die Klienten selbst und sollte herausfinden, welche Veränderungen sich bei diesen in zunehmendem Alter abzeichnen und wie deren Wünsche für ihre Zukunft aussehen. Dies sollte dazu dienen zu erfahren, ob sich durch eventuelle Veränderungen bei der betroffenen Klientel eine Umgestaltung der zukünftigen Versorgung oder sogar der zukünftigen Zuständigkeit prognostizieren lassen.

G) Abschluss

→ Hier hatte zunächst der Experte die Möglichkeit nochmals wichtige Aspekte des Themas zu benennen, die seiner Meinung nach innerhalb des Interviews zu wenig Berücksichtigung fanden. Hierdurch sollte nochmals zur Generierung von Informationen angeregt werden, welche ich in der Vorbereitung nicht vorgesehen hatte und gleichzeitig dem Experten die Möglichkeit gegeben werden, abschließend aus seiner Sicht wichtige Aspekte frei anführen zu können. Des Weiteren bot es auch mir noch-

mals die Möglichkeit, spontan aufgekommene bzw. weiterführende Fragen, die sich aus dem Interview ergaben, zu formulieren und somit ergänzende Anregungen einzuholen.

5.1.2 Der Experte

Grundsätzlich können nach Mayring alle Menschen als Experten betrachtet werden, denn diese sind „Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte“ (Mayring; 1996; S.49) und somit wäre dieser Begriff vorerst nicht an Bedingungen formaler Qualifikation oder an eine offizielle Position gebunden. Wer als Experte angesehen werden kann ist deshalb erst einmal vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig und befähigt zunächst den Forscher selbst, bestimmten Personen einen Expertenstatus zuzusprechen (Meuser/Nagel; 1991; S.441f.). In der Soziologie wird der Begriff des Experten von seiner gesellschaftlichen Funktion her definiert. So wird als Experte angesehen wer an gesellschaftlichen Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen beteiligt ist. So sind Experten z.B. Personen, die aufgrund ihrer Ausbildung gesellschaftlich anerkannten Zugang zu einem bestimmten Tätigkeitsfeld haben oder aufgrund ihrer Stellung innerhalb einer Institution an Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Die Psychologie definiert den Begriff des Experten über seine Kompetenz, also ob eine bestimmte Person über besonderes Wissen zu einem bestimmten Sachverhalt verfügt und sich entsprechende Fertigkeiten angeeignet hat. Experten sind demnach Personen, die aufgrund von Training und/oder langjähriger Erfahrung ihre Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeiten einem bestimmten Problembereich angepasst haben (vgl. Mieg/Näf; 2005; S.6f.). Betrachten wir die Rolle des Experten nach diesen beiden Definitionen im Kontext der Methode des Experteninterviews, so fungieren diese als Lieferanten weitestgehend objektiver Informationen über ihren jeweiligen Handlungsraum oder ihr Fachgebiet. Somit handelt es sich bei dem im Interview erhobenen Wissen um Praxis-, Kontext- oder Deutungswissen aus dem jeweiligen Handlungskontext des Experten.

Bei der Auswahl der von mir zu interviewenden Personen setzte ich deshalb mit Blick auf die zu untersuchende Versorgung älterer opiatabhängiger Menschen sowohl auf den Zugang zu diesem speziellen Tätigkeitsfeld, als auch auf ihre berufliche Stellung auf der Leitungsebene, da diese eine intensivere Auseinandersetzung mit den Versorgungsstrukturen und einen weitreichenden Blick über das Versorgungssystem gewährleisten. Weiterhin war mir wichtig, dass die zu interviewenden Personen eine Nähe zum Gegenstand der Thematik besitzen und auch im direkten Umfeld der betreffenden Personen agieren und somit über einen Bezug zu ihnen und ihrer Lebenswelt verfügen. Außerdem sollte ein allgemeiner Zugang zu den betreffenden Angeboten für diese Personengruppe bestehen, weshalb ich zu Beginn z.B. Einrichtungen mit Spezialisierung auf eine HIV-positiv oder AIDS-erkrankte Klientel ausschloss, da sich diese nicht grundsätzlich auf eine drogenabhängige Klientel beziehen. Leider war es sehr schwierig die durch die Vorrecherchen ausgewählten und gering vorhandenen Einrichtungen für ein Interview zu gewinnen, weshalb sich meine empirische Untersuchung letztendlich auf das Interview mit dem Leiter des Betreuten Wohnen Rotlinstraße/Kriegstraße Herrn Schmidtman (Integrative Drogenhilfe e.V.) beschränken wird.

Vorstellung des Betreuten Wohnen Rotlinstraße/Kriegstraße⁵⁴

Bei dem Betreuten Wohnen Rotlinstraße/Kriegstraße handelt es sich offiziell zunächst nicht um ein spezielles Angebot für eine ältere Klientel von Drogengebrauchern. Jedoch ist sie innerhalb des Versorgungssystems dafür bekannt, dass die hier Betreuten einen überdurchschnittlich hohen Altersdurchschnitt⁵⁵ aufweisen und dass bevorzugt Menschen, die sich ebenfalls in einem gehobeneren Alter befinden, aufgenommen werden⁵⁶.

54 Die hier verwendeten Informationen wurden ebenfalls dem geführten Interview entnommen.

55 Der Altersdurchschnitt des Betreuten Wohnens Rotlinstraße lag im Jahr 2011 bei 44,9 Jahren. Nach Aussagen des Einrichtungsleiters Herrn Schmidtman dürfte dieser mittlerweile bei knapp 46 Jahren liegen.

56 Dies geschieht aufgrund des bereits bestehenden hohen Altersdurchschnitts und zugunsten der Gruppendynamik innerhalb der Wohngemeinschaften.

Das Betreute Wohnen Rotlinstraße existiert seit dem Jahr 1996 und verfügt über 20 Plätze in Betreuten Wohngemeinschaften und einer zunächst unbegrenzten Anzahl des Betreuten Einzelwohnens. Beide Angebote richten sich an substituierte Langzeitdrogengebraucher. Die Besonderheit dieser Einrichtung liegt darin, dass sie konzeptionell mit Rückfällen arbeitet und dies im Gegensatz zu anderen Einrichtungen des Betreuten Wohnens auch dauerhaft, d.h. die Klienten verlieren ihren Platz auch nach mehrmaligem Verstoß nicht, da Beikonsum nicht als Ausschlusskriterium gesehen wird. Der Hintergrund liegt darin begründet, dass man eine Klientel auffangen wollte, die durch das Raster der „normalen“ Angebote der Drogenhilfe fällt, da diese z.T. aufgrund ihres Alters einen exzessiven Konsum über Jahrzehnte hinweg praktiziert haben und ihnen allein aufgrund der Einstellung auf ein Substitut nicht eine dauerhafte „Abstinenz“, im Sinne des Verzichts auf einen Rausch, zugemutet werden konnte bzw. diese aufgrund von wiederholter Rückfälligkeit durch das Netz der Drogenhilfe fielen. Durch diese Bedingungen stellte sich eine sehr lange Verweildauer der Bewohner ein⁵⁷, was zur Folge hatte, dass diese immer älter und eben auch immer hilfebedürftiger wurden. Da eine ausreichende Versorgung betroffener Klienten mit ansteigender Pflegebedürftigkeit in dem aktuellen Gebäude nicht mehr gewährleistet werden kann und den Personen die Möglichkeit eines mehr oder minder unbegrenzten Aufenthaltes gegeben werden soll, erfolgt nun in naher Zukunft ein Umzug in ein neues Gebäude in der Kriegstraße. Hier wird es 28 Plätze⁵⁸ des Betreuten Wohnens geben und die ersten 2 Stockwerke incl. Aufzug werden barrierefrei angelegt sein, um der immer älter werdenden Klientel gerecht werden zu können.

57 Vereinzelt leben schon über 10 Jahre in der Einrichtung.

58 3 dieser Plätze werden für schwangere Frauen reserviert sein.

5.2 Vorbereitung

Die Vorbereitung der Interviews lässt sich in mehrere voneinander abhängige Phasen einteilen. Nachdem ich mich zunächst in die allgemeine Thematik „Abhängigkeit im Alter“ eingearbeitet und mich sowohl auf die Forschungsmethode der qualitativen Forschung als auch auf die Methode des Experteninterviews festgelegt hatte, begann ich mich in die allgemeine Versorgungssituation der Drogenhilfe in Frankfurt einzuarbeiten.

Hierzu verschaffte ich mir zunächst einen Überblick über die Angebotsstruktur um im Folgenden in mehreren Schritten die einzelnen Angebote mit möglicher Relevanz für mein Thema herauszufiltern. Hierdurch konnte ich mir ein gewisses Grundwissen aneignen welches mir später die Möglichkeit geben sollte, gut vorbereitet in das Interview zu gehen und dieses auf einer anderen Gesprächsebene stattfinden zu lassen, welche einen detaillierteren Informationsaustausch zuließ. Als nächstes folgte die Erstellung des Leitfadens, bei welcher ich zunächst unter Berücksichtigung der von mir zu bearbeitenden Thematik und des theoretischen Hintergrundes Hypothesen aufstellte, die ich im Verlauf zu konkreteren Fragestellungen ausarbeitete. Nach Beendigung dieses Prozesses wurde der Leitfaden anhand einiger Pretests im engeren Bekanntenkreis nochmals auf seine Verständlichkeit hin überprüft. Da mir durch meine Recherchen die für mein Forschungsinteresse relevanten Einrichtungen bereits geläufig waren, konnte ich nun umgehend mit der Kontaktaufnahme beginnen. Diese erfolgte zunächst telefonisch um ein persönliches Gespräch herstellen zu können und im Anschluss via E-Mail, in welcher ich meine Arbeit und das Ziel des Interviews nochmals darstellte und den Befragten somit die Möglichkeit bot, dies auch zu einem späteren Zeitpunkt nochmals einsehen zu können. Um später eine möglichst offene Interviewsituation gewährleisten zu können wurde der Interviewleitfaden hierbei nicht beigelegt. Weitere Absprachen wie Termin und Ort des Interviews und eine zeitliche Absteckung erfolgten ebenfalls per E-Mail.

5.3 Durchführung

Die Durchführung des Interviews fand in einem persönlichen Gespräch in den von Herrn Schmidtman genutzten Büroräumen statt. Dies gewährleistete dem Interviewten die von mir gestellten Fragen zusätzlich mit Informationsmaterialien aus dem direkten Tätigkeitsfeld bekräftigen zu können. Es herrschte im allgemeinen eine ruhige Interviewatmosphäre, auch wenn sich aufgrund des laufenden Betriebes die Situation nicht komplett störungsfrei gestalten lies. Die Aufzeichnung des Interviews erfolgte mittels Tonband. Dies gewährleistete eine schnellere und genauere Erfassung der Informationen und verschaffte mir den Vorteil mich durchgängig auf das Interview konzentrieren und somit diesem besser folgen zu können. Zusätzlich zu den Aufzeichnungen fertigte ich Notizen an, um z.B. eventuell auftretende Fragen notieren und zu einem späteren Zeitpunkt anführen zu können und den Überblick zu behalten. Hierzu wurde bei Erstellung des Fragebogens ausreichend Platz unter den einzelnen Fragen zur Verfügung gestellt. Eingeleitet wurde das Interview durch die in Kapitel 5.1.1 dargestellte Vorstellung, in welcher auch der Interviewleitfaden ausgegeben und das Einverständnis zur Aufzeichnung des Interviews beim Interviewten eingeholt wurde. Aus diesem Grund wurde diese Eröffnungsphase nicht mitgeschnitten. Der Hauptteil wurde durch die im Leitfaden enthaltenen Fragen gegliedert, wobei zunächst die Konzeption der Einrichtung und die Beweggründe des bevorstehenden Umzuges ausgiebig erläutert wurden. Während der Durchführung des Hauptteils kam es hin und wieder zu Abschweifungen seitens des Interviewten, welche jedoch überwiegend dem Verständnis geschuldet und der Bearbeitung der Thematik dienlich waren. Den Abschluss bildete die ebenfalls in Kapitel 5.1.1 dargestellte gleichnamige Kategorie, in welcher beidseitig ausgebliebene Fragen und Anmerkungen erläutert wurden. Der zeitliche Rahmen des Interviews belief sich auf 94:32 Minuten. Dies war sowohl der Komplexität des behandelten Themas als auch dem ausführlichen Gesprächsverlauf und der detaillierten Informationsinhalte geschuldet. Da beide Seiten keine konkrete

zeitliche Einschränkung aufwies und der Rahmen des Interviews zuvor zwischen 60 und 120 Minuten abgesteckt wurde, lag dies im Rahmen der Vereinbarung und wurde als angemessen angesehen.

5.4 Auswertung

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials erfolgte auf der Basis der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Meuser & Nagel (vgl. Meuser/Nagel; 1991; S.455ff.).

Da die geführten Experteninterviews rein der Informationsbeschaffung dienten, entfällt hier die Berücksichtigung stimmlicher oder körpersprachlicher Elemente des Gespräches, da diese keine Bedeutung für das Ziel der Datenerhebung aufweisen.

Selbiges gilt für die Form der Transkription. Da die Vollständigkeit der Transkription vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig ist, wurden im Sinne der selektiven Transkription nur die Passagen, die hierzu relevante Informationen enthielten, verschriftlicht. Diese nahmen jedoch den überwiegenden Teil der geführten Interviews ein⁵⁹, da die Reihenfolge der im Leitfaden erstellten Fragen nicht strikt eingehalten wurde und sich aus dem Kontext des Gespräches immer wieder Informationen ergaben, die sich aufgrund von Überschneidungen auf eine andere Frage bzw. einen anderen Themenkomplex bezogen.

Des Weiteren wurden einige Passagen zugunsten der besseren Lesbarkeit geglättet. Hierbei wurde an der Aussage nichts verändert, es wurde nichts hinzugefügt oder ausgelassen. Lediglich verdrehte Sätze oder schwer verständliche Satzbauten, Wiederholungen, Gedankensprünge o.ä. wurden ausgetüschert.

⁵⁹ Das transkribierte Material befindet sich im Anhang.

Wie bereits erwähnt wurde die Transkription durch die Auswahl von Passagen vorgenommen, die einen Rückschluss auf die Forschungsfrage zuließen. Dies erfolgte in Form von Kategorien, deren Struktur durch die Fragen des Leitfadens bereits größtenteils vorgegeben war und hierdurch überprüft werden konnte. Nachdem die Transkription des Materials abgeschlossen war, erfolgte die Paraphrasierung. Hierbei wurden die einzelnen Interviewinhalte in ihrem chronologischen Ablauf nochmals den konkreten Kategorien zugeordnet.

5.5 Zentrale Ergebnisse

Wie das vorige Kapitel sehr gut veranschaulicht hat der demographische Wandel auch die Frankfurter Drogenszene erreicht. Aus diesem Grund soll nun anhand des geführten Interviews dargestellt werden, ob und wie das Versorgungssystem der Drogenhilfe in Frankfurt auf diese Veränderung der Szene reagiert hat. Hierzu wird zunächst auf die aktuelle Bedarfslage und ihre Auswirkung auf die Einrichtungen der Drogenhilfe eingegangen, um im Folgenden die aktuelle Versorgungssituation und die im Rahmen einer Spezialisierung auftretenden Probleme und Möglichkeiten näher zu beleuchten. Anschließend werden die spezifische Anforderungen die diese neue Klientel an das betreuende Personal stellt und die Erkenntnisse hieraus erörtert, bevor die Frage der Zuständigkeit in Frankfurt bearbeitet wird. Zum Abschluss soll auf weiterführende Erkenntnisse, die sich aus dem Interview ergaben, eingegangen werden.

5.5.1 Aktueller Bedarf

Betrachten wir uns die aktuelle Bedarfslage an Angeboten für ältere opiatabhängige Menschen anhand der eingehenden Anfragen und der Auslastung der interviewten Einrichtung, so können wir einen dauerhaften Bedarf an diesen Angeboten feststellen. Dies wird nochmals dadurch verdeutlicht, dass Neuzugänge trotz finanziellem Belegungszwang mit Blick auf gruppendynamische

Prozesse ausgewählt werden können. Somit scheint sich auch in Frankfurt der in Kapitel 2.1 beschriebene kontinuierliche Zuwachs von älteren Personen mit einem problematischen Konsumverhalten illegaler psychoaktiver Stoffe abzuzeichnen.

„Tatsächlich haben wir aber nahezu eine 100%ige Auslastung [...] wir haben eigentlich durchgängig belegt.“

„Wir haben immer Anfragen und wir nehmen dauerhaft Bedarf wahr.“

„[...] so dass man dann doch eher tendenziell gesagt hat, nehmen wir doch lieber einen anderen Personenkreis.“

„[...] wir haben ja viele Bewerber denen wir von vornherein schon sagen: „Bitte bewirbt euch in der Wittelsbacher oder in der Schönstraße [...] das selektieren wir schon im Vorfeld.“

„[...] Gefahr [...] dass er den Laden nicht voll kriegt und dann rechnet sich das nicht.“

Doch nicht nur der Bedarf an Angeboten für eine ältere Klientel scheint vorhanden zu sein, sondern auch ein expliziter Bedarf nach Angeboten der Pflege und der dauerhaften Versorgung aufgrund von vielfältigen konsumbedingten Folgeerkrankungen und einer immer weiter fortschreitenden Alterserhöhung zeichnet sich ab. Dieser Bedarfsanstieg lässt sich z.B. sehr gut in den Jahresberichten der Wohn- und Pflegeeinrichtung Franziskushaus⁶⁰ des Trägers JJ erkennen. Diese verzeichnete ebenfalls eine 100%ige Auslastung ihres Angebotes im Jahr 2011. Noch viel besser lässt sich dieser Bedarf jedoch mit Blick auf die Bewerbungen und die tatsächlich möglichen Aufnahmen in diesem Jahr verdeutlichen. Diese betragen sich auf 15 Bewerbungen, denen eine tatsächliche Aufnahme aufgrund der begrenzten Kapazitäten von 2 Personen gegenüberstehen (vgl. Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.; 2012; S.10). Um diesem Bedarfsanstieg auch im Betreuten Wohnen mit Angeboten der dauerhaften Versorgung gerecht

60 Bei der Einrichtung Franziskushaus handelt es sich um ein „Wohn- und Pflegeheim für Menschen mit fortgeschrittener HIV-Infektion oder manifester AIDS-Erkrankung“ (Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.; 2013a; Online-Ressource) mit 18 Plätzen. Die Einrichtung Franziskushaus würde hier zwar zunächst durch ihre Spezialisierung auf HIV-positive und AIDS-erkrankte Personen im Rahmen eines allgemeinen Zuganges aus der Untersuchung fallen, jedoch stellt man beim Studium der Jahresberichte fest, dass z.B. im Jahr 2011 von 20 betreuten Personen 18 Personen eine zusätzliche Diagnose „Sucht“ und zu 77% ein Alter über 45 Jahre aufwiesen (vgl. Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.; 2012; S.10).

zu werden, scheint eine weitreichende konzeptionelle Auslegung dieser Angebote vonnöten zu sein, welche eine dauerhafte Versorgung auch bis zum Tod der Betroffenen mit einschließt.

„[...] dass sie mit dem jahrelangen massiven Gebrauch [...] dauerhaft mit Krankheiten konfrontiert sind.“

„[...] die Klienten die bei uns Mitte/Ende 50 sind, die sind von den körperlichen Gebrechen her schon 20 Jahre älter.“

„Bei uns sind jetzt die ersten 60.“

„Allerdings werden sie älter und kränker und da haben wir überlegt dass man sagt:

„Ok, ihr könnt bei uns älter werden und eventuell auch bis zum Tod von uns begleitet werden.““

„Wir haben jüngst jetzt 2 Fälle wo wir mit in der Sterbebegleitung sind.“

Hierdurch scheint sich nicht nur die von Wolter beschriebene Untersuchung, die eine aktuelle Relevanz illegaler Opiate bei den über 60 jährigen als gering einschätzt und die theoretische Beschreibung der Voralterung von ca. 20 Jahren zu bestätigen, sondern auch die vielfältigen und vielschichtigen Problemlagen die sich durch die neue Klientel in Folge der frühzeitig eintretenden schwerwiegenden Erkrankungen ergeben (vgl. Kapitel 2.2).

Zudem scheint es auch in Frankfurt zu einem weiteren Anstieg einer älteren Klientel zu kommen, welcher mit einem weiter anwachsenden Bedarf an Versorgung einhergeht. Dies zeichnet sich sowohl durch den stetig steigenden Altersdurchschnitt der Frankfurter Drogenszene, als auch durch die Prognose des befragten Experten ab (vgl. Kapitel 3.4). Somit würde auch in Frankfurt der vorhergesagte Anstieg der Behandlungs- und Betreuungsnachfrage an das Versorgungssystem eintreten (vgl. Kapitel 2.2). Problematisch an dieser Bedarfsentwicklung ist, dass die meisten Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Frankfurt aufgrund der baulichen Beschaffenheiten ihrer Einrichtungen den Anforderungen dieser Entwicklung hin zur Pflege oder sogar bis hin zur Sterbebegleitung scheinbar nicht gerecht werden können. Demnach müssen betreffende Personen z.Z. noch in Einrichtungen vermittelt werden, die sich u.a. auf

Pflege spezialisiert haben. Dies zeigt, dass auch in Frankfurt die „klassischen“ Angebote des Drogenhilfesystems aufgrund des enormen Hilfe- und Versorgungsbedarfs nicht mehr zu greifen scheinen (vgl. Kapitel 2.2). Sollte also der erwartete Bedarfsanstieg wirklich eintreffen und könnte dieser über die bestehenden Angebote nicht mehr abgedeckt werden, so wäre zu überlegen, wie hier weiterhin sinnvoll vorgegangen werden kann. Der Umzug des Betreuten Wohnens Rotlinstraße in die Kriegstraße kann hier exemplarisch für solch eine Entwicklung der Einrichtung und deren Angebotsstruktur angeführt werden⁶¹.

„Also da denke ich schon dass sich in den nächsten Jahren in aller Wahrscheinlichkeit nach die Zahl der älteren drogenabhängigen Menschen erhöhen wird.“

„Das wäre jetzt in der Rotlinstraße aufgrund der Räumlichkeiten überhaupt nicht gegeben. Es ist ein ziemlich enges Treppenhaus und jemand der schwer krank ist schafft es nicht in den 4. Stock hoch, da ist nichts barrierefrei, alles über Stufen.“

„Es gibt natürlich auch einen externen Pflegedienst der mal kommt wenn was überbrückt werden muss, aber das geben [...] die Räumlichkeiten nicht her [...].“

„Im Moment werden bei uns Menschen die viel kränker werden in Einrichtungen wie das Eschenbachhaus⁶² oder das Franziskushaus vermittelt. Oder vielleicht direkt ins Krankenhaus, je nach Situation.“

„Dass wir uns im Endeffekt den Bedarfen angepasst haben [...]“ und „[...] den Anforderungen gerechter werden können.“

61 Unabhängig des Betreuten Wohnens Rotlinstraße scheint es auch vielen anderen Einrichtungen des Betreuten Wohnens ähnlich zu gehen. So sollten z.B. die Bewerber für das Betreute Wohnen der Guttempler e.V. „[...] zu einem Leben in der eigenen Wohnung fähig sein“ (Guttempler-Sozialwerke e.V.; 2009; Online-Ressource) und konzeptionelles Ausschlusskriterium stellen u.a. Rollstuhlfahrer dar.

Andere Einrichtungen wie z.B. das Betreute Wohnen des VAE verweisen darauf, dass ältere Klienten zwar „Unterstützung bei behinderungs-, alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen“ (Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.; 2013; Online-Ressource) erhalten, bei telefonischer Rückfrage jedoch darauf verwiesen wird, dass dies die Gegebenheiten häufig irgendwann nicht mehr zulassen, da die Wohnungen nicht behindertengerecht sind (Informationen aus persönlichem Gespräch).

62 Die Einrichtung Eschenbachhaus ist ein Angebot des Betreuten Wohnens mit 18 Plätzen für „langjährig drogenabhängige Menschen mit fortgeschrittener HIV-Symptomatik und anderen schwerwiegenden Erkrankungen“ (Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.; 2013b; Online-Ressource).

Diese Bedarfsanpassung könnte also zukünftig für das Frankfurter Drogenhilfesystem zu einem schwerwiegenden Problem werden, erinnern wir uns hierbei an die Prognosen in Kapitel 2.2, nach denen sich die Anzahl älterer Drogenabhängiger zwischen 2006 und 2016 nahezu verdoppeln soll. Doch hierzu sollte zunächst erst einmal die aktuelle Versorgungssituation des Frankfurter Drogenhilfesystems dargestellt werden.

5.5.2 Aktuelle Versorgungssituation

Aufgrund des bis dato festgestellten Zuwachses an Bedarf spezieller Angebote scheint sich nicht nur die Einrichtung des Betreuten Wohnens Rotlinstraße auf die aktuelle und zukünftige Bedarfslage einzustellen. So haben in den letzten Jahren auch der Landeswohlfahrtsverband und andere Träger der Drogenhilfe in Frankfurt auf die veränderten Bedarfe reagiert und ihre Angebotspalette erweitert bzw. ausgebaut.

Allen voran ist hier die Einrichtung des Betreuten Wohnens Bahnweg des Trägers JJ zu benennen, welche sich bereits auf eine ältere Klientel spezialisiert hat⁶³. Des Weiteren bietet sowohl der Träger JJ als auch die Stiftung Waldmühle tagesstrukturierende Angebote für drogenabhängige Personen, die einen Anspruch auf Grundleistungen nach dem SGB XII haben, an. Hierbei ist sowohl die Tagesstätte des Trägers JJ an das Betreute Wohnen Bahnweg, als auch die Tagesstätte der Stiftung Waldmühle an das Angebot des Betreuten Wohnens der selbigen angekoppelt⁶⁴. Weiter stellt die Stiftung Waldmühle zur Erreichung

63 „Das Betreute Wohnen (BW) Bahnweg stellt Wohnraum für ältere Suchtkranke Männer und Frauen zur Verfügung, die sich in einer Substitutionsbehandlung stabilisiert haben oder abstinent leben möchten“ (vgl. Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.; 2013c; Online-Ressource). Dieser Wohnraum umfasst 10 Wohneinheiten, von denen 5 Wohneinheiten rollstuhlgerecht sind. Außerdem wird auch hier bei vorhandener Pflegebedürftigkeit die Versorgung mittels eines ambulanten Pflegedienstes sichergestellt.

64 Die Stiftung Waldmühle verfügt sowohl über ein Angebot des Betreuten Wohnens in Form von 18 Plätzen innerhalb einer betreuten Wohngemeinschaft und 11 Plätzen im betreuten Einzelwohnen, als auch über ein Betreutes Wohnen für HIV-positive und AIDS-erkrankte Personen mit 12 Plätzen, dem sogenannten Haus Höchst (vgl. Stiftung Waldmühle; 2013b; Online-Ressource). Beide Angebote haben Anschluss an das tagesstrukturierende Angebot. Bei telefonischer Rückfrage wurde mir mitgeteilt, dass das Angebot sich zwar nicht speziell auf eine ältere Klientel bezieht, dieses jedoch konzeptionell → S.54

des Angebotes für Personen „denen der Hin- und Rückweg Schwierigkeiten bereitet“ (Stiftung Waldmühle; 2013a; Online-Ressource) nach Absprache einen Fahrdienst zur Verfügung.

„Also ich weiß es gibt bei uns jetzt schon, und da wurde vom LWV und auch von den Trägern reagiert, z.B. diese Tagesstätten für Schwerstabhängige mit Voraussetzung SGB XII Bezug, damit grenze ich ja schon mal bestimmte Dinge ein.“

„[...] da ist schon jemand nicht mehr als arbeitsfähig eingestuft.“

„[...] das ist ein Angebot, was sich z.B. konkret an diesen Personenkreis richtet.“

„Also in diese Richtung geht es schon, nur dass es erst jüngst, also in den letzten 2 Jahren, entstanden ist.“

Gerade solche tagesstrukturierenden Angebote scheint für die betroffenen Klientel von hoher Wichtigkeit, geben diese ihnen die Möglichkeit einer täglichen Beschäftigung und nehmen somit auch einen hohen Stellenwert z.B. bei der Rückfallvermeidung ein (vgl. Kapitel 4.3). Auch von den betreuenden Instanzen werden diese tagesstrukturierenden Angebote als sehr wichtig eingestuft.

„[...] und bietet diesem Personenkreis auch etwas Tagesstruktur, weil es kann nicht sein dass sie entweder nur beim Arzt oder vor der Glotze sitzen.“

„Etwas, wo sie in kleinen Gartenprojekten arbeiten können oder die bieten auch unterschiedlichste Ergotherapien, Bastelgruppen, Kochgruppen und alles Mögliche an.“

„Das ist auf jeden Fall eine Angebotsstruktur für unsere Klientel, also wir haben viele von unseren älteren Menschen dahin vermittelt. Wir zeigen ihnen das und nehmen das dann in die Hilfeplanung mit auf als Angebot.“

Das Drogenhilfesystem der Stadt Frankfurt scheint sich also zunehmend auf eine ältere Klientel einzustellen und ihre Angebote dahingehend auszubauen. Trotz dieser unterschiedlichen Angebote gestaltet sich das Versorgungsangebot

perspektivisch darauf ausgerichtet sei. So sind die Wohneinrichtungen z.T. behindertengerecht und es würden zur Abdeckung einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit externe Leistungen eingekauft (Informationen aus persönlichem Gespräch).

relativ überschaubar und wie bereits erwähnt ist es fraglich, ob die bestehenden Angebote auch zukünftig, gerade unter dem Blick eines weiteren Zuwachses einer älteren Klientel, ausreichen werden. Besonders unter dem Gesichtspunkt, dass es bereits momentan schon an alternativen Ausweichmöglichkeiten zu mangeln scheint.

„Da ist die Landschaft relativ überschaubar, das was ich so aufzähle oder das was sie auch schon so recherchiert haben, das ist die Angebotslandschaft.“

„Also da gestaltet sich die Aufnahme älterer Klienten die bei uns nicht aufgenommen werden können dann doch momentan eher schwierig.“

Auffällig hierbei ist, dass unter den Angeboten keines zu finden ist, welches sich ausschließlich auf eine ältere Klientel spezialisiert hat. So hat sich beim Betreuten Wohnen Rotlinstraße/Kriegstraße eine erhöhte Altersstruktur und darauf aufbauend der Umzug in eine Einrichtung mit Möglichkeit zur Pflege aus o.g. Gründen ergeben, bei dem Betreuten Wohnen Eschenbachhaus liegt der Fokus auf HIV-positive oder AIDS-erkrankte Personen und Personen mit schwerwiegenden Erkrankungen und das Wohn- und Pflegeheim Franziskushaus spezialisiert sich ausschließlich auf die Betreuung und die Pflege von Menschen die HIV-positiv oder AIDS-erkrankt sind. Alleine das Betreute Wohnen Bahnweg setzt seinen Schwerpunkt auf ältere Suchtkranke Personen. Jedoch stellt man auch hier fest, dass sich das Angebot mit Blick auf das Alter konzeptionell auf ein Mindestalter von 18 Jahren, welches dann jedoch nach oben offen ist, bezieht.

„Konkrete Angebote gibt es nicht, es gibt Angebote die sich für den ein oder anderen Personenkreis [...]“ oder „[...] für bestimmte „Gebrechen“ mehr eignen als andere“ und somit „[...] auch für Leute die schon älter sind.“

Der Grund hierfür ist darin zu suchen, dass eine konzeptionelle Spezialisierung auf eine ältere Klientel negative Auswirkungen sowohl für die Betroffenen, als auch für die Einrichtungen selbst mit sich bringen könnte. Würde man nämlich

solch eine Spezialisierung z.B. über das Alter oder über ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine bestimmte Pflegestufe vornehmen, so würde man das Angebot vor Personen, die zwar allgemein gesehen zur betroffenen Zielgruppe gehören, jedoch die für das Angebot erforderlichen Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllen, verschließen. Zum besseren Verständnis an dieser Stelle 2 Beispiele. Würde man hier eine Altersvoraussetzung für den Zugang zu einem bestimmten Angebot bei z.B. 45 Jahren ansetzen, so hätte eine Person die diese erfüllt und aufgrund z.B. eines geringen Konsumverhaltens in der Vergangenheit kaum unter körperlichen Einschränkungen leidet, Zugang zu diesem Angebot, eine andere Person die diese Zugangsvoraussetzung noch nicht ganz erfüllt, jedoch aufgrund exzessiven Konsums stark körperlich beeinträchtigt ist, nicht. Hierin bestätigt sich die Aussage dass „Alter“ niemals pauschal betrachtet werden darf, da sowohl kognitive als auch physiologische Funktionen nicht alle gleich stark abnehmen und deshalb die Individualität der Betroffenen in den Fokus zu setzen ist (vgl. Kapitel 4.3). Das Selbe gilt im Umkehrschluss für gesundheitliche bzw. körperliche Beeinträchtigungen. Hier würde man Personen, die zwar bezüglich ihres Alters eines solchen Angebotes bedürften, aufgrund eines fehlenden Krankheitsbildes des Angebotes ausschließen. Exemplarisch hierfür kann das Franziskushaus aufgeführt werden. Zu diesem Angebot hat nur die Personengruppe, die HIV-positiv oder AIDS-erkrankt sind, Zugang. In Bezug auf die Einrichtung selbst läuft diese Gefahr, dass sich durch die Spezialisierung ein Ausbleiben von Klienten einstellt, sollte die Nachfrage dieser Zielgruppe über einen bestimmten Zeitraum einmal nicht so hoch sein. Dies führt zu einer mangelnden Belegung und somit zu einem finanziellen Ausfall. Exemplarisch hierfür kann das Betreute Wohnen Bahnweg herangezogen werden. Diese fokussieren sich zwar auf eine ältere Klientel, gewährleisten jedoch durch das Ansetzen des Mindestalters bei 18 Jahren eine kontinuierliche Auslastung ihres Angebotes, da im Falle eines Ausbleibens ihrer Zielgruppe auch auf jüngere Personen zurückgegriffen werden kann.

„[...] schwierig da Grenzen zu ziehen, also sagt man dann das jemand der 35 ist nicht in das Cafe rein darf, obwohl er vielleicht aufgrund 20 jährigen Konsums stark vorgealtert ist, vielleicht schon von den körperlichen Gebrechen eines 60 jährigen? Wo zieht man die Grenze, wo fängt man an und wo hört man auf mit dieser Spezialisierung.“

„Jemand der als Träger so einen Laden auf macht geht die Gefahr ein, dass er sich so spezialisiert, dass er den Laden nicht voll kriegt und dann rechnet sich das nicht.“

„[...] da muss man einen relativ großen Raum haben um das zu bedienen.“

Mit Blick auf eine bestmögliche, angemessene und dem Wohlbefinden der Betroffenen dienliche Ausrichtung des Behandlungs- und Betreuungsangebotes stellt sich zunächst die Frage nach einer ambulanten oder stationären Versorgung. Betrachten wir uns die bereits genannten Angebote, die in Frankfurt für eine ältere Klientel infrage kommen, so kristallisiert sich das Franziskushaus als einzige stationäre Einrichtung heraus. Vernachlässigen wir diese, da sich ihr Angebot ausschließlich auf HIV-positive und AIDS-erkrankte Personen bezieht, so finden wir nur ambulante Angebote vor. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe. Ein nicht zu vernachlässigender Grund ist die Bevorzugung des Landeswohlfahrtsverbands als Kostenträger von ambulanten Angeboten vor stationären Angeboten, da sich durch den Wegfall der 24-Stunden-Betreuung eine nicht unerhebliche Kostenersparnis einstellt.

„Die Tendenz geht ja schon auch zu ambulant vor stationär und es ist ja auch ein Wunsch des Kostenträgers vom LWV.“

„[...] immer alles noch günstiger als stationäre Sachen, ein Heimaufenthalt kostet erheblich mehr als wenn jemand [...] Zuhause versorgt wird, weil die 24 Stunden Betreuung wegfällt.“

In Bezug auf die Betroffenen selbst ist ein wichtiger Grund für ambulante Angebote der, dass ihnen ein „eigener“ Wohnraum zur Verfügung gestellt wird, in dem sie sich frei entfalten, einrichten und zuhause fühlen können, egal ob es sich hierbei um ein Betreutes Einzelwohnen oder ein Betreutes Wohnen innerhalb einer Wohngemeinschaft handelt. Viele Klienten, die über einen langen

Zeitraum im Rahmen einer solchen Einrichtung leben, entwickeln stetig ein Gefühl von Heimat und nehmen den Rahmen des Betreuten Wohnens als ihr Zuhause auf. Innerhalb der Wohngemeinschaften entwickeln sich intensive Freundschaften, da man sich gegenseitig stützt und hilft und diese werden im Laufe der Zeit als Familie angesehen. Gerade durch den Aspekt des Alterns stellt dies einen durchaus sehr wichtiger Punkt dar, denn wer wünscht sich nicht in seinem gewohnten Umfeld alt zu werden und bestenfalls schlussendlich dort auch zu sterben. Von daher ist es nicht verwunderlich, dass der Großteil der Klienten sich nicht vorstellen kann, die Einrichtungen des Betreuten Wohnens jemals zu verlassen und dies auch klar äussert.

„[...] Leute wo wir immer wieder die Frage stellen: „Wie sieht es aus mit eigenem Wohnraum in Verbindung mit BEW?“ Die aber sagen: „Nein, das können wir uns nicht vorstellen, wir würden gerne in der Einrichtung alt werden und auch sterben.““

„[...] dass die Bewohner die jetzt zum Teil 6,7,8,9,10 Jahre bei uns wohnen auch klar äussern: „Wir wollen die Einrichtung eigentlich gar nicht verlassen [...] wir lieben diesen geschützten Rahmen, wir haben hier unsere eigene Familie gefunden.“

Des Weiteren lassen sich im Rahmen ambulanter Angebote vielfältige Problemsituationen kompetent auffangen. Besteht zwar im Rahmen der Drogenhilfe das Personal des Betreuten Wohnens überwiegend oder ausschließlich aus Sozialarbeitern/ -pädagogen, so lässt sich jedoch durch das Anbinden bzw. den Einkauf externer Dienste ein interdisziplinäres Team zur Versorgung der Betroffenen zusammenstellen. Dies ist deshalb so wichtig, da die zahlreichen Problemlagen älterer Opiatabhängiger häufig zu einer sehr frühen Unterstützung bei der Lebensführung führen und somit hohe Anforderungen an die behandelnden Einrichtungen stellen, welchen nur durch ein gut funktionierendes, interdisziplinäres Versorgungsnetzwerk entgegengetreten werden kann (vgl. Kapitel 4.1). So kann im Rahmen des Betreuten Wohnen z.B. die Anbindung eines Pflegedienstes, eines Medikamentendienstes, eines Einkaufsdienstes, einer Haushaltshilfe oder sogar eines Palliativteams erfolgen. Auch steht hier einer engen Zusammenarbeit mit speziellen Fachärzten oder

Psychiatern/Psychologen nichts im Wege und sogar die Fortführung einer bestehenden Substitutionsbehandlung bei körperlicher Eingeschränktheit, die das Aufsuchen der Vergabestelle nicht mehr zulässt, kann hier vor Ort durch einen Medikamenten- oder Pflegedienst gewährleistet werden. Hierzu stehen im Rahmen des bestehenden Systems externer Dienste eine Vielzahl von Angeboten zur Verfügung, die je nach Bedarf individuell zusammengestellt werden können und nicht zwingend auf die zu betreuende/behandelnde Klientel spezialisiert sein müssen. Hierbei können sich jedoch im Laufe einer längeren Zusammenarbeit spezielle Anbieter hervorheben, die z.B. aufgrund eines etwas erfahreneren Teams, bezüglich der zu betreuenden/behandelnden Klientel, für eine weitere und intensivere Zusammenarbeit geeigneter erscheinen als andere.

„Unser Personal sind in der Regel SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen, das ist der Personenkreis mit dem wir arbeiten.“

„Den sozialarbeiterischen Bereich decken wir ab und organisieren auch gerne Hilfen [...] wir kaufen einfach auch Leistungen ein.“

„Alles Zusätzliche sind dann keine Mitarbeiter von uns sondern Mitarbeiter von externen Diensten die mit uns kooperieren.“

„Es gibt für alles ambulante Dienste, ob das nun normale Ältere sind oder ältere Drogenabhängige, es gibt für alles schon Angebote. Die sind halt jetzt nicht spezifisch, weil ich aber auch die Notwendigkeit größtenteils überhaupt nicht sehe. Also die Leute sind genauso gut versorgt über das bestehende System.“

„[...] die decken das ganz genauso ab, weil die Arbeit unterm Strich ja die gleiche ist.“

„Es gibt Pflegedienste die vielleicht ein bisschen mehr spezialisiert sind. Die Mitarbeiter sind schmerzfreier weil vielleicht mal ein anderer Umgangston oder Szenebesuch herrscht oder Unordnung.“

„Wenn jemand wegen körperlicher Gebrechen nicht mehr zur Vergabe konnte, dann wurde auch die Substitution über den Pflegedienst geregelt.“

Die hier aufgeführten Gründe sprechen deshalb auch seitens des Experten für eine ganz klare Bevorzugung der ambulanten Betreuung vor einer stationären Unterbringung.

„Also ganz klar meine Haltung, und ich denke da kann ich auch für den Kostenträger sprechen, auch von der Sinnhaftigkeit finde ich es besser Leute in einem gewohnten Umfeld zu lassen und dort dann ambulant zu versorgen so lange wie es geht.“
„[...] wer geht denn schon her und sagt: „Ich will in das Altenheim“ oder „Ich mag jetzt nicht mehr zuhause sein das ist mir hier zu blöd und ich will lieber in ein Altenheim“ [...]"

Hierbei ist jedoch besonders mit Blick auf die Auslastung und dem Verhältnis von Nachfrage und möglichem Angebot der momentan einzigen Pflegeeinrichtung Franziskushaus infrage zu stellen, ob ein zukünftiger Ausbau stationärer Angebote nicht als nötig zu erachten ist. Hierdurch könnte möglicherweise eine spezifische Fachlichkeit noch besser gewährleistet werden, da diese sich unter einem Dach vereinen ließe. Weiter könnte eine rund um die Uhr Betreuung bei einem Anstieg einer immer älteren und pflegebedürftigeren Klientel zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hier zeichnet sich aktuell nicht ab, wie die betroffenen Personen mit einem solchen Betreuungsbedarf aufgefangen werden könnten. Auch der Punkt der Bündelung eines interdisziplinären Teams kann mit Blick z.B. auf den Prozess der Sterbebegleitung zukünftig an Bedeutung gewinnen. Dieser könnte durch besagten Zusammenschluss mehrerer Berufsfelder in einer Einrichtung evtl. kompetenter aufgefangen werden als dies durch externe Dienstleister in einem ambulanten Setting möglich ist. Denn gerade der Prozess der Sterbebegleitung hat hier sicherlich enorme Auswirkungen auf ein allgemein betreuendes, fachfremdes Team.

„Wir haben jüngst jetzt 2 Fälle wo wir mit in der Sterbebegleitung sind, wo wir dann auch zum ersten mal richtig feststellen wie man da an seine Grenzen stoßen kann, was es bedeutet jemanden tatsächlich, also in Zusammenarbeit mit Palliativteam und allem, zu begleiten.“

5.5.3 Personelle Besonderheiten

Wie wir schon im vorigen Kapitel erfahren haben setzt sich das Personal der Einrichtungen des Betreuten Wohnens überwiegend aus Sozialarbeitern/Sozialpädagogen zusammen. Doch gerade am Beispiel der Sterbebegleitung wird deutlich, dass hier fachkundiges Personal oder ausreichende Fortbildungsmöglichkeiten für alte und auch neue Mitarbeiter einen hohen Stellenwert einnehmen. Zwar ist das Thema Tod im Bereich der Drogenhilfe allgegenwärtig, jedoch ist dies mit der aktiven Begleitung einer sterbenden Person nicht zu vergleichen.

„[...] wir feststellen, dass wir uns vielmehr mit dem Thema Tod, Palliativmedizin, Sterbebegleitung, Umgang mit diesen Menschen, Hospizarbeit, auseinander setzen müssen. Dass wir da Fortbildungen brauchen, dass wir uns da einlesen müssen.“

„[...] weil das in der Arbeit bis vor kurzem gar nicht so viel Thema war, natürlich gehört der Tod bei uns in der Arbeit ganz klar dazu, aber so dieses Älterwerden und diese Sterbeprozesse, das kommt jetzt erst mehr dazu.“

Da es sich bei dem Thema „Alter“ um ein neues Feld innerhalb der Drogenhilfe handelt, ist es nur allzu verständlich, dass in diesem Bereich ein enormer Nachhol- und somit Fortbildungsbedarf besteht. Dies gilt nicht nur für die Thematik „Alter“ im Allgemeinen oder den Sterbeprozess im Speziellen, sondern auch für die vielfältigen Begleiterkrankungen, die der Großteil dieser Klientel mit sich bringt. Denn wie in Kapitel 4.1 dargestellt kommt es hier zu einer zunehmenden Überlagerung von alters- und konsumbedingten Erkrankungen, was auch zu einem wachsenden Bedarf an Fortbildungen zu den Themen Sucht und deren Begleiterkrankungen führen könnte. Hier können z.B. aufgrund des prognostizierten Anstiegs dementieller Erkrankungen bei dieser Personengruppe Fortbildungen zum Thema Demenz, evtl. auch in Zusammenhang mit der Thematik Sucht, im Speziellen angeführt werden.

Ein weiteres nicht zu unterschätzendes Problem in Zusammenhang einer älteren Klientel könnte auch ein hoher Altersunterschied zwischen diesen und den betreuenden/behandelnden Mitarbeitern darstellen (vgl. Kapitel 4.4). Die dargestellte Problemlage bezüglich des Alters der Mitarbeiter ließ sich jedoch im Interview mit dem Experten nicht bestätigen. Hier wird eine fachliche Kompetenz und darauf aufbauend eine gute Arbeit als Relativierung des großen Altersunterschieds von z.T. 30 Jahren angegeben.

Bezüglich des Alters der Angestellten ist es „[...] bei uns durchwachsen [...] und ich erlebe auch keine Probleme. Es ist häufig so dass die Klienten 30 Jahre älter sind als vielleicht ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin, aber aufgrund der fachlichen Kompetenz relativiert sich das ganz schnell.“

„Wenn dann ein 5-6-27 jähriger Mitarbeiter als koordinierende Bezugsperson die Arbeit macht und die Leute mitkriegen was da für ne gute Arbeit geleistet wird, dann verschwimmt das ganz schnell, dieses Altersgefälle.“

„In der Praxis funktioniert das und es ist auch nicht so dass in Supervisionen die jüngeren Kollegen oder Kolleginnen immer kommen und sagen: “Hier, das nervt total“.“

„Bis jetzt kein Thema gewesen, hab ich noch nicht als problematisch erlebt.“

5.5.4 Zuständigkeit

Bei der Frage wo die Zuständigkeit der Versorgung älterer drogenabhängiger Menschen in Frankfurt liegt, lässt sich hier ganz klar die Drogenhilfe benennen. Alle Angebote die sich auf diese Klientel beziehen entstammen der Drogenhilfe und haben auch konzeptionell den Schwerpunkt Sucht verankert. Dies resultiert daraus, dass die Personen meist bevor sie die Schwelle übertreten ein solches Angebot in Anspruch nehmen zu müssen, bereits an das System der Drogenhilfe angebunden sind. Häufig erfolgt hierüber dann auch die Organisation weiterführender Hilfen. Es scheint hier auch eher der Fall zu sein, dass im Umkehrschluss Alternativen für Personen gesucht werden, die bereits an Ein-

richtungen der Altenpflege angebunden waren. Dies könnte aus dem in Kapitel 2.2 angesprochenen Problem heraus resultieren, dass für eine Anbindung an die Altenhilfe der Drogenkonsum zu sehr im Weg steht.

„Die Leute sind ja im Drogenhilfesystem angebunden und darüber werden eben weiterführende Leistungen und Hilfen organisiert.“

„Ich erlebe es eher umgekehrt in den Hilfeplankonferenzen, dass für Leute die schon im Altenheim waren und abhängig sind eine Einrichtung gesucht wird, weil sie vielleicht nicht so geeignet sind für ein Altenheim. Das kommt immer mal wieder vor dass so eine Anfrage kommt.“

Doch eine zukünftige Anbindung an bestehende Angebot der Altenpflege scheint nicht gänzlich auszuschließen zu sein. Dass dies aktuell noch nicht bzw. scheinbar noch nicht erfolgreich stattfindet, könnte auch dem noch zu geringen Alter der Betroffenen geschuldet sein.

„Dass die Altenpflege zuständig wird kann auch irgendwann noch Thema werden, aber ich hab noch niemanden gehabt in dem Alter.“

„Es ist ja auch nicht so dass wir mit 70/80 jährigen zutun haben, ich kenne keinen Klienten der 70 ist, kenne ich nicht.“

Sollten hier die körperlichen Gebrechen der Betroffenen mit ansteigendem Alter weiterhin zunehmen, so ist davon auszugehen, dass diese sich zu einem späteren Zeitpunkt nur unwesentlich von älteren Personen der „Normalgesellschaft“ unterscheiden werden. Sieht man diesbezüglich von einer eventuell häufiger auftretenden Erkrankungsrate von HIV und Hepatitis oder einer benötigten Zusatzmedikation z.B. in Form eines Substitutionsmittels ab, dürfte sich ein Krankheitsbild einstellen, welches sich nur unwesentlich von den üblichen in Einrichtungen der Altenpflege vorkommenden unterscheiden dürfte.

„Ich glaube wenn jemand von unserem Personenkreis an den Punkt kommt in ein Altersheim zu müssen, ist das Krankheitsbild dann teilweise schon so fortgeschritten, dass es da dann keine große Unterscheidung mehr gibt zwischen dem alten Drogengebraucher der vielleicht noch sein Methadon kriegt und die anderen bekommen ihre Herztropfen, oder er bekommt eben Methadon plus Herztropfen.“

„Von der Pflegearbeit macht es keinen Unterschied ob jemand abhängig ist und Krankheiten entwickelt oder eben nicht, die Arbeit bleibt per se erst mal gleich, außer eben spezielle Krankheiten wie HIV- oder AIDS-Erkrankungen. Aber ansonsten gibt es keinen Unterschied, für die Pflegedienste ist das ne kranke Person die Pflegebedarf hat, Punkt.“

„[...] also auch in den Altersheimen gibt es ja unterschiedliche Abteilungen, mit mehr Pflegebedarf, Demenzabteilungen, da gibt's ja auch unterschiedlichste Formen [...]“

Doch auch die Abhängigkeitsproblematik an sich scheint im Alter immer weiter an Bedeutung zu verlieren, denn so zeichnen sich auch seitens der Betroffenen selbst im Alter nochmals Entwicklungen ab, die zu einem späteren Zeitpunkt eine Anbindung an Angebote der Altenpflege ermöglichen könnten. So ist zumindest bei den Klienten des Betreuten Wohnens Rotlinstraße/Kriegstraße zu erkennen, dass diese mit zunehmendem Alter immer ruhiger, zugänglicher und vernünftiger werden, sich von der Szene distanzieren, ihren Beigebrauch reduzieren und einen stärkeren Fokus auf ihre Gesundheit richten. Auch der sogenannte „Aging-out-Effekt“, also das Herauswachsen aus der Sucht, ist hier verstärkt zu beobachten.

„Ich glaube es relativiert sich ganz viel im Alter weil dann einfach die Sucht nicht mehr im Vordergrund steht [...]“

„[...] dass der Suchtdruck zurückgeht und der Körper einfach nicht mehr mitmacht: „Ja ich würde so gern noch meine 6/8/10 Crackpfeifchen am Tag rauchen, aber ich packs nicht mehr. Ich krieg Atemnot, es passt mit meinem Asthma nicht zusammen und ich muss doch hier eh schon Betablocker nehmen wegen meinem Herz.“

„Die Folgeerkrankungen und das zunehmende Alter erlaubt diesen Konsum nicht mehr.“

„[...] Dem Alter geschuldet kehrt Ruhe ein, das ist einfach so, sie werden ruhiger, sie haben keine Lust mehr auf die Beschaffungskriminalität, haben keine Lust mehr auf Haft, halten sich akribisch an die Ratenzahlung und Geldstrafen, die ganzen Bereiche existenzbedrohende Schuld [...]“

„[...] die schon so nen gefühlten ruhigeren Lebensabend haben wollen.“

„[...] bei unseren älteren Bewohnern, die eh schon ne Kontrolle in ihrem Konsum mehr oder weniger haben, weil sie sagen ich hab mit 50 kein Bock mehr am Monats 2. oder 3. keine Kohle mehr zu haben und mich irgendwo auf die Berger zu setzen und zu schnorren oder auf die Zeil oder Geschäftchen abzuwickeln, das ist zu anstrengend.“

„Wo auch die Leute sich von der Szene immer mehr distanzieren, weil sie einfach mit der Geschwindigkeit nicht mehr mitkommen.“

„[...] ich erlebe bei uns im Haus, jüngst bei 2 Bewohnern dieses „aging out syndrom“, die einfach aufgrund ihres jahrelangen Konsums die Schnauze volle haben, Punkt. Die haben ihr Substitut, aber die haben auf den Rest kein Bock mehr und das sagen die auch so. Und wenn ich frage: „Warum konsumieren sie denn nicht mehr?“ Sie wissen nicht warum sie aufgehört haben, die packen das so allgemein: „Ich hab kein Bock mehr, die Abzocke, auf das schlechte Dope und all das, ich möchte mir was gutes zu essen kaufen können.“ Das sehe ich immer wieder [...].“

„[...] mit zunehmendem Alter das Krankheitsbild sich nochmal geändert hat und viele sich auch offen diesen Krankheiten annehmen und versuchen gesund zu bleiben und dementsprechend eben den Beikonsum reduzieren [...].“

„[...] der Fokus bei vielen richtet sich drauf: „Ich will möglichst meine Gesundheit auf die Reihe bringen.““

5.6 Weiterführende Erkenntnisse

Gerade die zuletzt dargestellten Beobachtungen widersprechen einer Reihe der im Theorieteil angeführten Aussagen. So resultieren die genannten Veränderungen bezüglich des Konsums der Betroffenen und die zunehmende Fokussierung auf die eigene Gesundheit überwiegend aus gesundheitlichen Aspekten, was der Annahme entgegensteht, dass die Betroffenen aufgrund einer kontinuierlichen Opiateinnahme, welche auch hier durch die Substitutionsbehandlung weiterhin fortbesteht, ihr gesundheitliches Befinden überwiegend als positiv bewerten oder sich zumindest gesundheitlich nicht beeinträchtigt fühlen (vgl. Kapitel 4.1). Hierdurch ist ebenfalls zu erkennen, dass sich die Annahme von Wolter des Wegfalls einer der wesentlichen Motive zur Einstellung des Drogenkonsums bedingt durch die Reduktion körperlicher Folgeerkrankungen auf Grund verbesserter Lebensbedingungen sich eher auf eine noch jüngere Klienten-

tel zu beziehen scheint, da gerade diese Folgeerkrankungen hier zu einer Reduktion des Konsums geführt haben. Auch zeigt sich, dass die Beibehaltung gewohnter Konsummuster im Alter begrenzt zu sein scheint, da dies bei den herangezogenen Beispielen aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr möglich ist. Weiter lässt sich auch der Aspekt, dass trotz erheblicher Gesundheitsprobleme regelmäßige Kontakte zu einem Hausarzt die Seltenheit darstellen, hier nicht bestätigen. Dies zeigt sich neben der in Kapitel 5.5.2 angeführten Aussage, dass die tagesstrukturierenden Angebote ein willkommene Alternative zu Arztbesuchen und Fernsehen darstellen auch an folgender Anmerkung:

„Was wir ganz viel erleben ist, dass mit dem jahrelangen massiven Gebrauch sie natürlich dauerhaft mit Krankheiten konfrontiert sind, mit Arztbesuchen. Ich spreche immer dieses Thema Arztmüdigkeit an, sie haben es satt, schon wieder zu nem anderen Arzt und dann zum Diabetologen [...]“

Als zutreffend kann jedoch die Annahme benannt werden, dass sich mit zunehmendem Alter eine Distanzierung zur Drogenszene abzeichnet. Auch die Begründung hierfür, dass die Betroffenen aufgrund des zunehmenden Alters mit der Szene nicht mehr mithalten können, findet im Rahmen des Interviews Bestätigung (vgl. Kapitel 4.2). Weiter wird hier auch das in Kapitel 4.2 dargestellte Problem der sozialen Isolation bezüglich der fehlenden Kontakte zur Herkunftsfamilie deutlich.

„Das sind Dinge die ich wahrnehme und auch die Veränderungswünsche letztlich gehen [...] zum Großteil z.B. in die Richtung [...] ich möchte mal wieder Kontakt zur Herkunftsfamilie irgendwie hinkriegen, solche Wünsche“

Dies könnte mit ein Grund dafür sein, weshalb die Betroffenen den geschützten Rahmen des Betreuten Wohnens nicht verlassen möchten und weshalb solch eine starke Bindung auch zu den Mitbewohnern besteht, die hier als Familie angesehen werden. Würde nun also ein Auszug stattfinden, so bestünde die Gefahr dass auch dieses soziale Gefüge zusammenbricht.

Bei all den gezogenen Vergleichen muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den Betroffenen um Personen handelt, die sich zum größten Teil seit Jahren innerhalb dieses geschützten Rahmens des Betreuten Wohnen bewegen. Andere, hierzu wahrscheinlich völlig konträre Beispiele, sind wahrscheinlich genauso Alltag wie die hier dargestellten.

„Ich spreche jetzt aber konkret für unsere BWG Bewohner, sicherlich fallen auch genug im Bahnhofsviertel rum, auch älter, die da anders damit umgehen, viel autoaggressiver.“

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aufgrund einer verbesserten Drogenpolitik hin zu schadensminimierenden Angeboten, einem Ausbau der Substitutionsbehandlung und einem vereinfachten Zugang zu medizinischer Versorgung, stellt Drogenabhängigkeit heute kein alleiniges Phänomen junger Menschen mehr da. Der demographische Wandel scheint nun auch die Drogenszene erreicht zu haben und die Betroffenen werden aufgrund der bestehenden Angebote des Hilfesystems immer älter. Hierdurch ergibt sich ein neuer Bedarf an Versorgung, der durch die vielfältigen Problemlagen der Betroffenen ebenso neue Anforderungen an das bestehende Versorgungssystem stellt. So zeichnet sich diese neue Klientel durch den meist jahrzehntelang vollzogenen Drogenkonsum vor allem durch körperliche und psychische Folgeerkrankungen und eine ausgeprägte biologische Voralterung aus, welche gerade weitreichende und auf Dauer ausgelegte Angebote in besonderem Maße erforderlich macht. Doch durch die frühzeitig einsetzende Pflegebedürftigkeit greifen die klassischen Angebote der Drogenhilfe nicht mehr, was einen Ausbau und eine Erweiterung bestehender Angebote besonders mit Blick auf einen zukünftigen Anstieg sowohl des Alters, als auch der Anzahl der Betroffenen, in besonderem Maße erforderlich macht und nicht nur geeignete Wohnformen, sondern auch spezielle Betreuungs- und Behandlungssettings betrifft. Dieser Altersanstieg drogenabhängiger Personen ist die letzten Jahre auch in der Stadt Frankfurt mehr als deutlich zu verzeichnen. Auch hier

wurden durch den drogenpolitischen Umschwung Ende der 1980er Jahre und den dadurch erfolgten Ausbau der Überlebenshilfen und der Fokussierung auf eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung der Abhängigen bessere Bedingungen geschaffen um den Betroffenen ein möglichst langes und möglichst gesundes Leben zu ermöglichen. Dieser Wandel spiegelt sich auch heute noch in dem mittlerweile gut ausgebauten Versorgungsnetz der Drogenhilfe und dem stetig weiter ansteigenden Altersdurchschnitt der Frankfurter Drogenszene wieder. Doch auch für das Frankfurter Versorgungssystem stellen die Anforderungen die diese ältere Klientel mit sich bringt eine neue Herausforderung dar. Um diesen Anforderungen möglichst gerecht werden zu können erfolgte in den letzten 2 Jahren ein erster Ausbau der bestehenden Angebotsstruktur und die Problematik älterer und pflegebedürftiger drogenabhängiger Personen nahm zunehmend Einzug in den drogenpolitischen Diskurs. Stellen zwar aktuell noch konkrete Angebote die speziell diese Klientel betreffen die Minderheit dar, so hat sich zumindest ein überschaubares Angebot entwickelt, welches sich auf einen bestimmten Personenkreis oder spezielle Erkrankungen/Beschwerden bezieht und hierdurch auch eine ältere Klientel erfasst. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass konzeptionell entweder zunächst ein uneingeschränkter Zugang für alle drogenabhängigen Personen besteht, der Fokus jedoch auf eine ältere Klientel gerichtet ist, oder das Angebot sich überwiegend auf HIV-positive oder AIDS-erkrankte Personen beschränkt. Hierbei setzt sich die Versorgungslandschaft im Großteil aus ambulanten Angeboten des Betreuten Wohnens zusammen. Diese besitzen den Vorteil, dass individuell und flexibel auf den aktuellen Versorgungsbedarf der einzelnen Bewohner eingegangen werden kann. Hierbei wird ein interdisziplinäres Team, welches als Grundvoraussetzung für die Betreuung älterer drogenabhängiger Personen angesehen werden kann, durch den Einkauf externer Dienstleister geregelt und somit eine umfassende Betreuung der Betroffenen durch die verschiedenen Berufsgruppen gewährleistet. Einen weiteren Vorteil bringt die Selbstbestimmung der Bewohner mit sich, da die ambulanten Angebote Wohnraum zur Verfügung stellen, in denen die Bewohner sich frei von durchstrukturierten Versorgungsabläufen, wie es in stationären Einrichtung häufig der Fall ist, entfalten und heimisch fühlen

können. Eine stationäre Versorgung dieser Klientel im Allgemeinen findet in Frankfurt aktuell nicht statt. So wird dieser Bedarf z.Z. durch die Einrichtung Franziskushaus mit 18 Plätzen abgedeckt, die sich jedoch in Form eines Wohn- und Pflegeheimes auf eine HIV-positive oder AIDS-erkrankte Personengruppe beschränkt. Doch auch diese nimmt ihren Platz bei der Versorgung älterer drogenabhängiger Menschen ein. So weist der Großteil der dort versorgten Personen einen Drogenhintergrund und ein Alter von über 45 Jahre auf. Bei Betrachtung der Bewerbungen zur Aufnahme im Verhältnis zu den tatsächlich aufgenommen Personen konnte hier jedoch ein wesentlich höherer Bedarf ausgemacht werden, als dieser durch die vorhandenen Ressourcen gedeckt werden konnte. Aus diesem Hintergrund erscheint es fraglich ob das aktuell bestehende Angebot an stationärer Versorgung in Frankfurt wirklich als ausreichend angesehen werden kann. Die hier angedeutete Problematik erhärtet sich weiter mit Blick darauf, dass eine Versorgung von HIV-negativen oder nicht AIDS-erkrankten Personen durch besagte Einrichtung nicht möglich ist. Dies könnte jedoch notwendig sein, da z.B. durch die ambulanten Angebote mit Ausnahme der Einrichtung Eschenbachhaus keine 24-Stunden-Betreuung gewährleistet werden kann. Des Weiteren könnte sich für die Betreuung bestimmter Personengruppen auch die Bündelung unterschiedlicher Fachkompetenzen innerhalb einer Einrichtung als relevant erweisen. Beziehen wir hier den kontinuierlichen Altersanstieg der Frankfurter Drogenszene, deren Altersdurchschnitt bereits 2010 bei 38,2 Jahren lag, und die Prognosen eines weiteren Anstiegs des Versorgungsbedarfs älterer drogenabhängiger Personen mit ein, so scheint ein weiterer Ausbau des bestehenden Versorgungsangebotes unausweichlich. Dies betrifft allerdings nicht nur die stationären, sondern auch die ambulanten Angebote. Sind hier zwar unterschiedliche Angebote vorzufinden, so weisen diese jedoch gerade in Zusammenhang eines barrierefreien Wohnens eher geringe Kapazitäten auf. Schließt man hier noch Angebote mit Kopplung an spezielle Erkrankungen aus, so stehen verhältnismäßig wenige Plätze zur Verfügung. Ein genaues Ausloten des Verhältnisses von Angebot und Nachfrage bedarf an dieser Stelle allerdings einer wesentlich intensiveren Überprüfung. Es kann trotzdem festgehalten werden, dass die aktuelle Versorgungssituation drogenabhän-

giger Menschen in Frankfurt gerade in Zusammenhang eines weiteren Anstiegs der beschriebenen Klientel als ausbaufähig wahrgenommen werden kann. Dennoch scheint die Brisanz der Thematik Einzug in das Frankfurter Drogenhilfesystem gefunden zu haben. In Anbetracht dessen, dass der dargestellte Ausbau des Versorgungssystems zugunsten einer älter werdenden Klientel erst in den letzten 2 Jahren stattfand, bleibt zu hoffen, dass hier eine weitere Anpassung der Angebotsstruktur in Abhängigkeit des Bedarfs stattfinden wird.

Literaturverzeichnis

Bonorden-Kleij, Karin (2011): „Die diamorphingestützte Behandlung in Deutschland“ in: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hg.): „*Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis – Ein Handbuch*“; Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; Berlin

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): „Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler“; Springer Verlag; Heidelberg

Cafe Fix (2005): „Geschichte“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 21.12.12

URL: <http://www.cafefix.de/html/geschichte.htm>

Cousto, Hans (2000): „Daten und Fakten zur Drogenpolitik um die Jahrtausendwende – Drogenstatistiken einmal genauer betrachtet“; Online-Ressource; Berlin

Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main (Hg.) (2010): „Jahresbericht 2007 – 2009“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 07.12.12

URL: http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/jahresbericht%2053a%202007_2009.pdf

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2012): „Drogen- und Suchtbericht“; Online-Ressource; Berlin

Letzter Zugriff: 29.01.12

URL: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-05-22_DrogensuchtBericht_2012.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hg.) (2011): „ICD-10 – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision -WHO-Ausgabe-“; Online-Ressource; Köln

Letzter Zugriff: 16.09.12

URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/version2011/systematik/x1wbp2011.zip>

Dürsteler-MacFarland, Kenneth M.; Herdener, Marcus; Strasser, Johannes; Vogel, Marc (2011): „Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Eppler, Natalie; Kuplewatzky, Nina; Vogt, Irmgard (2011): „„Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“ – Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Geyer, Dieter (2011): „Psychotherapie mit älteren süchtigen Menschen“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Guttempler-Sozialwerke e.V. (2009): „Betreutes Einzelwohnen“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 09.01.13

URL: <http://www.gsw-nachsorge.de/betreut.html>

- Haas, S. (2007): „Opiate aus heutiger Sicht“ in: Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer Alfred (Hg.): *„Opiatabhängigkeit – Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis“*; Springer-Verlag; Wien
- Hamouda, Osamah (2011): „HIV/Aids: Epidemiologie bei i.v. Drogen Gebrauchenden“ in: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hg.): *„Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis – Ein Handbuch“*; Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; Berlin
- Happel, Hans-Volker (2011): „Gedankensplitter zu 25 Jahren idh“ in: idh Integrative Drogenhilfe Frankfurt am Main (Hg.): *„Die Legende lebt – 25 Jahre idh Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main
- Hilckmann, Martin (2011): „Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS: Modellprojekte am Beispiel von „ZIK-zuhause im Kiez“ in Berlin – Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main
- Hirsch, Rolf Dieter (2011): „Psychotherapie alter Menschen: Eine kurze Einführung“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main
- Höselbarth, Susann; Stöver, Heino; Vogt, Irmgard (2011): „Lebensweise und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Integrative Drogenhilfe e.V. (2008a): „Eastside“; Online-Ressource;

Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 27.12.12

URL: http://www.idh-frankfurt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=9

Integrative Drogenhilfe e.V. (2008b): „Eastside – Konsumraum“; Online-

Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 27.12.12

URL: http://www.idh-frankfurt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=13

Integrative Drogenhilfe e.V. (2011): „Entwicklung des Vereins“ in: idh Integrative

Drogenhilfe Frankfurt am Main (Hg.): *„Die Legende lebt – 25 Jahre idh*

Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main“; Fachhochschulverlag;

Frankfurt/Main

Jaschke, Hans-Gerd (1997): „Öffentliche Sicherheit im Kulturkonflikt – Zur

Entwicklung der städtischen Schutzpolizei in der multikulturellen Gesellschaft“;

Campus Verlag; Frankfurt/Main

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (2012): „Franziskushaus – Wohn- und

Pflegeheim – Jahresbericht 2011“; Frankfurt/Main

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (2013a): „Franziskushaus“; Online-

Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 04.01.13

URL: <http://www.drogenberatung-jj.de/index.php/wohn-und-pflegeheim-franziskushaus-in-frankfurt>

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (2013b): „Eschenbachhaus“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 04.01.13

URL: <http://www.drogenberatung-jj.de/index.php/betreute-wohngemeinschaft-eschenbachhaus>

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (2013c): „Betreutes Wohnen Bahnweg“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 04.01.13

URL: <http://www.drogenberatung-jj.de/index.php/betreutes-wohnen-bahnweg>

Kamenz, Uwe (1997): „Marktforschung – Einführung mit Fallbeispielen, Aufgaben und Lösungen; Schäffler-Poeschel Verlag; Stuttgart

Klee, Jürgen (2006): „Vom Spritzentausch über das „Cafe RuHdolf“ zum „La Strada“ – AIDS Hilfe als Modell“ in: AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. (Hg.): „Vielfältig verbunden – 20 Jahre AIDS-Hilfe Frankfurt“; Plexus Verlag; Frankfurt/Main

Köthner, Urs; Langer, Frank; Klee, Jürgen (2011): „Drogenkonsumräume in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum“; Online-Ressource; Berlin

Letzter Zugriff: 28.12.12

URL: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.akzept.org%2Fpdf%2Faktuel_pdf%2FDKR07web.pdf&ei=fLgNUe_qPM3Xsga5xIBw&usg=AFQjCNG9XfgjnW4jqmStbhowjTz6pQ5Brw&bvm=bv.41867550,d.Yms

Mayring, Philipp (1996): „Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zu qualitativem Denken“; Beltz Verlag; Weinheim

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): „ExpertInneninterviews-vielfach erprobt, wenig bedacht – Ein Beitrag zur Methodendiskussion“ in: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hg.): „Qualitativ-empirische Sozialforschung – Konzepte, Methoden, Analysen“; Westdeutscher Verlag; Opladen

Mieg, Harald A.; Näf, Matthias (2005): „Experteninterviews“; Online Ressource; Zürich

Letzter Zugriff: 23.10.12

URL: [http://www.google.de/url?](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mieg.ethz.ch%2Feducation%2FSkript_Experteninterviews.pdf&ei=lsgNUa7fA4zRsgbQgIHgDg&usg=AFQjCNEo1wpy158yYa2z4_bj3b_2iYpZ7g&bvm=bv.41867550,d.Yms)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mieg.ethz.ch%2Feducation](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mieg.ethz.ch%2Feducation%2FSkript_Experteninterviews.pdf&ei=lsgNUa7fA4zRsgbQgIHgDg&usg=AFQjCNEo1wpy158yYa2z4_bj3b_2iYpZ7g&bvm=bv.41867550,d.Yms)

[%2FSkript_Experteninterviews.pdf&ei=lsgNUa7fA4zRsgbQgIHgDg&usg=AFQj](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mieg.ethz.ch%2Feducation%2FSkript_Experteninterviews.pdf&ei=lsgNUa7fA4zRsgbQgIHgDg&usg=AFQjCNEo1wpy158yYa2z4_bj3b_2iYpZ7g&bvm=bv.41867550,d.Yms)

[CNEo1wpy158yYa2z4_bj3b_2iYpZ7g&bvm=bv.41867550,d.Yms](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mieg.ethz.ch%2Feducation%2FSkript_Experteninterviews.pdf&ei=lsgNUa7fA4zRsgbQgIHgDg&usg=AFQjCNEo1wpy158yYa2z4_bj3b_2iYpZ7g&bvm=bv.41867550,d.Yms)

Müller, Oliver; Werse, Bernd; Schell, Carsten (2011): „MoSyD Szenestudie – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2010“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 16.11.12

URL: [http://www.uni-](http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/download/MoSyD_Szenestudie_2010.pdf)

[frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/download/MoSyD_Szenestudie_2010.pdf](http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/download/MoSyD_Szenestudie_2010.pdf)

MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH (2013): „OSSiP“; Online-Ressource; Köln

Letzter Zugriff: 17.12.12

URL: <http://www.malteser-drogenarbeit.de/pages/einrichtungen/ossip.php>

Nimsch, Margarethe (2011): „Räume statt Räumung – und wie dies in Frankfurt am Main gelang“ in: idh Integrative Drogenhilfe Frankfurt am Main (Hg.): „*Die Legende lebt – 25 Jahre idh Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main*“; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Popp, Sebastian (2011): „Wenn Politik das Bohren dicker Bretter ist, dann ist Drogenpolitik das Bohren von Titanplatten...“ in: idh Integrative Drogenhilfe Frankfurt am Main (Hg.): *„Die Legende lebt – 25 Jahre idh Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Schmid, Martin (2003): *„Drogenhilfe in Deutschland – Entstehung und Entwicklung 1970 – 2000“*, Campus Verlag

Schroeter, Klaus R.; Künemund, Harald (2010): „Alter“ als Soziale Konstruktion – eine soziologische Einführung“ in: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): *„Handbuch Soziale Arbeit und Alter“*; VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden

Stadt Frankfurt am Main (2013a): „Der Frankfurter Weg“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 13.12.12

URL: <http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3007>

Stadt Frankfurt am Main (2013b): „Das Säulen-Modell“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 13.12.12

URL: [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3007&_ffmpar\[_id_inhalt\]=22110](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3007&_ffmpar[_id_inhalt]=22110)

Stadt Frankfurt am Main (2013c): „Kontrollierte Heroingabe“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 17.12.12

URL: [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2821&_ffmpar\[_id_inhalt\]=54485](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2821&_ffmpar[_id_inhalt]=54485)

Stadt Frankfurt am Main (2013d): „Mobile Projekte“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 17.12.12

URL: [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3008&_ffmpar\[_id_inhalt\]=54476](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3008&_ffmpar[_id_inhalt]=54476)

Stiftung Waldmühle (2013a): „Angebot“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 04.01.13

URL: http://www.stiftung-waldmuehle.de/uploads/media/Flyer_Tagesprojekt.pdf

Stiftung Waldmühle (2013b): „Angebot“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 04.01.13

URL: <http://www.stiftung-waldmuehle.de/>

Stöver, Heino (2011): „25 Jahre idh – Über die Freude am Vorreiter“ in: idh Integrative Drogenhilfe Frankfurt am Main (Hg.): *„Die Legende lebt – 25 Jahre idh Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (2013): „Betreutes Wohnen für abstinenzorientierte Menschen“; Online-Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 08.01.13

URL: <http://www.vae-ev.de/index.php/erwachsene/erwachsenemitabhaengigkeit/betreute-und-therapeutische-wohnformen/bwfueraabstinenzorientierte>

Vogt, Irmgard (2011a): „Altern und Gesundheit: Eine kurze Einführung“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Vogt, Irmgard (2011b): „Drogenkonsum im Alter“; in: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hg.): *„Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis – Ein Handbuch“*; Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; Berlin

Vogt, Irmgard (2011c): „Lebenslaufperspektive auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Vogt, Irmgard (2011d): „Vorwort“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Westermann, Bernd; Witzerstorfer, Dagmar (2011): „Substitutionssenioren. Was sie brauchen und wie sie es bekommen“ in: Vogt, Irmgard (Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Wichelmann-Werth, Birgit (1998): „Harm Reduction in Germany – The Frankfurt Way of Drug Care“; Online-Ressource; Lissabon

Letzter Zugriff: 21.12.12

URL:

http://www.cafefix.de/html/artikel_frankfurtwayofharmreduction_englisch.htm

Wolter-Brandecker, Renate (2011): „Vom Ringen um den richtigen Weg“ in: idh Integrative Drogenhilfe Frankfurt am Main (Hg.): *„Die Legende lebt – 25 Jahre idh Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Wolter-Brandecker, Renate (2013): „Der Frankfurter Weg der Drogenpolitik“;
Online Ressource; Frankfurt/Main

Letzter Zugriff: 13.12.12

URL: http://wolter-brandecker.de/presse/?page_id=687

Wolter, Dirk K. (2010): „Sucht im Alter-Altern und Sucht – Grundlagen, Klinik,
Verlauf und Therapie“; Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart

Wolter, Dirk K. (2011): „Drogenabhängigkeit und Demenz“ in: Vogt, Irmgard
(Hg.): *„Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung älterer
Drogenabhängiger“*; Fachhochschulverlag; Frankfurt/Main

Anhang

Der Leitfaden

A) Allgemeine Angaben

Datum:

Beginn:

Ende:

Name des Interviewpartners:

Funktion:

Name der Einrichtung:

B) Aktueller Bedarf

- Wie stellt sich das Verhältnis zwischen der aktuellen Versorgungssituation und dem aktuellen Bedarf dar?

- Ambulant oder stationär? Welche Wohn- / Betreuungs- / Pflegeform erachten sie weshalb am geeignetsten für diese Klientel?

D) Personal

- Wird eine interdisziplinäre Versorgung der Klientel gewährleistet?

- Welche speziellen Kriterien/Qualifikationen sollten MitarbeiterInnen für die Arbeit mit dieser Klientel vorweisen können?

E) Zuständigkeit

- Sehen sie die Zuständigkeit für diese Klientel eher in der Sucht- oder in der Altenhilfe verankert und wodurch begründet sich dies?

G) Abschluss

- Haben sie noch weitere Fragen oder Anregungen für mich?

Transkription

- 00:00 – 15:00

- BWG Rotlinstr. ab 1996
- seit 98 Schmidtman für die Einrichtung zuständig
- Hat sich bei der Frage der Konzeption herauskristallisiert dass es immer wieder Personen gibt die aus dem Frankfurter Hilfesystem rausfallen
- Es gab schon lange Bws aber die waren sehr abstinenzorientiert waren
- also musste man eine Einrichtung schaffen für Menschen die aus der Obdachlosigkeit kamen
- Es ist gelungen sie in eine mehr oder weniger stabile Substitution zu bringen und als nächster Schritt sollte Wohnsituation verändert
- vermittlung in wohngemeinschaften
- Dort versucht Suchtdruck standzuhalten, doch Rückfall gebaut
- wurden relativ schnell wieder dahin geworfen wo sie waren
- weil se den auflagen eine bwg die abstinenzorientiert ist nicht genügen konnten
- dadurch überlegung das einrichtungen benötigt werden die mit diesem anforderungsprofil, mit rückfällen anders umgeht
- Deswegen beschluss dass mit rückfällen gearbeitet wird
- machen andere einrichtungen auch, allerdings nach 1 o. 2 mal schluss

- wir sagen ne zu dem personenkreis ältere drogengebraucher gehört es eben auch wenn jemand 50 jahre alt ist und seit 35 jahren psychoaktive substanzen jeder art konsumiert, kriegt jetzt ein substitut geht die rechnung nicht auf, zumindest bei allen dass opiathunger gedämpft ist aber ich verzichte jetzt auch gleichzeitig auf die kicks, auf den rausch auf alles
- Dem geschuldet hat man gesagt um diesen Personenkreis „einzufangen“ wird konzeptionell mit Rückfällen gearbeitet und Beikonsum ist kein Ausschlusskriterium
- Es wird darauf geachtet dass Personen „sozial funktionieren“, d.h. die halten Termine ein wie z.B. Arzttermine
- Sie versuchen ihren Beigebrauch zu kontrollieren, z.B. nehmen viele Bewohner an KISS Studie teil, wurden dazu animiert da sie von sich aus seit vielen Jahren ihren Beigebrauch kontrollieren und damit ganz gut klar kommen
- Es wurde sich Personenkreis von Frankfurter Schwerstabhängigen angepasst um diese zu versorgen
- Feststellung Personenkreis wird immer älter durch Versorgungssystem, niedrighschwelliger Zugang zu Ärzten, jeder kann versorgt werden, man benötigt keine Krankenversicherung mehr, es hat sich einfach ganz viel getan, sodass die Personen immer älter wurden
- Die hatten wir vor allem in der Einrichtung, so dass wir im Jahr 2010 schon ein Durchschnittsalter von fast 44,5 Jahren mittlerweile bei knapp 46 durch sehr geringe fluktuation → Nur 3 oder 4 Auszüge im letzten Jahr von 20 Plätzen BWG
- Drückt aus dass Bewohner das Angebot sehr zu schätzen wissen

- Außzüge in der Regel in eigenen Wohnraum, weil wir auch sehr lange Verweildauern haben in der Einrichtung teilweise war 2010 schon so dass wir Bewohner hatten die damals schon 9,5 Jahre, also fast 10 Jahre, bei uns in der Einrichtung waren, also das gibt's wahrscheinlich in den andern WGs fast nicht
- Die Bewohner sind immer älter geworden, also Geschäftsführerin und ich Überlegung Stichwort Altersheim für Schwerstabhängige, macht das überhaupt sinn, dann haben wir lange recherchiert und geschaut was gibt's denn in Europa, in Deutschland gar nichts gefunden
- Fündig wurden wir in Rotterdam, da gibt es so ein offizielles Altersheim für Schwerstabhängige, mit großen Erwartungen haben wir einen Termin gemacht, sind nach Rotterdam gefahren, haben uns das angeschaut
- Die haben das letztendlich so gemacht, dass das auch ne Wohngemeinschaft ist die sich externe Pflegedienste eingekauft haben
- Da ist 24Std. Jemand von der Pflege da, die kriegen ihr Substitut vor Ort aber ansonsten unterscheidet sich das auch nicht weiter von ner betreuten Wohngemeinschaft
- Durchschnittsalter gar nicht so weit von unserem, ältester Bewohner war glaub 67, aber es hat sich garnicht so größer unterschieden, nur dass der Personenkreis der dort war noch viel kränker war als bei uns
- Im moment wird das bei uns so gemacht dass wenn Menschen bei uns viel kränker werden in Einrichtungen wie das Eschenbachhaus oder das Franziskushaus vermittelt werden oder vielleicht direkt ins Krankenhaus, je nach Situation
- Aktueller Umgang mit Menschen die kränker werden
- Es gibt natürlich auch externen Pflegedienst der mal kommt wenn was überbrückt werden muss, aber das geben zum einen die Räumlichkeiten nicht her und wir haben das im Moment auch nicht so in der Einrichtung wir hatten mal einen Einzigen der da mal ne Zeit lang betreut wurde

- Im Zuge des Umzuges und der Neukonzeption für die Kriegstraße wollten wir den älter werdenden Bewohnern gerecht werden im Sinne von
- es ist so dass die Kriegstraße im Moment haben wir 20 Plätze bzw. und ein bisschen ohne Begrenzung besserer Einzelwohnen
- in der Kriegstraße ist es so dass wir in dem Haus 28 Zimmer haben von denen 3 vorgesehen sind für Schwangere abhängige dass die bis zur Entbindung eben dort ne bleibe finden und nicht mehr auf der Szene ohne festen Wohnsitz da rum dümpeln müssen und wir fürs betreute Wohnen 25 Plätze haben, also 5 mehr und die Überlegung war dass man geschuldet dem älter werdenden Bewohnern sagt wir machen z.B. die ersten 2 Stockwerke barrierefrei, behinderten gerecht und auch mit Aufzug so dass da ein Pflegebett rein könnte und die Leute bewegt werden, dass die Zimmer größer sind, jedes Zimmer hat ein eigenes Bad, sind kleine Apartments sozusagen, teilweise mit Gemeinschaftsküchen teilweise mit so Pantryküchen, dass verändert sich dass ist einfach das Angebot wird viel größer und eben dass es das wir jetzt auf 2 Stockwerken die Möglichkeiten haben Leute die im Zuge der Älterwerdens an Krankheiten, Leiden, die z.B.: ein Pflege notwendig machen dass wir die nicht mehr vermitteln müssen sondern das wir die halten können denn das ist das was wir immer wieder erleben, die Bewohner die jetzt zum Teil 6,7,8,9,10 Jahre bei uns wohnen auch klar äussern „wir wollen die Einrichtung eigentlich garnicht verlassen, wir wollen nicht in eigenen Wohnraum ziehen wir lieben diesen geschützten Rahmen wir haben hier unsere eigene Familie gefunden
- ich beschreib das immer so never touch a running system, da sind Leute die sind seit 17,18,19 Jahren positiv und alles funktioniert, ja die Krankheit ist nicht ausgebrochen, sie haben ihren Beikonsum massiv runter gefahren, also nicht alle die bei uns wohnen sind ständig breit und haben nen dollen Beikonsum sondern ist vereinzelt immer wieder Menschen die

- in phasen konsumieren also es gibt da leute die da gar nicht raus wollen weil sie an dem bestehenden system was sie gerade für sich so aufgebaut haben nichts verändern wollen
- allerdings werden sie älter und kränker und da haben wir überlegt dass man sagt ok ihr könnt bei uns älter werden eventuell auch bis zum Tod von uns begleitet werden
 - für viele ist es sehr mit angst besetzt ins krankhenhaus zu gehen das ist immer so auch das eschenbachhaus und das franziskushaus die laufen auf der scene unter dem namen so endstation eschenbachhaus oder endstation franziskushaus
 - das ist etwas was ich gerne vermeiden würde mit der kriegstraße dass es nicht heißt irgendwann endstation kriegstraße wenn du da mal eingezogen bist da ist auch bis zu pflege kannst du auch die kretsche machen in „ das würde ich gerne verhindern wollen
 - franziskushaus und eschenbachhaus schon so besetzt, ich komm da erst hin wenn ich so richtig krank bin, desto kränker desto eher habe ich die chance aufgenommen zu werden
 - Das ist bei uns anders, wir wollen eigentlich jetzt garnich konkret Plätze nach außen anbieten so pass mal auf je kränker du bist desto eher kommst du zu uns, sondern wir wollen den bewohnern die bei uns eben sehr lange verweildauern auch haben die möglichkeit geben bei uns älter und auch kränker zu werden ohne dass sie dann die einrichtung die relativ zeitnah verlassen müssten
 - Das wäre jetzt in der Rotlinstr aufgrund der räumlichkeiten überhaupt nicht gegeben es ist ein ziemlich enges treppenhaus jemand der schwer krank ist schafft es nicht in den 4. stock hoch, da ist nichts barrierefrei, alles mit stufen
 - das ist in der kriegstr. einfach komplett anders

- also wir haben uns nicht spezialisiert auf Alte Drogengebraucher sondern die Konzeption hat es irgendwann her gegeben dass die leute bei uns älter wurden, wir ältere drogenabhängige aufgenommen haben aufgenommen haben, weil wir von der Idee her gesagt haben, also wir arbeiten auch mit Rückfällen, dann kam automatisch scho einklientel was schon bischen älter ist
- wenn man dann von diesen Menschen einige im haus hat dann überlegt man sich ob man einen engagierten, substituierten 25 jährigen, der zur Schule geht und dabei ist Abitur zu machen, in ein Stockwerk setzte mit 3 schwerst abhängigen 50 jährigen, die regelmäßig ihr feierabendbier trinken und crack pfeifchen rauchen so dass man dann doch eher tendentiell gesagt hat, nehmen wir doch lieber nen anderen personenkreis
- im beterruten einzelwohnen ist das anders weil die leute nen eigenen wohnraum haben und die natürlich in dem rahmen dann auch betreuen kann aber in der WG hat sich dass dann einfach so im laufe der zeit entwickelt, so dass wir heute schon kucken, jemand der mit sehr viel resourcen kommt und mit sozialen kompetenzen und noch ganz viele ideen entwickelt wir da schon schaun ob da nicht ne höherschwellige einrichtung mehr sinn macht

- 15:45 – 21:00

- Wir haben jüngst jetzt 2 Fälle wo wir mit in der Sterbebegleitung sind, wo wir dann auch zum ersten mal richtig feststellen wie man da an seine Grenzen stoßen kann, was es bedeutet jemanden tatsächlich also, in Zusammenarbeit mit Parliativteam und allem zu begleiten, Leute die man seit vielen Jahren kennt und auf einmal sieht wie die total abbauen, wie die sich verändern in diesem Sterbeprozess
- So dass wir für die Zukunft wenn wir dieses Angebot anbieten dass Leute bei uns eben dann auch wirklich bis zum Tod begleitet werden

- wir feststellen dass wir uns vielmehr mit dem Thema Tod, Palliativmedizin, Sterbebegleitung, Umgang mit diesen Menschen, Hospizarbeit, das wir da Fortbildungen brauchen dass wir da uns einlesen müssen [...] weil das in der Arbeit bis vor kurzem garnicht so viel Thema war, natürlich gehört der Tod bei uns in der Arbeit ganz klar dazu, aber so diese älter werden und diese Sterbeprozesse das kommt jetzt erst mehr dazu
- Das sind auch Bewohner die schon viele viele Jahre in Betreuung sind und die jetzt einfach dementsprechend älter werden
- Und das sind aber auch Leute wo wir immer wieder die Frage stellen: Wie siehts aus, eigener Wohnraum und in Verbindung mit BEW, die aber sagen: Nein, das können wir uns nicht vorstellen, wir würden gerne in der Einrichtung alt werden und auch sterben
- Und dann können wir ihnen das viel länger anbieten und das ist das was sich jetzt über die Kriegsstraße einfach verändert, das die das bei uns eben auch können
- Wie wird das dann für uns als Mitarbeiter umsetzen, was wir an Fortbildungen noch benötigen, das zeigt sich dann einfach nochmal alles
- Das wir nicht offiziell das Altenheim sind, natürlich sind wir in der Szene bekannt, im Hilfesystem, dass wir, in der WG eher mit älteren Menschen arbeiten und die z.T: auch älter sind und wir da auch schon kucken wer passt wo rein
- Es gibt von der Konzeption her weniger was das Alter angeht aber die auch einen hohes Durchschnittsalter haben noch die Kiesstraße die BWG Kiesstraße ist angeschlossen über die Frauenberatungsstelle Frankfurter Verein, die arbeiten ähnlich mit Rückfällen, also die sind von der Konzeption her, sind wir nahezu identisch, nur dass die eben nur für Frauen zuständig sind
- Von der Konzeption her gibt es nur die Kiesstraße die so arbeitet wie wir, also die auch eben eher ein problembesetzteres Publikum haben, die häufig in anderen Einrichtung einfach nicht tragbar sind entweder weil

anfänglich der Beikonsum anfänglich noch so massiv ist oder, eigentlich ist das, fangen wir mal bei dem Beikonsum an, das ist das wo viele WG Betreiber sagen: Ne, wir nehmen sie nicht auf oder bitte erst nen selektiven Entzug und dann zu uns aber man sagt ja bei Alkoholikern im Bauch trocken im Kopf aber noch nass und so ist es bei denen eben genauso, sie sind einfach unter nem massiven Suchtdruck, sind aber erst einmal clean auf dem Papier und werden dann aufgenommen und nach kürzester Zeit eben entlassen und da arbeitet die Kiesstraße eben auch dagegen

- Offiziell laufen wir nicht als Altenheim aber es ist im Hilfesystem bekannt dass wir eher in diese Richtung aufnehmen

- 21:00 – 22:45

- Durch den Umzug nochmal den Anforderungen gerechter werden können
- Aber es ist jetzt nicht so dass wir jetzt mit Einzug in die Kriegstraße jetzt schon 3 Pflegefälle haben, die wir dann dort in Zimmer 1-3 positionieren
- Dass wir den Ansprüchen die auf uns zukommen mehr genügen können
- Dass wir uns im Endeffekt den Bedarfen angepasst haben, aber ohne konkret zu sagen wir machen jetzt speziell für ältere
- Wir machen es nicht offiziell, wir haben auch Leute mit mitte 30 aber die gehören alle zu nem ähnlichen Personenkreis, also wo die Einrichtung angezeigt ist und wir haben ja viele Bewerber denen wir von vornherein schon sagen bitte bewirbt euch in der Wittelsbacher oder in der Schönstraße die Einrichtungen die nochmal konzeptionell nochmal ein bisschen anders arbeiten, was dann schon Sinn macht, das selektieren wir schon im Vorfeld

- 22:45 – 30:00

- Tatsächlich haben wir aber nahezu eine 100%ige Auslastung, es ist nicht so dass wir irgendwie immer mal Zimmer dauerhaft frei haben oder 2 oder 3, sondern wir haben eigentlich durchgängig belegt.
- Wir haben immer Anfragen und es gibt bei uns auch dauerhaft – nehmen wir Bedarf war
- Für die Versorgungssituation ist es schon so dass ich erlebe dass darauf reagiert wird zum Einen gab jetzt ja den Rödelheimer Bahnweg, ist glaub ich auch vom Tagesstätte und auch Wohngemeinschaft
- Da ist das Durchschnittsalter ähnlich wie bei uns würde ich mal vermuten
- Die Kriegstraße wird gebaut, also man kuckt schon dass man den Ansprüchen, weil man mitkriegt dass die immer älter werden, irgendwie genügt
- Die Gefahr ist immer zu sagen so, ich mach jetzt einfach mal ein Altenheim auf und sag ich nehm jetzt erst ab mitte 40 auf und ein Krankheitsbild dass ne Pflegestufe 1 entsprechen muss
- Jemand der als Träger so nen Laden auf macht geht die Gefahr ein dass er sich so spezialisiert, dass er den Laden nicht voll kriegt und dann rechnet sich das nicht
- Die Aufgabe von mit als Projektleiter, ich, vergleichbar mit nem Hotel, ich muss kucken dass die Zimmer belegt sind, ich muss kucken dass der der Room Service stimmt, also dass genug Personal vorhanden ist für die Ansprüche an Fachleistungsstunden die wir beantragen beim Kostenträger, dazu muss ja auch Personal da sein, ich kann ja nicht beim LWV sagen bitte ich würd die Person gern mit 198 Fachleistungsstunden betreun und hab aber überhaupt keine Mitarbeiter die das leisten können

- so muss man kucken dass das alles ne runde sache ist, das ist nem hotel ganz genau so, wenn ich 50 betten habe, habe aber nur room service für 30 Betten dann gibt's ne Schieflage
- und da gilt es schon zu kucken dass sich diese Einrichtung rechnet und deswegen ist es schwierig konkret nur so eine ganz spezielle Einrichtung aufzumachen
- deswegen auch das Eschenbachhaus ist ja zunächst auch einfach mal eine betreute Wohngemeinschaft, die schon spezialisiert mit viel Schwerkranken arbeitet, aber wenn die Belegungsengpass haben würden die auch jemanden aufnehmen der nicht so krank ist, die halten sich das auch noch son bischen offen
- So auch der Rödelheimer Bahnweg, so wie das betreute Wohnen bei uns in der Kiesstraße dann, da muss man nen relativ großen Raum haben um das zu bedienen

- 30:00 – 34:00

- Es ist ja auchn bischen schwierig da Grenzen zu ziehen, also sagt man dann das jemand der 35 ist nicht in das Cafe rein darf, obwohl er vielleicht aufgrund 20 jährigen Konsums stark vorgealtert ist, vielleicht schon von den körperlichen Gebrechen eines 60 jährigen wo zieht man die Grenze, wo fängt man an und wo hört man auf mit dieser Spezialisierung
- Also ich weiß es gibt bei uns jetzt schon und da wurde auch vom LWV reagiert und auch von den Trägern z.B. diese Tagesstätten, Tagestätten für Drogengebraucher, für Schwerstabhängige, vorraussetzung SGB12 bezug, damit grenze ich ja schon mal bestimmte Dinge ein
- Also das heißt da ist schon jemand nicht mehr als arbeitsfähig eingestuft

- Und biete diesem Personenkreis, weil man sagt es kann nicht sein dass die entweder nur beim Arzt sitzen oder oder vor der Glotze, dass man denen auch Tagesstruktur gibt
- Was die was arbeiten können in kleinen Gartenprojekten oder da bieten die unterschiedlichste Ergotherapie, Bastelgruppen, Kochgruppen, alle mögliche
- Gibt es jetzt von Stiftung Waldmühle und von JJ, diese 2 Tagesstätten, das ist ein Angebot, was z.B. konkret an diesen Personenkreis richtet
- Auch die Stiftung Waldmühle sagt „Wir können das versuchen so ne Art Fahrservice wenn jemand zu unbeweglich ist, also auch das zielt ja schon auf ne Gruppe, auf nen bestimmten Personenkreis ab, die aufgrund ihres Konsumes schon nicht mehr so beweglich sind oder aufgrund des Alters nicht mehr so beweglich sind. Also in diese Richtung geht es schon, nur das es jüngst, also in den letzten 2 Jahren ist das entstanden
- Das ist schon ein Angebot das sich in Frankfurt rauskristallisiert hat
- Ich glaube konkret was für Altersheim, kann glaube ich auch schlecht sagen weil die bei uns die 50/60 jährigen einfach schon so stark vorgealtert sind, dass vielleicht ein 75 jähriger der fit ist, weil er nicht 40 Jahre Konsum aufm Buckel hat, ja, also wo setzt man an?
- Wo sagt man ab dem Alter oder ab dem Krankheitsbild, das ist alles son bischen verschwommen, das kann man irgendwie schlecht festmachen, deswegen ist das so schon mal gut geregelt was den Personenkreis angeht. Tagesstätte SGB 12 Leute, stehen dem Arbeitsmarkt schon mal nicht mehr zur Verfügung
- Das ist auf jeden Fall eine Angebotsstruktur für unsere Klientel, also wir haben viele von unseren älteren Menschen dahin vermittelt auch, wir zeigen denen das und nehmen das in die Hilfeplanung mit auf als Angebot

- 38:00 – 43:50

- Da ist die Landschaft relativ überschaubar, da müssen wir uns da gar nicht, das was ich so aufzähle oder das was sie auch schon so recherchiert haben, das ist die Angebotslandschaft, das ist so, ja
- Die Tendenz geht ja schon auch, es ist ja auch ein Wunsch des Kostenträgers vom LWV ambulant vor stationär
- Ich kann ganz viel ambulant auffangen
- Bei dem Thema Sterbebegleitung, das ist schon so die haben einen eigenen Wohnraum und dann fängt man an ganz viele ambulante Dienste da zu installieren, Hauswirtschaftshilfe, Pflegedienst, Palliativteam, Einkaufsdienst, Medikamentendienst, da muss man einfach ganz viel drum herum basteln, da gibt es ja verschiedene Gründe auch, zum einen immer alles noch günstiger als stationäre Sachen, ein Heimaufenthalt kostet erheblich mehr als wenn jemand mit ner Pflegestufe 2 oder 3 Zuhause versorgt wird, weil die 24 Stunden Betreuung wegfällt
- Zum andern ist es für viele Menschen, die sagen ich möchte nicht im Krankenhaus sterben, ich möchte in meiner gewohnten Umgebung alt werden und da auch sterben
- Deswegen gibt's zum einen dieses BWGs, das ist ja nicht wirklich stationäre, stationär ist eher heim, aber eben dass wir Wohnraum bieten
- Es gibt ganz viele ältere Drogengebraucher die wir eben auch im betreuten Einzelwohnen haben wo wir nen Pflegedienst installiert haben, wo wir ne Hauswirtschaft installiert haben also ambulant vor stationär
- Da muss man sich auch nix vormachen, da gibt's jetzt nix speziell für den HIV positiven Drogenabhängigen, da kommt genau so ein Pflegedienst, jetzt wars hier viel die AIDS-Hilfe, aber das wird genau so vom Hausfrau-

enbund oder von Pro blablablalaaa was es da alles für Pflegedienste gibt, die decken das ganz genauso ab, weil die Arbeit unterm Strich ja die gleiche ist

- Natürlich könnte man sagen dass der Personenkreis ist ein bisschen anders, aber die ausführende Tätigkeit ist nicht anders bei nem 60 jährigen Drogenabhängigen der ne Pflegestufe 2 hat, zu jemandem der nicht Drogen genommen hat und die Pflegestufe 2 hat, ja, von der reinen Tätigkeit, ob das nun waschen ist oder Medikamenten, ja, bleibt ja gleich
- Altenheim Rotterdam für Schwerstabhängige, biste vorher durch Altenheim gelatsch in irgend nem Seniorenstift, kein unterschied größer, Pflegedienst drin und so
- Es wird einem deutlich dass sich die Altersgebrechen dann unwesentlich unterscheiden von Altersgebrechen anderer Menschen, gut die haben seltener HIV oder weniges HEPs, aber ansonsten wenn ich mir die Krankheitsbilder ankucke mit denen sich die Leute bei uns rumplagen, Rücken, dies das, Gastritis, ja, das sind alles normale Alterserkrankungen, in sofern hat sich da für mich vieles relativiert und wir arbeiten mit ganz normalen Pflegediensten zusammen, natürlich die sagen ok wir schrecken jetzt vor einer etwas schwierigeren Klientel jetzt nicht unbedingt zurück, aber ansonsten gibt es da keine größeren Unterschiede, das muss man einfach ganz realistisch sehen

- 43:50 – 48:00

- Es gibt jetzt nicht konkret hier du bist jetzt 65 jetzt gehst du da hin ins Altenheim, das gibt es nicht, sondern es gibt Einrichtungen die sich für bestimmte „Gebrechen“ mehr eignen als andere

-
- Die Personen die sich bei und bewerben überhaupt nicht den Alterspekt im Hinterkopf haben sondern dass Beigebrauch kein Ausschlusskriterium ist, das ist bekannt, alter nicht
 - Das ist auch nicht das Eschenbachhaus weil das Thema Alter, ne, ich erlebe das auch nicht als Thema bei den Klienten
 - Es ist ja auch nicht so dass wir mit 70/80 jährigen zutun haben, ham wir nicht
 - Die wenigen Klienten die jetzt wirklich älter sind die haben in der Regel auch einen eigenen Wohnraum und lassen sich dort versorgen
 - Ich kenne keinen Klienten der 70 ist, kenne ich nicht
 - Aber die Klienten die bei uns mitte ende 50 sind die sind von den körperlichen Gebrechen her sind die schon 20 Jahre älter
 - Aber dass das Klientel konkret das den Wunsch oder da Einrichtungen, ne, das ist dann auch eher so ja gut, das ist Tagesstätte Tagesstruktur, kann ich Mittagessen gehen, da treff ich paar leut, da gibt's keinen Druck, da muss ich nich daheim vor der glotze sitzen, aber dass Thema Alter hab ich im Umgang mit den Klienten und auch wenn ich mich mit Sozialdienst unterhalte nie als Thema so klassisch erlebt
 - Konkrete Angebote gibt es nicht, es gibt Angebote die für den ein oder anderen Personenkreis sich mehr eignen und auch für Leute die schon älter sind, aber dieses konkret Altenheim, ich glaub das würde sich auch garnicht gut machen erst mal vom Gefühl, so Altenheim wer will denn da hin

- 48:00 – 52:00

- Den sozialarbeiterischen Bereich decken wir ab und organisieren auch gerne Hilfen, man muss dann kucken was man dann mit welchen Pflegediensten man dann zusammenarbeitet und hauswirtschaftliche Hilfe, mit Fachärzten, mit welchen Substitutionsambulanzen, es sind ja häufig Fachärzte bzw Psychiater sind das ja häufig, da sind wir bekannt, mit denen arbeiten wir

- Wir kaufen einfach auch Leistungen ein

- Da hat man bestimmte Stellen mit denen man eben länger und besser schon zusammenarbeitet

- Gibt es die Hilfeplankonferenzen 14tätig, da lädt der Kostenträger für das ganze BW, der LWV, zu diesen 14tägigen Hilfeplankonferenzen wo die einzelnen Hilfepläne der Bewohner vorgestellt werden und da sitzen von allen Trägern der Frankfurter Drogenhilfe die BW anbieten Vertreter und da findet natürlich auch ein fachlicher Austausch statt

- Da hab ich jetzt grad jüngst mal angefragt, wer gute Erfahrungen mit welchen Pflegediensten gemacht hat weil wir einen Klienten betreuen im Einzelwohnen der eben schwierig ist und bestimmte Gründe warum da schon Pflegedienste aufgehört haben wollte ich jetzt einfach mal hören wer kennt einen der schmerzfrei ist, also da findet ein Austausch statt, wenn man sich da 14 tägig 30 mal im Jahr sozusagen trifft

- Aber ansonsten ist das, klar ein paar Telefonate aber, das würde ich so im Bereich BW als Schnittstelle sehn wo man sich trifft, wo man sich austauschen kann, wo man auch mal einen schwierigen Fall einbringen und gemeinsam über das weitere Vorgehen berät und man findet in Zusammenarbeit mit den andern Trägern eine Lösung

- 53:00 – 57:30

- Unser Personal ist in der Regel Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen oder Fachbereich Sozialwesen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, das ist der Personenkreis mit dem wir arbeiten

- Alles was wir an zusätzlichen, das sind dann keine Mitarbeiter sondern das sind Mitarbeiter von externen Diensten die mit und kooperieren

- Aber unsere Mitarbeiter kann ich klar definieren, sind Hochschulabsolventen mit dem Schwerpunkt Soziales

- Wir rechnen ja Fachleistungsstunden ab und keine Pflegerische Arbeit, die Fachleistungsstunden berechnet sich auch danach mit was für nem Personal man, also wenn ich jetzt z.B nicht professionelle oder nicht studierte Fachleistungen aufschreiben lasse, können die nur 15% ausmachen z.B. Jahrespraktikanten, kann ich die nur zu nen gewissen Prozentsatz überhaupt einsetzen um die Arbeit zu machen, in sofern ist für die Arbeit die wir machen schon klar vorgegeben dass wir das mit Hochschulabsolventen von der Fachrichtung die ich eben schon angedeutet hab und alles andere wird extern über Annexleistungen über den Kostenträger beantragt und kommt von andern Stellen die andere Professionen haben

- Nein, jung find ich gut, alt find ich gut, ist auch bei uns durchwachsen, also gibt's kein, nein, hab ich kein Anspruch und ich erlebe auch keine Probleme, es ist häufig so dass die Klienten 30 Jahre älter sind als vielleicht ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin, aber aufgrund der fachlichen Kompetenz relativiert sich das ganz schnell

- Wenn die Leute mitkriegen was für ne gute Arbeit da gemacht wird, dann schwimmt das ganz schnell, dieses Altersgefälle

-
- In der Praxis funktioniert das und es ist auch nicht so dass in Supervisionen die jüngeren Kollegen oder Kolleginnen immer kommen und sagen hier, das nervt total
 - Bis jetzt kein Thema gewesen, hab ich noch nicht als problematisch erlebt

 - 1:02:00 – 1:04:00

 - Kooperieren wir mit unterschiedlichen Ambulanzen
 - Da ist es so: Medikamentendienst
 - Oder in dem einen Fall wo jetzt Palliativteam drinne ist, das läuft alles über das Palliativteam, über Pflegedienst, über Medikamentendienst, wird alles an externe Dienste abgegeben
 - Wenn jemand wegen körperlicher Gebrechen nicht mehr zur Vergabe konnte, dann wurde das über den Pflegedienst geregelt

 - 1:07:00 – 1:09:50

 - Das Angebot von KISS ist schon auch gerade bei unseren älteren Bewohnern, die eh schon ne Kontrolle in ihrem Konsum mehr oder weniger haben, weil sie sagen ich hab mit 50 kein Bock mehr am Monats 2. oder 3. keine Kohle mehr zu haben und mich irgendwo auf die Berger zu setzen und zu schnorren oder auf die Zeil oder Geschäftchen abzuwickeln, das ist mir zu anstrengend
 - Wo auch so diese Szene nähert sich immer mehr, die Leute sich distanzieren weil sie einfach mit der Geschwindigkeit nicht mehr mitkommen

-
- Und ich erlebe bei uns im Haus, jüngst bei 2 Bewohnern dieses aging out syndrom, die einfach aufgrund ihres jahrelangen Konsums die schnauze volle haben, Punkt,
 - Die haben ihr Substitut aber die haben auf den Rest kein Bock mehr und das sagen die auch so
 - Und wenn ich frage „warum konsumieren sie denn nicht mehr?“
 - Sie wissen nicht warum sie aufgehört haben, die packen das so allgemein, ich hab kein Bock mehr, die Abzocke, auf das schlechte Dope und all das, ich möchte mir was gutes zu essen kaufen können
 - Das sehe ich immer wieder, dieses, nja die Amis nennen es ja aging out, da Herauswachsen mit dem Alter

 - 1:09:50 – 1:21:00

 - Das ist das was ich für 2 Bewohner mit dem aging out bezeichnet habe, die schon so nen gefühlten ruhigeren Lebensabend haben wollen, aber in dem Bereich BW wie sie das jetzt im Moment genießen
 - Oder auch Leute die nach vielen Jahren bei uns den Absprung in eigenen Wohnraum schaffen und sich das schön machen und heimisch und größten Wert darauf legen nicht mit dem Vermieter anzuecken, dass die Miete sauber bezahlt wird aber bitte flankiert mir BEW
 - Aber ich glaube das ist wie bei nicht drogenabhängigen auch, das Thema Altenheim, [...]wer geht denn schon her und sagt ich will in das Altenheim oder ich mag jetzt nicht mehr zuhause sein das ist mir hier zu blöd und ich will lieber in ein Altenheim, wie wenige sind das

- Großteil kommt in ein Altenheim weil es einfach nicht mehr geht und dann ist da auch die Frage was wird da noch mitbestimmt und was wird über die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuer oder wer auch immer da, in sofern
- Wies glaub ich in der Gesellschaft bei den Personen die nicht abhängig sind genau so ist, ich möchte so lang wie möglich in meinem gewohnten Umfeld bleiben, mir geht's da gut und ich möchte da nichts dran ändern
- Dem alter geschuldet kehrt Ruhe ein, das ist einfach so, sie werden ruhiger, sie haben keine Lust mehr auf die Beschaffungskriminalität, viele wollen nicht mehr kriminell werden, haben keine Lust mehr auf Haft, halten sich akribisch an die Ratenzahlung und Geldstrafen, die ganzen Bereiche existenzbedrohende Schuld, kucken sie dass das irgendwie gesichert ist, d.h. der Veränderungswunsch geht dahin, dass sich nichts verändert im negativen Sinne
- Und ich erlebe auch dass der Konsum schon sich verändert, eben hin dass es immer mehr kontrollierter gebrauch ist außer in Krisen
- Also ich erlebe diese ruhiger werden und ich erlebe häufig eine Beikonsumreduktion auch, das krieg ich bei vielen mit, das sind schon so Veränderungen die gar nicht so unerheblich sind, die Veränderungswünsche müssen ja gar nicht so unglaublich groß sein, sondern einfach hier ich hab meinen Konsum/Beikonsum besser im griff, ich hab den Wunsch vielleicht ganz mit Beikonsum aufzuhören, ich möchte mich vielleicht runter dosieren
- Was wir ganz viel erleben ist, dass mit dem jahrelangen massiven Gebrauch natürlich Folgeerkrankungen kommen und dass die dauerhaft mit Krankheiten konfrontiert sind mit Arztbesuchen ich sprech immer so dieses Thema Arztmüdigkeit an, die habens satt, schon wieder zu nem annern Arzt und dann zum Diabetologen, d.h. viel früher, durch das vorgealtert, viel früher als bei andern kommen auch lauter gebrechen und nach aussagen die ich ganz oft höre ist „jetzt hab ich schon aufgehört so

viel zu konsumieren und jetzt kommt eine Scheiße nach der Anderen“ damit sind gemeint körperliche Gebrechen, also wird der Fokus bei viele richtet sich drauf ich will möglichst meine Gesundheit auf die Reihe bringen

- Da erleb ich immer wieder mehr Vernunft, mehr Zugang und dem geschuldet geht der Konsum dann auch runter
- Ich spreche jetzt aber konkret für unsere BWG Bewohner, sicherlich fallen auch genug im Bahnhofsviertel rum, auch älter, die da anders mit umgehen, viel autoaggressiver
- Bei uns ist das was sich abzeichnet, dass auf einmal mit zunehmendem Alter das Krankheitsbild sich nochmal gerändert und viele sich auch offen diesen Krankheiten annehmen und versuchen gesund zu bleiben und dementsprechend eben den Beikonsum reduzieren
- Das sind Dinge die ich wahrnehme und auch die Veränderungswünsche letztlich gehen dann weniger darum das bei manchen ich will in nen eigenen Wohnraum perspektivisch ziehen aber ein Großteil ist so ich möchte meine Gesundheit einigermaßen auf die Reihe kriegen ich möchte evtl mal wieder Kontakt zur Herkunftsfamilie irgendwie hinkriegen, solche Wünsche
- Das hängt zum einen natürlich vom Krankheitsbild ab und von der Nachhaltigkeit, wie die Leute konsequent die da dem Ding hinterher sind
- Das ne Veränderungsbereitschaft im Alter nochmal anders ist als vielleicht als 30 jähriger der da nochmal so ganz anders mitten im Konsum steht, in sofern kann ich mir vorstellen dass ältere Menschen da eher nochmal gewillt sind auch wenn sie viel mehr Jahre Konsum auf dem Buckel haben, aber der Konsum hat sich ja auch immer mehr verändert zum Negativen, in sofern, ja, kann ich mir vorstellen dass die Erfolgswahrscheinlichkeit sich im Alter eher noch steigert, kann ich mir denken,
- Aber auch geschuldet den körperlichen Gebrechen, ist dann nochma ne andere Motivation

- Ich denke in jungen Jahren gibt es viel häufiger noch so ne externe Motivation, fremd motiviert und das dann in dem Fall von älteren Leuten doch eher so ne intrinsische Motivation, also dass man sagt: hier nich so weiter mach mit der Gesundheit, ich mein das sind ja Warnungen die wenn wir mal im gesundheitlichen Bereich bleiben die die Klienten seit ersten Tag des Konsums von Ärzten in irgendeiner Art und Weise bei der Entgiftung oder sonst: Wenn du so weiter machst und die nächsten 10 Jahre, das Schwert ist irgendwann stumpf, das hör ich ganz oft, die Ärzte haben mich schon 30 Jahre totgeredet, unterm Strich
- 1:21:00 – 1:23:00
- Wenn wir jetzt nen 23 jährigen mit 56 jährigen zusammen, dass wäre sicherlich nochmal schwieriger würde ich sagen, weil da einfach nochma ne andere Lebendigkeit drin ist
- 1:23:00 – 1:27:45
- Ich erlebe eher in den Hilfeplankonferenzen dass umgekehrt Leute die schon im Altenheim waren und Abhängig sind dass für die dann ne Einrichtung gesucht wird weil sie vielleicht nicht so geeignet sind für ein Altenheim, das kommt immer mal wieder vor dass da ne Anfrage kommt
- Ich glaube wenn jemand von unserem Personenkreis an den Punkt kommt in ein Altersheim zu müssen, ist das sicherlich, ist das Krankheitsbild dann teilweise schon so fortgeschritten, dass es da dann keine große Unterscheidung mehr gibt zwischen dem alten Drogengebraucher der vielleicht noch sein Methadon kriegt und die anderen bekommen eben ihre Herztropfen oder er bekommt Methadon plus Herztropfen, ich glaube dass es da dann keinen so großen Unterschied mehr gibt

-
- Von der Pflegearbeit macht es keinen Unterschied ob jemand abhängig ist und Krankheiten entwickelt oder eben nicht, die Arbeit bleibt perse erst mal gleich außer eben spezielle Krankheiten wie HIV jetzt oder AIDS Erkrankungen, aber ansonsten es gibt keinen Unterschied das ist für die Pflegedienste ist das ne kranke Person die Pflegebedarf hat Punkt
 - Der MDK stellt ne Pflegestufe fest, da wird erst mal kein Augenmerk, achso, sie sind aber Abhängig, es gibt keinen Unterschied
 - Ich meine es gibt Pflegeheime, also auch in den Altersheimen gibt es ja unterschiedliche Abteilungen, mit mehr Pflegebedarf, Demenzabteilungen, da gibt's ja auch unterschiedlichste Formen und ich glaube wenn jemand dann wirklich so pflegebedürftig ist dass er in ein Altenheim muss dann ist der Unterschied nicht mehr so groß, das glaub ich einfach
 - Sicherlich sind eher obdachlose Alkoholiker sind das sind halt ne legale Droge, ob die dann 10 Jahre auf der Straße waren oder nicht
 - Ich glaube es relativiert sich ganz viel im Alter weil dann einfach die Sucht nicht mehr im Vordergrund steht, das ist dann noch ein kleiner Teil aber das ist nicht mehr
 - Und die die so abhängig sind dass sie wirklich da weiter auf der Szene rumfallen die haben auch kein Interesse daran, für die kommen solche Einrichtungen nicht, da ist ja auch wieder das Stichwort Compliance, die müssen ja auch immer ne gewisse Compliance mitbringen um dann auch irgendwo dahin zu wollen
 - Und wenn die da ist dann ist man auch für bestimmte Dinge bereit was zu verändern sonst wird man eben nicht aufgenommen

- 1:27:50 – 1:30:50

- Also ganz klar meine Haltung und ich denke da kann ich auch für den Kostenträger sprechen, das ist auch im Interesse des Kostenträgers und auch von der Sinnhaftigkeit finde ich es besser Leute in nem gewohnten Umfeld zu lassen und dort dann ambulant zu versorgen so lange wie es geht

- Ich glaube dass sich über das Alter einfach vieles relativiert, dass der Suchtdruck zurückgeht und der Körper einfach nicht mehr mitmacht: Ja ich würd sogern noch meine 6/8/10 Crackpfeifchen am Tag rauchen aber ich packs nicht mehr, ich krieg Atemnot, es passt mit meinem Asthma nicht zusammen und ich muss doch hier eh schon Betablocker nehmen wegen meinem Herz

- Die Folgeerkrankungen und das zunehmende Alter erlaubt diesen Konsum nicht mehr

- Bei Personen die eben auf der Szene sich noch weiter rumdrücken wo man dann aber in Frage stellt, ist das aber vielleicht auch ne Form von gewähltem Suizid, sich einfach so weiter kaputt zu machen und wo dass dann auch in der Regel nich in ner Einrichtung endet sondern eben in Krankenhäusern endet

- 1:30:50 – 1:33:40

- Die Leute sind ja im Drogenhilfesystem angebunden und haben Kontakt und darüber werden eben weiterführende Leistungen und Hilfen organisiert

- Das Altenpflege zuständig wird kann auch irgendwann noch Thema werden aber ich hab noch niemanden gehabt in dem Alter

-
- Ich hab einfach noch niemanden gehabt der in dem Alter ist dass es sich auch in der Finanzierung nochmal verändert
 - Bei uns sind die ersten 60

 - 1:33:40 – Ende

 - Das diese besonderen Hilfen im Endeffekt garnicht so besonders sind sondern das ist das was eh schon bei allen anderen Menschen älteren Menschen stattfindet
 - Es gibt Pflegedienste die vielleicht ein bischen mehr spezialisiert sind, die Mitarbeiter sind schmerzfreier weil vielleicht mal ein andere Umgangston oder Szenebesuch herrscht oder Unordnung
 - Ich kenn auch genug Fälle aus anderen Arbeitsbereichen wo die Wohnungen genau so runtergekommen sind ohne dass die Leute drogenabhängig sind
 - Es gibt für alles ambulante Dienste, ob das nun normal ältere sind oder ältere Drogenabhängige das wird alles es gibt für alles schon Angebote, die sind halt jetzt nicht spezifisch, weil ich aber auch die Notwendigkeit größtenteils überhaupt nicht sehe, also die Leute sind genau so gut versorgt über das bestehende System
 - In Ergänzung diese tagesstrukturierenden Maßnahmen

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen.

Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen. Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Ort, Datum

Unterschrift

StudentIn

HauptreferentIn

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs
Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

zu

nicht zu

(bitte ankreuzen)

zu

nicht zu

(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist
(3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit
ausleihbar in die Bibliothek eingestellt
werden.

Ja

Nein

(bitte ankreuzen)

Unterschrift StudentIn

Unterschrift HauptreferentIn