

# **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work**

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

---

Überblicksarbeit / Review

## **„Alte Junkies“: Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens?\***

Kristin Ebert (Dipl.-Sozialpädagogin) & Sabine Sturm (Soziologin, M.A.)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2006;3:19-30, URL: [www.indro-online.de/Ebert3\\_06.pdf](http://www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf)

### **Einleitung**

Bei kompulsiver Einnahme von Opiaten/Opioiden als Originalsubstanzen kann man auf Grund ihrer kaum die Gesundheit beeinträchtigenden Wirkungen und Nebenwirkungen ein ebenso hohes Lebensalter erreichen wie alle anderen Mitbürger auch (Schneider 2000). Doch auf Grund von Prohibition und massiver Kriminalisierung (staatliche Repression) sowie einer ausschließlich auf Abstinenz fixierten Suchtkrankenhilfe (Abstinenzparadigma) unter weitgehendem Ausschluss der Medizin, die den Großteil ihrer Adressaten gar nicht erreichte, hatten Opiatkonsumenten Jahrzehnte lang nur eine geringe Lebenserwartung: Heroinabhängigkeit galt als Einbahnstraße in einen frühen Tod resultierend aus Überdosierungen oder der Injektion toxischer Heroin-Streckmittel an uneinsehbaren Plätzen (Bahnhofstoilette, Buschwerk, Hinterhof) mit einer geringen Rettungswahrscheinlichkeit. Die Überlebenden waren einem hohen Risiko ausgesetzt - sei es aus Mangel an sterilen Einwegspritzen oder unzureichender sachgerechter Aufklärung -, sich durch die Verwendung eines Spritzbestecks mit mehreren Drogenkonsumenten (needle-sharing) mit Hepatitis oder dem HI-Virus zu infizieren und an AIDS zu erkranken (Deutsche AIDS-Hilfe 1988; Schuller/Stöver 1989).

Erst eine massive und vor allem auch öffentlich sichtbare/spürbare Verschlimmerung der Problemlage (dramatischer Anstieg an HIV/AIDS, Beschaffungskriminalität, psychosozialer Verelendung, Drogentodesfällen) führte schließlich ab Mitte der 1980iger Jahre zu einem Prozess der Umorientierung und zur konzeptionellen und praktischen Umsetzung erster Harm-Reduction-Strategien im Rahmen einer sich entwickelnden akzeptierenden Drogenhilfe, deren Zielausrichtung nun die Bereitstellung von unmittelbaren Hilfen zur Überlebenssicherung und zur Vermeidung bzw. Minimierung lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten war (Schuller/Stöver 1990). Das Drogenhilfesystem wurde in den folgenden zwei Jahrzehnten erheblich ausdifferenziert, sowohl bezüglich der Zielformulierung (Abkehr vom Abstinenzpostulat), Struktur und Organisation (Aufbau vielfältiger niedrigschwelliger Hilfsangebote), der (Wieder-)Einbeziehung der Medizin (z.B. Substitutionstherapien, qualifizierte Entgiftung) als auch erweitertem Einbezug von Selbsthilfeinitiative(n) (Stöver 1999; Deutsche AIDS-Hilfe 2001). Heute ist evident, dass Harm-Reduction-Angebote wie z.B. niedrigschwellige Kontaktläden, Sprizentausch und -abgabe (Abgabe von sterilem Spritzbesteck, Spritzenautomaten), Vermittlung von Safer-Use und Safer-Sex-Praktiken, Drogenkonsumräume, Substitutionsbehandlungen, Betreutes Wohnen), ihre Zielsetzung erfüllen und wesentlich zu einer Verringerung der Morbidität und Mortalität Opiatabhängiger beitragen, was sowohl in einer Verbesserung (problematischer) psychosozialer Lebenslagen als auch in einer Zunahme an Lebensqualität und einem Altersanstieg der Konsumenten (steigende Lebenserwartung) resultiert: „Der Rückgang der Anzahl der Rauschgifttoten dürfte sowohl auf die konsequente Ausweitung der Substitutionsangebote als auch die häufige Annahme ambulanter und stationärer Drogenhilfe zurückzuführen sein. Schätzungen zufolge ist mindestens die Hälfte der Heroinabhängigen in ärztlich überwachte Programme eingebunden.“ (BKA 2005)

So betrug etwa laut Rauschgiftjahresbericht des BKA das Durchschnittsalter der Drogentoten in Deutschland im Berichtsjahr 2003 33,8 Jahre und lag damit um anderthalb Jahre höher als im Vorjahr (BKA 2004a).

Auch bei der Beschaffungskriminalität liegt das Durchschnittsalter deutlich höher. Die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen im Zusammenhang mit Rauschgiftdelikten stieg bei den über 40-jährigen Männern kontinuierlich von 4.154 Personen (3,9%) im Jahr 1994 auf 12.540 Personen (5,9%) im Jahr 2003 an (BKA 2004b). Dem jüngst vorgelegten Bado-Bericht über die ambulante Suchthilfe in Hamburg ist zu entnehmen, dass die Altersgruppe der 46- bis 59-jährigen betreuten Personen, die ein Suchtproblem mit illegalisierten Drogen aufweisen, 9,30% (bei einer Grundgesamtheit von 3.130 Personen) beträgt. Älter als 60 Jahre sind 1,70%. Vergleichsweise höher ist der Altersdurchschnitt substituierter Hamburger. 14,40% sind zwischen 46 und 59 Jahre und 2,90% älter als 60 Jahre (bei einer Grundgesamtheit von 2.728 Personen) (Neumann/Martens/Buth 2005). Ein hohes Alter der Substitutionspatienten zeigt sich beispielhaft auch in der Altersstruktur der Substitutionspatienten in der KV-Region Westfalen-Lippe. Hier haben beinahe 3% der Patienten (bei einer Grundgesamtheit von 6.559 Personen) mindestens das 50ste Lebensjahr erreicht. Die ältesten Patienten sind zum Erhebungszeitpunkt 62 bzw. 69 Jahre alt (Geschäftsstelle der Substitutions-Kommission der kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 2005 - Die Zahlen stützen sich auf alle EDV-technisch auswertbaren Daten, die für das dritte Quartal 2004 Aussagen über die Altersstruktur von Substitutionspatienten zuließen).

Die ansteigende Altersstruktur (substituierter) Opiatgebraucher wirft die Frage auf, ob und ggf. in welcher Form Drogenhilfe hier greifen und neue Konzepte bereitstellen sollte/muss.

### **Problemskizzierung**

Die bisherigen Erfolge einer an Harm Reduction orientierten akzeptierenden Drogenarbeit dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass langjährige Opiatgebraucher, trotz fortschreitender Lebenserwartung, unter den weiterhin gegebenen strukturellen Bedingungen repressiver Drogenpolitik vielfach noch immer unter enormen physischen, psychischen und sozialen Problemlagen leiden. Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV/AIDS belasten den „Idealtypus Drogengebraucher“ gleichermaßen wie körperliche Behinderungen, z.B. Gliedmaßenverlust (Amputation, die aufgrund eines venösen Verschlusses durch die gängige Praxis der intravenösen Applikation von Tabletten erforderlich sein kann), schwere Persönlichkeitsstörungen und soziale Desintegration:

#### *Körperliche gesundheitliche Situation*

Die chronische Hepatitis C stellt eines der häufigsten gesundheitlichen Probleme von intravenös konsumierenden Drogengebern dar. Nach zehn bis dreißig Jahren kann diese Virusinfektion Spätkomplikationen in Form von Leberzirrhose oder Leberzellkarzinom (HCC) verursachen. „Unter Drogenkonsumenten und Methadonsubstituierten sind zwischen 55- 98% je nach Kollektiv infiziert [...]“ (Schäfer et al. 2000). Bei bis zu 51% der HIV-infizierten Risikogruppenpersonen besteht eine Koinfektion mit dem HCV, wobei die Koinfektion den natürlichen Verlauf der Hepatitis C negativ beeinflussen kann (ibid.).

Zwar sind bei HIV-Infizierten nach aktuellen Analysen die Raten der Progression zu AIDS und die Sterberaten mit der hochaktiven antiviralen Kombinationstherapie (HAART) im Vergleich zur Zeit vor 1997 stark zurückgegangen, dennoch haben HIV-Infizierte, die i.v. Drogen konsumierten, eine fast fünf Mal so hohe Sterberate wie Personen, die sich über den Geschlechtsverkehr mit dem Virus infizierten. Wissenschaftler vermuten als Ursache hierfür, neben der schlechten Compliance, das zusätzliche Auftreten von Hepatitis-C-Infektionen (Ärzte Zeitung 2003).

#### *Psychische gesundheitliche Situation*

Komorbidität, d.h. das gemeinsame Auftreten einer Störung durch den Gebrauch von psychotropen Substanzen im Sinne der ICD-10 F1 einerseits und einer weiteren Erkrankung aus dem Gebiet psychiatrischer Störungen andererseits, spielt eine große Rolle bei der Arbeit mit langfristig drogenkonsumierenden Personen. „In einer deutschen Feldstudie mit 350 Patienten zur Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem war die Lebenszeitprävalenz in der Gruppe der neurotischen, Belastungs-

und somatoformen Störungen [...] mit 43% am höchsten [...], gefolgt von den affektiven Störungen [...] mit 32% [...]. Keine psychische Störung fand sich bei 45%, Persönlichkeitsstörungen wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.“ (Günthner et al. 2000, 16)

Vor allem bei Personen, die über einen langen Zeitraum regelmäßig Kokain eingenommen haben, ist die Komorbiditätsrate für Persönlichkeitsstörungen sehr hoch. Beispielhaft zu nennen sind an dieser Stelle Borderline-, narzistische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen. Ebenfalls treten gehäuft posttraumatische Belastungsstörungen auf (Haasen et al. 2002).

### *Soziale Situation*

Der kleine Kreislauf von (illegaler) Geldbeschaffung (inkl. Prostitution), Drogenerwerb, Drogenkonsum - im Gegensatz zum großen Kreislauf, der ebenso Wohnungslosigkeit, Inhaftierung, Entgiftung, Therapie, etc. einschließt - trägt, in Abhängigkeit der Zeitdauer und Intensität, zu einer Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen (Resignation, Schwierigkeiten beim Aufbau von Vertrauen, Verlust der Steuerungsfähigkeit, etc.) bei.

Aufgrund der Illegalität ihres Lebensalltags und des permanenten Beschaffungsdrucks sind oftmals die sozialen Beziehungen von Drogenkonsumenten zu ihren Eltern/Angehörigen abgebrochen bzw. gestört, eigene Kinder in Obhut des Jugendamtes, Schul- bzw. Berufsausbildungen frühzeitig abgebrochen und der Berufseinstieg verhindert worden. Sozialkontakte werden überwiegend zu Angehörigen der Drogenszene unterhalten.

Die hier kurz skizzierten möglichen Situations- und Problemlagen müssen bei der Entwicklung und Realisierung zielgruppengerechter Betreuungsangebote für ältere bzw. alte Opiatgebraucher eingehend berücksichtigt werden. Wie die Betreuung von alten und deshalb auf Unterstützung angewiesene Drogenkonsumenten konkret aussehen wird und welche Besonderheiten und auch Schwierigkeiten mit dieser Arbeit verbunden sein werden, kann uns letztlich erst die praktische Erfahrung in diesem Gebiet aufzeigen.

Aus dem Wandel der Altersstruktur von Drogenkonsumenten kristallisieren sich zunächst folgende Fragen für die Drogenhilfe heraus:

- Muss sich die Drogenhilfe neu orientieren und flexibel auf eine „neue Herausforderung“ reagieren? Müssen neue Konzepte entwickelt werden?
- Ist die Unterbringung der speziellen Zielgruppe in traditionellen Altenwohnheimen eine hinreichende Lösung für die Heimanstalt auf der einen, wie für die Drogenkonsumenten auf der anderen Seite?
- Wie ist die Betreuung in eigens für Drogenkonsumenten eingerichteten Altenwohnheimen zu beurteilen?
- Welche Rolle kann das in der Drogenhilfe bereits umgesetzte Ambulante Betreute Wohnen in dieser Hinsicht spielen?

Vorausschauend sei hier bereits festgehalten, welche notwendigen Gestaltungsprinzipien die Unterbringung von drogenvorbelasteten Menschen mit sich bringen muss:

- ✓ Wohnen
- ✓ Akzeptanz
- ✓ Selbstbestimmung
- ✓ Normalität
- ✓ Vermeidung gesellschaftlicher Desintegration

### **Traditionelle Seniorenwohnheime als adäquate Möglichkeit der Unterstützung?**

Vorab muss betont werden, dass sich die Personengruppe der alten Drogenkonsumenten mutmaßlich nicht auf

demselben Altersstand befindet, wie der Durchschnitt der Altenheimbewohner, wenn sie auf Pflege/Unterstützung angewiesen sind. Die frühzeitige „Vergreisung“ ist auf die Lebensführung langjähriger Drogenkonsumenten unter kriminalisierten Lebensbedingungen zurückzuführen. Obdachlosigkeit, Gewalterfahrungen, Prostitution, mangelndes Hygienebewusstsein, Fehl- und Mangelernährung sowie Folge- und Begleiterkrankungen zählen zu den möglichen Ursachen für eine frühe Pflegebedürftigkeit.

„Obwohl es nur wenige medizinisch-wissenschaftliche Untersuchungen und Dokumentationen gibt, zeigt die Erfahrung, dass drogenabhängige Menschen überproportional häufig deutliche Zeichen einer Voralterung unterschiedlichen Schweregrades aufweisen.“ (Junkfurter Ballergazette 2005). Die gesundheitliche Situation der massiv drogenvorbelasteten Personen zwischen 45-55 ist vermutlich kongruent mit derjenigen Situation weit älterer Heimbewohner: So beträgt beispielsweise das Durchschnittsalter im Alten- und Pflegeheim Marienhaus in Essen 85 Jahre (Bublies 2006).

Es ist zu diskutieren, ob traditionelle Altenwohnheime eine adäquate Möglichkeit der Unterbringung derjenigen Personengruppe darstellt, die auf besondere Unterstützung oder Pflege angewiesen ist und die Doppelbelastung des Alters sowie die der Drogenproblematik zu tragen hat.

Aufgrund der Lebensweise, die der langjährige und häufig exzessive Gebrauch von Drogen mit sich bringt - bekannt ist den meisten Konsumenten der Kreislauf von Drogenerwerb, Kriminalität, Inhaftierung, Wohnungslosigkeit, Prostitution, Gewalt - ist davon auszugehen, dass diese Zielgruppe von dem „durchschnittlichen“, „normalen“ in Altenwohnheimen anzutreffenden Personenkreis abweicht.

Es kristallisieren sich mögliche strukturelle Kernprobleme für die Heimbewohner heraus:

#### Beigebrauchsproblematik

Eine besondere Schwierigkeit im Umgang mit dem betreffenden Personenkreis stellt eine mögliche **Beigebrauchsproblematik** neben einer Substitutionsbehandlung dar. Der hohe Anteil von Klienten mit Beikonsum ist nach wie vor ein zentrales Problem. „Eine große Zahl von Patienten, die sich in Substitution befinden, betreiben regelmäßig Beikonsum.“ (Westermann 2005, 250). Wechselwirkungen mit verschriebenen notwendigen Medikamenten können unkalkulierbare Risiken wie Drogennotfallsituationen mit sich bringen, die ein Altenwohnheim (und deren Mitarbeiter) sicher nicht tragen kann und will.

Darüber hinaus ist ein Beigebrauch von illegalisierten Substanzen wie Heroin oder Kokain mit der derzeitigen rechtlichen Situation nicht zu vereinbaren. Dennoch weisen viele Substitutionspatienten einen Parallelgebrauch an nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen auf, da sie den bei einer Substitutionsbehandlung nicht vorhandenen „Rauschzustand“ („Kick“) vermissen, das Spritzen an sich als angenehm empfinden („Nadelgeilheit“) oder eine für sie zu geringe Dosis des Substituts erhalten.

#### „Unangepasstes“/delinquentes Verhalten

Polytoxikomanes/polyvalentes Drogengebrauchsverhalten ist für eine Vielzahl von Konsumenten Realität. Neben illegalisierten Substanzen, wie Heroin, Kokain oder Cannabisprodukten, werden Medikamente und Alkohol eingenommen. Entweder um den Mangel an einer Droge mit einer anderen auszugleichen oder mit dem Ziel durch eine Paralleleinnahme verschiedener Substanzen eine möglichst intensive Rauschwirkung zu erzielen.

Ob sich dieses Verhalten im Alter fortsetzt oder die Drogenkonsumenten „ruhiger“ werden, sich mit einer Substitutionsbehandlung (und der ärztlichen Verschreibung von Benzodiazepinen) begnügen oder sich ihr Drogenkonsum vielleicht sogar drastisch reduziert, ist aufgrund der aktuellen Forschungslage nicht diagnostizierbar!

Aufgrund der Illegalität von z.B. Heroin, Kokain oder Cannabis und der daraus resultierenden (extrem) hohen Schwarzmarktpreise ist es Drogenkonsumenten kaum möglich, ausreichend Geld zur Substanzbeschaffung, z.B. durch die Aufnahme eines festen Arbeitsverhältnisses oder den Erhalt von Sozialleistungen (Rente, ALGII, etc.), zur Verfügung zu haben. Andere Geldquellen müssen die Abhängigkeit finanzieren. Nicht immer wird sich dabei an Gesetze gehalten, d.h. zum Teil werden hierfür Aktivitäten am Rande der Legalität umgesetzt oder durch kriminelle Handlungen, wie Dealtätigkeiten, Diebstahl oder Raub, überschritten.

Die Fortsetzung szenetypischer Verhaltensweisen im Alter würde erhebliche Auswirkungen auf den Alltag im Seniorenwohnheim mit sich bringen. Offene Türen der Heimbewohner sind hier die Regel. Problemlos könn-

ten dadurch den teilweise unter Verwirrtheit leidenden oder unter starken Beruhigungsmitteln stehenden „Mitlebewohnern“ Medikamente oder Geld für Drogen entwendet werden. Eine strengere Bewachung vorhandener Medikamente müsste in Erwägung gezogen werden, wenn Drogenkonsumenten bewusst verstärkt in traditionellen Seniorenwohnheimen betreut würden.

Die Angst vor Szenebildung und einer mit ihr möglicherweise verbundenen Kriminalitätsentwicklung (Dealei/Hehlerei, evtl. Körperverletzungen) im Umfeld von Seniorenwohnheimen reicht allein als Argument gegen die Unterbringung von Drogenkonsumenten in Seniorenwohnheimen nicht aus, da aufgrund der Vielzahl bestehender Heime wahrscheinlich immer nur ein geringer Prozentsatz von ihnen in einer derartigen Wohnform leben würde.

Für stabil substituierte Personen wird es hinsichtlich des Betreuungsbedarfs gegenüber „normalen“ alten Menschen keinen Unterschied geben und die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einem traditionellen Seniorenwohnheim sind (nach einer Klärung von Substitutionsvoraussetzungen wie z.B. der Umsetzung der PSB) aller Voraussicht nach gegeben. Hier erhalten eine Vielzahl von Bewohnern opiathaltige Schmerzmittel und sind von ihnen abhängig. Ein Unterschied zu stabilen Substitutionspatienten ist diesbezüglich nicht anzunehmen.

#### strukturelles Problem der Substitution/ PSB

Die Bundesärztekammer fordert die Teilnahme der Substitutionspatienten, parallel zur medikamentösen Behandlung, an einer psychosozialen Begleitung, die durch das Suchthilfesystem erbracht werden kann („Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (Nr. 3) vom 22. März 2002).

In der Praxis wird diese Begleitung ganz selbstverständlich mit „PSB“ bezeichnet. Was allerdings hinter dem „B“ dieses Kürzels steht, unterliegt verschiedenen Ansichten, die sich von „Betreuung“ (BUB- Richtlinien) über „Beratung“ oder sogar „Behandlung“ erstrecken (Follmann 2004; Gerlach/Stöver 2007).

Solange Richtlinien, Leitlinien, einschlägige Gesetzestexte oder Veröffentlichungen zur Substitutionstherapie opiatabhängiger Personen einen extremen Interpretationsspielraum in Bezug auf das Ermöglichen, was unter dem „B“ letztendlich zu verstehen ist, kann die Bedeutung der Umsetzung von PSB in Seniorenwohnheimen (sowie aber auch in anderen betreuten Wohnformen) nicht abgeschätzt werden. Deutlich wird lediglich, dass die Durchführung im Besonderen für alte Menschen (ob mit oder ohne körperlichen Beschwerden/Erkrankungen, etwa Rollstuhlfahrer, bettlägerige Personen) in Form von regelmäßigen Terminen z.B. in Drogenhilfeeinrichtungen, nur schwer umsetzbar sein wird.

Durch eine Kooperation zwischen Mitarbeitern des Seniorenheims und Mitarbeitern der Drogenhilfe könnte die PSB seitens der Drogenhilfe durchgeführt werden. Die Übernahme dieser Kosten wäre noch zu klären, die aber durch den Aufwand der einzelnen Besuchszeiten (inkl. Fahrzeit) sicher als hoch einzustufen wären. Kostengünstiger wäre die Fortbildung des sozialen Dienstes in den Seniorenwohnheimen, um derartige Aufgaben in ihre bisherige Arbeit zu integrieren. Da in vielen Seniorenwohnheimen die Zeit der Mitarbeiter für soziale Belange der Bewohner knapp bemessen ist (Bublies 2006), kann die Durchführung von PSB durch Mitarbeiter der Heime jedoch eher nicht in Erwägung gezogen werden.

Klärungsbedarf besteht weiterhin bezüglich der Handhabung der Vergabe des verschriebenen Substituts an die Bewohner von Seniorenwohnheimen. Da ein tägliches Erscheinen beim substituierenden Arzt aufgrund der körperlichen/geistigen Verfassung bei einer gewissen Anzahl von Patienten sicher ausgeschlossen werden kann, muss geklärt werden, welchen Nutzen die „Take-Home-Regelung“ für die Betroffenen erfüllen kann.

Vertreten wir hier die Auffassung, dass die traditionelle Seniorenwohnheimunterbringung für stabil substituierte betagte und auf Hilfe angewiesene Personen eine angemessene Betreuung darstellen könnte, drängt sich beinahe zwangsläufig die Frage auf, welche Hilfe Personen erwarten können, die neben der Substitution ohne einen gewissen Beigebrauch nicht auskommen oder aktuell (kontrolliert/kompulsiv) Heroin und/oder andere illegalisierte Substanzen konsumieren.

#### **Spezielle Seniorenwohnheim für (substituierte) Drogengebraucher**

Die Alternative zum traditionellen Seniorenwohnheim könnte ein spezielles Seniorenwohnheim für substituier-

te oder drogengebrauchende Personen sein, um eine entsprechende Unterstützung im Alter zu gewährleisten. Der Vorteil läge in der speziell auf die Zielgruppe der drogenerfahrenen Personen abgestimmten Betreuung. Auf drogenspezifische Probleme könnte zielgerichtet eingegangen werden, da sie auf dem Gebiet der Drogenarbeit bereits seit Jahren abgefangen und aufgearbeitet werden. Diese Form von Seniorenwohnheim könnte ihre Mitarbeiter einerseits aus dem Bereich der Drogenhilfe, andererseits aus Fachkräften der Altenpflege rekrutieren.

Der nahe lokale Kontakt mehrerer Drogenkonsumenten/Substituierter ermöglichte den Austausch von Erfahrungen der Heimbewohner untereinander. Verständnis für die jeweilige durch das Leben mit Drogen beeinflusste Situation sowie Empathie entwickelten sich möglicherweise unter den Heimbewohnern eher als durch drogenunerfahrene Personen. Es scheint wahrscheinlich, dass das subjektive Wohlbefinden der Bewohner deutlich ansteigen würde, wenn sie unter „ihres Gleichen“ lebten und sich nicht permanent als Randgruppe („der/die Drogenabhängige“) innerhalb einer Randgruppe („der/die Alte“) fühlen müssten.

Die Niederlande haben eine solche Wohnform bereits installiert: In Rotterdam besteht ein Seniorenwohnheim (Sophiahof), das eine eigene Abteilung für Drogenkonsumenten integriert hat. Der Sophiahof bietet Platz für bis zu 12 Drogengebraucher oder Substituierte ab 55 Jahren. In der Einrichtung wird Drogenkonsum toleriert. Betreut werden die Bewohner von Sozialarbeitern, einer Krankenschwester und einem externen Hausarzt. Die Finanzierung des Heimes erfolgt zum Teil durch die Bewohner selbst, zum anderen Teil durch den Staat. 50% der Sozialhilfe müssen die Bewohner abgeben, von dem Rest bestreiten sie die Kosten für Lebensmittel, z.T. Kleidung, und auch Drogen (Hentschel 2005).

Hingegen können derartige spezielle Seniorenwohnheime sicherlich auch Negatives bei den Bewohnern erreichen und sich kontraproduktiv im Sinne von (Re-) Integration auswirken. Ein Seniorenwohnheim wie der Sophiahof muss sich konsequenterweise mit allen damit verbundenen Auswirkungen, wie der Regelung mit dem Umgang von Drogenkonsum, Szenebildung, erhöhter Kriminalitätsbelastung etc. oder zumindest mit der Zuschreibung dieser Attribute durch die (umliegenden) Bewohner befassen. Bekannt ist eine derartige Form der Stigmatisierung bereits durch Problembereiche, also Wohngegenden, in denen vorwiegend sozial schwache Personen leben (sog. „soziale Brennpunkte“).

Aufgrund der Tatsache, dass trotz ansteigender Altersstruktur der Anteil der Drogenkonsumenten im Vergleich zur übrigen in Seniorenwohnheimen unterzubringenden Bevölkerung sehr gering ist, würden sich über Deutschland verteilt auch nur eine geringe Anzahl derartiger zielgruppenspezifischer Seniorenwohnheime finden lassen. Die daraus notwendigerweise resultierende „Verpflanzung“ alter Menschen in ein ihnen unbekanntes Gebiet bringt auch immer eine „Entwurzelung“ aus der gewohnten Umgebung und dem damit verbundenen Verlust möglicher jahrelanger Bezugspersonen mit sich. Das Herausnehmen aus dem Umfeld ist sicher neben der ohnehin schon schwierigen Situation, das bisherige Wohnumfeld aufzugeben, für die Lebensqualität der alten Menschen nicht zu unterschätzen.

Das Für und Wider in der Diskussion lässt erkennen, dass auch die Unterbringung von betagten Drogenkonsumenten in eigens dafür vorgesehenen Seniorenwohnheimen stark von Kompromissen geprägt ist/wäre.

Laut „Richtlinien für den Bundesaltenplan“ vom Januar 1992 sollen hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen die notwendigen offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zur Verfügung stehen. „Alten- und Pflegeheime, wie sie bis jetzt bestehen, sind [...] für drogenabhängige Menschen nicht geeignet, da sich ihre Lebensgewohnheiten, Vorstellungen und auch oft die Umgangsformen zu stark von denen der Nicht-süchtigen unterscheiden“. (Junkfurter Ballergazette 2005).

### **Ambulantes Betreutes Wohnen (BeWo) – Ein Modell mit Zukunft?**

Betreutes Wohnen ist ein übergeordneter Begriff für unterschiedliche Formen der Wohnbetreuung. Als betreutes Wohnen werden Wohnformen bezeichnet, in denen Menschen dahingehend betreut werden, dass bei gleichzeitiger Unterstützung zur Bewältigung der individuellen Probleme die größtmögliche Autonomie gewährleistet wird.

Es existieren verschiedene Konzepte von betreutem Wohnen, die individuell für die zu betreuende Person ausgewählt werden. Mit Hilfe von Einzelfallhelfer oder Pflegedienst soll die zu betreuende Person ihren Alltag

unter Gewährleistung der größtmöglichen Autonomie bewältigen.

#### *Ambulantes Betreutes Wohnen für alte Menschen*

Es besteht professionsübergreifend wissenschaftlicher Konsens darüber, dass alten Menschen, sofern sie es wünschen, die Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts unter den vertrauten Lebensbedingungen ermöglicht werden sollte. So hat auch der Gesetzgeber das Prinzip des Vorrangs der privaten Haushaltsführung vor der stationären Pflege gezielt normiert (§9 Abs. 2 SGB XII).

Betreutes Wohnen stellt eine Hilfe zur Aufrechterhaltung individueller Lebensführung trotz alters- oder gesundheitsbedingter Beschwerden außerhalb von traditionellen Alten- und Pflegeheimen dar. Das Konzept ist dadurch gekennzeichnet, dass altersgerechte Wohnmöglichkeiten und betreuende Dienste kombiniert werden.

#### *Ambulantes Betreutes Wohnen für Drogenkonsumenten*

In der Drogenarbeit dient das Betreute Wohnen der Stabilisierung, der Hilfe zur Orientierung und Entwicklung eigener Haltungen und der Krisenintervention sowie als Halt zur Verbesserung der Lebenssituation nach stationärer Behandlung im komplementären und poststationären Bereich. Betreutes Wohnen wird bereits seit Jahren als Baustein der akzeptanzorientierten Drogenhilfe zur Stabilisierung drogengebrauchender Menschen umgesetzt. Im Folgenden sollen Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung dieser Wohnform auch für ältere Drogenkonsumenten diskutiert werden.

„Ambulantes Betreutes Wohnen“ meint in diesem Zusammenhang eine auf die Probleme des Einzelnen (abstinenten, substituierte und Drogen konsumierende Personen) zugeschnittene Maßnahme im Rahmen der Einzelhilfe. Zu den Zielen zählen beispielsweise die Stabilisierung der Gesundheitssituation, die Vermeidung weiterer Straffälligkeiten und Inhaftierungen, die Stabilisierung der psychosozialen Situation und die Stabilisierung des Drogengebrauchsverhaltens - und in erster Linie die Stabilisierung der Wohnsituation.

Die betreuten Personen wohnen in der Regel in selbst angemieteten separaten Wohnungen, sind also von keinerlei wohnungsrechtlichen Verpflichtungen gegenüber den Mitarbeitern der Drogenhilfe abhängig (Stärkung der Eigenverantwortung). Ein mögliches Konfliktpotential, wie es aus Wohngemeinschaften bekannt ist, entfällt.

Für den Projektträger wird eine Abgrenzung zu den Pflegegesetzen notwendig sein, die Relevanz erlangen, sobald die pflegerischen Aspekte der Betreuung in den Vordergrund rücken.

#### *Ambulantes Betreutes Wohnen - Ein Modell mit Zukunft?*

Es wird immer mehr Menschen geben, deren Pflege und Betreuung im häuslichen Umfeld nur schwer zu realisieren ist. Dies betrifft Drogenkonsumenten ebenso wie andere Personen. Daher werden auch zukünftig „institutionalisierte Wohnformen“ notwendig sein. Die Umsetzung des Ambulanten Betreuten Wohnens kann den Versuch bedeuten, die Möglichkeit einer Hilfe zur Aufrechterhaltung individueller Lebensführung trotz alters- und gesundheitsbedingter Beschwerden außerhalb traditioneller Altenheime/Gerontopsychiatrien für betagte Drogenkonsumenten zu bieten. Die Bereitstellung eines Lebensortes anstelle einer bloßen Versorgungsinstitution muss hierbei im Vordergrund stehen.

Bekanntlich sind viele Biographien von Drogenkonsumenten durch Wohnungslosigkeit und Leben in Obdachlosenunterkünften geprägt. Die Bedeutung des Lebens in den „eigenen vier Wänden“ wird im Alter für diese Gruppe eine ganz besondere sein.

Unabhängig von den Vorgaben und Beschränkungen des Seniorenwohnheimbetriebes kann das Ambulante Betreute Wohnen voraussichtlich auch im Alter zu einem möglichst selbstbestimmten Leben und Wohnen beitragen. Voraussetzung für die möglichst eigenständige Lebensführung der betreuten Personen ist eine altersgerechte (barrierefreie) Wohnung, in und aus der sich der/ die Betreute ohne Fremdhilfe bewegen kann, solange sein Gesundheitszustand dies zulässt.

#### *Besondere Anforderungen an das Mitarbeiterprofil in der Schwerpunktarbeit BeWo*

Die Besonderheit des Umgangs mit drogenerfahrenen/-gebrauchenden Personen im fortgeschrittenen Alter

stellt durch die extreme Spannweite erforderlicher Kompetenzen in verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise Krisenintervention aufgrund von körperlichen/geistigen Beeinträchtigungen oder Behinderungen, Kenntnis der Pflegegesetze, etc. enorme Anforderungen an die Mitarbeiter des Betreuten Wohnens. Parallel zu altersbedingten Erkrankungen, wie Demenz, Parkinson oder den „normalen Gebrechlichkeiten“ (Schwierigkeiten bei der Fortbewegung, Verwirrtheit, Unsicherheit im Umgang mit alltäglichen Handlungen, etc.) treten bei Drogenkonsumenten verstärkt Lebererkrankungen (Hepatitis) und/oder HIV-Infektionen/ AIDS-Erkrankungen auf. Eine Kooperation mit medizinischen Fachkräften (Arzt, Pflegekräfte) ist unumgänglich.

Für die Mitarbeiter des Betreuten Wohnens wird die Betreuung von alten und auf Pflege angewiesene Menschen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Tod sowie eine Konfrontation mit dem Vorgang des Sterbens an sich bedeuten, unabhängig davon, ob Sterbebegleitung ein Bestandteil der Alten-Drogenhilfearbeit sein soll, oder ob betreute Sterbende im Hospiz untergebracht werden.

Als sinnvoll kann für einige Drogenkonsumenten eine Betreuung im Rahmen des Ambulanten Betreuten Wohnens betrachtet werden, wenn sie bereits einsetzt, ehe altersbedingte oder pflegerische Hilfe notwendig ist und die Hilfestellung vorab primär auf drogenbedingte Unterstützungsangebote abzielt. Pflege- und Betreuungsmaßnahmen könnten so von den Mitarbeitern der Drogenhilfe hinzu gezogen werden, wenn sich der Bedarf einstellt.

So kann beispielsweise die Betreuung einer an AIDS erkrankten älteren Person exemplarisch für eine mögliche Versorgungssituation stehen. Typisch für den Krankheitsverlauf der (sowohl chronisch als auch akut verlaufenden) Immunschwächekrankheit ist, dass sich Phasen der akuten Symptomatik, in denen pflegerische Intervention notwendig ist, abwechseln mit Phasen in denen der Betreute viel mehr Selbständigkeit besitzt (Schaefer/Moers 1995).

Für Mitarbeiter des Betreuten Wohnens bedeutet dies im Allgemeinen aber zunächst einmal die Sicherstellung der Grundbedürfnisse der betreuten Menschen. Zum einen als Hilfe zur Selbsthilfe, wenn es dem Erkrankten soweit möglich ist, zum anderen bedeutet es die Kooperation mit Pflegekräften, sobald der Krankheitsverlauf dies erfordert. Während pflegerische und medizinische Aspekte der Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal durchgeführt werden müssen, stehen für den Mitarbeiter der Drogenhilfe vor allem psychosoziale Aspekte im Vordergrund (hierbei wäre ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den Fachdiensten sinnvoll).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Aufgaben und auch die Ziele innerhalb des Ambulanten Betreuten Wohnens einer Umorientierung bzw. Erweiterung unterliegen.

- Primäre (mögliche) Aufgaben/Ziele der Betreuung von drogenerfahrenen/-gebrauchenden Menschen:
  - Stabilisierung der Wohnsituation
  - Stabilisierung der Gesundheitssituation
  - Haftvermeidung
  - Schuldenregulierung
  - Stabilisierung des Drogengebrauchsverhaltens
  - Finanzmanagement
  
- Primäre (mögliche) Aufgaben/Ziele der Betreuung von drogenerfahrenen/-gebrauchenden alten und deshalb auf Hilfe angewiesenen Menschen:
  - Umgang mit gebrechlichen/verwirrten Menschen
  - Grundkenntnisse der Pflege und Besonderheiten alter Menschen
  - Umgang mit Sterbenden/Sterbebegleitung
  - Krisenintervention (vor allem bei physischem/psychischem Verfall)
  - Hilfestellung zur Alltagsbewältigung
  - Sicherstellung der Versorgung von Grundbedürfnissen (Nahrung, Hygiene) sowie des Haushalts durch Pflegepersonal, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, etc.
  - Strukturiertes Finanzmanagement (evtl. Übernahme von Finanzangelegenheiten, die nicht mehr selbständig durchgeführt werden können)

### *Grenzen der Betreuung alter Drogenabhängiger durch das Ambulante Betreute Wohnen*

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ beinhaltet das Einsetzen unterstützender Maßnahmen im ambulanten Bereich, solange eine stationäre Unterbringung umgangen werden kann.

Den Grenzen des Ambulanten Betreuten Wohnens wird sich durch Einsatz pflegerischer Maßnahmen genähert. Individuell und regelmäßig muss geklärt werden, ob und unter welchen Voraussetzungen eine ambulante Betreuung sinnvoll ist.

Problematisch ist die Betreuung Drogenabhängiger, die noch nie eine Wohnung alleine bewohnt haben und/oder lange Zeit in stationären Institutionen verbracht haben. Das gänzliche Fehlen von Alltagsbewältigungsstrategien kann u.U. nur schwer im Rahmen des von Fachleistungsstunden begrenzten, ambulanten betreuten Wohnens vermittelt werden.

### **Herausfallen aus dem Netz der Hilfsangebote**

Der ewige Mythos von dem „immer jünger werdenden Drogenkonsumenten“ scheint sich hartnäckig und doch unbemerkt in den Köpfen derjenigen festzusetzen, die in der Drogenhilfe tätig sind. Liegt in dieser Suggestion vielleicht der Grund dafür, blind und unbedacht an der alten Generation vorbeizublicken, ohne sie bewusst wahrzunehmen?

Aufgrund der geringen epidemiologischen Relevanz des illegalisierten Drogenkonsums im höheren Alter konzentrieren sich Öffentlichkeit, Gesundheitspolitik und fachliches Interesse eher auf alkohol- und medikamentenabhängige Personen. So stellt bspw. die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) das Jahr 2006 unter das Motto „Alter und Sucht“, bezieht sich dabei aber lediglich auf **legalisierte Substanzen** (Alkohol, Medikamente, Tabak). Alte Konsumenten illegalisierter Substanzen werden nicht berücksichtigt.

Es scheint, dass ausschließlich Personen, auf die die Attribute „jung und süchtig“ oder „alt und süchtig nach legalen Substanzen“ zutreffen, unterstützende Hilfsangebote beanspruchen können.

Doch es gibt auch Reaktionen auf die „Neuen Alten“ als Zielgruppe in der Drogenhilfearbeit:

### **Drogenhilfe im Umbruch**

Am 7. September 2005 fand unter dem Motto „When I’m Sixty-Four – Alt werden mit Drogen?“ eine Fachtagung des Arbeitskreises Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V., in Kooperation mit dem Akzept Landesverband NRW in Ahlen, statt. Eine Veranstaltung, die möglicherweise zu einem Umdenken in der Drogenhilfearbeit Anstoß gibt.

Das Projekt LÜSA in Unna arbeitet an der Umsetzung der Konzeption einer „Dauerwohneinrichtung für alternde und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen“, in der Drogengebraucher auf Wunsch bis zu ihrem Tod Unterstützung in ihrer Lebensbewältigung erfahren (LÜSA 2002).

Und das Züricher Sozialdepartement stellt älteren Konsumenten illegalisierter Drogen ebenso wie Alkoholkern, die weder in Wohnangebote für jüngere Drogenkonsumenten noch in Seniorenwohnheime vermittelt werden können, eine Wohneinrichtung zur Verfügung. Diese spezielle Form des „begleiteten Wohnens“ wird in einer ehemaligen Obdachlosenunterkunft mit 19 Wohneinheiten umgesetzt, in der Eigenständigkeit gefördert wird, aber auch Unterstützung und Pflege gewährleistet ist. Der Gebrauch illegalisierter Drogen ist erlaubt (vgl. Tagesanzeiger, 6.10.2006).

Für aidskranke Menschen gibt es mittlerweile Wohn- und Pflegeheime, wie beispielsweise das Franziskushaus in Frankfurt. Das Wohn- und Pflegeheim für pflegebedürftige Menschen mit fortgeschrittener HIV-Infektion oder manifester AIDS-Erkrankung schließt Begleiterkrankungen wie Sucht oder neurologische/psychiatrische Störungen nicht aus. Hierfür wurden jeweils spezifische Angebote entwickelt (Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. 2006). Auch das Institut für Therapieforchung (IFT) reagiert auf die ansteigende Alterstruktur der Drogengebraucher. In der für 2006 geplanten bundesweiten Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen wird die Stichprobe laut Mitteilung des Instituts für Therapieforchung um die Altersgruppe der 60- 64 jährigen erweitert (Husen 2006).

## **Fazit und Zukunftsperspektiven**

Das aktuelle Drogenhilfesystem ist derzeit nicht ausreichend darauf vorbereitet alte Drogenkonsumenten in ihrer besonderen Situation aufzufangen. Tragfähige Konzepte zur Betreuung von stark drogenvorbelasteten und –geschädigten Personen müssen erarbeitet werden. Solange keine umsetzbaren Konzepte darüber bestehen, wie die Betreuung von Drogenkonsumenten im Alter aussehen kann, wird (zumindest vorerst) eine Belegung der Geronto-Psychiatrien durch diese Zielgruppe aufgrund ihres abweichenden Verhaltens (Drogenkonsum) wahrscheinlich. Ein Abschieben der alten Drogenkonsumenten ohne die Auseinandersetzung mit ihren spezifischen Problemen, die als häufige Konsequenz des langjährigen Drogenkonsums zu verstehen sind, würde die Folge sein. „Um [...] Drogenabhängigen die Möglichkeit zu geben, in Würde alt zu werden und in Frieden zu sterben, müsste eine angemessene Versorgungsstruktur nicht nur angedacht, sondern auch verwirklicht werden.“ (Junkfurter Ballergazette 2005)

Ambulantes Betreutes Wohnen kann sich zu einem geeigneten Instrument entwickeln, alten Drogenkonsumenten in ihrer besonderen Situation („alt und süchtig“) adäquate Unterstützung zu ermöglichen. Diese Arbeit bedarf notwendigerweise der Kooperationen von medizinischem Personal (Pflegerdienst, Ärzten), Sozialarbeitern sowie der Unterstützung weiterer Versorgungsangebote (z.B. Essen auf Rädern).

Ein auf die (gesundheitlichen) Bedürfnisse der betreuten Person abgestimmtes Wechselspiel in der Betreuung, falls erforderlich vorrangig durch Mitarbeiter der Drogenhilfe oder aber auch durch medizinisches Personal, kann eine optimale Versorgung erreichen. Dieser Prozess kann sich wiederholen, so dass abhängig von der Betreuungsform (Pflege oder Stabilisierung der Gesamtsituation) unterschiedliche Hilfsangebote erforderlich werden.

Allerdings kann das Betreute Wohnen bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nur bis zu einem gewissen Grad ausreichende Versorgung bieten. Eine (zeitlich begrenzte) stationäre Behandlung kann notwendig werden. Auch der Umzug in ein Hospiz kann auf Wunsch einer betreuten Person durchgeführt werden, deren Lebenserwartung zeitlich sehr eingeschränkt ist.

Das Erarbeiten einer konkreten und differenzierten Konzeption von „Ambulantes Betreutes Wohnen für alte drogenabhängige Menschen“ erscheint notwendig. Die Umsetzung in der Praxis wird neue Grenzen dieser Arbeit aufzeigen, aber Lösungen sicherlich nicht vorenthalten. Drogenarbeit geht durch die Entwicklung der Generation der „neuen Alten“ in ein unbekanntes Feld, doch dieses sollte nicht als unlösbares Problem, sondern vielmehr als Herausforderung verstanden werden, der bereits in ihren Besonderheiten bekannten Zielgruppe der Drogenkonsumenten eine Chance auf individuelles und ein besseres Leben im Alter zu bieten.

Wenn der Anstieg des Lebensalters von Drogenkonsumenten auf der Grundlage erfolgreicher umgesetzter Harm-Reduction-Strategien im Rahmen akzeptanzorientierter Drogenarbeit basiert, wäre es doch nur human, die alten Konsumenten in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht einem ungewissen Schicksal zu überlassen.

Nicht nur die Drogenhilfe an sich steht vor der Herausforderung älter werdender Drogengebraucher. Sowohl der Strafvollzug als auch der Maßregelvollzug haben zunehmend mit alternden Menschen zu tun. Da über 30% drogengebrauchende Menschen „einsitzen“, wird sich auch hier zwangsläufig mit der Frage nach der Betreuung von älteren und alten Drogenkonsumenten auseinandergesetzt werden müssen.

## **Literatur**

Ärzte Zeitung: „Therapie gegen HIV bleibt ein Erfolgsmodell“, 24.10.2003

[www.aerztezeitung.de/docs/2003/10/24/192a0402.asp?cat=/medizin/infektionskrankheiten/hepatitis\\_c](http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/10/24/192a0402.asp?cat=/medizin/infektionskrankheiten/hepatitis_c)

BKA 2004a: Bundeslagebild Rauschgift, Rauschgiftjahresbericht 2003

BKA 2004b: Bundeslagebild Rauschgift, Rauschgiftjahresbericht 2003, Tabellenanhang, Tabelle 11

BKA 2005: Bundeslagebild Rauschgift, Rauschgiftjahresbericht 2004

Bublies, Jutta: Im Altenheim wird im Akkord gepflegt; Pflegeversicherung sorgt weiter für Ärger, 2006  
<http://www1.marienhaus.de/docs/pressearchiv/10.htm>

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): AIDS und Drogen. Deutsche AIDS-Hilfe. Berlin 1988

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): 10 Jahre JES-Netzwerk. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin 2001

Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Veröffentlicht in SUCHT 2004;51 (Sonderheft 1)

Follmann, Anke: Ein sicher nicht vollständiger Diskurs zur „PSB“. In: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.): DrogenLeben. VWB. Berlin 2004,91-97

Gerlach, Ralf/Schneider, Wolfgang: Methadon- und Codeinsubstitution. Erfahrungen Forschungsergebnisse Praxiskonsequenzen. VWB. Berlin 1994

Gerlach, Ralf/Stöver, H.: Begleitende psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. In: Beubler, E./Haltmayer, H./Springer, A. (Hg.): Opiatabhängigkeit. 2. Auflage. Springer. Wien/New York 2007, 225-230

Geschäftsstelle der Substitutions- Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen- Lippe: Tätigkeitsbericht. Dortmund, den 17.3.2005

Günthner, Arthur et al.: Komorbidität bei Drogenabhängigen. Empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen. In: Suchttherapie 2000;1(1):16-20

Haasen, Christian et al.: Körperliche und psychische Folgen des Kokain- und Crackkonsums. In: Suchttherapie 2002;3:2-7

Husen, Katja: Alter und Sucht- in Hamburg kein Thema (mehr)? Schriftliche kleine Anfrage und Antwort des Senats, 20.01.06

Hentschel, Axel: DrogenbraucherInnen im Alter. Abschlußbericht im Auftrag der AIDS-Hilfe. Dezember 2005

Junkfurter Ballergazette: Alt und Süchtig, 2005;(4):20-22

LÜSA: Projekt/ Konzeptentwurf, Modellprojekt "Dauerwohneinrichtung für alternde und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen" 2002

Neumann, Eike, Martens, Marcus- Sebastian, Buth, Sven: Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 2004 der Hamburger Basisdatendokumentation, Hg.: Bado e.V., Kreuzfeldt- Verlag, 2005

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Nr. 3), 22. März 2002

Schaeffer, D., Moers. M.: Ambulante Pflege von HIV und AIDS- Patienten, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, 1995

Schäfer, Martin et al.: Therapie der chronischen Hepatitis C bei ehemals intravenös Drogenabhängigen und Patienten in Methadonsubstitutionsprogrammen- internistische, suchtmmedizinische und psychiatrische Aspekte. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2000;(1):14

Schneider, Wolfgang: Drogenmythen. VWB. Berlin 2000

Schuller, Klaus/Stöver, Heino: Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin 1989

Schuller, Klaus/Stöver, Heino (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Lambertus. Freiburg 1990

SGBXII: [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/BJNR302300003BJNE001000000.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/BJNR302300003BJNE001000000.html)

Stöver, Heino (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Lambertus. Freiburg 1999

Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.  
[www.drogenberatung-ji.de/deutsch/43/33/18/30002/design1.html](http://www.drogenberatung-ji.de/deutsch/43/33/18/30002/design1.html), 2006

Tagesanzeiger, 6.10.2006, <http://www.tagesanzeiger.ch>

Westermann, Bernd: Der sogenannte „Beigebrauch“– ein Alltags-Politikum. In: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino (Hg.): Vom Tabu zur Normalität. Lambertus-Verlag, Freiburg 2005, 249-257

**Korrespondenzadresse/  
Address for correspondence:**

Kristin Ebert  
c/o INDRO e.V.  
Bremer Platz 18–20  
D-48155 Münster  
Germany  
Email: [INDROeV@t-online.de](mailto:INDROeV@t-online.de)

\*Veröffentlicht/Published:  
30. Dezember 2006/December 30, 2006

Eingereicht/Received:  
20. Februar 2006/February 20, 2006

Angenommen in überarbeiteter Fassung/  
Accepted with revisions:  
17. Dezember 2006/December 17, 2006