

Dieser Beitrag ist in gekürzter Form veröffentlicht in: Vogt, i.: Auch Süchtige altern. Frankfurt 2011

Torsten Schmidt/ Werner Jörden-Thamm

In die Jahre gekommen ...

Aus Betreutem Wohnen wird „Intensiv Betreutes Wohnen“ – zur Auseinandersetzung um zukünftige Betreuungsformen bei älter werdenden Bremer BürgerInnen mit einer HIV-Infektion und gleichzeitiger Drogenbiografie.

Soweit herrschte 2008 Einigkeit im Team: Das Konzept des Betreuten Wohnens der AIDS-Hilfe Bremen e.V.¹, in dem seit 1991 vorwiegend DrogenkonsumentInnen mit einer gleichzeitigen HIV-Infektion/Aids-Erkrankung betreut werden, musste den veränderten Gegebenheiten angepasst werden. Das Konzept war – im wahrsten Sinne des Wortes: in die Jahre gekommen; genauso wie und weil die KlientInnen eben auch in die Jahre gekommen waren, älter geworden sind.

Gegenwärtig sind im Betreuten Wohnen der AIDS-Hilfe Bremen ca. 25 Personen aufgenommen. Die Mehrzahl dieser DrogenkonsumentInnen sind in einem Alter von 40+, also die Gruppe, die im Zusammenhang mit den hier diskutierten Themen als „alte DrogenkonsumentInnen“ bezeichnet werden. Ein Begriff, den man vielleicht früher mit einem respektablen Unterton ausgesprochen hätte, wurde nun offensichtlich in der Drogenhilfe zu einem zunehmend häufiger auftretenden praktischen Phänomen, auf das man konzeptionell überhaupt nicht vorbereitet war. Denn trotz der öffentlichen Diskussion um eine älter werdende Gesellschaft, war man – und nicht alleine in Bremen – bei der Gruppe von KonsumentInnen harter und illegaler Drogen über eine solche Entwicklung überrascht: Trotz Drogen, trotz Illegalität, trotz sozialer Randständigkeit, trotz vielfacher Infektion und Krankheit erreichen diese Menschen ein Lebensalter, das man vorher nicht prognostiziert oder Ihnen zugetraut hätte. Diese positive Entwicklung hat allerdings vielfach eine offensichtlich problematische, negative Medaillenkehrseite: Bei einer Anzahl dieser nun älter werdenden Menschen zeigen sich eine Vielzahl von Krankheitsbildern; mehr noch, es scheint so als wenn DrogenkonsumentInnen schneller altern würden. Wir standen also vor der Frage: Wie können wir das ambulant Betreute Wohnen für infizierte DrogenkonsumentInnen weiterentwickeln, wenn davon auszugehen ist, dass sich zukünftig Betreuungszeiten altersbedingt verlängern werden, sich dabei aber gleichzeitig vermehrt Krankheitsprobleme zeigen, die einen höheren

¹ Das leistungsentgelt-finanzierte Betreute Wohnen ist der Schwerpunkt der AIDS-Hilfe Bremen, die seit 2004 wegen der Einsparungen im Sozialbereich keine öffentliche Förderung mehr bekommt, trotzdem aber noch sehr lebendig ist: www.aidshilfe-bremen.de

Betreuungsaufwand erwarten lassen? Entstanden ist das Konzept des „Intensiv-Betreutes-Wohnens/IBW“ (Schmidt, 2008) um dessen Umsetzung wir uns seitdem bemühen.

Die Arbeit mit HIV-infizierten DrogenkonsumentInnen hat sich mit der Einführung einer effektiven Medikation Ende 1996 nachhaltig verändert. Mit der seitdem üblichen Antiretroviralen Therapie (ART) wurde aus einer lebensfinalen eine behandel- und überlebende Infektion. Im Zusammenspiel mit der parallelen allgemeinen Neuorientierung der Drogenhilfe in Richtung Überlebenshilfe² und Substitution sind dies die Faktoren, weshalb wir heute über die besonderen Anforderungen an eine Drogen-Altenarbeit nachdenken müssen.

In der praktischen Arbeit nehmen wir das Thema wahr: Zum einen in den Beratungskontakten, wo das Thema „Älter-werden-und-was-mache-ich-dann?“ von Seiten der KlientInnen angesprochen wird, zum anderen im Betreuten Wohnen wo wir bei Einzelnen zunehmend mit Krankheiten konfrontiert sind. Und hier ist in der Tat auffällig, dass jetzt wo Abhängigkeit und HIV überlebt werden, sich im Gegenzug bei Menschen um die 45+ ein körperlicher, mentaler und psychischer Abbau zeigt, dessen Massivität eher altersuntypisch erscheint. Es entspricht dem Bild einer frühen Vergreisung. Es ist zu unterstellen, dass dies die Folge einer langen Drogenbiografie ist, einer sozialen Randständigkeit, einem eher ungesunden Lebenswandel etc. (in der Literatur inzwischen vielfach beschrieben; z.B.: Egli (2008)).

Hier muss man aber unmittelbar einem wohlmöglich aufkommenden verallgemeinernden negativen Klischee eines „Junkie-Rentners“ entgegentreten, der ohne Alterssicherung, sozial isoliert, wirt im Geist und von den Drogen, im Alter körperlich desolat auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. In den letzten 40 Jahren sind DrogenkonsumentInnen von den Fachleuten häufig mit düsteren Prognosen belegt worden, die vielfach überzogen waren. Insofern wird es eine große Gruppe von KonsumentInnen geben, die auch im Alter unauffällig werden leben können. Und auch die von uns Betreuten sind bis hier und heute gekommen. Sie haben Krankheiten, Knast, Krisen, Kumpanen und verunreinigte Drogen überlebt und sie zeigen im Alter vielfach einen positiven Lebenswillen, der zu der Metapher passt von der Blume zwischen Ruinen.

Insofern soll auch unser Konzept ein konkurrierendes Angebot unter verschiedenen Ansätzen in der Drogen-Altenhilfe sein – wird es auch für diese Menschen unterschiedliche Angebote, durchaus auch in der konventionellen Altenpflege geben müssen. Allerdings ist das Verhältnis

² Aus unserer Warte sehr erfolgreich: Spritzentauschprogramme, die sehr effektiv von der Drogenszene angenommen worden sind.

der konventionellen Altenpflege und dieser Gruppe gegenwärtig eher noch schwierig: Menschen, denen man zeitlebens mit Sondereinrichtungen begegnet ist, die in einer „kriminalisierten Parallelwelt“ gelebt haben, werden sich nun nicht ausgerechnet im Alter wie selbstverständlich an Institutionen/Heimen der allgemeinen Altersversorgung anpassen; im Übrigen sind Widerstände und Vorurteile beidseitig – ebenso wie in Zukunft von beiden Seiten Lernprozesse erwartet werden müssen. Denn trotz der gegenwärtig ungünstigen Ausgangslage wird es generell Bemühungen geben müssen, die allgemeine Altenpflege auch vermehrt für Randgruppen zu öffnen. Dennoch wird es gerade unter der Gruppe der KonsumentInnen illegaler harter Drogen immer Menschen geben, die eine spezielle an sie angepasste Versorgung im Alter benötigen.

Unser Angebot ist das „Betreute Wohnen“, dessen Betreuungsdichte und Standard wir in Zukunft ambulant „intensiv“ ausbauen wollen. „Betreutes Wohnen“, das ist eine auf die Probleme des Einzelnen zugeschnittene Maßnahme und stellt eine Hilfe zur Aufrechterhaltung individueller Lebensführung unter Beibehaltung größtmöglicher Autonomie dar. Auch – und gerade bei gesundheitlich schwer angeschlagenen Menschen – erreicht das ambulante „Betreute Wohnen“ durch die enge Kooperation mit medizinischen Fachkräften, Pflegediensten und Haushaltshilfen vielfach eine weitgehende Stabilisierung der Lebenssituation. Gleichzeitig kann aber auch in Phasen akuter Symptomatik schnell und flexibel auf die neue Situation eingegangen werden. Pflege- und Betreuungsmaßnahmen können, sobald es der Krankheitsverlauf erfordert, schnell installiert und wieder verlassen werden. Diese Wohnform folgt den Grundsätzen, dass eine ambulante Maßnahme einer stationären vorzuziehen ist, bzw., dass alte Menschen – und DrogenkonsumentInnen bilden hier keine Ausnahme – möglichst lange in ihrer gewohnten und vertrauten Umgebung und in größtmöglicher Selbstständigkeit belassen werden sollten.

In unserer aktuellen Konzeption eines „Intensiv Betreuten Wohnens“ – in dem wir die in den nächsten zwei Abschnitten beschriebenen Erfahrungen und Problemkomplexe teilweise verarbeitet haben – versuchen wir Bedingungen zu skizzieren, die es ermöglichen Menschen mit der beschriebenen Problematik länger in ihren eigenen „vier Wänden“ zu betreuen und die Notwendigkeit und den Zeitpunkt einer stationären Pflege hinaus zu zögern. U.a. wollen wir das durch eine Zusammenführung dieser Menschen in eine altengerechte Hausgemeinschaft erreichen, in der sie aber weiterhin autonom, in selbständigen Mietverhältnissen leben können. Die dabei entstehende Konzentration soll eine intensive und engmaschige Betreuung ermöglichen. In einer Hausgemeinschaft werden Betreuungspersonen für alle BewohnerInnen schneller erreichbar und greifbar sein. Zudem entstehen Strukturen eines „gemeinsamen

Wohnens“; letztes ohne jeden therapeutischen Hintergedanken. Durch die Gemeinschaftsstrukturen versprechen wir uns einerseits einen kostensparenden Synergieeffekt bei gleichzeitigem Ausbau des Betreuungsstandards und einer verbesserten Ausgangssituation bei der Koordinierung der Arbeit – aber auch einen Beitrag für eine (freiwillige) gemeinsame Tagesstrukturierung, eine Integration von Arbeitsprojekten etc.; insgesamt also eine konkrete Verbesserung der Lebensqualität für jeden Einzelnen.

2.

Nachdem wir nun schon die Zielkoordinaten unseres Konzeptes angegeben haben, wollen wir aber im weiteren Verlauf dieses Beitrages zunächst wieder einen Schritt zurück gehen und Problemlagen der Praxis beschreiben. Hierbei schauen wir aber nicht auf jene Klienten, die über die Stadt verteilt, alleine in ihren Wohnungen leben. Im Fokus dieses Beitrages steht ein von uns angemietetes Mietshaus in dem zurzeit drei männliche Klienten wohnen. Vor allem in der Auseinandersetzung mit deren (gemeinsamer) Lebenssituation, durch die Reflexion der sich entwickelnden lebenspraktischen Probleme haben wir unsere Visionen eines zukünftigen Intensiv Betreuten Wohnens entworfen. Diese Überlegungen wollen wir hier ansatzweise nachvollziehen. Insofern bedarf es im Folgenden einer kurzen Vorstellung der „Villa Kattenturm“ und seiner Bewohner.

Unsere „Villa Kattenturm“, ein kleines, Drei-Parteien Bremer Reihenhauses an einer viel befahrenen Einfallstraße in einem Bremer Vorort, direkt unter der Einflugschneise des Flughafens. Ursprünglich 1992 in der Funktion gefördert, um Wohnraum für obdachlose Bremer DrogenkonsumentInnen zu schaffen, hat das Haus eine abwechslungsreiche Geschichte hinter sich. Es war nicht als ein Ort für *alte* Junkies geplant, sondern hat sich zusammen mit den Bewohnern dahin entwickelt. Eben durch den Einzug von drei Männern, wobei der längste Bewohner nunmehr seit 1994 dort lebt und von uns – wie die andern beiden auch - betreut wird. Gemeinsam sind sie in diesem Haus alt geworden (aktuell hat es eine Veränderung gegeben, dazu aber später mehr).

Die AIDS-Hilfe Bremen tritt als Vermieter auf. Die Bewohner leben selbständig in angeschlossenen, kleinen Wohnungen auf jeweils einer Etage; quasi drei Einzelbetreuungen mit unterschiedlichen Betreuungsvereinbarungen/Hilfsplänen: So kommt zu zwei Parteien noch ein, durch die AIDS-Hilfe Bremen beauftragter täglicher Pflegedienst (der u.a. auch die Substitutionsmittel und die regelnotwendige Aidsmedikation bringt) und alle Parteien werden zwei Mal pro Woche durch eine Haushaltshilfe unterstützt, die einkauft, kocht, sauber macht

und Geschichten zuhört. Der zuständige Kollege der AIDS-Hilfe Bremen ist nach Bedarf anwesend, aber mindestens ein Mal die Woche. Daneben haben die Bewohner die Handynummer ihres Betreuers, so dass eine akute Krisenintervention quasi 7 Tage/24 Stunden möglich ist (und auch genutzt, aber nicht missbraucht wird).

Im Haus gibt es keine Gemeinschaftseinrichtungen, es gibt keine gewollte, es gibt eine entstandene Hausgemeinschaft. Besondere Regeln, im Sinne einer Hausordnung gibt es nicht. Ebenso gibt es keine Gemeinschaftsplanung von Freizeitangeboten, gemeinsamer Tagesablauf etc. Außerhalb der Betreuungsstrukturen, sind die Bewohner auf sich gestellt. Allgemeine Angebote der AIDS-Hilfe Bremen, wie z.B. eine Ferienfahrt oder das Weihnachtsfest, sind selbstverständlich für die Bewohner zugänglich. Mit anderen Worten: allein aus der Tatsache, dass wir als Vermieter auftreten leiten sich neben den Betreuungsnotwendigkeiten keine Privacy-Beschränkungen, keine hausinternen Gemeinschaftsangebote, noch besondere Verhaltensgebote ab; letztes gilt zunächst auch uneingeschränkt gegenüber dem Drogenkonsum der Bewohner, deren Tatsache alleine nicht schon sanktioniert wird (allerdings ist es auch kein Tabuthema in der Betreuung – siehe unten).

Anton, Bert und Claus sind langjährige Drogenkonsumenten, die in ihrem Leben nie den Weg aus der Szene gefunden haben.

Anton, im Parterre, ist heute 55 Jahre. Er wuchs in Hamburg in einer Familie auf, in der der Vater Alkoholiker und Kriegsmorphinist war. Das Morphin probierte Anton mit 14 – seitdem hat ihn das Opium nicht mehr losgelassen. Den Beruf des Bäckers hat er noch gelernt. Nach einer langen Karriere im Milieu, nach langjährigen Haftstrafen, nach langen Fluchtzeiten kam er ca. 1993 von Hamburg nach Bremen – wohl auch vor dem Hintergrund, dass damals die Substitution in Bremen leichter zugänglich war. Zu dieser Zeit war er schon mit HIV infiziert und wurde somit heute vor 16 Jahren ins Betreute Wohnen der AIDS-Hilfe Bremen aufgenommen und bezog Villa Kattenturm.

Eine Zäsur in seinem Leben und auch in seiner Betreuung war eine schwere Erkrankung vor ca. 10 Jahren: Spondylodiszitis, eine bakterielle Infektion, die die Bandscheiben befällt und zersetzt. Es ist eine typische „Junkie-Krankheit“, die über die intravenöse Aufnahme von verunreinigten Drogen, vornehmlich Kokaine (da es anders als Heroin nicht vor dem Konsum aufgeköcht wird) ausgelöst wird. Zeitweise dem Tod näher als dem Leben wurde nach einer letztendlich dann doch glücklichen Wiederherstellung ein koordinierter Hilfeplan umgesetzt, u.a. durch den Einsatz eines Pflegedienstes und einer Haushaltshilfe. Durch lange Bettlägerigkeit und einer, wegen des jahrelangen Nikotinkonsums zusätzlichen arteriellen

Verschlusskrankheit in den Beinen war seine Mobilität zunächst und über lange Zeit sehr eingeschränkt und er war durch einen umfangreichen Abbau von Muskelmasse erheblich geschwächt. Dies begünstigte wiederum lokale Dekubiti, fortgeschrittene, tiefe (Scheuer-) Löcher in der Haut, infolge stundenlangen Sitzens auf der Couch etc. Als ein effektives technisches Hilfsmittel, das wesentlich zu seinem zögerlichen Wiedererstarren beigetragen hat, erwies sich die Mikrowelle. So konnte Anton sich regelmäßig ernähren und man musste sich trotz einer einsetzenden Demenz nicht über vergessene glühende Herdplatten Sorgen machen. Die Ursache dieser Demenz ist nicht geklärt (u.U. eine Nebenwirkung der HIV-Medikation). Sie verläuft schubweise, d.h. an einem Tag empfängt Anton einen in Panik, weil er vergessen hätte in die Bäckerei zur Arbeit zu gehen oder er versucht eine in Zigarettenpapier eingerollte Spritze zu rauchen, an einem anderen Tag kann er sich klar mit einer Besuchergruppe in unserem Büro auseinandersetzen.

Trotz einer Hepatitis hat er gute Leberwerte und auch die HIV-Werte sind dank regelmäßiger Medikation gut. Aktueller Knackpunkt ist eine Niereninsuffizienz. Seit 2010 ist Anton dialysepflichtig und muss drei Mal in der Woche zur Blutwäsche. Typische erste Hürde hier: die Abwesenheit injektionsfähiger Blutgefäße in Folge jahrelangen Spritzens. Und selbstverständlich war diese aufwendige Behandlung nicht: Diese Therapie bedurfte einer intensiven Fürsprache durch die AIDS-Hilfe Bremen, die auch den allgemeinen Rahmen für die Durchführung der Behandlung absichert und gewährleistet. Glücklicherweise wollte es der Zufall, dass die Behandlungsstelle für die Dialyse keine 200 m von Antons Haus entfernt ist – eine Strecke, die er alleine mit einem Taxi bewältigen kann (was uns enorm entlastet.).

Anton bekommt Methadon vom Arzt verschrieben, das ihm täglich vom Pflegedienst gebracht wird. Daneben bleibt aber nicht aus, was mit dem schlimmen Wort „Beikonsum“ wenig verständnisvoll umschrieben wird. Es gehört zu den Erfahrungen der Arbeit mit diesen Menschen, dass wenn kein zeitiger Ausstieg gefunden wird, Drogen bis ins hohe Alter – und überspitzt könnte man sagen: bis zum letzten Atemzug konsumiert werden. Aber der Drogenkonsum verändert sich im Alter – wir greifen diesen Punkt später noch einmal auf.

Bei Anton merken wir die Veränderung der Drogenkonsumgewohnheiten unmittelbar über die Verwaltung seiner Gelder. Würde er noch exzessiv Drogen konsumieren, dann hätte er nicht Geld bei uns angespart. Aber seine Urinkontrollen zeigen dennoch sporadischen Konsum von Opiaten und regelmäßig Pillen. Hauptdroge ist aber Haschisch und die intravenöse Verwendung seines verschriebenen und zusätzlich erworbenen Methadons. Die Bezugsquellen liegen für uns nicht offen. Aber es sind auch immer wieder die behandelnden Ärzte, die auf geklagte Schlaflosigkeit hin Diazepam verschreiben, es ist die

Hausgemeinschaft, die sich zum Einkauf zusammenschloss, der Apotheker, der Pillen und Methadon direkt an DrogenkonsumentInnen ohne Rezept verkauft – Beschaffungswege eben. Anton selbst hat außerhalb des Hauses keine sozialen Kontakte mehr. Erzählt hat er von einem Bruder und einer Tochter, zu denen er aber keine Verbindung mehr hat. 2008 starb sein „bester Freund“, ein Alkoholiker aus der Nachbarschaft. In der Hausgemeinschaft ist er das dritte Rad am Wagen, will sagen, er hat auch hier wenig Kontakt zu den anderen Bewohnern, lebt zurückgezogen.

Und dennoch: Anton will noch lange leben – kaum ein Treffen, an dem er nicht diesen Wunsch äußert und dankbar über die Unterstützung spricht. Sichtbarer Ausdruck seines positiven Lebenswillens ist eine frisch renovierte und neu eingerichtete Wohnung – Kosten die er sich nach Einschränkung seines Drogenkonsums von seiner Grundsicherung abgespart hat³.

Die Biografien von Bert und Claus wollen wir hier nicht im gleichen Umfang ausführlich darstellen. (Und wir verzichten auf die unausweichlichen gruppenspezifischen Stromschnellen und aggressiven Episoden zwischen den Bewohnern). Nur soviel: Bert ist 51 und Claus 56 Jahre. Beide haben sich zu einer unterstützenden Gemeinschaft zusammengefunden, die nach dem Austausch funktioniert: der eine, Bert ist schlau (kann aber nicht für sich sorgen und gibt sein ganzes Geld innerhalb weniger Tage aus), der andere, Claus ist lebenspraktisch (und in der Gemeinschaft mit den Anderen nicht so alleine). Der Lebenspraktische versorgt durch seine Fähigkeit Geld aufzutreiben (Verkauf der Obdachlosenzeitung etc.) den Schläuen mit Lebensmitteln, der Schläue leistet dem Lebenspraktischen Gesellschaft und sorgt sich um ihn, da er körperlich durch verschiedene Krankheiten häufig sehr geschwächt ist.

Diese körperlichen Gebrechen führten dazu, dass Claus kein Geld mehr verdienen konnte und seine finanziellen Möglichkeiten auf die staatlichen Transferleistungen beschränkt wurden. Sein vorhandenes Geld reichte nicht mehr für beide. Dies wiederum führte zu einem Betreuungskonflikt, da die vorhandene Nahrung zu wenig wurde, Claus sich nicht durchsetzen konnte und sichtbar körperlich abbaute. (Der Versuch, den Brotaufschnitt durch die Haushaltshilfe in einer eigens angeschafften und umgewidmeten Geldkassette im Kühlschrank für Claus und das Brot in einem Schrank einzuschließen, war kein durchschlagender Erfolg.)

Claus litt vor allem an den Folgen seiner eingeschränkten Leberfunktion auf Grund seiner Leberzirrhose, die sich schon an Varizen/Krampfadern in der Speiseröhre zeigte. Er konnte

³ Win-Win-Situation: die Renovierungen werden von einem Handwerker-Arbeitsprojekt der AIDS-Hilfe Bremen durchgeführt.

sich in den ohnehin beengten Verhältnissen (Schlafzimmer 4qm, Wohnzimmer 8qm etc., alles mit Dachschräge) nur noch schwer bewegen, fiel über Türschwellen und konnte wegen der steilen Treppen das Haus nicht mehr alleine verlassen. Zuletzt wurde er inkontinent, die Grenze einer verantwortlichen ambulanten Betreuung war überschritten.

Dies war der Zeitpunkt (und die oben angesprochenen aktuelle Veränderung), wo wir trotz Einsatz aller unserer Möglichkeiten nicht mehr verantworten konnten, Claus länger in seiner Wohnung zu betreuen. Die Alternative die sich bot, war ein Altersheim im Stadtzentrum, das in der Aufnahme von Menschen mit Alkoholproblemen schon eine „Marktlücke“ gefunden hatte⁴. (Heute können wir sagen, dass dies die richtige Entscheidung war und Claus wegen guter und ausreichender Versorgung sich wieder gerappelt hat – und wieder seine Zeitung verkauft.)

Für Bernd war der Auszug von Claus zunächst eine schwere Herausforderung - dies zeigte sich in einer unübersehbaren Unterernährung. Inzwischen konnte mit ihm eine Absprache über die Einteilung von Geld getroffen werden, so dass eine gewisse Regelmäßigkeit in seiner Versorgung gewährleistet ist.

3.

In den ersten beiden Punkten haben wir versucht einen dynamischen Übergangsprozess zu begründen und zu beschreiben – eben die langsame aber stetige und unausweichliche Entwicklung zu einer Altenarbeit als einen notwendigen und gleichzeitig auch speziellen Teil der Drogenhilfe. Faktisch ist die AIDS-Hilfe Bremen, entsprechend der Altersstruktur ihres Klientels, schon in die Drogen-Altenarbeit eingestiegen, auch wenn das Konzept des Intensiv Betreuten Wohnens noch nicht völlig umgesetzt werden konnte. Als große Hürde erweist sich das Finden einer geeigneten Immobilie.

Abschließend noch einzelne (zusammenfassende) Aspekte:

Die Arbeit der AIDS-Hilfe Bremen folgt einem individuellen, bedarfsgerechten Ansatz, der auf die Persönlichkeit des Menschen abzielt, die Ressourcen des Einzelnen nutzt, ihn in seiner Eigenständigkeit stützt und der zudem versucht das gesamte Umfeld mit einzubeziehen. Die vorgenommenen konzeptionellen und praktischen Veränderungen zeigen, dass in der Drogen-Altenarbeit Anpassungen und Justierungen vorgenommen werden müssen. Dies gilt auch

⁴ Häufige Praxis in Bremen: DrogenkonsumentInnen, deren Betreuung in bestehenden Bremer Einrichtungen nicht mehr gewährleistet werden kann, werden verwiesen in Einrichtungen anderer Bundesländer (die Kosten trägt weiterhin Bremen). Auch dies spricht für die Schaffung einer Einrichtung in Bremen.

hinsichtlich des Umgangs mit Drogenkonsum, wo wir zunächst einmal dem akzeptierenden Ansatz nahe stehen.

Wie sich alles konkret in Betreuung umsetzt hängt u.a. von dem Betreuungsschlüssel ab, dem KlientInnen im Begutachtungs- Kostenübernahmeverfahren zugeordnet worden sind und natürlich von ihren Bedürfnissen und Erwartungen im Einzelnen. Unter Beachtung einer größtmöglichen Selbständigkeit gilt es im Betreuten Wohnen in den Bereichen von Ernährung, Mobilität, Hygiene, hauswirtschaftliche Versorgung, Gesundheit und Substitution die Grundbedürfnisse sicherzustellen⁵. Gerade im Alter kann dies einen Umfang annehmen, der nur durch das zusätzliche Anwerben von Fachdiensten wie Pflegediensten und Haushaltshilfen zu bewerkstelligen ist. Bei einzelnen KlientInnen ist zudem eine rechtliche Betreuung nach § 1896 BGB eingerichtet. Daneben steht bei unserer Zielgruppe immer eine ärztliche Betreuung, wobei im Alter neben den substituierenden Hausarzt häufig Fachärzte hinzugezogen werden müssen. Daraus wiederum ergibt sich für eine ambulante Drogen-Altenarbeit: alle notwendigen Hilfen im Sinne des KlientInnenwohls zu koordinieren, zu überwachen, zusammenzuführen, anzupassen etc.

Diese Kombination von Einzelfallhilfe, plus Organisation und Einbeziehung externer Hilfen, bei gleichzeitiger Evaluation und Verantwortlichkeit des Gesamtprozesses stellt die klassische Form des Case-Managements dar. Im inneren Ablauf dieser Arbeit konstatieren wir bei der ambulanten Drogen-Altenarbeit einen spürbaren Anstieg von Verantwortlichkeit gegenüber Klient und sozialem Prozess, mit einem parallelen Anforderungs-/Belastungsanstieg und einer zunehmenden Entscheidungsverantwortung auf Seiten der KollegInnen. Die Gründe sind genannt und beschrieben: Verlängerung der Betreuungszeit bis ins „hohe Alter“, bei gleichzeitiger Zunahme von verfrühten Alterungsprozessen, gepaart mit dem Abbau der Selbstversorgungsfähigkeiten und Mangel von privater Einbindung in (zusätzlich) stützende soziale Systeme (sieht man mal von der Drogenszene ab).

Einzelne Stichworte:

- Kurze Lehren aus Villa Kattenturm

An der „Villa Kattenturm“ zeigten sich die Problempunkte, die wir bei einem Intensiv Betreuten Wohnen beachten müssen.

⁵ Ein denkbarer Leistungskatalog hätte u.a. folgende Stichworte: Arztbesuche- vermittlung/medizinische Beratung – Geldverwaltung/Schwarzfahr-Profilaxe (Monatskarte) – Schuldenregulierung – Wohnungsrenovierungen – Beratung Hartz4 – Rechtsberatung – Rufbereitschaft – Freizeitangebote – Drogenberatung und Substitutionsunterstützung – Ämterhilfe – Anträge bei der Aids Stiftung etc.

- Ohne dass dies in diesem Beitrag thematisiert wurde, bedarf es gerade für so kleine Einrichtungen wie es die AIDS-Hilfe Bremen ist, einer intensiven Reflexion über die rechtlichen Grundlagen der zukünftigen Einrichtung. Es hat gravierenden Auswirkungen, ob man z.B. unter das Heimgesetz⁶ fällt oder nicht, weil sich daraus wiederum bestimmte Pflichten und Anforderungen etc. ableiten (Weiterführend: Hentschel (2005)).
- Ebenfalls nicht weiter besprochen, weil unmittelbar nachvollziehbar, die Probleme der Architektur. Eine zukünftige Hausgemeinschaft wird in Räumlichkeiten untergebracht werden müssen, die zumindest teilweise behindertengerecht sind, bzw. im Laufe der nächsten Jahre entsprechend ausgebaut werden müssen. Nur so ist eine menschwürdiges Leben und Betreuung für (zunehmend) kranke Menschen vorstellbar.
- Dort wo Selbstversorgungsfähigkeiten nachlassen, krankheitsbedingter Unterstützungsbedarf steigt, muss Betreuung kompensatorisch eingreifen – und dass bedeutet unter vielem vor allem eins: mehr Zeiteinsatz. Da der Personalschlüssel nicht unbegrenzt erhöht werden kann, bedeutet dies u.a. effektivere Organisation, Planung und Bündelung. In einem Gemeinschaftshaus sind viele Ressourcen zu erkennen, die engmaschigere Betreuungszeiten, mehr Präsenz von Personal, nicht zwangsläufig Fachpersonal, möglich machen.

- Ärztliche Betreuung

Ein Schwerpunkt unserer Arbeit, der unter dem Eindruck älter werdender KlientInnen eher an Umfang zunehmen wird, ist die Organisation einer angemessenen ärztlichen Betreuung. Ausgangspunkt ist hier in der Regel die Substitution kombiniert mit der HIV-Behandlung. Um letztere erfolgreich durchführen zu können, d.h. PatientInnen in der notwendigen medikamentösen Regelmäßigkeit und bei therapeutischen Anpassungen zu unterstützen, bietet die AIDS-Hilfe Bremen ihren KlientInnen ein Therapiemonitoring und eine Compliance-Begleitung an. Gerade bei der ärztlichen Versorgung von Randgruppen verlangt dies einen aktiven Prozess, sowohl in Richtung PatientIn als auch und in Richtung Arzt. PatientInnen benötigen eine „Übersetzung“ und Erklärung der ärztlichen Diagnose und Therapieanweisung, die in der Kürze eines Arztbesuches nicht völlig verständlich geworden sind. Im Gegenzug geht es um eine permanente Besprechung und Reflexion der häufig vielfältigen medikamentösen Therapie und generell um eine Verbesserung des ärztlichen Verständnisses von sozial schwierigen und randständigen Drogen-Lebens in der besonderen

⁶ Bremen reagiert jetzt z.B. auf die entstandene Vielfalt im Bereich von Pflege und Betreuung mit der Ankündigung eines neuen Pflege- und Hausbetreuungsgesetzes.

Bedeutung für eine effektive und angepasste Therapie⁷. Durch einen positiven Dialog trägt dieses Angebot dazu bei, dass auch bei unseren alten DrogenkonsumentInnen die HIV-Infektion weitgehend unter medizinischer Kontrolle ist. In der ambulanten Drogen-Altenarbeit deuten sich alters- und krankheitsbedingte Anpassungsnotwendigkeiten an, dort wo weitere Fachärzte hinzugezogen werden müssen. Hier ist es erfahrungsgemäß nicht immer selbstverständlich, dass die im Einzelnen beteiligten Ärzte sich untereinander über eine abgestimmte und schlüssige Gesamttherapie absprechen.

- Pflegedienste

Pflegedienste sind Dienstleister, die einen Teil der häuslich medizinischen Versorgung übernehmen. Dazu gehört das tägliche Bringen der Substitutionsmittel und der AR-Therapie. Zusätzlich wird Hilfestellung bei der Grundpflege geboten und die regelmäßige Wundversorgung sichergestellt. Wir konzentrieren uns in den letzten Jahren auf die Zusammenarbeit mit einem einzigen Betrieb. An dieser Schnittstelle gilt das Gleiche, was schon zu dem Spannungsfeld mit der konventionellen Altenhilfe gesagt wurde. Die MitarbeiterInnen sind in der Regel nicht mit den Besonderheiten im Umgang mit DrogenkonsumentInnen und deren Abhängigkeitsproblematik vertraut. (Größtmöglicher Gau: Morgens sind die Substitutionsmittel vergessen). Gleichzeitig besteht in diesem Sektor eine hohe Fluktuation bei den AngestelltInnen. Insofern gewährleistet eine kontinuierliche und erprobte Zusammenarbeit am Ehesten den reibungslosen Ablauf („kurze Wege“ bei Problemen, Schulung der MitarbeiterInnen durch die AIDS-Hilfe etc.)

- Haushaltshilfen

Eine besondere, häufig unterschätzte Bedeutung kommt den Haushaltshilfen zu. Haushaltshilfen sind gering entlohnte Kräfte, die sich relativ selbständig um die hauswirtschaftlichen Belange kümmern (einkaufen-putzen-kochen). Praktisch kommt ihnen aber eine hohe Bedeutung zu, da sie sich lange und häufig bei den Bewohnern aufhalten und insofern auch sehr unmittelbar und ungefiltert mit der sozialen Situation konfrontiert sind. In dieser Konstellation übernehmen sie unwillkürlich auch betreuerische Aufgaben wahr, sei es, dass sie besondere Beobachtungen weitergeben, als erste über aktuelle Entwicklungen informiert werden oder indem sie alleine schon durch ihre Anwesenheit und Gespräche ein wichtiger Gegenpol gegen Einsamkeit und sozialer Isolation sind.

⁷ Die Bedeutung dieser Vermittlungstätigkeit zeigte sich oben in der Aufnahme von Anton in die Dialyse, die ohne die Fürsprache der AIDS-Hilfe Bremen sicherlich von dem Arzt nicht forciert worden wäre.

Als ein kritischer Punkt hat sich die Anwerbung von Haushaltshilfen erwiesen. Es ist eine Gradwanderung Menschen zu finden, die den Kontakt zu den zu Betreuenden nicht zu sehr mit einer eigenen persönlichen Problematik belasten und die gleichzeitig aber auch den notwendigen Faible für eine Arbeit mit Randgruppen haben. In der Reflexion unserer Erfahrungen ist bei uns die Erkenntnis gereift, dass wir zukünftig diesen HelferInnen einen regelmäßigen Austausch und intensivere Begleitung anbieten wollen, um eine angemessene Wertschätzung auszudrücken und belastende Arbeitssituationen und Erfahrungen besprechbar zu machen.

- Freiwillige

Aus verschiedenen Gründen ist es uns bisher nicht gelungen, an das Betreute Wohnen die Mitwirkung von Freiwilligen zu knüpfen. Bei einem solchen sog. „Buddyprojekt“ ordnet sich ein Freiwilliger oder eine Freiwillige einem Klienten oder einer Klientin zu, um gemeinsam einmal die Woche eine gemeinsame Freizeit zu verbringen. Die Sinnhaftigkeit einer solchen Maßnahme liegt in einer sozialen Teilhabe und einem persönlichen Kontakt, der nicht primär durch betreuende Erwägungen überlastet ist.

Allerdings soll innerhalb unseres Konzeptes des IBW und unter der Voraussetzung eines Gemeinschaftshauses ein erneuter Versuch einer Mobilisierung einer solchen Hilfe versucht werden und ggf. mit der von uns gewünschten intensiveren Betreuung der Haushaltshilfen zusammengelegt werden.

- Drogenkonsum

Soweit bekannt gibt es noch keine Untersuchung, die sich mit der Veränderung von Drogenkonsumgewohnheiten im Alter beschäftigt und entsprechende Aussagen macht. Insofern können wir hier nur einige Beobachtungen wiedergeben, vor deren Verallgemeinerung man noch einmal genauer hinschauen müsste. Drogen im Alter, Altersheim mit Drogen – in Deutschland bei harten und bei illegalen Drogen eher ein Tabu-Thema, in den Niederlanden wird uns vorgemacht, dass so etwas auch pragmatisch zusammengeht (vgl.: Hentschel, A.: (2005). Wir diskutieren noch.

Das Thema Drogen und Alter eignet sich dabei nicht mehr für einen ideologischen Disput. Die Kategorien der kontroversen Drogenarbeitsauffassungen, wie sie seit den 70/80er Jahren hierzulande diskutiert werden – sprich: Krankheit versus Lebensstil/Behandlung versus Autonomie – lassen sich nicht mehr wirklich auf eine Drogen-Altenarbeit übertragen. Auch als Befürworter einer akzeptierenden Drogen-Altenarbeit stellt sich doch mit dem steigenden

Alter der KlientInnen die Einsicht ein, dass sich unabhängig von Verbot oder Toleranz zunehmend die Frage der Verträglichkeit von Drogen in den Vordergrund schiebt. Es ist unverkennbar, dass sich bestimmte Drogen kontraproduktiv auf wiederum bestimmte Krankheitsbilder auswirken.

Allerdings machen wir auch die Beobachtung, dass sich die Drogenkonsumgewohnheiten im Alter verändern (– sie verändern sich zeitlebens und so auch im Alter). Zu beobachten ist eine Mäßigung bei harten Drogen oder auch eine stärkere Orientierung auf weiche Drogen (Haschisch), verschreibbare Drogen oder legale Drogen.

Die Gründe werden individuell-vielfältig sein.

- Auf Seiten der KonsumentInnen geht die Einsicht voraus, dass im Kontext von Alterungs- und Krankheitsgeschehen, sich die gewohnte Drogenwirkung für den Einzelnen ggf. verändert (der Drogentörn endet in Orientierungslosigkeit, Stürze) und es nur opportun ist, Konsummuster zu verändern.

- Alte KonsumentInnen hängen den „alten Zeiten“, sprich den hervorragenden Qualitäten „von früher“ nach und wollen sich das gegenwärtige Angebot nicht mehr antun und vor allem: sie können es sich auch nicht mehr leisten. Eben auch, weil im Alter vieles schwerer wird, so auch die Geld- und Drogenbeschaffung. Vielfach spielt auch der Respekt vor einer erneuten Bestrafung eine Rolle, die Abstand nehmen lässt vor kriminellen Handlungen, vor Dealerei, die Voraussetzung wären, sich selbst wieder mehr illegale Drogen leisten zu können.

Insofern ist die Reflexion von Drogenkonsum auch noch in der Altenarbeit eine Aufgabe, allerdings erwarten wir nicht von unseren KlientInnen, dass sie auf ihrem letzten Lebensabschnitt nun die Abstinenz erreichen.

Aber unabhängig davon, ob wir unsere Hausgemeinschaft nun „Haus Beigebrauchsfrei“ oder „Rauschheim“ nennen – praktisch gibt es in Deutschland keine rechtliche Möglichkeit einen Drogenkonsum in der Altenarbeit offensiv zu tolerieren. Eine denkbare Möglichkeit in einer Altenanlage einen Druckraum/Konsumraum einzurichten (wie in Rotterdam, wo eine Holzblockhütte im Garten steht) scheitert unmittelbar an den gesetzlichen Vorgaben, dass in deutschen Konsumräumen keine Substituierten zugelassen werden dürfen. Insofern beschreiben wir in Anlehnung an Anna Dias de Oliveira hinsichtlich des Drogenkonsums eine Gradwanderung: KlientInnen sollen sich zwischen „gesünderen/gesunden“ Verhalten und ihrem traditionellen Verhalten entscheiden können, sie können ausprobieren und sie dürfen zurückkehren zu dem Verhalten, in dem sie sich sicher fühlen (vgl.: Dias de Oliveira, 2007).

Literatur:

Dias de Oliveira, A./Projekt Lüsa: (2007) Dauerwohneinrichtung für alternde und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen.
http://www.dialo.de/unna/luesa-vfwd-e-v_14125.htm

Egli, T.: (2008) Alternde Drogensüchtige: ein junges Problem. In: Spectra Nr. 66, S. 2 f.

Hentschel, A.: (2005) DrogengebraucherInnen im Alter. Abschlussbericht. im Auftrage der AIDS-Hilfe NRW
<http://www.jesnrw.de/archiv>

Schmidt, T.(2008) : Intensiv betreutes Wohnen (IbW) für alternde und schwer chronisch erkrankte Menschen mit einer Drogenbiografie.
In: www.aidshilfe-bremen.de (Downloads). Bremen 2008