

Doris Aistleitner:

Opioidabhängigkeit und psychosoziale Versorgung im Alter

1. Einleitung

Menschen leben tendenziell immer länger und aufgrund der „Babyboomer“-Generation Mitte des 20. Jahrhunderts gibt es im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen hohen Anteil an älteren Menschen. Einige von ihnen begannen etwa in den 1970er-Jahren, Drogen zu konsumieren und entwickelten weiterführend Abhängigkeitssymptome. Dies bedeutet, dass unter dieser „Babyboomer“-Generation auch Menschen mit problematischem Opioidkonsum sind, die heute zu den Senior_innen gezählt werden (vgl. Gfroerer et al. 2003: 127f). Gründe für die zunehmende Alterung und somit auch die sinkende Mortalität alternder Opioidkonsument_innen sind unter anderem Therapieansätze, wie zum Beispiel die Substitutionsbehandlung, die eine bedeutende Alternative zur Abstinenz darstellen, sowie niederschwellige Angebote, wie beispielsweise der Spritzentausch (vgl. Weigl et al. 2015: 161f). Dies ist eine sehr positive Entwicklung, welche in Zukunft jedoch auch besondere Aufgaben für professionelle Helfer_innen der Sucht- und Altenhilfe mit sich bringt, da sich Menschen mit langjähriger Suchterfahrung und den daraus resultierenden Problemstellungen zum Teil deutlich von anderen Senior_innen unterscheiden. Es stellt sich also die Frage, wie diese stetig wachsende Gruppe ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt werden und wo sie unterkommen kann, auch wenn selbstständiges Wohnen nicht mehr möglich ist.

Es ergeben sich drei hauptsächliche Handlungsfelder, auf die in dieser Arbeit auch eingegangen wird. Hierzu gehört die Suchthilfe, die sich auch für ältere Suchtkranke als sehr wichtiger Anknüpfungspunkt herauskristallisiert hat, weil sie durch niederschwellige Angebote auch Menschen erreicht, die wenig im Sozial- und Gesundheitssystem integriert sind. Die Altenhilfe spielt mit ihren Wohn- und Betreuungseinrichtungen, die sich auf alte Menschen spezialisiert haben, eine weitere wichtige Rolle, obwohl das Thema Sucht in Beiträgen zum Altern kaum behandelt wird und für die tatsächliche Anzahl oder Situation von älteren Opioidabhängigen europaweit kaum Daten vorliegen (vgl. Wolter 2011: 135). Die Konfrontation mit dieser Thematik wird in den kommenden Jahrzehnten mit hoher Wahrscheinlichkeit unausweichlich sein. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte so der Anschein entstehen, ältere Menschen würden keine oder lediglich legalisierte Drogen wie Alkohol konsumieren, was dementiert werden muss. Personen, die in jüngeren Jahren ein problematisches Konsummuster hatten, haben dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Alter (vgl. Beynon 2009: 9). Allerdings ist diese These aufgrund der unzureichenden Forschung nicht belegbar. Als dritter Standpunkt wird

die Wohnversorgung angesehen, da diese auch bzw. vor allem im (hohen) Alter die Lebensqualität grundlegend beeinflusst, weil Senior_innen durchschnittlich mehr Zeit innerhalb der Wohnung verbringen. Dies lässt sich auch mit der oft eingeschränkten Mobilität erklären.

Die Relevanz des Themas ergibt sich zum einen aus der beschriebenen demographischen Bevölkerungsentwicklung, zum anderen daraus, dass das Thema in diversen fachlichen Diskursen zwar aufgegriffen wird, bis dato jedoch nur wenige Studien oder konkrete Lösungsansätze vorliegen. Ziel des Artikels ist es, die Substitutionstherapie sowie die Situation von alternden Menschen mit Opioidproblematik genauer zu beleuchten sowie herauszufinden, wie eine adäquate Unterstützung aussehen kann und wo es Lücken in der Versorgung gibt. Außerdem werden fachliche Diskurse miteinbezogen, eventuelle Unterschiede und Übereinstimmungen aufgegriffen und überlegt, welche Rolle Soziale Arbeit spielen kann. Ein besonderer Fokus wird auf die Themen Wohnen und die gesundheitliche Situation gelegt, da diese bei vielen Klient_innen eine wichtige Rolle spielen und eine ausreichende Versorgung diesbezüglich einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden leisten kann.

Am Ende der Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie angemessene Betreuungsmöglichkeiten aussehen können, ob spezialisierte Einrichtungen notwendig und sinnvoll sind und welche Herausforderungen dies für professionelle Helfer_innen mit sich bringt.

2. Gesundheit und demographische Entwicklung

Wenn von Opioidabhängigkeit gesprochen wird, sind neben Heroin, welches das am meisten konsumierte Opiat ist, auch andere synthetisch hergestellte Opioide gemeint. Opioidabhängigkeit ist nach wie vor eine der Hauptursachen für die relativ hohe Krankheits- und Sterblichkeitsrate von Drogenkonsument_innen in Europa (vgl. EBDD 2015: 51).

2.1 Demographische Entwicklung

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Opioidkonsument_innen jene Abhängige sind, die sich vergleichsweise häufig in entsprechende Behandlung begeben. So wurden in der EU im Jahr 2005 mehr als doppelt so viele über 40-jährige Opioidabhängige aufgrund ihrer Suchtproblematik behandelt als noch im Jahr 2002 (vgl. Gossop 2008: 2). Im Jahr 2013 waren dies bereits 175.000 Personen (41% der Drogenkonsument_innen). Der Europäische Drogenbericht aus dem Jahr 2015 zeigt, dass der Opioidkonsum zwar abnimmt, Österreich sich jedoch nach wie vor im europäischen Mittelfeld befindet. Das kann auch auf den erhöhten Konsum anderer Opioide als Heroin zurückgeführt werden (vgl. EBDD 2015: 51). Aus dem aktuellen Drogenbericht kann auch abgelesen werden, dass nicht nur die Anzahl von Konsument_innen in Behandlung sinkt, sondern ebenso, dass das Durchschnittsalter von Menschen mit problematischem Opioidkonsum in Europa kontinuierlich ansteigt. So ist das durchschnittliche Alter jener Personen, die sich aufgrund von mit ihrem Konsumverhalten zusammenhängenden Schwierigkeiten zu einer Therapie entscheiden, im Zeitraum von 2006 bis 2013 um fünf Jahre gestiegen.

Viele Menschen, die seit einem längeren Zeitraum mehrfachen Konsum betreiben, haben ihren 40. oder 50. Geburtstag bereits hinter sich und sind schwerwiegenden oder chronischen Gesundheitsrisiken tendenziell früher ausgesetzt, da ihre gesundheitliche Verfassung und ihre Lebensumstände in vielen Fällen schon seit mehreren Jahren schlecht sind (vgl. EBDD 2015: 52f). Europäischen Schätzungen zufolge wird sich die Zahl von Abhängigen über 65 Jahren zwischen 2001 und 2020 sogar mehr als verdoppeln, da auch der Anteil an älteren Menschen in der Bevölkerung stetig zunimmt (vgl. Beynon 2009: 9).

Der europaweite Trend der älter werdenden Opioidkonsument_innen lässt sich auch innerhalb Österreichs erkennen. Während es bei der jüngeren Generation (15- bis 24-Jährige) immer weniger Einsteiger_innen gibt, steigt die Zahl der älteren Adressat_innen weiterhin an (vgl. Weigl et al. 2015: 64ff). Aufgrund dieser Beobachtungen kann davon ausgegangen werden, dass das Durchschnittsalter weiter steigen wird und in einigen Jahren bzw. Jahrzehnten eine relativ hohe Anzahl an substituierten Personen, die eine adäquate Altersversorgung benötigen, Teil unserer Gesellschaft sein wird.

Wie allgemein bekannt ist, hat die Substitutionstherapie zusammen mit zahlreichen anderen Angeboten (z. B. Sprizentausch, niederschwellige Hilfsangebote, Selbsthilfegruppen etc.) einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit, zur sinkenden Mortalität und somit zum höheren Altersdurchschnitt von Drogenabhängigen geleistet (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2009 & Vogt 2009b, beides zit. nach Wolter 2011: 215). Immer mehr Menschen in Europa und Österreich begeben sich in Substitutionstherapie, was bedeutet, dass hier durchaus von einer zuverlässigen Form der Behandlung gesprochen werden kann. Im Jahr 2014 befanden sich in Österreich 17.272 Menschen in einer Substitutionstherapie (vgl. Weigl et al. 2015: 123). Eine aktuelle Schätzung für den Europäischen Drogenbericht 2015 ergab, dass in Österreich derzeit etwa 60% der Opioidabhängigen substituiert sind und sich in Behandlung befinden, was, verglichen mit anderen Ländern, einen sehr hohen Wert darstellt (vgl. EBDD 2015: 67). Die Verwendung unerlaubter Substanzen ist bei Substituierten ebenso rückläufig wie die Anzahl an HIV-Infizierungen, was ein sehr positiver Trend ist, der das Älterwerden der Zielgruppe ebenso begünstigt. Was die Gesundheit und den Lebensstandard von Opioidabhängigen und deren Familien und Freund_innen betrifft, so kann auch dies im Rahmen einer Substitutionstherapie zum Positiven verändert werden (vgl. Werner 2003: 131f). Während die Einnahme eines Ersatzmedikamentes den Drang zum Drogenkonsum und die damit verbundene Beschaffungskriminalität vermindern oder unterbinden soll, ist es Aufgabe der psychosozialen Betreuung, auch die individuellen Problemlagen der Betroffenen aufzuarbeiten. Immerhin sind diese Schwierigkeiten oft ein Grund für den problematischen Gebrauch von Suchtmitteln (vgl. Kufner/Ridinger 2008: 20).

Eine Suchterkrankung kann eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen haben, die sich im Laufe der Zeit meist zunehmend verschlechtern. Die psychosoziale Betreuung hat hier die Aufgabe, diese Ursachen herauszufiltern und zu bearbeiten. In weiterer Folge soll eine „soziale und berufliche (Re-)Integration“ (Raschke 1994: 241) ermöglicht werden, was die Vermeidung von möglicher Kontaktarmut und Mittellosigkeit, die im Alter tendenziell zunehmen, einschließt (vgl. ebd.). Die psychosoziale Versorgung und Betreuung sollte auch im Alter noch gegeben sein, was sich derzeit als nicht unproblematisch darstellt. An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass in der Fachliteratur in Bezug auf Substitutionstherapie und die

vorgeschlagenen Zielsetzungen nicht auf die alternde Generation von Suchtkranken eingegangen wird. Im Folgenden wird also dargestellt, welchen gesundheitlichen und sozialen Problemstellungen diese Zielgruppe gegenübersteht und welche Herausforderungen eine adäquate Versorgung mit sich bringt.

2.2 Gesundheitliche Situation alternder Konsument_innen

Wenn in der Literatur von „älteren“ oder „alternden“ Substanzabhängigen die Rede ist, fällt auf, dass häufig Menschen ab 40 Jahren gemeint sind. Florian Schäffler (2010) wirft hier die Frage auf, ob Personen, die sich über Jahrzehnte hinweg in teilweise illegalen Aktivitäten und Konsummustern wiederfinden, anders bzw. früher altern als Menschen, die keine (nicht legalisierten) Drogen konsumieren. Verschiedene Aspekte der Lebenswelt von Opioidabhängigen können dazu führen, dass Betroffene früher mit den Folgen des Älterwerdens konfrontiert sind, als Nichtabhängige (vgl. Schäffler 2010: 55). Aussichten, frühzeitig zu altern bzw. pflegebedürftig zu werden, können sowohl sozialer (Obdachlosigkeit, Gewalterlebnisse, Prostitution, fehlende Hygiene) als auch gesundheitlicher Natur (begleitende körperliche oder psychische Erkrankungen, mangelhafte Ernährung) sein. Laut Ebert und Sturm (2006) sei die körperliche und psychische Gesundheit von Personen mit schwerem Substanzmissbrauch im Alter von 45 bis 55 Jahren mit jener von etwa 85-jährigen Senior_innen ohne Drogenmissbrauchsvergangenheit zu vergleichen (vgl. Ebert/Sturm 2006: 21f).

Suchterkrankung im höheren Alter ist selten ein Thema, bzw. wird es erst gar nicht als Problem erkannt. Eine Erklärung dafür kann sein, dass Abhängigkeit im Zusammenhang mit alten Menschen häufig das Angewiesen-Sein auf Hilfe und Unterstützung im Sinne von pflegerischen Aspekten meint. Dass Suchtkranke von besonderen sozialen sowie gesundheitlichen Gefahren betroffen sind, ist bekannt, allerdings kann Stereotypisierung alter Menschen und nicht ausreichendes Wissen zu „*therapeutischem Nihilismus*“ (Zeman 2009: 1) führen. Es wird angenommen, dass sich Suchttherapie im Alter nicht (mehr) auszahlen würde, weil Erfolgchancen der Therapie vergleichsweise gering sind (vgl. Zeman 2009: 1). Michael Gossop (2008) wiederum geht von der Annahme aus, dass die Betreuung von älteren Suchtkranken zum Teil bessere Ergebnisse erziele, als die gleiche Behandlung jüngerer Klient_innen. Wichtig sei vor allem ein emphatischer und respektvoller Umgang (vgl. Gossop 2008: 3).

Durch den medizinischen Fortschritt und den besseren Zugang zu Gesundheitssystemen ist Gesundheit auch im hohen Alter keine Seltenheit mehr. Nichtsdestotrotz gibt es heute noch große Unterschiede bei der Gesundheit von älteren Menschen, was sich nicht zuletzt auf den unterschiedlichen sozioökonomischen Status verschiedener Bevölkerungsgruppen zurückführen lässt. Es konnte herausgefunden werden, dass bestimmte Faktoren wie soziale Zugehörigkeit, Stress, negative Ereignisse in der frühen Kindheit, soziale Isolation, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, fehlender sozialer Rückhalt, Suchterkrankung oder schlechte Ernährung die Gesundheit im Alter nicht unwesentlich beeinflussen (vgl. Homfeldt 2010: 315f). Der gesamte Lebensverlauf eines Menschen wirkt sich also auf die Gesundheit in den späteren Lebensjahren aus. Es kann durchaus sein, dass Ereignisse, die sich in der Kindheit oder Jugend zugetragen haben, auf die Gesundheit in hohem Alter auswirken (vgl. ebd.: 315f).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass die häufig schlechten Lebensumstände und die schlechtere gesundheitliche Ausgangssituation von Opioidabhängigen ihre Lebensqualität im Alter zusätzlich negativ beeinflussen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich die Toleranz für Suchtmittel bei meist gleichbleibender Symptomatik mit dem Alter verändert. Hauptgrund dafür ist der verlangsamte Stoffwechsel, der auch für das höhere Risiko verantwortlich ist, an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden (vgl. Zeman 2009: 5). Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) unterstreicht diese Theorie, in der beschrieben wird, dass Menschen, die über einen langen Zeitraum hinweg fortwährend Drogen gebrauchen, durchschnittlich früher altern als Personen ohne Konsumverhalten, weil der Stoffwechsel die Substanzen weniger rasch abbauen kann und das Gehirn sensibler auf den Effekt der Substanz reagiert (vgl. Gossop 2008: 2). Die altersbedingten Veränderungen im Körper haben bei Substanzgebrauch auch zur Folge, dass schon eine geringere Dosis erhebliche Schäden anrichten kann (vgl. Beynon 2009: 9).

Zu den wichtigsten Erkrankungen im Zusammenhang mit Opioidabhängigkeit zählen allen voran die Viruserkrankungen Hepatitis C und HIV, die in erster Linie auf den häufig intravenösen Konsum zurückzuführen sind. Allerdings gab es vor allem im Bereich der HIV-Infektionen wichtige Fortschritte in den letzten Jahren, unter anderem auch aufgrund der steigenden Zahl an Substitutionsbehandlungen (vgl. Backmund 2008: 50). Konsumierende illegaler Substanzen sind außerdem gefährdet, mit zunehmendem Alter an chronischen Erkrankungen, beispielsweise im Herz-Kreislauf-Lungenbereich, zu leiden (vgl. EBDD 2015: 52f). Polytoxikomanie (multipler Substanzgebrauch) und Wohnungslosigkeit verstärken die Gefahr, an oben genannten Leiden zu erkranken oder frühzeitig zu sterben, zusätzlich (vgl. Wolter 2011: 137). Auch eine Manifestierung oder Verschlechterung einer bereits bestehenden Krankheit ist bei chronischem Substanzmissbrauch in hohem Alter wahrscheinlich (vgl. Beynon 2009: 9). Bei substituierten Personen ist es häufig unklar, wie das verschriebene Substitut zusammen mit anderen Medikamenten, die aufgrund von altersbedingten Erkrankungen eingenommen werden sollen, wirkt (vgl. Deimel 2015: 61f).

Wenn beschriebene Problematiken über mehrere Jahre bestehen und der Konsum von mehreren Substanzen und Überdosierungen hinzukommen, schreitet der Alterungsprozess schneller voran, als dies bei der Gesamtbevölkerung üblich ist, was zukünftig direkte Auswirkungen auf die Betreuung alter Menschen haben wird (vgl. EBDD 2015: 52f).

Neben den somatischen Beschwerden und Erkrankungen kommen bei vielen Suchtkranken auch negative psychische Begleiterscheinungen oder -erkrankungen vor. Diese können sowohl Wurzel oder Folge der Suchterkrankung sein, als auch begleitend auftreten (vgl. Weigl et al. 2015: 180). So kann die, unter Umständen auch stark ausgeprägte, körperliche und gesundheitliche Vernachlässigung des eigenen Körpers in direkten Zusammenhang mit der bestehenden Suchterkrankung gebracht werden, da die Abhängigkeit den Betroffenen in der Regel nicht ermöglicht, den Konsum zu reduzieren oder zu unterlassen. Die physische Gesundheitssituation wird somit vernachlässigt und eventuelle Beschwerden oder Schmerzen durch den Opioidkonsum unterdrückt (vgl. Raschke 1994: 87).

2.3 Soziale Situation alternder Opioidkonsument_innen

In der Lebenswelt von langjährigen Opioidabhängigen sind Umstände oder Hindernisse vordergründig die, verglichen mit üblichen Lebenslagen, ungewöhnlich und (über-)fordernd sind. Werden diese Belastungen jedoch nicht behandelt, so kann ein weiterer Zugewinn an Lebensqualität, wie sie vom Großteil der Bevölkerung verstanden wird, nicht stattfinden. Die Probleme, die mit dem missbräuchlichen Konsum von Opioiden zusammenhängen, überschatten mögliche Ziele wie eine berufliche (Wieder-)Eingliederung, stabile soziale Beziehungen oder Selbstverwirklichung (vgl. Gölz 2001: 42). Viele Klient_innen bringen nicht vollständig verarbeitete, belastende Kindheitserfahrungen mit oder stammen aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien, in denen es teilweise zu gewalttätigen Episoden oder (sexuellem) Missbrauch von Seiten der Eltern kam. Zu dieser schwierigen Ausgangslage kommen Faktoren hinzu, die die Lebenslage von Opioidabhängigen nicht unbedingt begünstigen, sondern Kontaktarmut und unzulängliche soziale Kontakte fördern. Durch den vielfach sehr starken Suchtdruck und die potenziell auftretenden Entzugssymptome, die die Beschaffung vom Suchtmittel unumgänglich machen, sind viele Abhängige einen großen Teil ihres Alltags damit beschäftigt, Suchtmittel aufzutreiben, um die körperlichen und psychischen Beschwerden zu lindern. Die Herbeischaffung von Suchtmitteln wird durch die, in den meisten Fällen bestehende, schlechte finanzielle Situation zusätzlich erschwert, was Suchtkranke oftmals dazu veranlasst, ihren Suchtdruck mithilfe von illegalen Techniken zu stillen (Stichwort: „Beschaffungskriminalität“). Die Veränderung des sozialen Umfelds, die Zunahme an strafbaren Handlungen sowie der Stress, rechtzeitig an Suchtmittel zu gelangen, können zu Beziehungsabbrüchen, finanzieller Notlage (Schulden), Arbeitsplatz- und Wohnungsverlust und in weiterer Folge zu Isolation sowie gesundheitlicher Vernachlässigung führen. Dieser Prozess kann sich jedoch über einen längeren Zeitraum hinziehen und ist unterschiedlich stark ausgeprägt (vgl. Raschke 1994: 109ff, Ebert/Sturm 2006: 21).

Aufgrund der oft langjährigen multiplen Problemlagen ist diese Zielgruppe für die Einrichtungen der Altenarbeit und Suchthilfe oft schlecht erfassbar (vgl. Zeman 2009: 6f). Die soziale (Re-)Integration ist auch bei älteren Suchtkranken sehr wichtig, wobei diese über das aktive Erwerbsleben hinausgehen sollte. Hier ergibt sich die Herausforderung und Aufforderung, eine Möglichkeit zu schaffen, dass diese Personen an für sie bedeutenden Lebensbereichen in einem ausreichenden Ausmaß teilhaben können (vgl. DIMDI 2005: 4, zit. in Deimel 2015: 62). Zur optimalen Versorgung von suchtkranken älteren Menschen dürfen besonders die Faktoren Wohnen, Akzeptanz, Autonomie sowie gesellschaftliche Integration nicht fehlen (vgl. Ebert/Sturm 2006: 21).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass ältere substanzabhängige Menschen häufig mit multiplen Problemlagen konfrontiert und somit mehrfach stigmatisiert sind. So haben viele kein gesichertes oder ein sehr geringes Einkommen und sind mitunter armutsgefährdet, was wiederum Wohnungs- oder Obdachlosigkeit begünstigt. Die gesundheitliche Situation ist ebenfalls oft problematisch, weshalb häufig ein erhöhter medizinischer Betreuungsbedarf besteht. Mit dem Wissen über die genannten Faktoren und deren Auswirkungen sind hier soziale Institutionen und Soziale Arbeit im Allgemeinen gefordert, geeignete professionelle Betreuung und Versorgung für diese Zielgruppe anzubieten.

3. Versorgung und Wohnen

Die Versorgung älterer Menschen mit Suchtproblematik kombiniert in erster Linie drei Handlungsfelder: die Suchthilfe, die sich, wie bereits beschrieben, in der psychosozialen Betreuung auf (Re-)Integration in die Gesellschaft und das Erwerbsleben sowie eventuell auch die langfristige Abstinenz bzw. Stabilität konzentriert. Der zweite wichtige Eckpfeiler ist die Altenbetreuung, die die bestmögliche Erhaltung der Selbstbestimmung und eine Grundzufriedenheit mit der Lebenssituation in den Mittelpunkt stellt (vgl. Staudinger/Rosenberger-Spitzky/Gatterer 2003: 35, Deimel 2015: 62). Als drittes Handlungsfeld kann die Wohnversorgung angesehen werden, da das Thema Wohnen in jeder Lebensphase relevant ist und die Sucht- und Altenhilfe dieses nicht immer vollständig mit einschließt. Im folgenden Abschnitt wird also auf verschiedene Möglichkeiten und Herausforderungen zu einer möglichst umfassenden Versorgung von Menschen mit Opioidproblematik eingegangen.

3.1 Therapie und Betreuung

So wie sich die Anzahl der älteren Opioidabhängigen kontinuierlich erhöht, so wird auch die Nachfrage an Therapie- und Versorgungsangeboten für diese Zielgruppe steigen. Allerdings ist die Angebotslandschaft bislang nicht ausreichend ausgebaut, obwohl durch die beschriebenen Gesundheitsrisiken der Betreuungs- und Behandlungsbedarf schon jetzt gegeben ist (vgl. Deimel 2015: 61). Wie der aktuelle europäische Drogenbericht zeigt, sind Angebote auch außerhalb Österreichs nur vereinzelt ausgebaut. Das Verändern des Angebots sollte laut EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) auch das adäquate Schulen des Fachpersonals sowie eine multiprofessionelle Betreuung, die eine entsprechende Nachbetreuung inkludiert, beinhalten (vgl. EBDD 2015: 68f).

Beim zentralen Thema der Versorgung geht institutionelle Vernetzung als wichtiger Eckpfeiler hervor, was sich unter anderem auf die fehlenden spezialisierten Angebote zurückführen lässt. Notwendig ist eine Überarbeitung der Versorgungsmöglichkeiten für alternde Suchtkranke, da es als wenig sinnvoll erscheint, diese Personengruppe aufgrund ihrer besonderen Lebensweise in den vorhandenen Pflegeeinrichtungen unterzubringen (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 96). Wenig sinnvoll ist dies auch aufgrund der Tatsache, dass alternde Opioidabhängige tendenziell früher mit negativen Alterserscheinungen und folglich Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind, als die durchschnittlichen Adressat_innen der Altenbetreuung (vgl. Ebert/Sturm 2006: 21f). Besonders wichtig ist die Schulung der betreuenden Personen in Pflegeeinrichtungen, da diese bis dato kaum mit opioidabhängigen Menschen in Kontakt gekommen sein werden und über wenig Wissen bezüglich der besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe verfügen dürften (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 98ff, Schäffler 2010: 57).

Eine weitere Frage, die bei der Befassung mit diesem Thema auftaucht, ist jene der Zuständigkeit, also welche Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems sich für die Zielgruppe der alternden Drogenabhängigen zuständig fühlt und wer diese in erster Linie betreut. Krankenhäuser und andere Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung behandeln zwar im Gegensatz zu Einrichtungen der Suchthilfe mehr alternde Abhängige als junge, allerdings scheinen Suchthilfeinstitutionen trotzdem Hauptanlaufstelle für Substanzabhängige zu sein. In

diesem Zusammenhang soll auch auf die Gefahr hingewiesen werden, dass vor allem ältere Konsument_innen von illegalisierten Substanzen zunehmend von der allgemeinen Gesundheitsversorgung exkludiert werden. Außerdem wird angenommen, dass sich jene Personen, die auch von den Einrichtungen der Suchthilfe nicht erreicht werden, fallweise in Justizanstalten befinden, was bedeutet, dass diese Personengruppe zusätzlich von Marginalisierung und Kriminalisierung betroffen ist (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 18ff).

Eine Herausforderung in der Versorgung von älteren Abhängigen ist auch die psychosoziale Versorgung, denn die Wahrnehmung von fortwährenden Beratungs- oder Betreuungsterminen in Suchthilfeinstitutionen kann sich aufgrund der regulären Struktur in der Altenbetreuung als schwierig erweisen. Eine Vernetzung und enge Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Sucht- und Altenhilfe ist anzustreben. Weiters ist die Frage zu klären, wie und wo die Substitutsvergabe stattfinden kann, wenn Betroffene aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht (mehr) in der Lage sind, ihren substituierenden Arzt aufzusuchen (vgl. Ebert/Sturm 2006: 23).

Ein weiterer Ansatz ist eine Vernetzung zwischen Einrichtungen der Suchthilfe und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe für kooperative Gruppenangebote, wobei eine institutionsübergreifende Verantwortung vorausgesetzt wird. Es sollen weiterführend Angebote für eine breitere Zielgruppe geschaffen werden, die über die übliche Trennung der einzelnen Einrichtungen hinausgeht, um individualisierte Einzelfallhilfe für eine möglichst große Anzahl von Klient_innen zu ermöglichen (vgl. Böker-Scharnhözl 2011: 166f). Vernetzung wird in diesem Fall also nicht nur als Kompetenzerweiterung von Mitarbeiter_innen in den verschiedenen Institutionen gesehen, sondern auch als Kooperation zwischen den bestehenden Einrichtungen, wobei hier wiederum die Fragen der Finanzierung und Hauptverantwortung geklärt werden müssen.

3.2 Wohnen

Zu einer optimalen Versorgung gehört natürlich auch ein gesicherter und adäquater Wohnraum. Wie bereits beschrieben, kann durch jahrelange Suchterkrankung auch ein Verlust des Wohnplatzes einhergehen. Die Problematik des ungenügend leistbaren Wohnraums und die Stigmatisierung von Suchtkranken erschweren die Situation zusätzlich (vgl. Deimel 2015: 62f). Altersgerechtes Wohnen steht oft im Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Wünschen und Bedürfnissen, wie Barrierefreiheit und individueller psychiatrischer und soziotherapeutischer Betreuung und der Aufgabe, die Betroffenen gesellschaftlich zu inkludieren und Selbstbestimmtheit zu gewährleisten. Hochschwellige, abstinenzorientierte Institutionen könnten als Hindernis angesehen werden, vor allem dann, wenn Rückfälle nicht bearbeitet werden (können) (vgl. ebd.).

In Österreich scheint es in Bezug auf die Wohnsituation einen Unterschied zu machen, wie Betroffene betreut werden, da knapp 90 Prozent der Personen, die über einen längeren Zeitraum ambulant begleitet werden, einen festen Wohnplatz haben. Dem gegenüber stehen 74 Prozent der längerfristig stationär Betreuten, die über einen gesicherten Wohnraum verfügen. Es konnte somit beobachtet werden, dass Klient_innen, die sich über einen längeren Zeitraum ambulant oder stationär behandeln lassen, weniger häufig wohnungs- oder obdachlos sind als Menschen, die

niederschwellige Betreuungsangebote in Anspruch nehmen (vgl. Busch et al. 2015: 39f).

Im Bereich der akzeptanzorientierten Suchthilfe gilt ambulant Betreutes Wohnen als bewährtes Angebot für Betroffene (häufig nach stationären Aufenthalten), um sich zu stabilisieren, als Orientierungshilfe, als Unterstützung zur persönlichen Weiterentwicklung, zur Intervention im Fall von Krisen und als Stütze zur Optimierung der aktuellen Lebensrealität. Diese Form des Wohnens kann auch als Möglichkeit für ältere Konsument_innen bzw. Substituierte angedacht werden. Solange selbstständiges Wohnen grundsätzlich realisierbar ist, kann diese Wohnform Individualität, Selbstverantwortung und Autonomie stärken, gleichzeitig können Betroffene bei Krankheiten und anderen somatischen Problemlagen entsprechend versorgt werden (vgl. Höpflinger 2009: 163f, Ebert/Sturm 2006: 25). Für Personen, die von Obdachlosigkeit betroffen waren, kann dies eine enorme Verbesserung der Lebensqualität und somit einen wichtigen Eckpfeiler der gesundheitlichen und sozialen Stabilität darstellen (vgl. Ebert/Sturm 2006: 25).

Für ältere Opioidabhängige, die über keinen eigenen Wohnraum (mehr) verfügen, ist es notwendig, Unterkünfte zur Verfügung zu stellen, die über das alleinige Angebot des Übernachtens (z. B. Notquartiere der Wohnungslosenhilfe) hinausgehen.

Wie schon erwähnt, ist die Unterbringung in Senior_innenwohnheimen zum aktuellen Zeitpunkt nur bedingt möglich, da die individuellen Bedürfnisse von (ehemals) Drogen konsumierenden älteren Menschen mit denen von Senior_innen, die keine Suchtproblematik haben oder hatten, im Spannungsverhältnis stehen könnten (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 90f). Es ist davon auszugehen, dass alte Menschen mit chronischem Substanzgebrauch bzw. -missbrauch doppelt belastet sind (Abhängigkeit und Alterserscheinungen) und einen anderen Lebensstil führen bzw. führen mussten (z. B. Hafterfahrung, Suchtdruck, Beschaffungskriminalität, Obdachlosigkeit, Gewalterfahrung etc.), als Senior_innen ohne diese Problematik. Dies könnte zu Diskrepanzen mit anderen Bewohner_innen von Senior_innenheimen führen, weshalb eine Unterbringung in solchen diskutiert werden sollte (vgl. Ebert/Sturm 2006: 22). In der Fachliteratur zum Thema Altenbetreuung wird von einer sehr heterogenen Zusammensetzung von Heimbewohner_innen abgeraten, obwohl in bestehenden Institutionen selten bewusst darauf geachtet wird. Das bedeutet, dass häufig Menschen zusammenleben, die aus sehr unterschiedlichen sozialen Milieus stammen und verschiedene Krankheitsbilder aufweisen, obwohl herausgefunden wurde, dass eine möglichst große Homogenität in Bezug auf die gesundheitliche Situation und die soziale Herkunft die Qualität des Zusammenlebens und der Wohnsituation fördere. Dies ist auch mit der Tatsache verknüpft, dass ältere Menschen aufgrund von körperlichen Beschwerden und fehlenden sozialen Kontakten viel Zeit innerhalb der Wohnung verbringen (vgl. Höpflinger 2009: 171, Voges/Zinke 2010: 305).

Wie auch einige Adressat_innen selbst, sind auch die Expert_innen zum Teil der Meinung, dass eine Unterbringung gemeinsam mit anderen Senior_innen, die keine Suchtproblematik aufweisen, durchaus vorteilhaft sein kann, um eine Zentrierung von Menschen mit ähnlichen Problemlagen an einen Ort und somit Marginalisierung zu vermeiden (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 90f). Im Beitrag von Kristin Ebert und Sabine Sturm wird andererseits auf die Vorteile von Wohnheimen speziell für substituierte bzw. drogenkonsumierende alte Menschen hingewiesen, da diese angepasste Unterstützungsleistungen bieten können. Die Mitarbeiter_innenstruktur stellt sich optimaler Weise aus Professionen der Sucht- und Altenhilfe zusammen,

um die umfassenden Problemstellungen erfassen und bearbeiten zu können. Für die Bewohner_innen kann der Kontakt zu Personen in einer ähnlichen Lebenssituation, mit ähnlichen Problemlagen förderlich sein, da sich Kontakte leichter herstellen lassen als zu Personen, die eine gänzlich andere Biografie aufweisen. Dies kann weiter zu einem gestärkten sozialen Netz und gesteigerter Lebensqualität führen. Die Ausgrenzung und Stigmatisierung wäre im Idealfall also weitgehend eingeschränkt. Die von Eisenbach-Stangl und Spirig (2010) angedeutete „Gettoisierung“ wird im Beitrag von Ebert und Sturm dagegen eher dementiert, da die Anzahl an älteren Drogenabhängigen zwar steigt, diese verglichen mit dem Rest der Bevölkerung jedoch immer noch sehr gering ist (vgl. Ebert/Sturm 2006: 23f).

Für die Betroffenen ist ein strukturierter Tagesablauf notwendig, bei dem beispielsweise die Möglichkeit geboten wird, Tätigkeiten auszuüben, die einer eventuellen beruflichen Vergangenheit nahekomen, allerdings ohne Pflicht oder berufsbedingten Stress. Da mit zunehmendem Alter häufiger soziale Kontakte abnehmen, ist es besonders bei dieser häufig isoliert lebenden Zielgruppe wichtig, das soziale Netz auszubauen, also Möglichkeiten zu bieten, neue Kontakte zu knüpfen. Diese hohe Individualität sollte auch in Freizeitbeschäftigungen wie Ausflüge übergehen, um das Wohlbefinden und somit die Gesundheit der Einzelnen positiv zu beeinflussen. So wie es bei jüngeren Abhängigen häufig darum geht, sie wieder in das Erwerbsleben einzugliedern, kann es bei älteren förderlich sein, einer sinnvollen und strukturgebenden Beschäftigung nachzugehen (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 88f).

4. Resümee und Ausblick

Aus den Debatten geht mehrheitlich hervor, dass das Thema „alt werden“ bzw. „alt sein“ mit Opioidabhängigkeit in Zukunft an Relevanz gewinnen und dies eine Herausforderung für unterschiedliche Professionen des Hilfesystems darstellen wird. Häufig sind diese Personen mehrfach belastet und sind sowohl auf medizinische, pflegerische als auch auf psychosoziale Hilfe und Unterstützung angewiesen. Die Versorgungslandschaft ist diesbezüglich jedoch noch verhältnismäßig wenig ausgebaut und es stellt sich die Frage, wie Soziale Arbeit und andere Professionen und Einrichtungen diese immer größer werdende Gruppe von Adressat_innen in Zukunft adäquat betreuen und begleiten können. Besondere Beachtung sollte hier auch dem Thema Wohnen geschenkt werden, da leistbarer Wohnraum generell unzureichend und dieser für Klient_innen der Sucht-, Alten- und Wohnungslosenhilfe aufgrund von Stigmatisierung und Marginalisierung meist noch schwerer zugänglich ist. Für Menschen mit eigenem Wohnraum kann Betreutes Wohnen eine passende Unterstützung darstellen, was sich in der Vergangenheit auch als bewährte Methode der akzeptanz-orientierten Suchthilfe herauskristallisiert hat. Es sollen jedoch auch Personen unterstützt und betreut werden, die keine sichere Wohnmöglichkeit haben, oder denen es aufgrund ihrer körperlichen oder psychischen Gesundheitssituation nicht (mehr) möglich ist, selbstständig zu wohnen.

Alternde Opioidabhängige stellen eine besondere Herausforderung für die Soziale Arbeit und andere Professionen dar, unter anderem weil diese Personen die aktuell angebotenen Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten wenig beanspruchen. Es wird also notwendig sein, diese Zielgruppe mit individualisierten Angeboten an das Hilfenetzwerk anzubinden, um sie bestmöglich betreuen und begleiten zu können. Zentral ist hier in erster Linie eine dichte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen

(der Suchthilfe, Pflege und Altenhilfe), was eine adäquate Anleitung von Mitarbeiter_innen aller Einrichtungen voraussetzt. Professionist_innen der Altenhilfe sollen über Abhängigkeit und die daraus resultierenden Problematiken in Kenntnis gesetzt werden, gleichzeitig ist es unumgänglich, Teammitglieder von Suchthilfeeinrichtungen im Bereich der Altenhilfe zu schulen (z. B. Präventions-, Freizeit- und Therapiemöglichkeiten) (vgl. Zeman 2009: 6f). Besonders wichtig sind Unterstützungsleistungen bei finanziellen Angelegenheiten, da viele Klient_innen hohe Schulden haben (z. B. durch Unterhaltszahlungen) und nur einen sehr geringen Betrag monatlich zur Verfügung haben. Insbesondere Betroffene, die schon seit längerem in keinem System (z. B. Justiz oder Therapie) mehr sind, bräuchten Unterstützung, um bestimmte Leistungen zu erhalten, weil die gesellschaftlichen und administrativen Systeme häufig eine große Hürde darstellen. Für substituierte Personen, die weniger mobil sind oder etwas isolierter leben, könnte eine spezielle Mitgaberegulierung für das Substitutionsmedikament angedacht werden (vgl. Eisenbach-Stangl/Spirig 2010: 88f).

Professionelle Soziale Arbeit kann hier, aufgrund der fundierten Kenntnisse der lokalen Soziallandschaft, vernetzend wirken und mit den verschiedenen Professionen (z. B. medizinisches und pflegerisches Personal, Psycholog_innen, Psychotherapeut_innen) Diskurse über mögliche institutionsübergreifende Lösungsansätze führen. Um die Zielgruppe der alternden Opioidabhängigen auch über die Grenzen der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen hinaus bekannt zu machen, sollten Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ist, wie bereits erwähnt, unumgänglich und kann auch aus handlungsfeldübergreifenden Schulungen und Workshops zur Kompetenzerweiterung und Netzwerkarbeit sowie gegenseitiger Unterstützung bestehen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass das Bewusstsein für die wachsende Anzahl an opioidabhängigen älteren Menschen und deren besondere Situation bei den Professionist_innen durchaus vorhanden ist, ebenso die ungenügende Versorgungslandschaft für diese Personengruppe. Für die Zukunft wäre es also wichtig, dass die Soziale Arbeit in Kooperation mit anderen Professionen diese Problemlage auch nach außen hin sichtbar macht, damit zielgerichtete und individualisierte Angebote entwickelt werden können.

Literatur

Backmund, Markus (2008): Heroinabhängigkeit – Hepatitis C – HIV. Bedeutung in der Substitution. Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Beynon, Caryl M. (2009): Drug use and ageing: older people do take drugs! In: Age and ageing 2009, 38, S. 8-10, <http://ageing.oxfordjournals.org/content/38/1/8.full.pdf+html> (20.01.2016).

Böker-Scharnhölz, Mechthild (2011): Wohnungslos und psychisch krank. In: Rosemann, Matthias / Konrad, Michael (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH, S. 159-168.

Busch, Martin / Anzenberger, Judith / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kellner, Klaus / Kerschbaum, Hans / Klein, Charlotte / Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/9/5/CH1040/CMS1382083630055/epidemiologiebericht_drogen_2015.pdf (28.01.2016).

Deimel, Daniel (2015): Zur Versorgungssituation älterer Suchtkranker. In: akzept. e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik: 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 60-65, https://www.researchgate.net/publication/276586137_Drogenkonsum_und_Gesundheitsverhalten_in_der_homo-_und_bisexuellen_Community (09.01.2016).

EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hg.) (2015): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015> (28.12.2015).

Ebert, Kristin / Sturm, Sabine (2006): „Alte Junkies“: Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens? In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2006, 3, S. 19-30, http://www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf (19.01.2016).

Eisenbach-Stangl, Irmgard / Spirig, Harald (2010): Auch Drogenabhängige werden älter. Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. http://www.euro.centre.org/data/SDDC_Web.pdf (15.01.2016).

Gfroerer, Joseph / Penne, Michael / Pemberton, Michael / Folsom, Ralph (2003): Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. In: Drug and Alcohol Dependence, 69, S. 127-135.

Gölz, Jörg (2001): Lebensqualität als Behandlungsmaßstab und Verhandlungsgegenstand im Rahmen der Substitutionspraxis. In: Westermann, Bernd / Jellinek, Christian / Bellmann, Gabriele U. (Hg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 41-48.

Gossop, Michael (2008): Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem. In: Drogen im Blickpunkt. Briefing der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html> (18.01.2016).

Homfeldt, Hans Günther (2010): Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 315-320.

Höpfinger, Francois (2009): Age Report 2009. Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Zürich/Genf: Seismo Verlag.

Küfner, Heinrich / Ridinger, Monika (2008): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D). Manual 2.0. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Raschke, Peter (1994): Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Schäffler, Florian (2010): „In die Jahre gekommen“ – ältere KonsumentInnen illegalisierter Drogen und ihre aktuelle Situation. In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work, 7, S. 54-60, <http://www.indro-online.de/Schaeffler2010.pdf> (16.01.2016).

Staudinger, Charlotte / Rosenberger-Spitzky, Angelika / Gatterer, Gerald (2003): Organisationsstrukturen der Altenbetreuung im Wandel. In: Gatterer, Gerald (Hg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Wien: Springer Verlag, S. 21-36.

Voges, Wolfgang / Zinke, Melanie (2010): Wohnen im Alter. In: Aner, Kirsten / Karl Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 301-308.

Weigl, Marion / Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Horvath, Ilonka / Türscherl, Elisabeth (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/berichtzurdrogensituation2015_0fehler.pdf (28.12.2015).

Werner, Wolfgang (2003): Substitutionstherapie. In: Beubler, Eckhard / Haltmayer, Hans / Springer, Alfred (Hg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Wien: Springer-Verlag, S. 131-149.

Wolter, Dirk K. (2011): Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Zeman, Peter (2009): Sucht im Alter. https://www.researchgate.net/publication/229148818_Sucht_im_Alter (09.01.2016).

Über die Autorin

Doris Aistleitner, BA

doris.aistleitner@gmail.com

Sozialarbeiterin im Anton Proksch Institut (Abteilung 2, Station 1)

Abstract

Dieser Artikel befasst sich mit der Situation von alternden Opioidabhängigen, deren Anzahl in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen ist. Ein Grund dafür ist der Ausbau von akzeptanzorientierten Suchthilfeangeboten, wie beispielsweise der Substitutionsbehandlung, die maßgeblich zur verbesserten gesundheitlichen Situation und sinkenden Mortalität dieser Zielgruppe beigetragen haben. Zuerst wird in aller Kürze die Bedeutung von Opioidabhängigkeit in Europa und Österreich dargestellt. Danach wird auf die Substitutionstherapie und die psychosoziale Betreuung von Suchtkranken eingegangen, worauf die gesundheitliche und soziale Situation von opioidabhängigen alten Menschen beschrieben wird. Abschließend wird auf die Frage eingegangen, wie diese Zielgruppe mit ihren besonderen Bedürfnissen optimal versorgt werden kann und welche Herausforderungen sich für die Soziale Arbeit und andere Professionen ergeben.

Schlagworte: Sucht, Alter, Versorgung, Substitutionstherapie, Opiatabhängigkeit