

Dr. Torsten Schmidt / Werner Jörden Thamm

Auch Drogenkonsumentern werden alt – Erfahrungen bei der Realisierung einer Altersversorgung durch die Aids Hilfe Bremen.

Kontakt: [tschmidt@threumer-online.de](mailto:tschmidt@threumer-online.de) / [www.tschmidt.works](http://www.tschmidt.works)  
[werner.joerden@regenbogen-bremen.org](mailto:werner.joerden@regenbogen-bremen.org)

---

Literatur:

\* Vogt, i.: Auch Süchtige altern. Frankfurt 2011

\* Vogt, I./ Eppler, N./ Kaucher, M./ Ohms, C./ Stier, K.: Ältere Drogenabhängige in Deutschland (Abschlussbericht für das Ministerium für Gesundheit). Frankfurt 2010

---

Ausgangslage:

Vogt (2009) geht bei KonsumentInnen in der Altersgruppe von 40 + von 40.000 Personen aus - wovon 58% sich in einer Behandlung befinden.

Prognostiziert wird eine Verdoppelung in den nächsten zehn Jahren (also in vier Jahren).

Torsten Schmidt und Werner Jörden

## **Auch DrogenkonsumentInnen werden alt – die Realisierung einer Altersversorgung durch die Aids-Hilfe Bremen**

### 1. VORSTELLEN

Werner

Torsten

Die Kapazität reicht nicht.

Zur Vorstellung gehört auch die Bremer Aidshilfe. Die **Aidshilfe (AH) in Bremen** hat sich zunächst in einem Verbund mit anderen Einrichtungen in Bremen auch um DrogenkonsumentInnen gekümmert. Irgendwann hat sie hier einen Schwerpunkt gesetzt und das ambulante „Betreute Wohnen“ aufgenommen. Durch die Finanzierung dieses Angebotes hat die AH überlebt. 2004 hat der Bremer Senat die öffentliche Förderung eingestellt. So wurde aus dem Betreuten Wohnen das eine Standbein, auf dem die AH heute im Wesentlichen funktioniert.

Betreutes Wohnen ist eine ambulante Maßnahme, die Menschen so lange wie möglich in ihrem vertrauten Wohnraum begleiten will – getreu dem Grundsatz: ambulant vor stationär.

Betreutes Wohnen bedeutet, dass KlientInnen verstreut über die Stadt in ihren Wohnungen lebten und von den MitarbeiterInnen dort aufgesucht wurden. Unterstützt ggf. von Pflegediensten, Haushaltshilfen, Freiwilligen etc.

Eine Besonderheit bestand darin, dass es ein Haus gab – „Villa Kattenturm“ – das ursprünglich mal zur Verminderung der Wohnungsnot von der Aidshilfe angemietet wurde. Die drei Bewohner wurden älter und hier zeichneten sich frühzeitig Probleme ab, die im Team die Notwendigkeit einer speziellen Altersversorgung deutlich werden ließen (Ein Stichwort: Architektur - Konflikte im Haus – Grenzen des Konzeptes durch sich fortsetzen Krankheitszustand der Klientinnen)

Auf Grundlage dieser Erfahrungen – in der Zeit ca. 2008 – als dieses Thema auch in die Diskussion kam - entstand ein Konzept für ein Intensiv Betreutes Wohnen (IBW). Die grundlegende Idee ist: Ein (mehr) altersgerechtes Haus, in dem die einzelnen Wohnungen an Menschen vermietet werden – in denen sie dann wie bisher betreut werden. Es bleibt eine Ambulante Betreuung. Die Vorteile der ambulanten Betreuung können weiter genutzt werden: Für die KlientInnen bedeutet das ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen – für die AH die Bündelung und Konzentration von Betreuungsressourcen. Arzt – Pflegedient – Haushaltshilfe - gemeinschaftsstützende Maßnahmen etc.

Man muss sich das IBW äußerlich erst einmal als ein Haus vorstellen - das der Träger gekauft oder gemietet hat und in dem Wohnungen vermietet werden.

Wie entwickelt man sich weiter, wenn man keine öffentliche Förderung erhält? In diesem Fall zwei Erbschaften, die als Grundkapital für die zwei Häuser der AH eingesetzt wurde (Geschäfts- und Beratungsstelle an der Sielwallkreuzung / IBW in HB Nord). Man kann es sich auch anders vorstellen, aber ein Grundkapital ist natürlich hilfreich (anders, indem man z.B. mietet).

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Nicht alle KlientInnen der AH leben heute im IBW – nicht alle wechseln ins IBW. Dies entspricht der Notwendigkeit durchlässige Strukturen zu schaffen:

Soweit erst einmal die Vorstellung – und die Grundlage des Konzeptes: Nochmals: Es geht darum, die Vorteile eines ambulanten Angebotes zu behalten und ein - in der Praxis natürlich noch viel umfangreicheres Angebot eines Heimes zu vermeiden. (Letztes hätte die AH wohl nicht stemmen können)

## 2. EINLEITUNG

Wir wollen heute mit ihnen über **alte Junkies** sprechen und über eine Altersversorgung für diese Gruppe.

Wir haben uns drei Abschnitte vorgestellt

- Allgemeine Informationen zugespitzt zu einzelnen Fragestellungen
- Ein paar Bilder von Menschen
- Erläuterungen und Fragen zur Intensiv betreuen Wohnen heute

Wenn Sie sich intensiv beteiligen, bricht unser Konzept zusammen – macht nichts: am liebsten lasse ich mich sowieso assoziativ durch ein Thema treiben.

Dabei kommen vor allem die **Erfahrungen der AH Bremen** zu tragen – es ist also kein wissenschaftlicher Vortrag – vielmehr sind es an vielen Stellen **subjektive Beobachtungen** (Es gibt schlichtweg noch keine Untersuchung über die Veränderungen von Konsummustern im Alter) Wir bieten hier heute aber auch **keine Bauanleitung** für ein Altersheim für DrogenkonsumentInnen. An vielen Stellen kommen

wir (nur) bis zu einer zugespitzten Fragestellung, die man bei der Realisierung von altersgerechten Projekten beachten muss und die sie dann für das Angebot vor Ort weiter führen müssen.

Aber zunächst zu dem Begriff alter Junkies und der Problemstellung Schaut man in die Literatur und in Publikationen (die im Übrigen mit dem Buch von I.Vogt (2011) in vielerlei Hinsicht einen zusammenfassenden Höhepunkt erreicht hat) dann fangen die meisten mit ähnlichen Gedankengängen an: Zunächst wird auf die länger laufenden Debatten über den Demografischen Wandel, also dem Älterwerden unserer Gesellschaft verwiesen. Und in deren Windschatten taucht noch eine Gruppe auf und man sagt: „Die auch“. Wobei es sich im Beginn der Diskussion manchmal anhörte wie eine Überraschung „die auch?“ später eher mit einem Ausrufezeichen, wie „die auch!“ im Sinne von: Nicht vergessen - Eben die Junkies.

Im Ergebnis gibt es keinen Widerspruch: Viele Mitglieder der Gruppe der Junkies werden älter. Und die Begründung ist im Grunde genommen zusammengefasst in der Einladung zu dieser Veranstaltung.

Zunächst ist der Umstand, dass eine Gruppe von Menschen tendenziell älter wird natürlich zunächst eine Erfolgsgeschichte: Seit den neunziger Jahren hat sie mit breit aufgestellten Methadonprogrammen, mit diversen Kampagnen zu Safer Use, mit Überlebenshilfen und den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten diverser Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen etc. die Risiken des Konsums illegaler Drogen vermindert und damit die Überlebenschancen, bzw. die Lebenserwartung dieser Menschen deutlich erhöht. So hat beispielsweise die seit 1996 erfolgreich

eingesetzte sog. „3er Kombinationstherapie“ (Antiretrovirale Therapie) die Überlebenszeiten mit HIV/Aids erheblich verlängert.

Allerdings verhindert dies nicht, dass diese Menschen infolge ihres speziellen Lebensstils in einer häufig randständigen gesellschaftlichen Position eine Vielzahl von gravierenden Mankos und Beschädigungen aufweisen (können). DrogenkonsumentInnen „trifft“ das Alter früher (sie sind „vorgealtert“), bzw. sie sind auf ein Leben im Alter weder vorbereitet noch haben sie vorgesorgt. Drei denkbar ungünstige Entwicklungen lassen sich aufzählen:

- Soziale Bezugssysteme

Nur wenige KonsumentInnen leben in Partnerschaften oder in familiären Bindungen – viele sind wohnungslos, leben (immer wieder) in Notunterkünften etc. Insgesamt ist der Wohnraum für die Bezieher unterer sozialer Leistungen knapp, mit der Folge, dass diese Menschen in eher schon sozial belastete Stadtbezirke gedrängt werden.

- Finanzieller Rückhalt

Nicht überraschend ist, dass in der Regel keinerlei finanzielle Ressourcen vorliegen, geschweige denn Formen von Altersvorsorge.

- Medizinisch/psychischer Status

Besonders gravierend wirkt sich der gesundheitliche Status aus. Spricht man von *alten* DrogenkonsumentInnen, dann befinden sich diese Menschen nicht schon in einem, dem Normalbürger vergleichbaren Rentenalter. Eine lange Abhängigkeitsbiografie und das Leben in illegalen Strukturen beschleunigen den Alterungsprozess so massiv, dass der Gesundheitszustand eines 50-jährigen Drogenabhängigen etwa dem eines 70- oder 80-jährigen entspricht. Sie sind ggf. mit HIV infiziert, häufiger leiden sie an unbehandelten Hepatitis-Erkrankungen, die zwischenzeitig zu schweren Komplikationen führen können. Hinzu kommen Bluthochdruck,

Herzbeschwerden (ausgelöst durch die ungünstigen Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Medikamente), Stoffwechselerkrankungen aufgrund einer Leberinsuffizienz, Nierenkomplikationen, Diabetes, Abszesse, Osteoporose, der Abbau der Muskelmasse und Sturzverletzungen infolge des Drogenrausches etc. Auch die Konsequenzen jahrelanger gesundheitsschädigender Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Konsum unreiner Drogen, exzessiver Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Mangel an Bewegung und nicht zuletzt die erzwungenen Lebenserfahrungen wie jahrelange Inhaftierungen beschleunigen den Alterungsprozess bei DrogenkonsumentInnen dramatisch. Ebenso prekär ist ihr mentaler Zustand: Frühzeitige Demenz (auch als Begleiterscheinung der HIV-Infektion/HIV-Enzephalopathie), Psychosen und Depressionen sind nur einige der anzutreffenden psychischen Krankheitsbilder. (vgl. u.a.: Egli, 2008, Bossong 2007).

(Mein Eindruck: Am Ende der Tage haben diese Menschen eine Multi-Krankheit. Es sind viele Organe in Mitleidenschaft gezogen. Ein Spruch, den ich aufgeschnappt habe: „Ab Pflegestufe 2 geht es schnell“ - JUNG)

Als ich in den 70ern mit der Drogenarbeit angefangen habe, da lautete die weit verbreitete Auffassung in Deutschland. Ohne Therapie sterben die Junkies. Das stimmte schon damals nicht – Tatsache ist aber, dass viele Menschen im jungen Alter starben. Man kann vielleicht sagen: Früher starben die Junkies am Stoff und den Umständen während ihres Lebens (also in jungen Jahren) - heute sterben sie an alterstypischen Krankheiten, aber ohne das Alter erreicht zu haben. (Heute sterben die Menschen an Krebs – sie kommen bis in das krankheitstypische Alter – früher hat es das doch nicht gegeben)

Mit andern Worten: der Tod war schon immer Teil der Drogenarbeit. Aber bei einer Überdosierung war man nicht dabei – heute ist man gefordert, den letzten Lebensabschnitt zu begleiten

Um dem ein paar Zahlen hinzuzufügen:

Vogt (2009) geht in der Altersgruppe von 40+ von 40.000 Personen aus - wovon sich 58% in einer Behandlung befinden.

Prognostiziert wird eine Verdoppelung in den nächsten zehn Jahren (also in vier Jahren).

Die Prävalenz von HIV unter DrogenkonsumentInnen liegt bei ca. 7% - die von Hepatitis C unter älteren KonsumentInnen bei 70 – 90 %.

Mehr Zahlen habe ich nicht

Das ist nicht mehr strittig

Nüchtern betrachtet ist es also ein relativ unspektakuläres Thema: Menschen werden älter und da, wo sie sich nicht mehr selbst versorgen können, müssen in einem Sozialstaat ggf. öffentliche Strukturen einspringen.

Das Besondere ist eben, dass es eine Randgruppe betrifft, deren Konsum bisher strafrechtlich verfolgt würde und die diesen Konsum auch im Alter nicht gänzlich aufgeben wird. UND das die Unterstützerstrukturen erst geschaffen werden müssen.

– die Frage ist: Wie gehen wir damit um?

Es zeichnen sich **Spannungsfelder** ab - vor allem dort, wo Strukturen erst noch geschaffen werden müssen.



- Wie und wo werden diese Menschen versorgt – auch noch wenn am Ende des Lebens **Pflege ansteht?**

Da wo keine private Lösung besteht – bleiben die traditionellen Altersheime und (noch zu entwickelnde) Einrichtungen der Drogenhilfe – wobei sich in Bremen ein Träger eine Nische eingenommen dazwischen hat, mit einem Angebot für obdachlose Randgruppen ALK UND DOPE (**Haus am Dobben (HaD)**) – also ein traditionelles Heim im Verbund eines großen Konzerns, die sich entschlossen haben .. vielleicht macht es Schule)

In Konzepten und Texten liest man noch viel von der Behandlung älterer abhängiger Menschen. Geht es aber in der Altenarbeit nicht mehr um „Begleitung“, „Angebote zur Teilnahme“ nicht um Verhaltenserwartungen. Und für alle Beteiligten dem Aushalten, das Menschen sterben? Aktionismus –Konzeptionismus – versus Besonnenheit und Pragmatismus.

Drogenarbeit ist zweifelsohne auch Altenarbeit geworden.

Assoziierte man Drogen vor allem mit Jugendlichen, so liegen heute einige pflegebedürftige, kranke Klienten mit Windeln vor einem im Bett, weil sie inkontinent geworden sind. Drogenarbeiter, die bisher mit Menschen zu tun hatten, die sich im Lebensmittelealter befanden sehen sich heute mit spezifischen neuen Fragestellungen konfrontiert - müssen sich mit Altenarbeit auseinandersetzen – nicht so sehr weil sie auch pflegen müssen, aber vielleicht müssen sie Pflege organisieren.

Für mich steht eine zentrale Frage: wie tolerant sind wir im Umgang mit Drogen. Darüber liest man wenig. Zum einen weil natürlich BtmG und BtmVV, das Beigebrauchsverbot auch in Altersheimen uneingeschränkt gelten. Aber wollen wir wirklich xxx aus der SUB

schmeißen, nur weil er sich eine andere Droge gönnt? Einrichtungen die hier einen toleranten Weg suchen, sind noch selten.

(Lüsa – eine Hand voll) Toleranz durch Wegschauen

- **DrogenkonsumentInnen haben Vorbehalte** gegen traditionelle Altersheime (Vogt) – AltenpflegerInnen gegen Junkies. Konzepte können angepasst werden, AltenpflegerInnen geschult werden – und auch KonsumentInnen werden sich an Regeln anpassen müssen. Haus am Dobben: was ist der Unterschied zwischen .... Dealerei - Diebstahl – Handschuhe – Spritzen – Beigebrauch.

- Es müssen also auch Strukturen einer **durchlässigen** Drogenhilfe entwickelt werden, **Vernetzungen** aufgebaut werden, mit Ärzten, Pflegediensten, mit anderen Anbietern von Altershilfe und Fortbildung sowohl für die Altenpfleger als auch für die Drogenhelfer. Vielleicht wäre ein erster Schritt einen „**Altenbeauftragten**“ in den örtlichen Strukturen der Drogenhilfe zu installieren, der zunächst die Bedingungen erfasst und erste Netzwerke knüpft. (Man muss ja irgendwo anfangen)

#### 4: AIDS HILFE

Ich möchte aber wieder etwas pragmatischer werden und Probleme anhand der Erfahrung der AH darstellen.

Die Aidshilfe ist von ihrer Entstehung her eine Selbsthilfegruppe. Die Begleitung von Menschen im Übergang zum Tod, war von Beginn an Teil des Selbstverständnisses. Dazu gehörte eine große Toleranz gegenüber anderen Lebensentwürfen und eine sehr am Pragmatismus orientierte Arbeit. Sie war also höchstens am Rande Teil einer auf Behandlung ausgelegten Drogenarbeit, orientierte sich an den Zielen der akzeptierenden Drogenarbeit.. Sie war im Rahmen

ihrer Möglichkeiten auch immer sehr großzügig in der materiellen Unterstützung von Menschen – um (ganz pragmatisch) der zum Lebensende doch sehr erdrückenden Verarmung entgegenzutreten.

Das IBW bietet abhängigen, chronisch kranken Menschen einen verlässlichen Wohnraum und Wohnrahmen. Diese Menschen mieten den Wohnraum und leben dann selbständig und autonom. Die AH organisiert insoweit nicht den Tagesablauf (in Form von Essenangeboten etc.) – es ist kein therapeutisches Angebot. Die AH unterstützt, fördert, stellt sicher, ist Ansprechpartner. Die BewohnerInnen werden durch eine Arztpraxis substituiert. In die Betreuung eingespannt sind ein Pflegedienst (einer für alle) und Nachbarschaftshelfer. Das Ganze ist also der Form nach eine ambulante Betreuung.

Die Menschen dürfen dort sterben.

Was die Menschen in ihren Wohnungen tun, bleibt ihnen überlassen.

Dies gilt auch für ihren Drogenkonsum. Gruppendynamik

Werner: Was sich am HAD gut nachvollziehen lässt in einer Gruppe

wirkt auch die „Lebenswelt Drogenszene“ – was ja auch Identität-

und Gemeinschaftsstiftendes hat - ein Momentum gegen

Einsamkeit und für Gruppengefühl. Dem steht gegenüber,

Da wo Menschen in einer Gruppe zusammenleben, wird es sicherlich

weiterhin darauf ankommen, auf eine gruppendynamische

Verträglichkeit hinzuwirken.

Durch diese Organisation fällt das IBW nicht unter das Heimgesetz.

Pro und contra

Keine Garantenpflicht hinsichtlich Drogenkonsum

## Verbleib von Harzt4 bei den KlientInnen versus Heim-Taschengeld

- Vernetzung / Menschen in der Behandlungstreue zu unterstützen
  - + Ärzte
  - + Pflegedienste
  - + Nachbarschaftshelfer

- Drogenkonsum / Substitution
  - Drogenkonsum verändert sich
  - BtmG/ BtmVV/Beigebrauch (HaD)
  - Intravenöser Konsum (HaD)
  - Dealerei
  - Ziel Heroinverabreichung Holland

- Konflikte / Gruppendynamik im Haus / Sterben
  - Psychosoziale Begleitung

- Ziel Heroinverabreichung Holland

- 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 von kriminellen Handlungen, von 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).