

Martin Schmid, Ines Arendt

„Es ist ein Wunder, dass ich noch lebe ...“ — Ältere Drogenabhängige, Hilfesysteme und Lebenswelten: Dokumentation zur Fachtagung des Verbundprojekts „Alters-CM³ — Case Management für ältere Drogenabhängige“



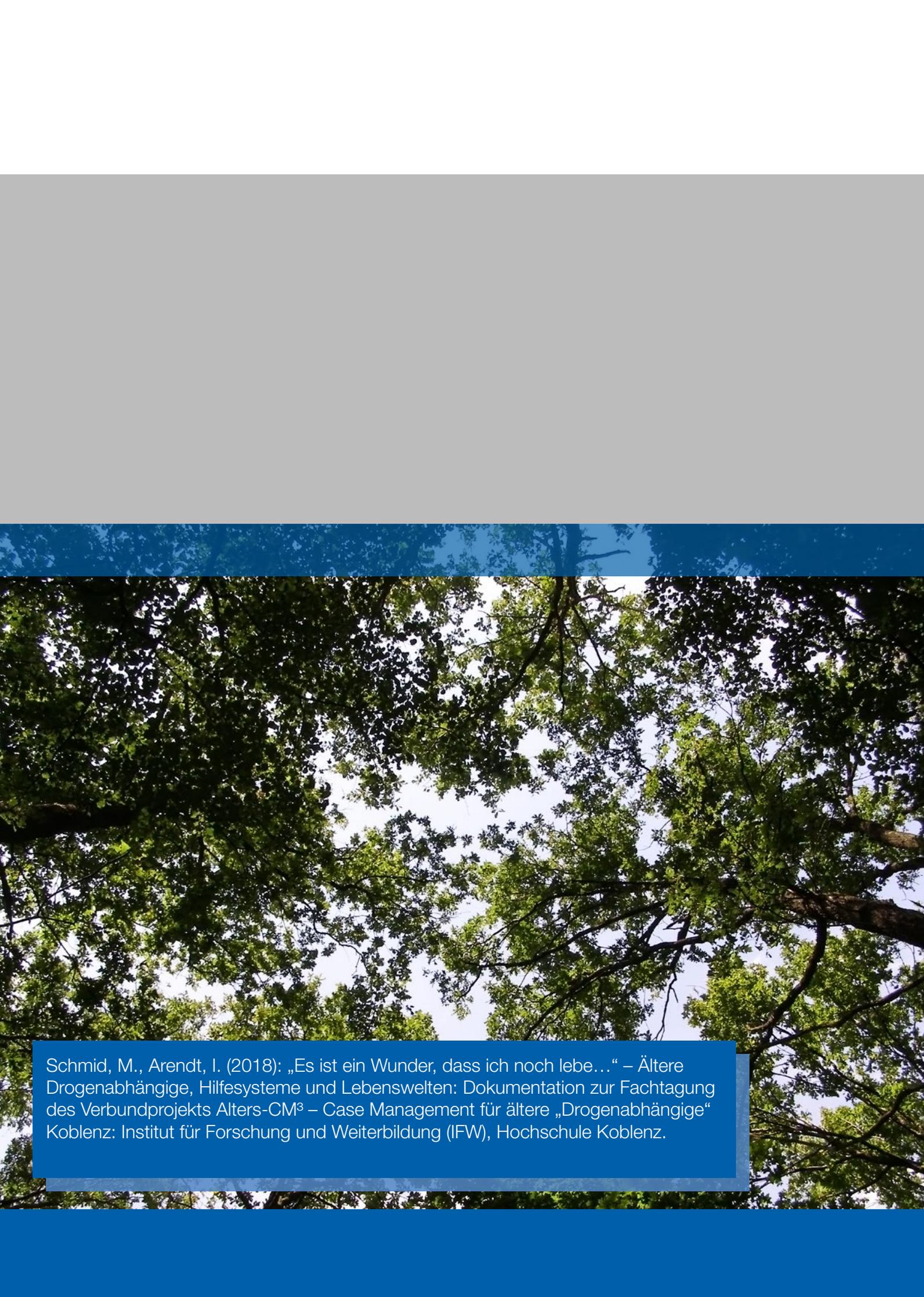
GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



FORSCHUNG AN
FACHHOCHSCHULEN



Schmid, M., Arendt, I. (2018): „Es ist ein Wunder, dass ich noch lebe...“ – Ältere Drogenabhängige, Hilfesysteme und Lebenswelten: Dokumentation zur Fachtagung des Verbundprojekts Alters-CM³ – Case Management für ältere „Drogenabhängige“ Koblenz: Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW), Hochschule Koblenz.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
<i>Martin Schmid, Ines Arendt</i>	4
Case Management für ältere Drogenabhängige – Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt	
<i>Martin Schmid</i>	5
Lebenswelten und Unterstützungsleistungen: Was wir wissen und was wir nicht wissen über Menschen mit Suchtproblemen in den Altersgruppen ab 45 Jahren	
<i>Irmgard Vogt</i>	15
Alternde chronifizierte Drogenabhängige – eine neue Aufgabe der Drogenhilfe	
<i>Anabela Dias de Oliveira</i>	22
Stärkenorientiertes Case Management für ältere Drogenabhängige – zwei Fallbeispiele aus der Praxis	
<i>Ines Arendt, Bianka Weil</i>	27
Substitution und Psychosoziale Begleitung – Stand und Perspektiven	
<i>Astrid Weber, Klaudia Follmann-Muth</i>	37
Die Versorgung älterer Drogenabhängiger – Ergebnisse einer qualitativen Analyse aus Perspektive des Suchthilfesystems	
<i>Jennifer Becker, Ulrike Kuhn, Tanja Hoff</i>	39
Soziale Situation und Ausgrenzungserfahrungen älterer Drogenkonsumierender – Entwicklungsaufgaben für die Soziale Arbeit und andere Professionen	
<i>Ulrike Kuhn, Tanja Hoff, Jennifer Becker</i>	46
SANOPSA-Pflegekonzept: Betreuung von Konsument*innen illegaler Drogen in der stationären Altenpflege – Anforderungen an die pflegerische Versorgung und Möglichkeiten des manualisierten Vorgehens	
<i>Tanja Hoff, Ulrike Kuhn</i>	55
Correctional Case Management – Modell einer an Case Management orientierten Sozialen Arbeit in der Justiz	
<i>Wolfgang Klug</i>	61
Vernetzung der Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe	
<i>Robert Frietsch, Dirk Holbach</i>	69
Betreutes Wohnen und Beschäftigung für Menschen mit HIV, Aids oder chronische Hepatitis C	
<i>Martin Hilckmann</i>	74
Teilhabe älterer drogenabhängiger Menschen: Betreuungskonzepte und Einrichtungen	
<i>Anneke Groth</i>	81
Autor*innenverzeichnis	
.....	88

Vorwort

„Es ist ein Wunder, dass ich noch lebe ...“ – Dieses Zitat stammt von einer Frau in der zweiten Lebenshälfte, die auf ihr bisheriges Leben zurückblickt, das nicht nur, aber auch vom Konsum illegaler Drogen mit allen damit verbundenen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen und umfangreichen Kontakten zu den entsprechenden Hilfesystemen geprägt ist. Es steht als Titel über einer Fachtagung, zu der sich am 27. September 2017 mehr als 100 Fachkräfte aus der Drogenhilfe, aus dem Gesundheitssystem, aus der Suchtforschung und aus der Politik an der Hochschule Koblenz versammelt haben. Dabei wurde über ältere Drogenabhängige, ihre Lebenswelten und die Herausforderungen an die Hilfesysteme diskutiert.

Die Fachtagung war gleichzeitig die Abschlussveranstaltung zu einem umfangreichen Forschungsprojekt, das unter dem Titel „Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen (Alters-CM3)“ zwischen Oktober 2014 und Oktober 2017 an der Hochschule Koblenz (Institut für Forschung und Weiterbildung IFW) und an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Köln (Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung DISuP), durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Förderlinie „Soziale Innovationen zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter“ (SILQUA-FH) gefördert wurde (Förderkennzeichen 13FH005SA4/ 13FH005SB4). Nicht nur die Ergebnisse aus diesem Forschungsprojekt wurden bei der Fachtagung vorgestellt und diskutiert, sondern auch andere

innovative Projekte und Konzepte, bei denen es um die Beratung, Unterstützung und Versorgung von Drogenkonsument*innen in der zweiten Lebenshälfte geht.

Mit dieser Tagungsdokumentation möchten wir die Inhalte der Vorträge und Workshops zum Nachlesen zur Verfügung stellen. Wir danken allen Referent*innen, die sich mit ihren Beiträgen an der Fachtagung und dieser Dokumentation beteiligt haben, und allen Teilnehmer*innen, die durch eigene Inputs, kritische Fragen und andere Diskussionsbeiträge zum Erfolg der Tagung beigetragen haben.

Das Drogenhilfesystem in Deutschland blickt inzwischen auf eine über 40-jährige Geschichte zurück, und es kann einem manchmal auch wie ein Wunder vorkommen, welche Veränderungen dieses Hilfesystem in diesen Jahren durchlaufen hat. Wir würden uns freuen, wenn es mit dieser Tagungsdokumentation gelingt, einen Beitrag zu weiteren innovativen Veränderungen in der Drogenhilfe und in den beteiligten Hilfesystemen zu leisten.

Unser ganz besonderer Dank geht an die Menschen, ohne die das Forschungsprojekt „Alters-CM3“ nicht möglich gewesen wäre: an die Fachkräfte der Sucht- und Drogenhilfe, die uns ihre Zeit und Expertise zur Verfügung gestellt haben, sowie an die Teilnehmer*innen an der Studie und an den Befragungen in den Modellregionen, die uns einen Einblick in ihre Lebenswelten gewährt haben.

Martin Schmid und Ines Arendt



Martin Schmid

Case Management für ältere Drogenabhängige – Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt

Ausgangslage, Projekthintergrund und Projektstruktur

Mit der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung älterer Drogenabhängiger befasst sich inzwischen eine Vielzahl an Veröffentlichungen, Fachkongressen und Praxisprojekten (vgl. z. B. Vogt, 2011; Bolz, Braasch, Körner, Schäffler, Thym & Stubican, 2017; Stöver, Jamin & Padberg, 2017). Insgesamt wird mit einer steigenden Zahl älterer Drogenabhängiger in den nächsten Jahren gerechnet. So zeigt z. B. die Statistik der ambulanten Suchthilfe in Hessen, dass das Durchschnittsalter opioidabhängiger Klient*innen, das 2007 noch bei 36,5 Jahren lag, inzwischen auf 43,4 Jahre gestiegen ist (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V., 2017, S. 46). 43 Prozent aller Klient*innen der ambulanten Suchthilfe in Hessen mit einer opioidbezogenen Störung sind 45 Jahre oder älter, und nur 19 Prozent sind jünger als 19 Jahre (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V., 2017, S. 26). Menschen, die von illegalen Drogen wie Heroin abhängig sind, werden in Deutschland heute deutlich älter, als dies früher angenommen wurde. Ursachen hierfür sind u. a. die Substitutionsbehandlungen und die insgesamt gut ausgebaute medizinische und psychosoziale Versorgung Drogenabhängiger (Wittchen et al., 2011a und 2011b). Dem aktuellen Bericht zum Substitutionsregister zufolge befanden sich zum Stichtag 1. Juli 2017 in Deutschland 78.800 Menschen in Substitutionsbehandlung. Dennoch gelingt es offensichtlich vielen älter werdenden Drogenabhängigen trotz vielfältiger Behandlungsangebote nicht, ihre Drogenabhängigkeit zu überwinden.

Allerdings geht damit auch eine Verschiebung der Problemlagen einher. Mehrere Studien (vgl. z. B. Vogt, 2015; Zurhold, 2017) weisen darauf hin, dass ältere Drogenabhängige in erheblichem Ausmaß gesundheitlich und psychosozial belastet und von altersbedingten Problemen wie Mobilitätseinbußen betroffen sind. Dadurch verschieben sich sowohl die Themen als auch die Kooperationspartner, die für die Beratung und Betreuung von älteren Drogen-

abhängigen relevant sind. Die ambulante Drogenhilfe, die sich in den 1970er und 80er Jahren als „Jugend- und Drogenberatung“ flächendeckend in den alten Bundesländern Westdeutschlands entwickelt hat (Schmid, 2003) und sich viele Jahre mit typischen Adoleszenz- und Postadoleszenzproblemen beschäftigt hat (und das bei anderen Drogen wie Cannabis auch heute noch tut), muss inzwischen zunehmend mit Pflegediensten und Altenhilfeeinrichtungen kooperieren. Gute Kenntnisse im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und SGB XI (Pflegeversicherung) sind inzwischen in der Drogenhilfe ebenso wichtig wie Kenntnisse im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe).

Vor diesem Hintergrund haben das Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW) der Hochschule Koblenz und das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DI-SuP) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen beim Bundesforschungsministerium in der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ (SILQUA) einen Projektantrag zur Förderung eines Forschungsprojektes mit dem Titel „Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen (Alters-CM3)“ gestellt, das nach erfolgter Bewilligung zwischen November 2014 und Oktober 2017 in Frankfurt, Koblenz, Köln und Düsseldorf umgesetzt wurde. Von zentraler Bedeutung für die Umsetzung war die Kooperation mit Wissenschaft-Praxis-Kooperationspartnern in diesen Regionen, die in unterschiedlichem Ausmaß an den einzelnen Modulen des Projektes beteiligt waren. Zu diesen Praxispartnern gehörten die AIDS-Hilfe Frankfurt e. V., die Care24 Pflege Service gGmbH in Düsseldorf, das Projekt Etappe des Caritasverbandes Düsseldorf, die Drogenhilfe Köln Projekt gGmbH, der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V., Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. aus Frankfurt am Main, die Methadonambulanz des Gesundheitsamtes Düsseldorf, die Senioren- und Pflegeeinrichtung Oranienhof GmbH in Köln, der Sozialdienst Katholischer Frauen und Männer e. V. KFM Düsseldorf (Fachbereich Drogenhilfe), der Sozialdienst Katholischer Männer SKM Köln und das Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes Koblenz.

Projektziele

Im Mittelpunkt des Projektes „Alters-CM3“ stand die Organisation angemessener ambulanter (und bei Bedarf auch stationärer) Versorgungsstrukturen durch eine stärkere Vernetzung und Kooperation zwischen Drogen- und Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege sowohl auf der Einzelfallebene als auch auf der Ebene der lokalen Versorgungssysteme (Schmid, Hoff, Arendt, Follmann-Muth, Kuhn &

Vogt, 2016). Die beiden Hochschulen haben hierzu drei Module entwickelt. Zunächst wurde in den Modellregionen eine Bedarfserhebung zu den Versorgungsbedarfen älterer Drogenabhängiger durchgeführt. Ergebnisse dieser Bedarfserhebung werden in dem Beitrag von Kuhn, Hoff und Becker in dieser Tagungsdokumentation dargestellt. In einem zweiten Modul ging es um die Analyse der kommunalen und lokalen Vernetzung zwischen diesen Diensten und Anbietern (vgl. hierzu den Beitrag von Becker, Kuhn & Hoff in diesem Band). Auf diese Erhebungen aufbauend, wurde dann ein auf die Zielgruppe der älteren Drogenabhängigen zugeschnittenes Manual für ein fallbezogenes Case Management erarbeitet, das – nach entsprechenden Schulungen – in den Modellregionen erprobt und evaluiert werden sollte. Im vorliegenden Beitrag werden die Erkenntnisse aus der Manuallerstellung, aus den Schulungen und insbesondere aus der quantitativen Evaluation der Umsetzung vorgestellt.

Manual und Schulungskonzept

Case Management ist ein in der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland und auch international vielfach erprobtes und bewährtes Konzept zur Vernetzung suchtspezifischer Dienste mit anderen Hilfe- und Unterstützungsangeboten des Gesundheits- und Sozialsystems. In Deutschland wurde Case Management in Kombination mit Motivational Interviewing umfangreich im Rahmen der Heroinstudie erprobt (Schmid, Schu & Vogt, 2012, S. 21–26). Aufwendige internationale Metaanalysen und Reviews zum Case Management in der Drogen- und Suchthilfe konnten wiederholt zeigen, dass sich Case Management positiv auf die Vermittlung zu anderen Diensten auswirkt (vgl. zuletzt Rapp, Van den Noortgate, Broekaert & Vanderplassen,

2014). Das im Rahmen des Projektes entwickelte Manual „Case Management für ältere Drogenabhängige“ (Arendt, Follmann-Muth, Schmid & Vogt, 2017) baut auf dem Manual zu „Motivational Case Management“ aus der Heroinstudie (Schmid et al., 2012) auf, spezifiziert dieses für die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger und verknüpft es mit Elementen der „Problem Solving Therapy“ (Nezu, Nezu & D’Zurilla, 2013; Rosen, Morse & Reynolds, 2011) und des „Strength Based Case Management“ (Ehlers, Müller & Schuster, 2017; Rapp & Goscha, 2012). Der „Problem-Solving“-Ansatz fokussiert auf ganz reale Probleme, deren Lösung die Lebensqualität steigern könnte, deren erfolgreiche Bearbeitung aber Menschen mit Depressionen, niedriger Selbstwirksamkeit oder auch langjährigen Drogenkarrieren mitunter sehr schwerfällt. Dass in der Sozialen Arbeit nicht nur Probleme, sondern vor allem Stärken und Ressourcen berücksichtigt werden sollen, ist zunächst einmal nichts Neues. Noch deutlicher als der Ressourcenbegriff betont der Stärkebegriff die Bedeutung von in der Person liegenden besonderen Interessen, Fähigkeiten, Hoffnungen oder Grundüberzeugungen. Gerade bei älteren Klient*innen, die schon viele Beratungen, Behandlungen und Veränderungsversuche in ihrem Leben gestartet haben, ist es naheliegend, dass es ohne solche in der Person liegenden Fähigkeiten kaum gelingen kann, noch einmal etwas Neues zu versuchen. Im Assessment soll deshalb gezielt nach solchen inneren Kraftquellen gesucht werden, die dann auch bei Zielvereinbarungen und Aktionsplänen relevant sein sollten.

Zusätzlich wurde bei der Manuallerarbeitung Kritik aus der Praxis der Drogenhilfe berücksichtigt, die sich insbesondere an zwei Punkten festgemacht hatte: Zum einen ging es um das in vielen Case-Management-Verfahren ty-



pischerweise umfangreiche Assessment, bei dem außer Acht bliebe, dass viele (ältere) Drogenabhängige bereits lange von der Drogenhilfe betreut würden und deshalb viele Informationen zur Vorgeschichte und bisherigen Behandlungen dort bereits vorhanden seien. Um Dopplungen und ausufernde Beschäftigungen mit der individuell meist umfassenden Problemgeschichte zu vermeiden, wurde das klassische Assessment durch ein „Stärkenbasiertes Kurzassessment“ ersetzt, bei dem – nach erfolgter Zustimmung der jeweiligen Klient*innen – auf bereits in den Einrichtungen vorhandene Informationen und Daten zurückgegriffen wird und Ressourcen und Stärken im Vordergrund stehen. Zweitens bezog sich ein Großteil der Kritik aus der Praxis auf das Hilfeplanverfahren, welches im klassischen Case Management meist auf einen Zeitraum von mehreren Monaten ausgelegt ist. Kritisiert wurde, dass solch langfristige Zielverfolgung mit Drogenabhängigen, deren Motivationslage oft kurzfristigen Schwankungen unterliegt, oft nur sehr schwer zu realisieren sei. Im „Case Management für ältere Drogenabhängige“ wurden deshalb die mittelfristigen Hilfepläne durch deutlich kurzfristigere „Aktionspläne“ ersetzt, die über die Zielvereinbarungen verknüpft werden sollten.

Zusätzlich wurde ein umfangreiches Schulungskonzept erarbeitet, das sich an den Qualifizierungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) orientiert, dadurch eine Zertifizierung durch die DGCC ermöglicht und im Sinne von Blended-Learning-Konzepten Präsenzphasen mit Onlinephasen, selbst organisierten Regionalgruppen und Supervisionseinheiten kombiniert. Zwischen 2015 und 2016 konnten mehr als 20 Drogenberater*innen der am Vorhaben beteiligten Wissenschaft-Praxis-Kooperationspartner geschult und zertifiziert werden.

Forschungsdesign

Trotz manch kontroverser Diskussionen besteht doch inzwischen weitgehend Übereinstimmung, dass für die weitere Professionalisierung psychosozialer Ansätze in der Drogen- und Suchthilfe eine stärkere Ausrichtung an evidenzbasierten Verfahren notwendig ist (Hoff & Klein, 2015). Zum Forschungsprojekt gehörte deshalb auch die Erprobung des Ansatzes „Case Management für ältere Drogenabhängige“ im Rahmen eines Prä-post-Designs. Das Forschungsinteresse konzentrierte sich dabei auf die Frage der Umsetzbarkeit des Manuals und auf Veränderungen im Zeitverlauf. Für die Evaluation der Wirksamkeit des Ansatzes wären ein anderes Design – eine randomisierte Kontrollgruppenstudie – und ein weit größerer Aufwand für Rekrutierung und Datenerhebung erforderlich gewesen. In

der quantitativen Verlaufsstudie geht es um die Frage, ob der manualisierte Ansatz in der Praxis umsetzbar ist und bei der Zielgruppe älterer Drogenabhängiger zu Verbesserungen der Lebenssituation führt.

Dazu wurden zu allen Klient*innen, die in die Studie aufgenommen wurden, vor Beginn des Case Managements und dann noch einmal nach dem Ende des auf sechs Monate angelegten Erprobungszeitraums im Rahmen eines standardisierten Interviews umfangreiche quantitative Daten erhoben. Einschlusskriterien für die Evaluationsstudie waren mindestens zehn Jahre Konsum illegaler Drogen, diagnostizierte Opiatabhängigkeit nach ICD-10, aktueller Konsum von Heroin und/oder aktuelle Substitutionsbehandlung sowie informierte Zustimmung zur Studie und zum Case Management. In Anlehnung an andere Studien wurde die Altersgrenze für „ältere Drogenabhängige“ auf mindestens 45 Jahre festgelegt (so auch z. B. Zurhold, 2017, S. 166).

Die Aufnahme von Klient*innen, die diese Kriterien erfüllen, erfolgte über die Case Manager*innen in den kooperierenden Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen. Die Befragungen der Klient*innen im Rahmen der Prä-post-Erhebung erfolgten vor Beginn des Case Managements (Erstbefragung t0) und sechs Monate später (Nachbefragung t1). Durchgeführt wurden die Befragungen durch geschulte Interviewerinnen und Interviewer der beiden beteiligten Hochschulen. In den ca. 40- bis 80-minütigen Befragungen kam zu beiden Befragungszeitpunkten ein standardisierter Fragebogen mit quantitativen Erhebungsinstrumenten zum Einsatz, der sich an dem in der Bedarfsanalyse eingesetzten Instrument orientiert und ergänzende Fragen zur Lebensqualität und Zufriedenheit enthielt. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde u. a. auf den Deutschen Kerndatensatz und daraus abgeleitete Katamnesebefragungen zurückgegriffen. Um Veränderungen in der psychosozialen Gesundheit erheben zu können, wurden zusätzlich die „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49) (Rabung, Harfst, Kawski, Koch, Wittchen & Schulz, 2009) eingesetzt. Als Anreiz zur Erhöhung der Bereitschaft, an den Interviews teilzunehmen, wurden Incentives in Höhe von 25 Euro je Interview ausgezahlt. Zusätzlich wurden auch alle Case-manager*innen gebeten, für jeden Case-Management-Fall einen Fragebogen auszufüllen, mit dem vor allem Daten zur Umsetzung des Handlungsansatzes im jeweiligen Einzelfall erhoben wurden.

Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung

Zwischen Februar 2016 und Mai 2017 wurden insgesamt 64 Klient*innen in die Studie aufgenommen. Da zwei Fälle aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten (wegen eines Todesfalls und wegen der nicht protokollkonformen Durchführung einer Nachbefragung), standen für die Auswertung 62 Fälle zur Verfügung, mit denen in unter-

schiedlichen Settings (Betreutes Wohnen, Beratung und Psychosoziale Substitutionsbetreuung (PSB) sowie niedrigschwellige Einrichtungen) Case Management durchgeführt wurde. Der geplante Stichprobenumfang von 80 Klient*innen konnte allerdings nicht erreicht werden.

In der folgenden Tabelle sind zentrale Daten zur Beschreibung der Stichprobe zusammengestellt.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe

	Männer (49)	Frauen (13)	Gesamt (62)
Alter Mittelwert (Standardabweichung)	51,4 (5,4)	52,9 (4,7)	51,7 (5,2)
Lebenssituation: Alleinlebend	81,6 %	69,2 %	79,0 %
Haupteinkommen:			
ALG II	53,1 %	61,5 %	54,8 %
Grundsicherung im Alter	18,4 %	23,1 %	19,4 %
Rente	16,3 %	15,4 %	16,1 %
Erwerbstätigkeit	8,2 %	0,0 %	6,5 %
Hepatitis-C-Infektionen	83,7 %	61,5 %	79,0 %
HIV-Infektionen	10,2 %	15,4 %	11,3 %
Haben Sie einen Grad der Behinderung?	36,7 %	30,8 %	35,5 %
Pflegestufe/-grad	6,1 %	0 %	4,9 %
Beschwerden letzte 30 Tage:			
Depressionen	44,9 %	46,2 %	45,2 %
Ängste	40,8 %	38,5 %	40,3 %
Zahnerkrankungen	38,8 %	30,8 %	37,1 %
Atemwegserkrankungen/COPD	18,4 %	53,8 %	25,8 %



Nur ein geringer Teil der im Rahmen der Studie betreuten Klient*innen lebt primär von eigener Erwerbstätigkeit. Wie in vielen Studien zu illegalen Drogen nachgewiesen, ist Arbeitslosengeld II die wichtigste Einkommensquelle. Bei einem Durchschnittsalter von knapp 52 Jahren leben bereits 36,5 Prozent der befragten Menschen von Transferleistungen wie Rente oder Grundsicherung im Alter. Die Angaben zu den Beschwerden in den letzten 30 Tagen

und zum Grad der Behinderung weisen darauf hin, dass die Zielgruppe gesundheitlich im Vergleich zur altersgleichen Wohnbevölkerung deutlich stärker belastet ist. Bei der Einstufung in Pflegegrade (bzw. davor Pflegestufen) drückt sich dies allerdings nicht aus.

In der nächsten Tabelle ist dargestellt, bei wie vielen Klient*innen die einzelnen Phasen des Case Managements jeweils umgesetzt werden konnten.

Tabelle 2: Umsetzung der einzelnen Case-Management-Phasen (n = 62)

	Umgesetzt	Teilweise umgesetzt	Nicht umgesetzt
Intake	100,0%	0,0 %	0,0 %
Stärkenorientiertes Assessment	79,0 %	14,5 %	6,5 %
Zielvereinbarung	74,2 %	6,5 %	19,4 %
Aktionspläne	56,5 %	17,7 %	25,8 %
Linking	38,7 %	30,6 %	30,6 %
Monitoring/Re-Assessment	32,2 %	19,4 %	48,4 %
Fallbeendigung/Evaluation	31,3 %	18,8 %	50,0 %

Vor allem die ersten Phasen im Case Management vom Intake bis zur Zielvereinbarung konnten in den allermeisten Fällen umgesetzt werden. Aktionspläne wurden in mehr als der Hälfte aller Fälle umgesetzt. Nimmt man die teilweisen Umsetzungen dazu, steigt der Anteil auf über zwei Drittel aller Fälle. Auch ein Linking hat – zumindest teilweise – in zwei Drittel aller Fälle stattgefunden. Dass die Werte für Monitoring, Re-Assessment, Fallbeendigung und Evalua-

tion deutlich niedriger liegen, kann auch daran gelegen haben, dass der vorgesehene Erprobungszeitraum (sechs Monate) für das komplette Phasenmodell zu kurz war.

Die Case Manager*innen wurden zudem gefragt, wie gut ihnen die Umsetzung der einzelnen Phasen gelungen ist. Auf einer Skala, die von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) reichte, wurde die Umsetzungsqualität folgendermaßen beurteilt:

Tabelle 3: Umsetzungsqualität Case Management (n = 62)

	Mittelwert	Standardabweichung
Intake	1,3	0,6
Stärkenorientiertes Assessment	1,9	1,1
Zielvereinbarung	1,9	0,9
Aktionspläne	2,3	1,2
Linking	2,7	1,2
Monitoring/Re-Assessment	2,7	1,2
Fallbeendigung/Evaluation	2,6	1,2

Die Case Manager*innen bewerten in ihren eigenen Case-Management-Fällen die Umsetzungsqualität des Intakes, des Assessments und der Zielvereinbarungen deutlich positiver als die Umsetzungsqualität der sich daran anschließenden Phasen.

In einem weiteren Schritt wurden alle 62 Fälle in zwei Kategorien eingeteilt. In die Kategorie „manualgerechte Umsetzung“ fielen alle Fälle, bei denen alle Case-Management-Phasen bis zur Phase der Aktionspläne mindestens teilweise umgesetzt wurden. Alle anderen Fälle wurden der Kategorie „keine manualgerechte Umsetzung“ zugewiesen. Zusätzlich wurden die offenen Fragen im CM-Fragebogen ausgewertet. Ergaben sich aus den Antworten auf die offenen Fragen Hinweise, die gegen eine manualgerechte Umsetzung sprachen, wurde der betreffende Fall gegebenenfalls aus der Gruppe „manualgerechte Umsetzung“ in die Gruppe „keine manualgerechte Umsetzung“ umkategorisiert.

Auf dieser Grundlage konnten 42 von 62 Fällen (67,7 %) als manualgerechte Umsetzung bewertet werden. Der Anteil der manualgerechten Umsetzung unterscheidet sich je nach Betreuungssetting und liegt im Betreuten Wohnen mit 73,9 Prozent am höchsten, dicht gefolgt vom Betreuungssetting PSB/Beratung mit 71 Prozent. Als deutlich schwieriger erweist sich ein manualgerechtes Case Management im niedrigschwelligen Setting. Dort gelang nur

in drei von acht Fällen (37,5 %) eine manualgerechte Umsetzung.

Auf die Frage an die Klient*innen, ob sie einem Freund oder einer Freundin die Teilnahme an diesem CM-Programm empfehlen würden, antworten 60 von 62 Personen mit „ja“ (96,8 %), eine mit „weiß nicht“ und in einem Fall wurde die Frage nicht beantwortet.

Um zu analysieren, ob sich die Lebenssituation der Klient*innen zwischen den beiden Befragungszeitpunkten verbessert hat, werden drei Variablengruppen herangezogen. Dabei handelt es sich erstens um 13 Fragen zur Lebenszufriedenheit, die dem Deutschen Kerndatensatz Katamnese (KDS-KAT) in der Version von 2010 entnommen wurden (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2010). Der neue Katamnesefragebogen, der auf den Kerndatensatz 3.0 folgt, lag zum Zeitpunkt der Befragungen nicht vor. Zweitens wurden – jeweils vor Beginn des Case Managements und sechs Monate danach – zwei allgemeine Fragen zu den Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Beschwerden bzw. Krankheiten gestellt. Drittens werden Veränderungen bei den zehn Skalen des HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) analysiert. In der folgenden Tabelle sind zunächst die Fragen zur Lebenszufriedenheit zusammengefasst. Diesen Fragen lag eine Skala zugrunde, die von „sehr zufrieden“ (1) bis „sehr unzufrieden“ (6) reicht. Niedrigere Werte bei der Zweitbefragung bedeuten demnach eine Verbesserung.

Tabelle 4: Fragen zur Lebenszufriedenheit vor Beginn des Case Managements und 6 Monate danach

	Vor Beginn des Case Managements		6 Monate später		Signifikanz
	MW*	STD*	MW*	STD*	
Partnerbeziehung	3,1	1,5	3,1	1,6	n.s.
Eltern, Geschwister, Verwandte	3,5	1,6	3,1	1,6	-*
Eigene Kinder	3,0	1,8	2,6	1,8	n.s.
Bekannte, Freund*innen	3,0	1,4	2,8	1,3	n.s.
Freizeitgestaltung	3,3	1,5	3,1	1,3	n.s.
Arbeitssituation	3,5	1,6	3,6	1,6	n.s.
Körperliche Gesundheit	3,7	1,5	3,6	1,5	n.s.
Seelischer Zustand	3,4	1,4	3,3	1,5	n.s.
Finanzielle Situation	4,3	1,6	4,1	1,5	n.s.

	Vor Beginn des Case Managements		6 Monate später		Signifikanz
	MW*	STD*	MW*	STD*	
Wohnsituation	2,8	1,6	3,0	1,6	n.s.
Straftaten/Delikte	3,7	1,6	3,0	1,5	-*
Suchtmittelgebrauch	2,8	1,6	2,4	1,3	n.s.
Alltagsbewältigung	2,9	1,3	2,7	1,2	n.s.

*MW = Mittelwert, STD = Standardabweichung, n. s. = nicht signifikant, - = $p < 0,05$

Bei 10 von 13 Lebensbereichen hat sich die Lebenszufriedenheit verbessert, in einem Lebensbereich ist sie exakt gleichgeblieben und in zwei Bereichen zeigt sich eine Verschlechterung. Die meisten Veränderungen sind eher niedrig, wobei sich die größten (positiven) Veränderungen bei den Bereichen Eltern, Geschwister, Verwandte, Eigene Kinder, Suchtmittelgebrauch und Straftaten/Delikte ergeben. Die Verbesserungen in den Lebensbereichen Straf-

taten/Delikte und Eltern, Geschwister und Verwandte sind signifikant.

In der folgenden Tabelle sind die Angaben zu Beeinträchtigungen durch körperliche bzw. psychische Beschwerden und Krankheiten zu finden. Bei diesen Fragen reichte die Skala von „sehr wenig“ (1) bis „sehr stark“ (5). Wiederum deuten niedrigere Werte bei der Zweitbefragung auf eine Verbesserung.

Tabelle 5: Fragen zu Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Beschwerden/Krankheiten vor Beginn des Case Managements und 6 Monate danach

	Vor Beginn des Case Managements		6 Monate später		Signifikanz
	MW*	STD*	MW*	STD*	
Wie sehr haben Sie sich in den letzten 30 Tagen von körperlichen Beschwerden/Krankheiten beeinträchtigt gefühlt?	2,7	1,3	3,0	1,4	n.s.
Wie sehr haben Sie sich in den letzten 30 Tagen von psychischen Beschwerden/Krankheiten beeinträchtigt gefühlt?	2,6	1,3	2,2	1,2	-*

*MW = Mittelwert, STD = Standardabweichung, n. s. = nicht signifikant, - = $p < 0,05$

Die Beeinträchtigung durch körperliche Erkrankungen und Beschwerden ist im Studienverlauf leicht angestiegen, während die Beeinträchtigungen durch psychische

Krankheiten und Beschwerden statistisch signifikant abgenommen hat.

In der folgenden Tabelle sind die Skalenwerte des HEALTH-49-Fragebogens zusammengefasst. Den Fragen des HEALTH-49 lag jeweils eine Skala von 0 bis 4 zugrun-

de, wobei wiederum niedrigere Werte geringere Belastungen bedeuten.

Tabelle 6: Skalenwerte des HEALTH-49-Fragebogens vor Beginn des Case Managements und 6 Monate später

	Vor Beginn des Case Managements		6 Monate später		Signifikanz
	MW*	STD*	MW*	STD*	
Somatoforme Beschwerden	1,2	0,7	1,2	0,8	n.s.
Depressivität	1,3	0,9	1,1	1,0	-*
Phobische Ängste	0,8	0,9	0,7	0,8	n.s.
Psychische und Somatoforme Beschwerden	1,1	0,7	1,0	0,7	n.s.
Psychisches Wohlbefinden	2,2	0,8	2,0	0,8	n.s.
Interaktionelle Schwierigkeiten	1,4	0,8	1,3	0,8	n.s.
Selbstwirksamkeit	1,7	0,9	1,7	0,8	n.s.
Aktivität und Partizipation	1,6	0,8	1,5	0,8	n.s.
Soziale Unterstützung	2,0	0,9	2,1	0,8	n.s.
Soziale Belastung	1,6	0,8	1,5	0,7	n.s.

*MW = Mittelwert, STD = Standardabweichung, n. s. = nicht signifikant, - = $p < 0,05$

Bei den Skalen des HEALTH-49 zeigen sich nur geringfügige Veränderungen. Sieben Skalen haben sich geringfügig verbessert, zwei sind gleichgeblieben und eine hat sich geringfügig verschlechtert.

Insgesamt zeigen sich demnach nur geringe Veränderungen zwischen den beiden Befragungszeitpunkten. Bei den meisten Fragen ergibt sich eine geringe, nicht signifikante Verbesserung, bei einzelnen Variablen auch eine nicht signifikante Verschlechterung oder überhaupt keine Veränderung. In einzelnen Lebensbereichen wie z. B. bei den Straftaten und Delikten, beim Suchtmittelgebrauch, bei der Zufriedenheit mit den Lebensbereichen Eigene Kinder, Eltern, Geschwister und Verwandte und bei der Beeinträchtigung durch psychische Beschwerden und Krankheiten sind aber auch bedeutsame Verbesserungen zu erkennen. Detaillierte Auswertungen, bei denen Fälle mit modultreuer Umsetzung mit Fällen ohne modultreue Umsetzung verglichen werden, weisen darauf hin, dass die Veränderungen bei modulgetreuer Umsetzung größer ausfallen.

Interessant ist, dass in niedrighschwelligten Einrichtungen die Umsetzung des Handlungsansatzes zwar aus strukturellen Gründen schwierig ist. Wenn es aber gelingt, Case Management umzusetzen, sind gerade in diesem Setting je nach Einzelfall größere Veränderungen möglich.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Das in Manualform vorliegende Konzept „Case Management für ältere Drogenabhängige“ hat sich als umsetzungsfähig erwiesen. Allerdings ist die Umsetzung des Konzeptes nicht allen Case Managerinnen und Case Managern gleich gut gelungen. Case Management verlangt sowohl von den Fachkräften als auch von den Klient*innen zum Teil ungewohnte Anstrengungen, einen höheren Zeitaufwand, ein höheres Maß an Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit und die Bereitschaft, sich auf die Instrumente des Case Managements einzulassen. Bei den 62 Fällen, die in die Studie aufgenommen wurden, konnten die einzelnen Phasen des Case Managements weitgehend und mit einer zufriedenstellenden Qualität durchgeführt wer-

den. Insgesamt ist in zwei Drittel aller Fälle von einer weitgehend manualgerechten Umsetzung auszugehen. Den quantitativen Daten und den Rückmeldungen der Case Manager*innen ist zu entnehmen, dass insbesondere das Intake, das stärkenorientierte Assessment, die Zielvereinbarungen und auch die Aktionspläne geschätzt wurden.

Schwieriger ist die Frage nach den Veränderungen im Verlauf des sechsmonatigen Case Managements zu beantworten. Bei den meisten Variablen zeigen sich geringfügige, nicht signifikante Verbesserungen, bei einzelnen Variablen wie den Straftaten und Delikten aber auch durchaus bedeutsame signifikante Effekte. Bei einzelnen Variablen (z. B. Beeinträchtigung durch Krankheiten, Selbstwirksamkeit) sind die Werte aber auch unverändert geblieben oder haben sich geringfügig verschlechtert (Arbeitssituation, Wohnsituation, Soziale Unterstützung). Dabei sind die Besonderheiten der Zielgruppe zu berücksichtigen. Im vorliegenden Projekt geht es um ältere Drogenabhängige, die in ihrem Leben schon viel versucht haben und sich meist in ihrer Wohn- und Lebenssituation eingerichtet haben. Wenn es hier gelingt, noch einmal Mut zu machen und Motivation für erneute Versuche zu wecken, die eigene Lebenssituation zu verbessern, dann sind wohl auch kleine Veränderungen nicht zu unterschätzen. Die Daten weisen darauf hin, dass es nicht einfach ist, nach langen Drogenkarrieren in der zweiten Lebenshälfte grundlegen-

de Verbesserungen zu erreichen. Die Daten zeigen aber auch, dass Veränderungen und Verbesserungen möglich sind. Für viele Klient*innen und Klienten geht es auch darum, beim Älterwerden das Erreichte nicht zu gefährden, immer wieder aufs Neue stabile Versorgungssituationen – auch angesichts fortschreitender Erkrankungen – zu organisieren und dabei immer stärker auch Altenhilfe, Pflege und mobilitätsunterstützende Hilfen einzubeziehen. Case Management kann dabei hilfreich sein. Das ist besonders interessant für den wachsenden Bereich des Betreuten Wohnens und andere Bereiche der Eingliederungshilfe, aber auch für die Psychosoziale Beratung und Behandlung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen, wo es bislang an Konzepten für die PSB mit älteren Klient*innen, die schon lange betreut werden, fehlt. Im niedrigschwelligen Bereich ist die Umsetzung am schwierigsten. Wenn es aber gelingt, sind anscheinend größere Veränderungen möglich.

Die Limitationen der vorliegenden Studie liegen im Stichprobenumfang, der Analysen für Untergruppen erschwert, und am gewählten Design, mit dem die Umsetzbarkeit des Manuals und mögliche Veränderungen über den sechsmonatigen Erprobungszeitraum, nicht aber kausale Zusammenhänge zwischen Case Management und beobachteten Effekten analysiert werden können.



Literatur

- Arendt, I., Follmann-Muth, K., Schmid, M. & Vogt, I. (2017): Stärkenbasiertes Case Management in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Männern und Frauen ab 45 Jahren. In: H. Stöver, D. Jamin & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 214–235.
- Bolz, M., Braasch, S., Körner, U., Schäffler, F., Thym, M. & Stubican, D. (2017): *Ältere Drogenabhängige in Versorgungssystemen. Ein Leitfaden*. Der Paritätische Bayern, Condrobs, München; mudra, Nürnberg Drogenhilfe Schwaben.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010): *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: DHS. Verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf [15.07.2018]
- Ehlers, C., Müller, M. & Schuster, F. (2017): *Stärkenorientiertes Case Management: Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten*. Opladen: Barbara Budrich.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) (2017): *Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen. Landesauswertung der COMBASS-Daten 2016 und Dot.sys-Daten 2011–2016*. Frankfurt am Main: HLS.
- Hoff, T. & Klein, M. (Hrsg.) (2015): *Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D’Zurilla, T. J. (2013): *Problem-Solving Therapy. A Treatment Manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. & Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 55, 162–179.
- Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2012): *The Strengths Model. A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. (3. Aufl.) New York: Oxford University Press.
- Rapp, R. C., Van den Noortgate, W., Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (2014): The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: a three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 4, 605–618.
- Rosen, D., Morse, J. Q. & Reynolds, C. F. (2011): Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 132–141.
- Schmid, M. (2003): *Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1997–2000*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schmid, M., Hoff, T., Arendt, I., Follmann-Muth, K., Kuhn, U. & Vogt, I. (2016): *Case Management für ältere Drogenabhängige – ein Modellprojekt zu Case Management in der Drogenhilfe*. *Case Management*, 4, 176–182.
- Schmid, M., Schu, M. & Vogt, I. (2012): *Motivational Case Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe*. Heidelberg: MedHochzwei.
- Stöver, H., Jamin, D. & Padberg, C. (Hrsg.) (2017): *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Vogt, I. (2015): *Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden und Wünschen an die Zukunft: Handlungsansätze der Sozialen Arbeit*. Weitramsdorf-Weidach: ZKS-Verlag. Verfügbar unter <https://zks-verlag.de> [15.07.2018].
- Vogt, I. (Hrsg.) (2011): *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Wittchen, H.-U., Rehm, J. T., Gölz, J., Kraus, M. R., Schäfer, M., Soyka, M., Scherbaum, N., Backmund, M. & Bühringer, G. (2011a): Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opioidabhängiger. *Suchtmed* 13(5), S. 287–293.
- Wittchen, H.-U., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G. & Rehm, J. T. (2011b): Die Rolle der Psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. *Suchtmed* 13(5), S. 258–262.
- Zurhold, H. (2017): *Opiatabhängigkeit im Alter – Ergebnisse einer Hamburger Studie*. In: H. Stöver, D. Jamin, & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 166–189.



Irmgard Vogt

Lebenswelten und Unterstützungsleistungen: Was wir wissen und was wir nicht wissen über Menschen mit Suchtproblemen in den Altersgruppen ab 45 Jahren

„Es gibt bekanntes Bekanntes; es gibt Dinge, von denen wir wissen, dass wir sie wissen. Wir wissen auch, dass es bekannte Unbekannte gibt: Das heißt, wir wissen, es gibt Dinge, die wir nicht wissen ...“ (Rumsfeld, 2002)

Bekanntes

Wir wissen mittlerweile einiges über Menschen, die 45 Jahre und älter sind und noch immer Straßendrogen kaufen und konsumieren. Als Straßendrogen bezeichne ich hier alle psychoaktiven Substanzen, die man illegal im Internet oder auf der Straße erwerben kann. Zu den Straßendrogen gehören also nicht nur die Stoffe, deren Herstellung und Vertrieb in Deutschland gesetzlich verboten ist, wie Kokain oder Crystal Meth, sondern auch solche, die man normalerweise nur auf Rezept in einer Apotheke kaufen kann. Wer gerade kein einschlägiges Rezept hat oder wer verbotene Stoffe konsumieren will, kann die Substanzen bei Dealer*innen kaufen oder sie sich nach Hause liefern lassen. Den Handel mit psychoaktiven Substanzen, der sich in dieser Grauzone abspielt, bezeichnet man als schwarzen Drogenmarkt oder kurz schwarzen Markt. Dieser hat sich in den letzten 50 Jahren in Deutschland fest etabliert; er hat sich in jüngster Zeit erheblich diversifiziert z. B. durch Angebote von verschreibungspflichtigen Medikamenten ohne die vorgeschriebenen Rezepte. Zudem

scheint es neue Verkaufs- und Verteilerwege zu geben, z. B. die Lieferung ins Haus.

In Deutschland gibt es sowohl in den Städten als auch auf dem Land schwarze Märkte für Straßendrogen und es gibt Männer, Frauen und Transgender-Menschen¹, die dort als Dealer*in auftreten und diese Märkte aufrechterhalten. Sie bedienen die Kund*innen mit Stoffen, die man grundsätzlich oder aktuell nicht auf legalem Wege bekommen kann. Oft handelt es sich bei den Einkäufen der Kund*innen auf den schwarzen Märkten um Zusätze zur „Grundversorgung“ mit einem Opioid oder einem anderen psychoaktiven Medikament, das ärztlich verordnet wurde. Gut 75.000 Menschen, die Heroin auf dem schwarzen Markt gekauft haben und davon abhängig geworden sind, befinden sich zurzeit wegen dieser Sucht in ärztlicher Behandlung und erhalten u. a. die Medikamente Methadon (z. B. Methadict) oder Buprenorphin (z. B. Subutex). Je nach individuellem Bedarf versuchen die einen, mit aufputschenden Mitteln die Müdigkeit von Methadon zu bekämpfen. Andere verstärken die Wohlgefühle und nehmen zusätzlich Pregabalin (z. B. Lyrica). Zusammen mit Alkohol, Nikotin, anderen psychoaktiven Substanzen und Medikamenten zur Behandlung von HIV-Infektionen, Hepatitis-C-Infektionen, Herz-Kreislauf-Problemen und vielen anderen Krankheiten ergeben sich wilde Stoffmischungen mit oft verwunderlichen Wirkungen.

Am meisten wissen wir über Menschen, die viele Jahre lang Straßendrogen konsumiert haben und in diesen Jahren die Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen (z. B. Bolz et al., 2017; Rosen et al., 2013; Wehrwein et al., 2016). Die Suchthilfe stellt für sie Psychosoziale Beratung oder Behandlung (PSB) bereit. Wer zudem dauerhaft oder phasenweise an einem Programm zur medikamentösen Behandlung der Sucht teilnimmt (sogenannte Substitutionsbehandlung),

¹ In Deutschland liegen aktuell zu Transgender-Menschen mit Suchtproblemen nur sehr wenige Daten vor. Systematische Datenerhebungen zum Konsum von Straßendrogen von Transgender-Menschen, ihren Komorbiditäten und ihren Behandlungen fehlen. Aus diesen Gründen wird im Folgenden auf diese Personengruppe nicht gesondert eingegangen.



war bis zum Jahr 2017 gezwungen, an dem PSB-Angebot teilzunehmen. Mit der Neuregelung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) aus dem Jahr 2017 und den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (ebenfalls aus dem Jahr 2017) entfällt der Zwang zur Teilnahme an einer PSB. Sie wird jedoch von der BÄK „regelmäßig empfohlen“.

Deimel (2013) definiert die PSB als „psychosoziale Intervention“, die in verschiedenen Bereichen erfolgen kann. Er listet die in Tabelle 1 aufgeführten Bereiche auf.

Wir haben in einer Reihe von Studien festgestellt, dass nicht alle diese Bereiche für Menschen, die seit vielen Jahren Straßendrogen allein oder in Kombination mit einem verordneten Opioid einnehmen, relevant sind (Vogt, 2011; 2015). Das gilt zum Beispiel für die Bereiche Arbeit und Finanzen. Für Menschen um 50 Jahre, die seit ca. 30 Jahren Straßendrogen konsumieren und die in dieser Zeit nicht in

das Erwerbsleben integriert waren, sind Fragen danach, ob sie (noch) ALG II beziehen können oder ob sie wegen ihrer Erwerbsminderung berentet werden bzw. Leistungen der Sozialhilfe beanspruchen müssen, wichtig. Sind diese Fragen geklärt und entschieden, besteht im Bereich Erwerbsarbeit für längere Zeit oder auch dauerhaft kein großer Handlungsbedarf. In vielerlei Hinsicht sind damit auch die finanziellen Spielräume definiert. Etwas anders verhält es sich mit dem Bereich Justiz. Immer wieder drohen Anklagen wegen Straftaten und Gerichtsverfahren sowie nach Verurteilungen Haftstrafen. In der Mehrzahl der Fälle wird die PSB erst sehr spät im Prozess mit den Fällen konfrontiert, sodass meist nur noch Kriseninterventionen gefragt sind.

Für das Stärkenbasierte Case Management (im Folgenden: SBCM) eignen sich jedoch eher Bereiche, in denen es immer wieder zu Problemen kommt, die belastend sind

Tabelle 1: Bereiche und Inhalte der psychosozialen Behandlung (Deimel, 2013, S. 81)

Bereich	Inhalt
Arbeit	Integration in den Beruf; Vorbereitung auf Arbeit, Schule und Ausbildung; Arbeitssuche; Hilfe bei Arbeitslosigkeit; Hilfe bei Arbeitsproblemen; Vermittlung in Arbeitsintegrationsmaßnahmen; Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Situation
Finanzen	Geldverwaltung; Schuldnerberatung; Hilfe bei Mietschulden; Schwierigkeiten im Umgang mit Finanzen; Sicherung des Lebensunterhalts
Justiz	Beratung und Unterstützung in Justizangelegenheiten; Hilfe bei juristischem Druck & gerichtlichen Auflagen; Verhinderung von Beschaffungskriminalität; Vermeidung von Prostitution
Beziehung	Unterstützung bei Beziehungsstress; Probleme im Umgang mit Kindern oder Familienangehörigen; Fehlende Kontakte jenseits der Szene; Familienberatung; Entwicklung von Beziehungsfähigkeit
Sucht/Krankheit/Gesundheit	Gesundheitliche Aufklärung; Beratung und Unterstützung in Suchtfragen; Hilfe bei körperlichen und psychischen Stabilisierung; Hilfe beim Einstellen des Beikonsums; Vermittlung in Entgiftung und Therapie; Depressionen und andere psychische Probleme; Selbstzweifel und Unsicherheit; Ängste; Probleme im Umgang mit der eigenen Gesundheit; Entwicklung von Coping-Strategien; Vermeidung von Prostitution; AIDS- und Hepatitisprophylaxe; Auseinandersetzung mit Suchtdynamik und den Ursachen des problematischen Drogenkonsums
Wohnen	Wohnungssuche; Sicherung des eigenen Wohnraums; Hilfe bei Obdachlosigkeit; Hilfe bei Mietschulden
Freizeit	Aufbau einer Tagesstruktur; Freizeitgestaltung
Soziale Kompetenz und Unterstützung	Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten; Hilfe beim Umgang mit Behörden; Vermittlung im Beziehungsgefüge Arzt/Patient; Entwicklung sozialer Kompetenz

und für die sich die Klientel Veränderungen wünscht. Der Planungshorizont ist meist länger, was für die Initiierung und Durchführung von SBCM wichtig ist. Als einschlägig bieten sich folgende Bereiche an: Wohnen, Gesundheit und Beziehungen. In enger Abstimmung mit der Klientel und mit Unterstützung durch den Case Manager oder die Case Managerin (CM) können mit dem SBCM Aktionspläne erarbeitet werden, die Problemlösungen wahrscheinlich machen.

Neuer Ansatz: Stärkenbasiertes Case Management (SBCM)

Wie die Befragungsergebnisse, die von Hoff und Schmid auf diesem Fachtag vorgestellt wurden, einmal mehr zeigen, ist der allgemeine Gesundheitszustand von Frauen und Männern in den Altersgruppen ab 45 Jahren, die dauerhaft Opioide und andere psychoaktive Substanzen konsumieren, nicht besonders gut. Das spiegelt sich wider in den Angaben zu den Krankheiten, unter denen viele von ihnen leiden, sowie im Medikamentencocktail, den sie zur Behandlung dieser Krankheiten einnehmen müssen. Typisch dafür ist folgende Aussage.

„Ja, und ich nehm auch keine Drogen mehr [außer Zigaretten und Methadon], und ich hab im Moment nix, was ich eigentlich, wo ich mich gesundheitlich irgendwie schädigen könnte. Ja, ich krieg Medikamente gegen Bluthochdruck, gegen Parkinson'sche, gegen Durchblutungsstörungen, ja, da krieg ich auch Tabletten. Ich hab so sieben Medikamente, die ich nehmen muss. Das war's. Ja, das isses eigentlich ... Ja, Bluthochdruck, Wasser, Parkinson'sche, die Leber, also die Hepatitis, nee, des war's eigentlich. Das langt auch“ (Interview 32², m; subjektive Einschätzung der Gesundheit: mittel; Vogt, 2015, S. 12).

Der prekäre Gesundheitszustand und die hohe Krankheitsbelastung schlägt nicht in dem Ausmaß, wie man das erwarten würde, auf das subjektive Gesundheitsgefühl durch. Trotz aller objektiven Belastungen mit Beschwerden und Krankheiten überwiegen bei den Betroffenen mittlere bis positive Einschätzungen der Gesundheit. Es spricht einiges dafür, dass die Opioide sowie verschiedene Straßendrogen diesen Effekt (mit)bewirken, insofern man keine Schmerzen hat und zum Beispiel durch Kokain, Crack oder Crystal Meth aufgemuntert ist. Konkrete Probleme mit der Gesundheit erfordern dennoch immer wieder Interventionen, für die die Klientel Unterstützung sucht.

² Diese Nummer stellt keine Altersangaben dar; sie bezieht sich hier sowie in folgenden Zitaten auf die Kennzeichnung der Interviews in den Studien.

In den Kurzassessments mit dieser Klientel ergibt sich oft, dass Zahnprobleme bestehen. Wenn ein Klient oder eine Klientin eine Zahnsanierung als Ziel für ein SBCM formuliert, kann ein Aktionsplan ausgearbeitet werden, in dem die Schritte, die zu gehen sind, dargestellt sind. Auch die Aufgaben, die beide Seiten übernehmen, sind festgelegt. Ein*e CM sollte jedoch Rückschläge einplanen, denn die Ängste der Klientel vor jedem Zahnarztbesuch sind enorm. Folglich passiert es immer wieder, dass Termine nicht eingehalten werden. Nicht selten muss ein*e CM den Klienten oder die Klientin zum Zahnarzt begleiten, damit die notwendigen Zahnbehandlungen durchgeführt werden können. Es kann also weit länger als geplant dauern, bis eine Zahnbehandlung abgeschlossen werden kann. Und es bedarf immer wieder der Motivierung der Klientel, am Ziel festzuhalten und kleine Schritte zu dessen Erreichung zu unternehmen. Aber wenn das Ziel erreicht ist, wenn die Zähne saniert sind oder ein neues Gebiss angepasst ist, ist der Erfolg da. Dieser ist hoch einzuschätzen, weil der Weg dahin oft weit und beschwerlich war. Es liegt auf der Hand, dass sanierte Zähne bzw. ein gut angepasstes Gebiss die Lebensqualität des Klienten bzw. der Klientin nachhaltig verbessern.

Noch etwas schwieriger ist es für die Klientel und Case Manager und Case Managerinnen, eine Verbesserung der sozialen Beziehungen zu erreichen. Faktisch haben viele Frauen und Männer mit langen Suchtkarrieren nur noch lose Kontakte mit Familienmitgliedern oder Freund*innen außerhalb des Drogenmilieus. Sie kennen vor allem Menschen, die ähnliche Biografien haben wie sie selbst und die im Drogenmilieu gut vernetzt sind, sowie zu den Angeboten der Suchthilfe und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dort.

„Ja, leider ich hab nicht so viel Kontakt. Ich fühl mich irgendwie hier, ich fühl mich irgendwie hier wie in einem Frei-Gefängnis, so viel Aktivitäten hab ich nicht außer Schach spielen und in Einrichtung z. B. Kaffee trinken kommen oder zum Essen ab und zu mal, also ansonsten nicht so großartige Aktivitäten“ (Interview 42, m; Vogt, 2012, S. 188).

Wie das Beispiel zeigt, trifft man sich in den Einrichtungen zum Kaffeetrinken und um dort mit Beraterinnen und Beratern bzw. Case Managerinnen und Case Managern zu reden, von denen viele immer ein offenes Ohr für die Kümernisse ihrer Klientel haben. Manchmal gehen solche Kontakte auch ungünstig aus, wenn es zu heftigen verbalen Auseinandersetzungen oder zu Gewalttätigkeiten kommt. Das kann dazu führen, dass diese Klienten und

Klient*innen zumindest zeitweise aus einer Einrichtung exkludiert werden.

SBCM kann, wenn ein Klient oder eine Klientin sich selbst stark engagiert, mithelfen bei der Integration in neue Gruppen und Kontexte. Das lässt sich gut am Beispiel von Frau Lang³ zeigen. Die Klientin ist 56 Jahre alt, wird ärztlich mit Opioiden versorgt und nimmt keine anderen Straßendrogen. Im Kurzassessment sagt sie nachdrücklich, dass sie sich eine geringfügige Beschäftigung wünscht, um „etwas Sinnvolles zu tun zu haben“ und um zusätzlich etwas Geld zu verdienen. Das Ziel ist also die Suche nach einer geringfügigen Beschäftigung für Frau Lang, die zu ihr passt und die sie mit ihren Vorkenntnissen und Fähigkeiten ausfüllen kann. Der Case Manager bietet an, sich umzuhören. Er findet heraus, dass ein Wohlfahrtsverband in einer Nachbarregion Betreuungspersonal sucht, das stundenweise Menschen entlasten soll, die Angehörige pflegen. Frau Lang bringt Kenntnisse für diese Art der Arbeit mit. Auf Nachfrage ergibt sich zudem, dass sie an einer solchen (geringfügigen) Beschäftigung Interesse hat. Sie findet es gut, mit Menschen zusammen zu sein, auch mit Kranken unterschiedlichen Alters. Im Vorfeld, also vor einer Bewerbung für eine geringfügige Beschäftigung als Betreuerin, ist zu klären, ob sie mit ihrer Vorgeschichte (Abhängigkeit von Heroin) und ihrer aktuellen medikamentösen Behandlung einen solchen Job annehmen kann und darf. Diese Fragen lassen sich mit einer Reihe von Rückfragen bei entsprechenden Ämtern und mit Fachleuten klären: Frau Lang kann einen solchen Job annehmen. Frau Lang kann zudem alle Familien, die sie stundenweise unterstützen soll, mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen. Der Arbeitsaufnahme steht also nichts mehr im Wege. Der SBCM-Prozess ist bis zu diesem Zeitpunkt optimal verlaufen; Frau Lang war aktiv in die Erarbeitung des Aktionsplans involviert; sie hat ihren Teil zur Klärung der Sachfragen beigetragen. Sie nimmt die Arbeit auf und ist mit ihren ersten Erfahrungen sehr zufrieden.

Allerdings ist Frau Lang schon nach kurzer Zeit mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Sie soll an einer Fortbildung teilnehmen. Die Teilnahme ist obligatorisch. Verweigert sie diese, verliert sie ihren gerade eben neu gewonnenen Job. Frau Lang hat große Schwierigkeiten, sich darauf einzulassen. Hier sollte ein neuer Zyklus von SBCM beginnen. In enger Zusammenarbeit mit Frau Lang wäre zu klären, was sie daran hindern könnte, an der Fortbildung teilzunehmen. Je nach Ergebnis eines gezielten Kurzassessments müsste dann ein neuer Aktionsplan entwickelt und Schritt für Schritt umgesetzt werden.

³ Name und Kontext geändert.

Stigmatisierung als besondere Belastung in der Arbeit mit der Klientel

Die alltägliche Erfahrung, ausgegrenzt und stigmatisiert zu werden, erschwert die Arbeit im SBCM. Männer und Frauen mit langen Drogenkarrieren in den Altersgruppen ab 45 Jahren sind sich sehr bewusst, dass sie kritisch gemustert und oft schlecht behandelt werden.

„Wenn ich i'n normalen Geschäft geh oder essen gehen möchte oder was, manchmal werde ich in aller Öffentlichkeit gefragt, ob ich überhaupt Geld hab oder ich werd überhaupt nicht reingelassen“ (Interview 8, w, Eppler et al., 2011, S. 180).

Solche Erfahrungen belasten das Selbstbewusstsein. Sie machen es den Klient*innen schwer, sich auf neue Handlungsansätze einzulassen. Ohne solche Ansätze wird es allerdings nur schwer möglich sein, die soziale Isolation, in der sich diese Klientel befindet, zu überwinden. Dazu kommen oft noch unkonventionelle Verhaltensweisen wie in folgendem Beispiel.

„Na ja, ich mach' halt auch Dinge, die macht nicht jeder Mensch. Ja? Und dann guckt mich halt jeder so merkwürdig an. Also zum Beispiel, äh, ich gehe bei Burger King rein, wenn ich Hunger habe und hab' nichts zu essen und nehm mir da halt 'ne Tüte Pommes Frites, die da halt auf dem Tablett liegt. Die jemand liegen lässt. Ja, und denn, dann weiß ich genau, ich werd jetzt von den Menschen, die das gesehen haben, äh, nicht mehr respektiert. Bei denen hab ich jetzt keinen Respekt mehr. Die sagen, ach Gott, die Frau. Und erst, ja gut, ist ja alles okay, vom Äußeren her geht's noch. Aber wenn ich dann so was mache, dann bin ich nicht mehr so. Also, es kommt auf mein Verhalten drauf an. Wenn ich blödsinnige Sachen mach, was ich halt so machen muss manchmal, dann werd ich eben abgegrenzt. Das hängt aber auch davon ab, wie ich mich verhalte“ (Interview 18, w, Eppler et al., 2011, S. 180).

Wie diese Aussage zeigt, reflektieren manche Menschen mit langjährigen Drogenkarrieren differenziert ihre eigenen Verhaltensweisen mit Bezug auf die Allgemeinheit. Sie sehen sehr wohl, wie sehr ihr Verhalten von den gängigen Normen abweicht, und sie wissen, dass das zu einem Verlust von „Respekt“ führt. Sie sind sich weniger bewusst darüber, wie sehr das auf ihr Selbstbewusstsein zurückschlägt und wie sehr ihr Bild von sich selbst dadurch beschädigt wird (Goffman, 1963).

Es ist im Übrigen nicht allein die sogenannten Allgemeinbevölkerung, die Vorurteile gegenüber Menschen hat, denen man ihre Drogenkarriere anzusehen meint. Auch man-

che Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Institutionen haben entsprechende Vorurteile. Betroffene monieren das bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe, wie das folgende Zitat belegt.

„Dass sie [die Mitarbeiter der Jugendhilfe] einen als Mensch sehen und nicht als Tiere ... Also, dass sie einen für nen komplett schlechten Menschen halten, wenn man süchtig ist. Und ich hab' das Gefühl, die Vorurteile sind da ganz tief verwurzelt. Also, ich weiß nicht, wie's in anderen Städten mit dem Jugendamt ist, aber die Region XY ist halt einfach klein, und da ist's schon echt heftig“ (Interview 50, w; Vogt et al., 2015, S.101).

Auch Ärzte und Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen und Pflegenden in verschiedenen Einrichtungen können Vorurteile und in der Folge davon Vorbehalte gegenüber Menschen haben, die Straßendrogen konsumieren (Überblick über Forschungsstand z. B. Vogt, 2017). Das kann die Kontakte zwischen diesen Fachleuten und den Frauen und Männern mit Suchtproblemen, die Hilfe benötigen, erschweren.

Berater und Beraterinnen bzw. Case Managerinnen und Case Manager können in ihren vielen Kontakten mit Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen, mit den Mitarbeitenden von Jugendämtern und anderen Ämtern und Institutionen viel dazu beitragen, dass die Vorurteile gegenüber Menschen mit Suchtproblemen abgebaut werden. Besonders wichtig ist es, auf die Vorurteile und Vorbehalte von Pflegenden in verschiedenen Institutionen, insbesondere denjenigen für psychisch Kranke und für Senior*innen, gegenüber Menschen mit Suchtproblemen einzugehen, weil damit zu rechnen ist, dass in diesen Einrichtungen zunehmend mehr Plätze für diese Klientel gebraucht werden. Bislang sind die Kooperationen zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und denen der Pflege und Altenhilfe schwierig. Besonders kritisch ist es, wenn Klient*innen aufgenommen werden sollen, die als Opioid Methadon erhalten. Die Pflegenden assoziieren damit klassisch negative Bilder von Drogenabhängigen, die keine Regeln einhalten und zudem noch frech, undankbar und verwahrlost sind. Geht es um andere Opioide (z. B. Oxygesic), die manchen Pflegefällen in den Heimen verordnet werden, kommt es nicht zu solchen Assoziationen. Umso wichtiger ist es, Kontakte zwischen denjenigen Suchthilfeeinrichtungen, die Menschen mit Suchtproblemen in der zweiten Lebenshälfte betreuen, und den Pflegestationen vor Ort sowie den Pflegeheimen in der näheren Umgebung aufzubauen und die Ängste vor Menschen mit Suchtproblemen abzubauen. Das kann allein mit SBCM nicht geleistet werden.

Fazit

- Das Stärkenbasierte Case Management kann die Klientel 45+ in ihrer Lebenswelt erreichen und insgesamt betrachtet zu (kleinen) Verbesserungen der Lebensqualität beitragen.
- Ideal sind Settings mit hoher Kontaktdichte (z. B. Beratung im Kontext der Vergabe der Medikamente; Betreutes Wohnen usw.).
- SBCM ist dann erfolgreich, wenn die Klienten oder Klient*innen selbst motiviert sind, ihre Lebenssituation in für sie wichtigen Bereichen zu verändern. In diesen Fällen gelingt es, einen Aktionsplan auszuhandeln, an dessen Umsetzung beide Parteien mitarbeiten. Es stellen sich dann wichtige und sichtbare (kleine) Erfolge relativ schnell ein.
- Je nach Fall kann es notwendig sein, nicht nur einen Zyklus von SBCM zu durchlaufen, sondern mehrere.

Unbekanntes

Vincent Doyle hat zusammen mit Mary Nyswander in den 1960er Jahren und im Kontext der „neuen“ Drogen- und Heroinwelle in den USA die ersten Versuche unternommen, Heroinabhängige mit Methadon zu behandeln. Sie haben argumentiert, dass man die Heroinabhängigen aus dem Drogenmilieu herausholen muss, dass man ihnen legale Substanzen (Opioide) verordnen muss, damit sie eine Chance haben, ihre Lebensweise zu überdenken.

“[...], it must not be too quickly assumed that these are weak individuals who would fail in society if relieved of the compulsion to obtain drugs. The potential strengths of addicts, like their faults, cannot be judged while the addicts are trapped in the orbit of drug abuse” (Dole & Nyswander, 1967).

In einer späteren Publikation beschreibt Dole seine Patientinnen und Patienten, die er über lange Zeit mit Methadon behandelt hat (methadone maintenance therapy, MMT), so:

“[MMT] patients are normally alert and functional; they live active lives, hold responsible jobs, succeed in school, care for families, have normal sexual activity and normal children, and have no greater incidence of psychopathology or general medical problems than their drug-free peers” (Dole, 1988).

Mit Dole und Nyswander teilen wir heute die Meinung, dass Süchtige über Stärken verfügen, die sie allerdings nicht in einer solche Weise ausleben können, dass sie selbst und/oder die Gesellschaft, in der sie leben, davon profitieren,

solange sie noch in das Drogenmilieu eingebunden sind. Man muss sie aus diesem Milieu herausholen, damit sie ihre Stärken und Fähigkeiten weiterentwickeln können. Dole und Nyswander hofften, dass ihnen das mit der (dauerhaften) Gabe von Methadon (MMT) gelingen könne. Die Hoffnung, dass mit MMT Opioidabhängige ein „normales, aktives Leben“ führen, einen (guten) Job, eine Familie, Kinder und einen Freundeskreis haben, also insgesamt ein „gutes Leben“ führen können, hat sich in Deutschland für die Subpopulation der Drogenkonsumierenden 45+ mit Anbindung an die Suchthilfe nur bedingt verwirklicht. Die meisten haben keinen Job, keine Familie und keinen Freundeskreis. Die meisten sind vielmehr einsam, dauerhaft auf die Angebote der Suchthilfe angewiesen und von Krankheiten geplagt (vgl. dazu Gaulen, Alpers, Carlsen & Nesvag, 2017; Grønnestad & Lalander, 2016; Searby et al., 2015). Wie es scheint, haben sich die Hoffnungen, die Dole und Nyswander ursprünglich auf die Methadon-Behandlung gesetzt haben, nur in begrenztem Umfang erfüllt. Zudem wird man sich in Zukunft mit den unerwünschten Nebenwirkungen der Methadon-Langzeitbehandlung auseinandersetzen müssen (z. B. Baldini, von Korff & Lin, 2012; von Korff, Kolodny, Deyo & Chou, 2012; Shashoua, 2018).

An dieser Stelle ergeben sich einige Fragen. Unser Wissen über Menschen mit Substanzkonsumproblemen, die langandauernd mit Methadon (oder einem anderen Opioid) behandelt werden, geht zurück auf Gruppen und Populationen, die an spezifische Institutionen angebunden waren oder sind. In Deutschland sind das u. a. die Anlauf- und Behandlungsstellen für Drogenabhängige (ohne und mit Methadon-Ambulatorien) sowie Schwerpunktpraxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen spezialisiert haben. Diese sind über die PSB mit den Suchtbehandlungs- und Suchtberatungsstellen verbunden. Es gibt aber auch Frauen und Männer, die ihre Medikation von anderen niedergelassenen Ärzten oder Ärztinnen beziehen und von diesen bzw. von mit ihnen zusammenarbeitenden Beratern ihre PSB erhalten. Es ist also davon auszugehen, dass es Männer und Frauen gibt, die an einer Methadon-Erhaltungsbehandlung teilnehmen, deren Daten nicht von der Suchthilfe erfasst werden. Wenn es diese Gruppen gibt, dann wissen wir derzeit nichts darüber, wie diese Menschen ihr Leben eingerichtet haben. Vielleicht haben sie ein „gutes Leben“ ganz im Sinne von Dole und Nyswander.

Es gibt eine zweite Gruppe von Menschen, von der wir ebenfalls wenig bis nichts wissen. Das sind alle diejenigen, die sich ihre Opiode auf schwarzen Märkten besorgen, aber nie wegen ihres Konsums aufgefallen sind. Auch von dieser Personengruppe wissen wir nicht, ob sie ein „gutes Leben“ führt, also einen Job, einen Freundeskreis, eine Familie hat. Wir wissen auch nicht, ob man auf diese Weise gesund bleiben und alt werden kann.

Beide Gruppen sind von Interesse, weil wir von ihnen lernen könnten, ob man mit den Opioiden und anderen (illegalen) Substanzen auf die Dauer ein „gutes Leben“ in Sinne von Dole (1988) führen kann.

Man müsste also in der Forschung gezielt nach Einzelfällen und über diese hinaus nach Gruppen von Menschen suchen, die in diese beiden Kategorien fallen: Männer und Frauen, die erfolgreich langfristig an einer Methadon-Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt teilnehmen, oder Menschen, die auf andere Weise über viele Jahre an ihre Opiode kommen und die ein „gutes Leben“ führen. Man müsste sie danach fragen, wie ihnen das gelingt.

Dies ist umso wichtiger, als gut belegt ist, dass sich die Ergebnisse der Abstinenztherapien bei Abhängigkeit von Heroin oder anderen Opioiden seit Jahrzehnten nicht wesentlich verbessert haben. Die Rückfallquoten liegen heute ebenso wie in den 1980er Jahren bei 75 bis 85 Prozent – obwohl sich das therapeutische Klima in den Einrichtungen ebenso wie die Methoden, die in der Rehabilitation zum Einsatz kommen, sehr stark verändert haben. Erklärungen dazu, warum die Rückfallquoten so hoch sind, stehen aus.

Schluss

Wie sich zeigt, lohnt es sich, vom Bekannten auszugehen und nach dem Unbekannten zu suchen. Aktuell wissen wir nicht, ob es Einzelfälle oder sogar Gruppen von Menschen gibt, die trotz andauernder Abhängigkeit von einem Opioid und mit einer entsprechenden Erhaltungs- oder Ersatzbehandlung z. B. mit Methadon ein „gutes Leben“ führen. Es wird Zeit, dass wir das Unbekannte erkunden.

Literatur

- Baldini, A., Korff, M. von & Lin, E. H. B. (2012): A review of potential adverse effects of long-term opioid therapy: A practitioner's guide. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 14(3), PCC.11m01326. Verfügbar unter <http://doi.org/10.4088/PCC.11m01326> [10.09.2018].
- Bolz, M., Braasch, S., Körner, U., Schäffler, F., Thym, M. & Stubican, D. (2017): Ältere Drogenabhängige in Versorgungssystemen. Ein Leitfaden. Der Paritätische Bayern; Condrobs, München; mudra, Nürnberg; Drogenhilfe Schwaben.
- Deimel, D. (2012): Die Versorgungspraxis der psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger – die PSB-Studie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 90, 88–97.
- Deimel, D. (2013): Psychosoziale Behandlung in der Substitutionspraxis. Marburg, Tectum.
- Dole, V. P. & Nyswander, M. E. (1967): Rehabilitation of the street addict. *Archives of Environmental Health*, 120, 19–24.
- Dole, V. P. (1988): Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association*, 260, 3025–3029.
- Eppler, N., Kuplewatzky, N. & Vogt, I. (2011): „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer als Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern*. Frankfurt: Fachhochschulverlag, S. 167–208.
- Gaulen, Z., Alpers, S. E., Carlsen, S. L. & Nesvag, S. (2017): Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 80–90.
- Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood-Cliffs, Prentice-Hall.
- Grønnestad, T. E. & Lalander, P. (2016): The Bench: An open drug scene and its people. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32, 165–182.
- Korff, M. von, Kolodny, A., Deyo, R. A. & Chou, R. (2011): Long-Term opioid therapy reconsidered. *Annals of Internal Medicine*, 155, 325–328.
- Rosen, D., Heberlein, E. & Engel, R. J. (2013): Older Adults and Substance-Related Disorders: Trends and Associated Costs. *ISRN Addiction*, doi.org/10.1155/2013/905368.
- Searby, A., Maude, P. & McGrath, I. (2015): An ageing methadone population: A challenge to aged persons' mental health services? *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 1–5.
- Shashoua, A. (2018): Torsades de pointes after methadone treatment. In: M. Anitescu, H. Benzon, & M. Wallace (Hrsg.) *Challenging Cases and Complication Management in Pain Medicine*. Cham, Springer, S. 27–30.
- Vogt, I. (Hrsg.) (2011): *Auch Süchtige altern*. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Vogt, I. (2012): Drogenabhängige im mittleren und höheren Lebensalter: Soziale Beziehungen und gesundheitliche Lage. *Psychotherapie im Alter*, 9, 181–196.
- Vogt, I. (2015): Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden und Wünschen an die Zukunft: Handlungsansätze der Sozialen Arbeit. Verfügbar unter www.uks-verlag.de [10.09.2018].
- Vogt, I. (2017): Nobody is perfect: Einstellungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu psychisch Kranken – Ein Überblick über die Forschungsergebnisse. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 49, 307–324.
- Vogt, I., Fritz, J. & Kuplewatzky, N. (2015): Frauen, Sucht und Gewalt: Chancen und Risiken bei der Suche nach Hilfen und Veränderungen. Frankfurt. Verfügbar unter www.gffz.de/data/downloads/107176/RZ_14.257_gffz_Forschungsbericht_Suechtige.pdf [10.09.2018].
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kraucher, M. (2010): Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt: Institut für Suchtforschung Frankfurt. Verfügbar unter www.drogenbeauftragte.de [10.09.2018].
- Wehrwein, A., Schröder, G. & Lindert, J. (2016): Gesundheit und medizinischer und psychosozialer Versorgungsbedarf von akuten oder ehemaligen Drogenabhängigen im Alter (40+) – Eine Querschnittstudie. *Gesundheitswesen*, DOI verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116319> [10.09.2018].
- Vogt, I., Fritz, J. & Kuplewatzky, N. (2015): Frauen, Sucht und Gewalt: Chancen und Risiken bei der Suche nach Hilfen und Veränderungen. Frankfurt. Verfügbar unter www.gffz.de/data/downloads/107176/RZ_14.257_gffz_Forschungsbericht_Suechtige.pdf [10.09.2018].
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kraucher, M. (2010): Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt: Institut für Suchtforschung Frankfurt. Verfügbar unter www.drogenbeauftragte.de [10.09.2018].
- Wehrwein, A., Schröder, G. & Lindert, J. (2016): Gesundheit und medizinischer und psychosozialer Versorgungsbedarf von akuten oder ehemaligen Drogenabhängigen im Alter (40+) – Eine Querschnittstudie. *Gesundheitswesen*, DOI verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116319> [10.09.2018].

Anabela Dias de Oliveira

Alternde chronifizierte Drogenabhängige – eine neue Aufgabe der Drogenhilfe

In den vergangenen 30 Jahren hat ein Paradigmenwechsel in Drogenpolitik und Drogenhilfe stattgefunden. Zwar sind wir immer noch weit entfernt davon, eine Entkriminalisierung des Drogenkonsums durchzusetzen und rationale Legalisierungsschritte einzuleiten. Aber dennoch hat dieser Paradigmenwechsel den Hilfebedarf der Konsument*innen stärker in den Fokus gerückt und ihr Überleben und die Verringerung von Gesundheitsrisiken an die erste Stelle gesetzt.

Die in der UN-Charta verbrieften Menschenrechte haben dieser Entwicklung gedient und wie ein Motor gewirkt. Sie stellen nach wie vor eine große Chance für die Umsetzung von Selbstbestimmungsrechten in der (Wieder-)Eingliederungshilfe dar. Der Weg zu einer gelingenden und selbstverständlichen Teilhabe ist jedoch noch lang.

Niedrigschwellige Drogenhilfe hat trotz der negativen Kriminalisierungs-Rahmenbedingungen eine langjährige Erfahrung in der Entwicklung adäquater Betreuungsangebote, wie sichere verlässliche Substitutionsbehandlung und akzeptanzorientierte überlebenssichernde „subkultursensible“ Hilfen.

Vor diesem Hintergrund ist das niedrigschwellige Landesmodellprojekt LÜSA entstanden. LÜSA leistet seit 20 Jahren alltägliche parteiliche Unterstützung und Begleitung, die geprägt ist von Akzeptanz und dem Respekt vor der Lebensleistung unserer Klient*innen.

Sowohl die verschiedenen konzipierten stationären und ambulanten Wohnhilfen als auch die Tagesstrukturangebote basieren auf einer partizipatorischen Haltung, setzen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung voraus und fordern diese ein:

- Drogenabhängige haben Rechte und Pflichten, wie andere Erwachsene auch,
- Jede*r ist für das eigene Tun verantwortlich, Drogenkonsum befreit niemanden davon,

- Sozialverhalten ist für den Einzelnen und die Gemeinschaft wichtiger als die Konsumfrage, nur bei Eigen-/Fremdgefährdung stellt der Substanzkonsum ein größeres Problem dar.

Diesen Grundannahmen folgend, wurden von Beginn an die über 400 im stationären Wohnen aufgenommenen Menschen bei der Umsetzung einer Gesamt-Behandlung, die ihre Lebensqualität möglichst verbessert, begleitet.

Die von LÜSA angesprochene Zielgruppe weist mit der jahrzehntelangen Drogenabhängigkeit, der desolaten Gesundheitssituation, ihrem Alter sowie der zielgruppenspezifischen Voralterung hohe und schwer überwindbare Teilhabehürden auf. Diese Zielgruppe ist von gesellschaftlicher Inklusion nahezu ausgeschlossen.

In allen LÜSA-Hilfeangeboten ist die hier beschriebene Zielgruppe zu 100 Prozent von der Doppeldiagnose Hepatitis-C-Virus (HCV) und psychischen Erkrankungen (meist Depressionen) beeinträchtigt. Dieser Mix bildet eine Art Grundlagenerkrankung und stellt die alltägliche Praxis vor große fachliche Herausforderungen.

Die vergleichende Gegenüberstellung verdeutlicht die geringen Teilhabemöglichkeiten sowie den hohen Hilfebedarf, insbesondere der Bewohner*innen in der Dauerwohneinrichtung.

Gelingende Kooperationen sind bei dieser hier beschriebenen Problemkomplexität

- chronifizierte, polytoxe Abhängigkeitserkrankungen,
- chronifizierte Erkrankungen mit z. T. zielgruppenspezifischen atypischen Verläufen,
- hohes Durchschnittsalter und Voralterung (von ca. 15 Jahren),
- unzureichende Compliance,
- belastete Biografien mit oft traumatisierenden Lebensereignissen,
- meist weiterhin bestehender Beigebrauch u. a. m.,
- vielerorts häufig immer noch ungesicherte Substitutionsbehandlung,
- kaum vorhandene psychiatrische Versorgung

zwingend notwendig, um eine adäquate nichtausgrenzende Behandlung bieten zu können und das Überleben der Menschen zu sichern.

Dem Hilfebedarf alternder chronisch drogenabhängiger Menschen mit (auch kriminalisierungsbedingter) Mehrfachschädigung kann derzeit mit den Hilfeangeboten der

Tabelle 1: Gesundheitsstatus und Altersverteilung der Klient*innen von LÜSA

Erkrankungen (Mehrfachnennung)	n = 436 Alle Aufnahmen	n = 22 DAWO
HCV u. a. Lebererkrankungen	98 %	95 %
HIV	33 %	20 %
Krebs (vorwiegend typische „Alters“-Krebserkrankungen)	21 %	27 %
Chronische Wunden & Gefäßerkrankungen	49 %	70 %
COPD u. a. schwere Lungenerkrankungen	32 %	27 %
Organversagen/Koma	2 %	13 %
Diabetes	18 %	10 %
verstorben – Sterbeprozess von LÜSA begleitet	4,5 %	27 %

n = 436 (m = 272/w = 164) – alle stationäre Wohnhilfen (10/1997–10/2017), DAWO n = 22 (01/2015–10/2017)

Alter	n = 436 Alle Aufnahmen	n = 22 DAWO
in allen stationären Wohnhilfen	> 40 J. 53 %	> 60 J. 13 %
in der Dauerwohneinrichtung/DAWO	> 40 J. 67 %	> 60 J. 23 %

n = 436 (m = 272/w = 164) – alle stationäre Wohnhilfen (10/1997–10/2017), DAWO n = 22 (01/2015–10/2017)



Regelversorgung (noch) nicht begegnet werden. Die Kriminalisierungsproblematik, die damit zusammenhängende massive Entwurzelung und tiefgreifende gesellschaftliche Ausgrenzung begründen zumindest mittelfristig (noch) die Notwendigkeit des Ausbaus zielgruppenspezifischer Betreuungs-/Behandlungsangebote.

Auch wenn die Hilfebedarfe in dieser Zielgruppe in vieler Hinsicht mit denen von Menschen in klassischen Senioreneinrichtungen übereinstimmen, haben alternde chronisch mehrfachscherstgeschädigte drogenabhängige Menschen darüber hinaus spezifische Versorgungsbedarfe. Die Zielgruppe hat einen großen Teil ihres Lebens in einer prägenden Parallelwelt mit vom gewöhnlichen Alltag der Mehrheitsbevölkerung abweichenden Erfahrungen und Anforderungen zugebracht (Obdachlosigkeit, Exklusion, subkulturelles Leben im Milieu etc.). Last but not least bedingt das gegenüber den Senior*innen meist noch geringere Alter dieser Menschen dass ihr Verhalten, Handeln, Fühlen und Denken weitgehend „inkompatibel“ ist mit einem Leben in traditionellen Senioreneinrichtungen:

- Illegalität, Kriminalität und Kriminalisierung, Stigmatisierung,
- Prostitution, Beschaffungskriminalität,
- andere Sprache und Humor,
- andere Rauscherfahrung,
- andere Kleidung, Musik und andere Lautstärke,
- anderer Wohnstil und Raumbedarf,
- andere Fähigkeiten und Unzulänglichkeiten.

Das Leben chronisch mehrfachgeschädigter drogenabhängiger Menschen ist gesundheitlich ruinös, von vielfältigen letalen Risiken bedroht und von großem Leid begleitet. Die Erfahrungen häufigen Scheiterns, von Stigmatisierung und massiver Ausgrenzung machen sie mutlos, resigniert oder hochgradig überempfindlich gegenüber der Motivation von Menschen und Institutionen im Hilfesystem.

Die komplexen und chronischen Krankheitsbilder mit z. T. zielgruppenspezifischen atypischen somatischen Verläufen, die häufig immer wieder ungesicherte Substitutionsbehandlung, die unzureichend vorhandene psychiatrische Versorgung und Medikation, der oft deshalb weiterhin bestehende Beigebrauch etc. erschweren die eindeutige Versorgungszuordnung und damit auch die adäquate Finanzierung einer umfassenden Behandlung.

Die Menschen kommen nicht zur Ruhe, sie befinden sich in einem beständigen Kreislauf der Mangelversorgung, der gekennzeichnet ist durch die Aufnahme in einen Bestandteil des Behandlungssystems, schneller Weitervermittlung,

frühzeitiger Entlassung wegen Fehlplatzierung und erneuter Wiederaufnahme wegen gesundheitlicher Krisenentwicklung usw.

Sie spüren, dass die verschiedenen Systeme mit Aspekten ihrer vielfältigen Erkrankungen überfordert sind. Das verlangt ihnen große Energie ab und verursacht darüber hinaus hohe gesellschaftliche Kosten, ohne eine Verbesserung zu bewirken.

Aus unserer Sicht fördert aus den genannten Gründen eine stationäre Wohnhilfe, die auch Gemeinschaftsleben bietet, bei der hier beschriebenen Zielgruppe die Tragfähigkeit für einen Stabilisierungsprozess. Dieser Haltung folgend, ist 2015 die stationäre Dauerwohneinrichtung DAWO als jüngste LÜSA-Wohnhilfe an den Start gegangen. Es handelt sich um eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe mit dem Ziel, Menschen ohne Verselbstständigungsperspektive dauerhaft ein möglichst selbstbestimmtes Zuhause in Gemeinschaft zu bieten:

- mit vertrauten Menschen als professionellem Familien(-Ersatz),
- mit Würdigung biografischer Gewohnheiten auf der einen Seite und dem notwendigen Aushandeln von gesünderen Lebensweisen auf der anderen Seite,
- mit Räumen für sich allein und Räumen für Gemeinschaftsleben,
- mit dem individuell jeweils richtigen Maß an Aufgaben und Unterstützung,
- mit einer adäquaten Tagesstruktur als sinnhafte und aktivierende Hilfe (Garten und Haustiere bieten zugleich Beschäftigungs-Aufgabe und Entspannung),
- mit stationärer Sicherheit, in ländlicher Wohnlage mitten in der Natur, mit viel Ruhe und der Möglichkeit, auch die letzte Lebensphase begleitet zu verbringen.

Die Begleitung von sterbenden Bewohner*innen ist uns nicht fremd, wir haben seit vielen Jahren Erfahrungen mit Patientenverfügungen und auch mit dem Prozess des Sterbens. Menschen bei ihrem Sterben zu begleiten, meint für uns, dass sie auf ihrem letzten Weg nicht abgeschoßen werden in die Anonymität, sondern dass wir, Mitarbeiter*innen wie auch ihre Mitbewohner*innen, sie begleiten, trösten, unterstützen, nicht allein lassen, im Krankenhaus, in der Pflegeeinrichtung oder im Hospiz und (leider aufgrund der schweren Erkrankungs-/Sterbeverläufe nur im seltenen Einzelfall) auch in ihrem LÜSA-Zuhause.

LÜSA hat sich in den 20 Jahren Kooperationen mit Ambulanten Hospizdiensten, Hospizen, Kliniken und Pastoren aufgebaut, die beim Sterbeprozess begleiten und unter-

stützen. In solchen Phasen sind die anderen Klient*innen stark belastet, sehen sie doch in dem Sterben nicht nur den schmerzlichen Verlust eines vertrauten Menschen, sondern auch ihr eigenes nahes Ende.

Intensive Einzelbetreuung und viele Einzelgespräche sind für das Team belastende, aber auch sehr nahe (Betreuungs-)Momente. Gerade hier wird unsere Rolle als „professioneller Familienersatz“ sehr deutlich. Wir richten meist die individuelle Trauerfeier aus (da nur selten tragfähige Kontakte zu Angehörigen bestehen) und werden seit vielen Jahren dabei eng unterstützt von einem Pastor und einem örtlichen Bestatter. Soweit gewünscht, werden Mitbewohner*innen oder/und Freund*innen aus der Drogenszene in die Gestaltung der Trauerfeier einbezogen.

Wir nehmen von unseren verstorbenen Klient*innen stets in einer gemeinsamen Trauerfeier in der Einrichtung Abschied, veröffentlichen eine individuelle Trauerannonce in der Tageszeitung, pflanzen einen Gedenkbaum und gedenken der Verstorbenen an jedem 21.07. – dem internationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige.

Die Begleitung ihrer letzten Lebensphase (gemeinsam) zu meistern, ihnen Sicherheit, Lebensqualität und Würde beim Sterben zu bieten, erfordert (sub-)kultursensible individuelle Bezugsbetreuung und intern oder extern organisierte zielgruppenspezifische Pflege, die vertraut und verlässlich sein muss und einem multiprofessionellen Gesamthilfeplan folgt.

Dies ist auf Dauer nur zu leisten, wenn es auch einhergeht mit einer nachhaltigen Öffnung des Pflegesektors und anderer sozialmedizinischer Einrichtungen des Pflichtversorgungssystems für diese Menschen und die Behandlung ihrer o. g. Krankheitsbilder.

Es bedarf Zeit, Absprachen und Kooperationserfahrung, bis eine selbstverständliche „Zusammenarbeitsübung“ zwischen dem Pflichtversorgungssystem, bestehend aus Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken, Altenhilfe-, und Pflegeeinrichtungen etc. sowie den spezifischen Hilfeangeboten der AIDS-/Drogenhilfe entstehen kann.

Die Schaffung von verbindlichen professionellen Netzwerken und eine gelebte Kooperation zwischen den verschiedenen Systemen (Drogenhilfe-, Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen), aber auch mit professionell und bürgerschaftlich engagierten Menschen in Hospizdiensten u. Ä. sowie Seelsorgern ist unerlässlich.

Darüber hinaus ist in der Praxis eine Anpassung der Bewertung der Pflegebedarfe, auch nach Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III 2017, an diese (vorgealterte)

Zielgruppe und ihre spezifischen Alltagsbewältigungsprobleme notwendig.

Die Hilfen müssen sowohl den medizinisch-pflegerischen Hilfebedarf als auch das menschliche Grundbedürfnis nach Teilhabe an einer „sozialen Gemeinschaft“ einschließen, sich am Hilfebedarf des Einzelnen orientieren und dürfen nicht starr „stecken bleiben“ in der SGB-„versäulten“ Finanzierung.

Ob dieses Strukturproblem durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), das zum 01.01.2020 umfassend in Kraft tritt, die bisherige Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem SGB XII herauslöst und als „besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen“ in das SGB IX überführt, aufgehoben wird, ist derzeit noch nicht zu beurteilen. Auch ob die Bestimmungen des BTHG eine Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für drogenabhängige Menschen, als Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen bieten wird, ist ungeklärt.

Zwar stärkt § 8 SGB IX sowohl die Selbstbestimmung der „Leistungsberechtigten“ als auch ihre berechtigten Wünsche und sichert ihnen zudem das Wahlrecht über Wohnform und Wohnort zu, allerdings schränkt §104 SGB IX diese wieder ein, mit der Festlegung, der Leistung sei zu entsprechen, „soweit sie angemessen“ sei.

Weitere relevante Fragen sind derzeit noch ungeklärt:

- Landes-Ausführungsgesetze müssen noch erarbeitet werden,
- Verantwortung und Zuständigkeit für die Gesamtplanung müssen festgelegt werden, und
- Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung müssen definiert und ein Umgang damit erarbeitet werden.

Perspektivisch ist die Entwicklung von Hilfeangeboten mit einem Mix-Konzeptansatz aus interdisziplinär-gleichberechtigten Eingliederungs- und Pflege-Anteilen zwingend notwendig, um dem spezifischen Hilfebedarf gerecht zu werden.

Das Wissen um die prekäre Gesamt-Lebenssituation chronisch drogenabhängiger Menschen stellt eine gute Grundlage für Vertrauen und „Nähe“ dar. Diese ist für die nun notwendige Entwicklung, eine adäquate Versorgung für (alternde) erkrankte Menschen mit Mehrfachschädigung unter ihnen, häufig an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit, aufzubauen, fachlich gut nutzbar. Die Drogenhilfe nimmt bei diesem Prozess eine Schlüsselposition ein.

Die Drogenhilfe muss jedoch als Teil der Hilfen zur Teilhabe auch achtsam bleiben, dass einerseits die Pflicht-Versorgungssysteme sich nicht weiterhin medizinisch/pflegerischer Verantwortung entziehen und andererseits die aufzubauende Zusammenarbeit auf Augenhöhe stattzufinden hat.

Empfehlenswert wären perspektivisch auch gemeinsame Fort-/Weiterbildungen für Fachkräfte in Eingliederungshilfe sowie Kranken- und Altenpflege, die die Festlegung auf neue, gemeinsame und zielgruppenspezifische medizinisch abgesicherte Standards ermöglichen würden.



Ines Arendt, Bianka Weil

Stärkenorientiertes Case Management für ältere Drogenabhängige – zwei Fallbeispiele aus der Praxis

Im Workshop „Case Management für ältere Drogenabhängige in der Praxis“ wurde der Case-Management-Ansatz vorgestellt, die Weiterbildung, die durch das Projektteam von „Alters-CM³“ konzipiert wurde, skizziert und im Anschluss daran die Implementierung des Ansatzes in die sozialarbeiterische Praxis anhand zweier Praxisbeispiele besprochen. Dieser Reihenfolge entspricht auch der vorliegende Beitrag: Auf eine kurze Einführung in die Methode „Case Management“ und die Skizzierung der Umsetzung von Case Management im Rahmen des Projekts „Alters-CM³“ folgt die Vorstellung der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung La Strada mit zwei Fallbeispielen. Frau V. und Herr P. wurden im Jahr 2017 im Rahmen der Studie über einen Zeitraum von ca. sechs Monaten durch zwei (angehende) Case Managerinnen aus der Einrichtung La Strada in Frankfurt am Main begleitet.

Case Management im Projekt „Alters-CM³“

Case Management ist ein Handlungsansatz, bei dem es darum geht, gerade bei komplexen Problem- und Lebenslagen Unterstützungsleistungen aus verschiedenen Hilfesystemen zu erschließen und zu koordinieren. Dieses Verfahren wird in Deutschland seit über 20 Jahren in verschiedenen Bereichen des Sozial- und Gesundheitssystems angewandt und weiterentwickelt (Wendt & Löcherbach, 2017). Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) definiert Case Management wie folgt:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen.

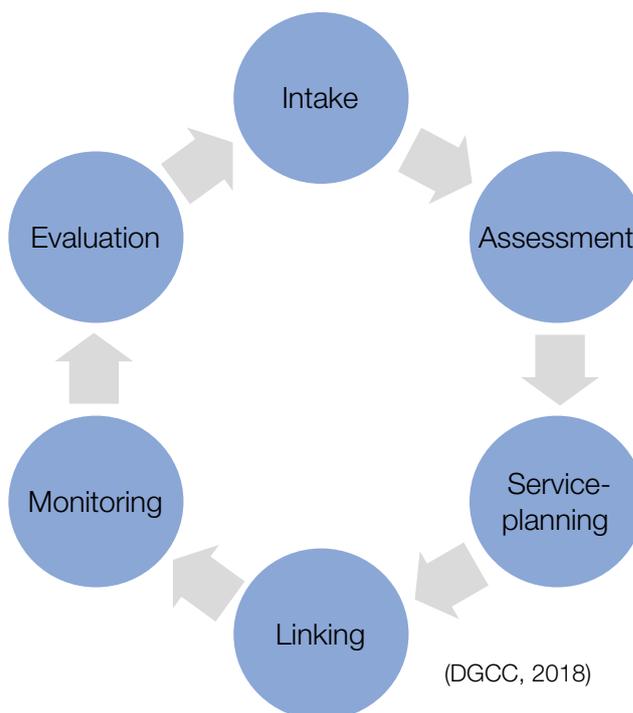
Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Ge-

sundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (DGCC, 2012).

Es handelt sich bei Case Management – man kann es auch Fallmanagement oder Fallsteuerung nennen – um ein strukturiertes Vorgehen mit dem Ziel der optimalen Abstimmung der verschiedenen Hilfesysteme. Der Fokus liegt hierbei auf der Vernetzung und Kooperation mit anderen Hilfen. Im Hilfeprozess sollen die spezifischen Stärken und Ressourcen der Klient*innen und Klienten aktiviert und mit einbezogen werden. Das übergeordnete Ziel ist immer die optimale Versorgung des Menschen (DGCC, 2012).

Case Management wird über das folgende Phasenmodell strukturiert:

Abbildung 1: Phasenmodell Case Management



Auch wenn sich die verschiedenen Case-Management-Modelle in ihren Details unterscheiden (vgl. z. B. Brinkmann, 2009; Müller, 2011; Schmid, Schu & Vogt, 2012; Wendt & Löcherbach, 2017; Ehlers, Müller & Schuster, 2017), beziehen sie sich doch weitgehend vergleichbar auf ein solches Phasen-Verständnis des Case-Management-Prozesses: Das Case Management auf der Ebene der Einzelfallhilfe beginnt mit dem „Intake“. Diese Phase folgt in der Regel auf die Entscheidung (bzw. Vermutung),

dass Case Management für die komplexe Problemlage der Klientin oder des Klienten geeignet sein könnte. Zwischen Fachkraft und Klient bzw. Klientin wird geklärt, ob mit der Intervention Case Management gearbeitet wird, wie ein Unterstützungsprozess im Case Management üblicherweise abläuft und in welchen Abständen etc. Gesprächstermine oder Treffen mit Kooperationspartner*innen etc. notwendig sein könnten. Auf das „Intake“ folgt das „Assessment“.

In dieser Phase steht die Problem- und Bedarfsanalyse im Vordergrund und es wird z. B. für die verschiedenen Lebensbereiche schriftlich fixiert, wie sich die aktuelle Situation darstellt, und speziell im Stärkenorientierten Case Management, welche Stärken bzw. Ressourcen und Schwächen und Hindernisse vorliegen (siehe hierfür auch z. B. Ehlers, Müller & Schuster, 2017, S. 225–229 und Schmid, Vogt, Arendt & Follmann, 2016, Anhang S. 8 und 9). In dieser Phase erfolgt auch die Priorisierung der Problembearbeitung.



Im Anschluss werden in der Phase „Serviceplanning“ (auch „Serviceplanung“ oder „Zielvereinbarung und Aktionsplanung“) unter Zuhilfenahme der Angaben aus der Phase „Assessment“ Ziele definiert und konkrete Schritte festgelegt, die für die Zielerreichung notwendig sind. Dies geschieht im engen Dialog zwischen Klient*in und Case Manager*in und es wird gleichzeitig definiert, wer die spezifischen Aufgaben erledigt und wie dies erfolgen soll. Es soll zudem bereits eine Verknüpfung von Klient*innensystem und Hilfesystem erfolgen, d. h. Stärken und Ressourcen der Klientin oder des Klienten sollen eingesetzt werden und mit notwendigen professionellen Hilfen kombiniert werden – je nach Notwendigkeit.

In der darauf folgenden Phase „Linking“ stehen die Anbahnung von Kooperationen und die Strukturierung der Zusammenarbeit im Vordergrund. Vielleicht existieren bereits Kooperationen, die durch schriftliche Kooperationsvereinbarungen gefestigt und verstetigt werden können, oder neue Netzwerke müssen gebildet werden. Ein hilfreiches Instrument in dieser Phase kann z. B. die „Netzwerkarte“ (siehe z. B. Ehlers et al., 2017, S. 217 und 218) sein.

In der Phase „Monitoring“, in der der Hilfeprozess kontrolliert und überwacht wird, findet in der Regel die Überprüfung statt, ob die formulierten Ziele mit ihren Aktionen sowie die Kooperationen noch aktuell und zielführend sind. Es kann sein, dass Anpassungen oder Aktualisierungen notwendig sind oder die Case-Management-Phasen „Assessment“, „Serviceplanning“ und „Linking“ erneut durchlaufen werden müssen. In der letzten Phase, der „Evaluation“, wird der Hilfeprozess be- und ausgewertet. Fragen wie „Entsprechen die geplanten und eingesetzten Hilfen der tatsächlichen Hilfebedürftigkeit der Klientin oder des Klienten? Wird der Plan eingehalten? Kann die Unterstützung beendet werden?“ stehen in dieser Phase im Vordergrund. Ansonsten soll in Erfahrung gebracht werden, welche Maßnahmen hilfreich waren (und welche nicht) und wie die Arbeit der Case Managerin oder des Case Managers eingeschätzt wird.

Der Case-Management-Ansatz kommt wie beschrieben so oder ähnlich in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit und angrenzenden Disziplinen zum Einsatz, wie z. B. in der Eingliederungshilfe, Behindertenhilfe, im Krankenhaussozialdienst und in der Suchthilfe. Besonders die Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme kann als Stärke dieses Ansatzes angesehen werden. Auf der Ebene der Einzelfallhilfe können mit Case Management notwendige Leistungen aus verschiedenen Systemen und Einrichtungen sinnvoll gebündelt werden (Rapp & van den Noortgate, 2014). Die Anwendung des Case-Management-Ansatzes

ment-Ansatzes unterscheidet sich in den verschiedenen Einsatzfeldern und muss für die verschiedenen Bereiche konkretisiert werden. Die Organisation des Phasenmodells folgt jedoch immer demselben Ablauf.

In der Suchthilfe ist Case Management ein vielfach überprüfter und bewährter Ansatz. Im Rahmen des Projekts „Alters-CM³: Case Management für ältere Drogenabhängige“ wurde durch das Projektteam der Hochschule Koblenz der Case-Management-Ansatz an die Zielgruppe „ältere Drogenabhängige“ angepasst. Als Grundlage dienen das bekannte und bewährte Case-Management-Phasenmodell sowie die Anpassungen, die im „Motivational Case Management“ vorgenommen wurden (siehe Schmid et al., 2012). Der Ansatz des Motivational Case Management wurde im Rahmen der sogenannten Heroinstudie ebenfalls in der Suchthilfe erprobt und evaluiert. Hierbei hat sich gezeigt, dass Case Management für Fachkräfte eine geeignete Intervention ist, um mit Drogenabhängigen in Kontakt zu bleiben. Zudem belegen die Ergebnisse aus der Heroinstudie in Bezug auf Case Management, dass Klient*innen, die von Fachkräften nach dem strukturierten Phasenmodell begleitet wurden, besser bei der Erreichung selbstgesteckter Ziele unterstützt werden konnten (Kuhn et al., 2007, Vogt & Schmid, 2007).

In der Studie „AltersCM³“ wurde das klassische Case-Management-Verfahren auf ältere Drogenabhängige angepasst und um Ansätze des „Stärkenorientierten Case Management“ (engl. Strength Based Case Management (SBCM)) erweitert. Bei der Stärkenorientierung stehen anders als bei der Ressourcenorientierung vor allem die inneren Stärken einer Person im Fokus, im Sinne von beispielsweise persönlichen Fertigkeiten, Interessen, Talenten, Lebenszielen und Eigenschaften (Ehlers et al., 2017, S. 43). Im deutschsprachigen Raum werden die Begriffe „Stärke“ und „Ressource“ häufig synonym verwendet, jedoch sind beim Stärkenorientierten Case Management unter Ressourcen eher externe Potenziale zu verstehen, wie beispielsweise finanzielle Mittel, besondere Besitztümer oder soziale Kontakte (Ehlers et al., 2017, S. 37 und 39).

Der Ansatz der Stärkenorientierung ist beim Modellprojekt „Alters-CM³: Case Management für ältere Drogenabhängige“ in alle Phasen des Case-Management-Modells eingeflossen. Bereits zu Beginn der professionellen Begleitung durch SBCM wird im „Stärkenorientierten Assessment“ den Stärken und Ressourcen der Hilfesuchenden Aufmerksamkeit geschenkt. Im Assessment-Instrument, das die Fachkräfte in dieser Phase zur Situationserfassung und Bedarfsermittlung einsetzen, ist ein gesondertes Feld für

die Eintragung der Stärken und Ressourcen der Klient*innen für jeden Lebensbereich vorgesehen. In der Regel ergibt sich aus den im „Assessment“ erfassten Aspekten in Bezug auf die Lebens- und Problemsituation der Klient*innen der Hilfebedarf, der in den folgenden Phasen dann spezifiziert wird. In den Phasen „Zieldefinition und Aktionsplanung“ können dann Elemente der „Problem Solving Therapy“ (PST) greifen, die in eben diesen Phasen bei der Klärung von persönlichen Zielen der Klient*innen und bei der passenden Definition von Schritten und Aktionen, die zur Zielerreichung notwendig sind, unterstützen sollen. Bei der PST handelt es sich um einen pragmatischen Ansatz, der die Klient*innen und Klienten bei der Entwicklung verschiedener Lösungsmöglichkeiten unterstützen soll (Rosen, Morse & Reynolds, 2011). In der Phase des „Serviceplanning“ (oder auch „Serviceplanung“ bzw. im Modellprojekt „Zieldefinition und Aktionsplanung“) steht also neben der Problemdefinition vor allem die Festlegung von Zielen und Aktionen, um die Ziele zu erreichen, im Vordergrund. Die Fachkraft unterstützt den Klienten oder die Klientin dabei, verschiedene eigene Lösungswege für die identifizierten Probleme zu entwickeln. Die Rolle des Case Managers oder die der Case Managerin ist eher moderierender und motivierender Natur. Es ist wichtig, dass die Fachkraft nicht zu den eigenen erprobten Vorgehensweisen greift, sondern den Klienten oder die Klientin bei der Entwicklung eigener Strategien unterstützt. Dies kann aufgrund der manchmal begrenzten Mittel und Möglichkeiten der Klientel mitunter gar nicht so einfach sein, jedoch können die in der Assessmentphase eruierten Stärken und Ressourcen der Klient*innen bei der Suche nach Lösungsstrategien eine große Hilfe sein. Beim Stärkenbasierten Case Management für ältere Drogenabhängige soll zudem je nach Einzelfall entschieden werden, ob altersbedingte Anpassungen der Unterstützung notwendig sind, wie z. B. eher aufsuchende Hilfen, eine Verlangsamung des Prozesses durch das Verteilen einzelner Case-Management-Elemente auf mehrere Sitzungen oder die gezielte Integration altersbedingter Hilfen. In der Studie „Alters-CM³“ hat sich gezeigt, dass das in den meisten Fällen (noch) nicht nötig war.

Den Case-Management-Ansatz mit den spezifischen Anpassungen haben wir dann in einem ca. 80 Seiten umfassenden Manual beschrieben, das auch die Grundlage für die Case-Management-Weiterbildung darstellt. Diese von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) zertifizierte Weiterbildung wurde zwischen 2016 und 2017 durchgeführt. Insgesamt nahmen 22 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Sucht- und Drogenhilfe an der Weiterbildung zur Case Managerin oder zum

Case Manager teil. In mehrtägigen Schulungsblöcken wurden aktuelle Inhalte zum Case Management und zu unterschiedlichen Themenfeldern aus der Sucht- und Drogenhilfe vermittelt, Erfahrungen ausgetauscht und diskutiert. Darüber hinaus gab es begleitende Supervisionseinheiten, in denen spezifische Fälle besprochen und die Fallarbeit reflektiert werden konnten. In selbstorganisierten Regionalgruppentreffen in den Städten Frankfurt am Main, Koblenz, Köln und Düsseldorf wurden begleitend Aufgaben zu relevanten Themen in Bezug auf Case Management und aus Sucht- und Altenhilfe bearbeitet.

Nach dem ersten Schulungsblock im Januar 2016 erfolgte die Implementierung des Case Management in die Praxis. Das heißt genauer, dass die Fachkräfte den Hilfeprozess mit ihren Klient*innen anhand des Phasenmodells der Case-Management-Intervention gestaltet haben und nicht ihre Klient*innen „wie üblich“ begleitet oder beraten haben. Die Suchtberater*innen konnten im Zeitraum von Februar 2016 bis Juni 2017 Klient*innen in einen solchen Hilfeprozess aufnehmen, die mindestens 45 Jahre alt waren und eine Opiatabhängigkeit aufwiesen, seit mindestens zehn Jahren aktiv Opiate konsumieren bzw. sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Dies ermöglichte dem Projektteam mithilfe der angehenden Case Managerinnen und Case Manager und ihren Klient*innen die Intervention Case Management zu erforschen. Hierfür wurden die Klient*innen durch Projektmitarbeiter*innen an den Projektstandorten Köln, Düsseldorf, Frankfurt am Main und Koblenz interviewt. Es wurde jeweils zu Beginn der Begleitung durch Case Management ein Interview mit der Klientin oder dem Klienten geführt und nach Beendigung der Begleitung im Case Management nach ca. sechs Monaten. Die Interviews wurden meistens in den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe geführt, fanden vereinzelt aber auch bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu Hause statt oder an anderen Orten, wie z. B. der JVA, der Reha-Einrichtung oder dem Krankenhaus – je nachdem, wo sich die Klient*innen nach dem Sechsmonatszeitraum befanden. Ein Interview dauerte jeweils ca. 40 bis 80 Minuten. In den standardisierten Befragungen wurden vor allem Fragen zum Wohlbefinden und zur Zufriedenheit, zum Suchtmittelkonsum und zur Gesundheit gestellt. Im Zeitraum von Februar 2016 bis Juli 2017 konnten insgesamt über 60 Klient*innen in die Studie aufgenommen und durch Case Management unterstützt werden. Die Begleitung durch das Case Management lief nicht immer reibungslos und es gab einige Fälle, in denen die Begleitung durch Case Management wieder abgebrochen wurde oder aus anderen Gründen kein strukturierter Hilfeprozess im Sinne des Case-Management-Ansatzes umgesetzt werden konnte. Ins-

gesamt wurden jedoch ca. zwei Drittel der Klient*innen im Rahmen der Studie über mindestens ein halbes Jahr mit Case Management begleitet. Es folgen zwei Fallbeispiele aus der Praxis, die exemplarisch die Umsetzung des Case Management im Rahmen der Studie „Alters-CM³“ zeigen.

Zwei Fallbeispiele aus dem La Strada in Frankfurt

Das La Strada ist das niedrigschwellige Drogenhilfeprojekt der AIDS-Hilfe Frankfurt e. V. am Rande des Frankfurter Bahnhofsviertels. Neben einem Kontaktcafé (ca. 100 bis 150 Besucher*innen pro Tag) mit überwiegend kostenloser Versorgung (Essen, Spritzenaustausch, Duschen, Kleiderkammer), einem Drogenkonsumraum mit sieben Plätzen (ca. 18.000 Konsumvorgänge pro Jahr im Durchschnitt der letzten Jahre) und einem Übernachtungsbereich mit 23 Betten (9 Frauen-, 14 Männerbetten, Gesamtzahl Übernachtungen 2017 liegt bei 8.920) bietet das La Strada noch Beratungs- und Vermittlungsmöglichkeiten, eine monatliche Rechtsberatung und eine wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde. Das Café hat montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 19.30 Uhr geöffnet, die Übernachtung täglich von 19.30 Uhr bis 8.00 Uhr.



Ein Großteil der Besucher*innen ist obdachlos, lebt in prekären Umständen (Notübernachtung, ungesicherte Wohnverhältnisse, Straße) und ist gesundheitlich oft stark angeschlagen (chronische Erkrankungen, psychische Auffälligkeiten etc). Das Durchschnittsalter der Klient*innen liegt bei +/-45 Jahre. Im La Strada können die Besucher*innen sich ausruhen, essen und trinken, duschen, konsumieren und, wenn sie wünschen, Hilfe und Unterstützung bei den Sozialarbeiter*innen suchen. Im Rahmen der Beratung (wir begleiten regelmäßig ca. 420 Klient*innen) bieten wir Krisenintervention, Einzelfallhilfe, psychosoziale Betreuung bei der Substitution, Vermittlung in ausstiegsorientierte Hilfen, Vermittlung in Betreute Wohngemeinschaften, Hilfe bei der Suche nach einer Wohnung bzw. Wohnmöglichkeit sowie Unterstützung im Alltag z. B. durch das Betreute Einzelwohnen an.

Wie eben erwähnt, sind nicht alle Klient*innen im La Strada obdachlos, einige verfügen über eine eigene Wohnung oder Wohnmöglichkeit. Ihnen bieten wir seit knapp zehn Jahren das Betreute Einzelwohnen an. Im Rahmen dieser Unterstützung begleiten Sozialarbeiter*innen die Klient*innen z. B. zu Ärzt*innen, Behörden, bieten Freizeitmaßnahmen an, organisieren und verknüpfen Unterstützungen und Hilfen und sind ansprechbar in Krisensituationen. Die Leistungsberechtigten werden hierfür von den Sozialarbeiter*innen in ihrem Wohnraum aufgesucht. Die oftmals langjährigen Betreuungen gestalten sich nach den vom Landeswohlfahrtsverband genehmigten Fachleistungsstunden (durchschnittlich zwischen 2,5 und 3,5 Stunden pro Woche). Das übergeordnete Ziel des Betreuten Einzelwohnens ist die Verselbstständigung, allerdings ist dies ein langjähriger Prozess mit vielen kleineren Zwischenzielen, der in einem Hilfeplanverfahren geregelt ist.

Ein Großteil der aktuellen Klient*innen im Betreuten Einzelwohnen ist über 45 Jahre alt, bezieht Erwerbsminderungsrente mit ergänzender Grundsicherung und weist einige körperliche und/oder psychische Erkrankungen auf. Es gilt, die benötigte Hilfe zu organisieren und für die Klient*innen einen Alltag in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, der Zufriedenheit bringt und eine größtmögliche Autonomie gewährleistet. Der Verbleib in eigenem Wohnraum soll so lange wie möglich gesichert werden (es gilt „ambulant vor stationär“). Im Optimalfall tritt eine Verselbstständigung ein, sodass wir Betreuungen beenden können, weil keine Unterstützung mehr benötigt wird. Ansonsten betreuen wir über viele Jahre, teilweise auch bis zum Lebensende.

Diese Rahmen der Hilfeleistung für unserer Klient*innen erwies sich als sehr praktikabel für die Studie „Alters-CM3“ und so konnten wir einige Klient*innen zu der Teilnahme

an der Studie ermuntern. Im Folgenden werde ich zwei Fallbeispiele darstellen.

Herr P. ist zum Zeitpunkt der Studie 62 Jahre alt und seit zwei Jahren im Betreuten Einzelwohnen. Er konsumiert seit 1968 Drogen und wird aktuell substituiert. Es besteht Beikonsum von Cannabis und Alkohol, gelegentlich Crack und Heroin. Seit ca. einem Jahr lebt er in einer Wohnung in einer Seniorenwohnanlage. Früher hat Herr P. viel gearbeitet und sich im Ausland aufgehalten (bevorzugt Ibiza), war mehrfach verheiratet und hat zwei erwachsene Söhne. Zurzeit liegen keine Schulden vor und Herr P. hat keine offenen Haft- oder Geldstrafen. Herr P. interessiert sich für viele Themen, wie z. B. Sport, weltpolitisches Geschehen, und kann seine Meinungen und Haltungen gut vertreten.

Frau V. ist 51 Jahre alt und wird seit drei Jahren im Betreuten Einzelwohnen begleitet. Sie hat sehr früh angefangen Drogen zu konsumieren (mit 13 Jahren). Seit 17 Jahren wird sie substituiert und hat gelegentlichen Beikonsum mit Crack und Cannabis. Trotz der langjährigen Drogensucht sieht man Frau V. die Vergangenheit nicht an. Sie hat eine Ausbildung zur Bürokauffrau abgeschlossen, jedoch kann sie aus verschiedenen gesundheitlichen Problemen diesem Beruf nicht nachgehen. Sie bezieht Erwerbsminderungsrente. Seit 2009 hat sie eine Beziehung, kümmert sich liebevoll um ihr Haustier und den Garten. Zu ihrer Mutter besteht ein guter Kontakt, der Vater ist 2013 verstorben. Frau V. ist sehr interessiert an vielen Themen, z. B. Medizin, und informiert sich darüber, d. h. sie liest viel und recherchiert im Internet. Ansonsten geht sie gerne ins Museum, fotografiert und liebt kleine Cafés. Handwerklich ist sie begabt und sie kocht und backt gerne. Wenn sie Vertrauen gefasst hat, ist sie sehr zuverlässig und hält regelmäßigen Kontakt.

Die Aufnahme in die Studie gestaltet sich in beiden Fällen recht einfach, beide Personen waren interessiert, erfüllten die Kriterien für die Studienteilnahme und wollten gerne für ein halbes Jahr nach der Methode des Stärkenorientierten Case Management betreut werden.

Bei Frau V. ergaben sich anfangs ein paar Probleme, da die ersten Termine ausfielen oder sich kompliziert gestalteten, da Frau V. sich in einer Krise mit massiven Crackkonsum befand. Dies wirkte sich auch auf das Stärkenorientierte Assessment bei ihr aus, das Assessment wurde auf zwei Termine geteilt. Beim ersten Termin hatte Frau V. gerade ihr „Take Home“¹ des Substituts aufgrund ihres Crackkonsums verloren, der zweite Termin verlief besser. Zwischen

¹ „Take Home“ = Das Substitut wird zur selbstständigen Einnahme für bis zu sieben Tage mit nach Hause gegeben und das tägliche Erscheinen beim substituierenden Arzt entfällt.

beiden Terminen lag eine zweiwöchige Pause in der sich Frau V. zunehmend stabilisierte. Im Rahmen des Assessment ergaben sich neue Erkenntnisse über ihre Interessen und Stärken, die zu benennen ihr schwerfiel, obwohl sie schon lange durch Betreutes Einzelwohnen begleitet wird. Es lohnt sich immer wieder nachzufragen!

Bei Herrn P. wurde das Stärkenorientierte Assessment nur teilweise umgesetzt, da viele Informationen bereits bekannt waren aufgrund der sehr langen Betreuung im niedrigschwelligen Kontaktladen und dann im Betreuten Einzelwohnen.

Nach dem Intake und dem stärkenorientierten Assessment galt es nun die Ziele zu formulieren, die in einem halben Jahr erreicht werden sollten.

Herr P. konnte ganz klar drei Ziele benennen. Alle drei lagen im Bereich Gesundheit (Brille, Hepatitis-C-Behandlung, Zahnsanierung) und somit in einer ganz klaren Verbesserung seiner Lebenssituation. Er benannte, welches der drei Ziele ihm am wichtigsten sei und mit welchem gestartet werden solle.

Bei Frau V. lief die Zielvereinbarung eher zäh und schwierig. Es fiel ihr schwer, die Ziele zu formulieren, und sie neigte dazu, die Ziele sehr niedrig anzusetzen. Aufgrund der Krisensituation traute sie sich zu diesem Zeitpunkt eher wenig zu und hatte große Sorge zu versagen. Während einer Pause (die Case Managerin hatte zwei Wochen Urlaub und Frau V. nahm sich in dieser Zeit vor, den Crackkonsum zu reduzieren), hatte sie dann Zeit zum Nachdenken

und konnte im Anschluss Ziele formulieren. Wie bereits vorher erwähnt, setzte sie ein Ziel so niedrig an, dass wir in Zusammenarbeit das Ziel neu festlegten. Ihre drei Ziele betrafen unterschiedliche Lebensbereiche: eine eigenständige Geldverwaltung mittels eigenem Konto (dies ist das „nachbearbeitete“ Ziel), die Klärung des Betrags der Nebenkosten die Bewerbung um eine neue Wohnung bewerben sowie wieder richtig gut sehen können.

Nach der Phase der Zielvereinbarungen galt es nun, Aktionspläne zu erstellen, damit die Ziele in kleinen Schritten erreicht, Aufgaben verteilt und Fristen gesetzt werden konnten.

Bei Herrn P. funktionierte die Phase der Aktionspläne anfangs gut, es ging direkt mit dem ersten Ziel (Brille) los. Es wurde ein Termin vereinbart, um zum Optiker zu gehen, einen Sehtest zu machen und sich das neue Brillengestell auszusuchen. Die Brille konnte innerhalb kurzer Zeit abgeholt werden und Herr P. war von seiner neuen „Sicht“ so begeistert, dass er sich gleich noch eine Fernsichtbrille machen lassen wollte. Somit war das erste Ziel innerhalb von zwei Wochen erreicht und die Case Managerin und Herr P. konnten sich auf das nächste Ziel konzentrieren. Es sollte die Hepatitis-C-Behandlung in die Wege geleitet werden und es wurden Termine mit dem Schwerpunktarzt zur Blutabnahme (Voruntersuchung) vereinbart. Dieser Termin verlief ohne Komplikationen. Herr P. meldet sich zu einer Entgiftung an, da zu dieser Zeit sein Alkoholkonsum sehr hoch war (er trank auch hochprozentige Spi-



tuosen) und dies nicht förderlich für die Behandlung der Hepatitis C war.

Um Herrn P. die vereinbarten Termine mitzuteilen, gab es eine enge Kooperation der Case Managerin mit dem Sozialdienst der Seniorenwohnanlage, in der Herr P. wohnte. Diese Kooperation klappte ausnahmslos gut. Es gab viele Telefonate zwischen den Beteiligten, Termine mit der Case Managerin des Betreuten Einzelwohnens wurden abgesprochen und Herr P. durch den Sozialdienst mitgeteilt sowie weiteres Vorgehen miteinander abgesprochen.

Leider stürzte Herr P. auf dem Weg zum Beratungsgespräch im La Strada und verletzte sich an der Schulter. Er haderte sehr mit sich, ob er etwas falsch gemacht hatte, denn er konnte sich nicht erklären, wie es zu dem Sturz kam. In ein Krankenhaus wollte er allerdings nicht, sodass die Case Managerin mit ihm vereinbarte, den Sozialdienst der Seniorenwohnanlage sowie einen Bekannten zu benachrichtigen. Herr P. versprach, dass er ins Krankenhaus gehen würde, wenn sich sein Zustand verschlechtert. Am nächsten Tag meldete sich Herr P., dass er starke Schmerzen hätte. Gemeinsam begaben sich die Case Managerin und Herr P. ins Krankenhaus. Dort stellte sich heraus, dass die Schulter mehrfach gebrochen war und Herr P. am nächsten Tag operiert werden musste.

Somit rückten alle weiteren vereinbarten Ziele in den Hintergrund.

Die Erstellung der Aktionspläne gefiel Frau V. sehr gut, da nun die Aufgaben klar verteilt und immer wieder überprüft wurden. Die einzelnen Schritte zur Zielerreichung gestalteten sich nicht kompliziert, allerdings überraschte Frau V. ihre Case Managerin mit ihrem „Zeitgefühl“. Zur Erreichung ihres Zieles bezüglich der eigenständigen Geldverwaltung sollte Frau V. bei der Bank ihrer Wahl die Öffnungszeiten recherchieren. Diese Bank lag auf ihrem täglichen Weg zur Substitutionsärztin, d. h. sie musste zweimal am Tag daran vorbei. Auf die Frage, bis wann sie die Zeiten recherchiert habe, gab Frau V. einen Zeitraum von sechs Wochen an, der für die verhältnismäßig „kleine“ Aufgabe doch recht lang erschien. In Absprache wurde der Zeitraum auf zwei Wochen reduziert. Die Tatsache, dass Frau V. für viele Dinge viel Zeit braucht, zeigte sich in der bisherigen Betreuung immer mal wieder, wurde aber durch das Case Management erst überdeutlich. Diese Transparenz in den Aktionsplänen bot allerdings die Chance, das Problem zu benennen, anzusprechen und eine zeitnahe Lösung zu finden.

Die weitere Erstellung von Aktionsplänen gestaltete sich immer holpriger, sodass die Case Managerin vermutete,

dass eigentlich andere Ziele im Vordergrund stehen würden.

Die Phase „Linking“ nahm bei Herrn P. nach seinem Unfall und dem daraus resultierenden Aufenthalt im Krankenhaus sehr viel Zeit in Anspruch. Es gab sehr viele am Hilfeprozess beteiligte Kooperationspartner und Aufgaben, die kommuniziert und koordiniert werden mussten. Die Case Managerin musste sich mit den Ärzt*innen und Pfleger*innen des Krankenhauses austauschen, eine Pflegestufe sollte beantragt, eine Reha im Anschluss an die Krankenhausbehandlung organisiert, die Hauswirtschaftshilfe und der Sozialdienst der Altenwohnanlage informiert werden. Das ist nur ein Ausschnitt aus den Aufgaben, denn die Hauptaufgabe bestand darin, Herrn P., der vom Charakter her eher ungeduldig ist, zu beruhigen und immer wieder die Wogen im Krankenhaus zu glätten, da Herr P. sich nicht regelkonform verhielt. Trotz seines Gesundheitszustandes stand er mehrfach vor dem Rauswurf. Er hatte im Krankenhaus Alkohol konsumiert und dabei auch den Fahrstuhl verunreinigt, hielt sich wenig an Ansagen, beschimpfte das Personal usw. Somit war seine Case Managerin überwiegend damit beschäftigt, den Verbleib im Krankenhaus zu sichern. Die Aufgabe für Herrn P. über den ganzen Zeitraum hinweg, bestand darin, die Regeln einzuhalten.

Kurz vor Weihnachten wurde Herr P. aus dem Krankenhaus entlassen, kurzfristig musste Hauswirtschaft, Pflege und Physiotherapie organisiert sowie die Weiterversorgung durch einen Arzt gesichert werden. Zwei Tage nach der Entlassung stürzte Herr P. erneut, sodass ein weiterer Krankenhausaufenthalt und OP nötig wurden.

Diese fand allerdings nicht statt, da Herr P. am zweiten Weihnachtsfeiertag disziplinarisch entlassen wurde, ohne dass die Versorgung in der Wohnung sichergestellt war.

Mit viel Linking konnte eine Substitution organisiert, der Kontakt zum Hausarzt hergestellt und die Versorgung zu Hause ermöglicht werden. Herr P. zeigte sich wenig compliant, lag im Bett und wollte nur seine Ruhe. Er wirkte wenig mit und heizte eher noch Konflikte an. Es bleibt zu vermuten, dass dies die für ihn die einzige Möglichkeit zu sein schien, auf das Geschehen Einfluss zu nehmen. Des Weiteren war er aufgrund dieser vorangegangenen Krankenhausaufenthalte mit vielen Regeln und der nicht folgenden Verbesserung seines Zustandes so geschwächt, dass ihm eine aktive lösungsorientierte Mitwirkung zunehmend schwerfiel.

Der Gesundheitszustand von Herr P. verschlechterte sich, einige Versuche, ihn erneut in einer Klinik unterzubringen, scheiterten. Bei einem erneuten Versuch wurde Herr P. vom

Rettungswagen mitgenommen, weitere OPs waren vonnöten. Auch dieser Aufenthalt gestaltete sich schwierig, da Herr P. nicht gut mitarbeitete und sein Gesundheitszustand sich nicht wirklich verbesserte. Die intensive Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzt*innen und dem Krankenhaussozialdienst zahlte sich sehr aus, der Verbleib von Herr P. auf Station wurde gesichert. Es kamen weitere Diagnosen zu den bisherigen dazu, Herr P. hatte eine Leberzirrhose sowie Keime im operierten Arm, sodass er weiterhin im Krankenhaus bleiben musste, da sonst eine Blutvergiftung drohte. Zwischenzeitlich kümmerte sich seine Case Managerin um die Feststellung einer Pflegestufe. Da hierbei jedoch die Unterstützung vom Sozialdienst des zuständigen Sozialrathaus (Herr P. hatte nie in die Pflegeversicherung eingezahlt) zu wünschen übrig ließ (Abmachungen wurden nicht eingehalten, Rückmeldungen erfolgten nicht), wurde das zu einem großen Problem. Die Fachleistungsstunden beim Landeswohlfahrtsverband wurden erhöht von 147 (ca. 3 Stunden pro Woche) pro Jahr auf 198 jährlich (ca. 4,5 Stunden pro Woche), da der Betreuungsaufwand nicht mehr dem bisherigen Bedarf entsprach. Eine erneute Operation sowie der allgemeine instabile Zustand gaben Anlass zur Sorge und weiteres Linking mit Beteiligten war nötig. In Absprache übernahm der Sozialdienst des Krankenhauses die Planung der Reha-Maßnahmen und die Case Managerin die anderen Aufgaben. Herr P. litt neben seiner körperlichen Beschwerden weiterhin darunter, dass er im Krankenhaus in seiner selbstbestimmten Lebensweise eingeschränkt war und wurde immer ungeduldiger, sodass er auf Entlassung drängte. Dieser Wunsch, wenn auch aus medizinischer Sicht gegen jede Vernunft, verlangte erneutes Linking mit der Seniorenwohnanlage, dem Hauswirtschaftsdienst, seinem Hausarzt und die evtl. Organisation eines Krankentransports. Nach weiterem guten Zureden und Appellen an seine Vernunft (mit Blick auf seine gesundheitliche Situation), blieb Herr P. dann doch weiterhin im Krankenhaus und es wurde sogar eine weitere Operation nötig. Von dieser erholte er sich gut und wurde dann entlassen. Wieder war vorherig genanntes Linking vonnöten, ein Einkauf mit Herr P. wurde durchgeführt. Bevor jedoch wieder Normalität in das Leben von Herr P. Einzug halten konnte, stürzte er innerhalb von vier Tagen in seiner Wohnung erneut. Es folgte ein erneuter Krankenhausaufenthalt. Leider wurde der mentale Zustand von Herrn P. immer schlechter, er wirkte desorientiert, sodass von Seiten des Krankenhauses ein neurologisches Konzil angeordnet wurde.

Trotz seines desolaten Gesundheitszustandes aktivierte Herr P. seine Ressourcen und besorgte sich zusätzliches Methadon, konsumierte Alkohol und rauchte im Bett. Da

dies nicht den Regeln des Krankenhauses entsprach und das Pflegepersonal darüber „nicht sehr amüsiert“ war, führte die Case Managerin zum wiederholten Male Gespräche mit den Krankenhausmitarbeiter*innen, um den Verbleib von Herrn P. zu sichern.

So lautet auch der einzige weitere Auftrag an Herrn P., dass er sich an die Regeln im Krankenhaus halten solle. Alle weiteren Aufgaben übernahm seine Case Managerin. Währenddessen war der Krankenhaussozialdienst mit der Suche nach einer Kurzzeitpflege beschäftigt. Leider gab es in ganz Frankfurt keinerlei Kapazitäten für Herrn P. Kurzfristig konnte dann doch noch ein Platz in einem Pflegeheim für Menschen mit diagnostiziertem HIV organisiert werden, aber auch hier erwies sich Herr P. als wenig compliant. Sein Substitut wollte er sich selbst einteilen, was allerdings nicht den Hausregeln des Pflegeheimes entsprach, sodass die Case Managerin mit Herrn P. sprechen und auch beim Pflegepersonal die Wogen glätten musste.

Die Studie neigte sich dem Ende zu, somit konnten aufgrund der vielen Krankenhausaufenthalte keine weiteren Ziele erreicht werden. Rückblickend bleibt festzuhalten, dass in diesem Fallbeispiel die hauptsächliche Arbeit darin bestand, mit den Kooperationspartner*innen zu kommunizieren, abzusprechen, an dem Fall dranzubleiben und viel in die Beziehungsarbeit mit Herrn P. zu investieren.

Es bleibt noch zu berichten, dass Herr P. leider innerhalb der darauffolgenden acht Wochen verstarb. Jedoch konnte es aufgrund der vorherigen intensiven Beziehungsarbeit verhindert werden, dass er im Rahmen eines „Armenbegräbnis“ beerdigt wurde. Herr P. ist in der Gemeinschaftsgrabstätte der AIDS-Hilfe Frankfurt e. V. beigesetzt worden, mit einem Trauergottesdienst inklusive seiner Lieblingsmusik, an dem viele Personen aus seinem Umfeld teilnahmen.

Bei Frau V. verlief die Studie und die Teilnahme am Case Management anders, allerdings auch nicht reibungslos. Die Vereinbarung der Ziele fand in einer Zeit statt, in der Frau V. sehr krisenhaft war und einen hohen Crackbeikonsum hatte. Dies führte zu Sanktionen seitens der Substitutionsärztin und erschwerte den Beginn der „Aktionspläne-Phase“ des Case Management, da entweder Termine ausfielen oder andere Themen Vorrang hatten. Nach einer urlaubsbedingten Pause und der Stabilisierung (Frau V. reduzierte den Crackkonsum) konnten die Case Managerin und Frau V. mit der Erstellung der Aktionspläne starten. Das genau dargestellte Vorgehen bei den Aktionsplänen und die Aufgabenverteilung gefielen beiden gut. Besonders die Transparenz des Hilfeprozesses gefiel Frau V., da sie häufig misstrauisch ist.

Im Bereich der beiden Ziele „selbstständige Geldverwaltung“ und „neue Wohnung“ standen also die ersten Schritte an. Bei der Festsetzung der Fristen wurde klar, dass Frau V. für viele Erledigungen einen langen Zeitraum ansetzt (Beispiel: Es war vereinbart, dass Frau V. bei ihrer Wunschbank vorbeigeht und die Öffnungszeiten sowie die Voraussetzungen für ein Konto recherchiert. Die Bank liegt auf ihrem täglichen Weg zur Substitution und trotzdem setzte Frau V. für die Erledigung dieser Aktion ca. sechs Wochen an. Im Gespräch handelten die Case Managerin und Frau V. zwei Wochen aus, wie weiter oben bereits beschrieben). Das weitere Vorgehen war immer wieder von den Problemen in der Substitution (Wiedererlangung des „Take Home“, kein Vertrauen in die Substitutionsärztin etc.) überschattet und es ging nicht wirklich voran.

Nach einem längeren Gespräch mit Frau V. (Monitoring) erschloss sich, dass ihre bisherigen genannten Ziele zwar weiterhin wichtig waren, aber nicht ihrem aktuellen Bedarf entsprachen. Die Case Managerin schlug als ein Re-Assessment vor. Frau V. formulierte ein neues Ziel: Arztwechsel, „Take Home“, gutes Verhältnis zur neuen Substitutionsstelle. Es stellte sich eine große Erleichterung ein und dies machte das Festlegen von neuen Aktionsplänen einfacher.

Die jetzt freigesetzte Energie konnte Frau V. in die Erreichung des Zieles der selbstständigen Geldverwaltung investieren: ein neues Konto wurde eröffnet, Daueraufträge eingerichtet und ihre Leistungen nach SGB XII wurden von nun an auf dieses neue Konto überwiesen. Der monatliche angstauslösende Termin beim Sachbearbeiter des Sozialrautes konnte somit wegfallen.

Das Ziel mit dem Thema „Wohnen“ erreichte Frau V. teilweise: Die Nebenkostenabrechnung wurde nachvollziehbar, obwohl Termine mit der mietrechtlichen Beratung des Amtes für Wohnungswesen immer wieder verschoben wurden. Frau V. holte sich ihre Mutter zur Unterstützung und konnte mit ihr zusammen die Ungereimtheiten klären. Gemeinsam mit ihrer Case Managerin recherchierte Frau V. die Wohnungsbaugesellschaften und füllte Bewerbungen für einen Wohnungswechsel aus. Allerdings bewegte sich in diesem Bereich nicht mehr viel, da Frau V. für sich die Entscheidung nicht treffen konnte, ob sie in einer anderen Wohnung alleine leben oder mit ihrem Partner einziehen möchte.

Bezüglich des neuen Ziels im Bereich der Substitution liefen die Absprachen und das daraus resultierende Vorgehen sehr gut. Aktionspläne wurden sehr detailliert erstellt, die Vor- und Nachteile einzelner Ärzte besprochen, Entscheidungen gefällt, Termine vereinbart und der Wechsel

zu einem anderen Substitutionsarzt verlief fast vorbildlich. Frau V. war es wichtig, dass mit der bisherigen Ärztin ein Abschlussgespräch stattfindet, da sie für sich beschlossen hatte, dort keine „verbrannte Erde“ zu hinterlassen, falls sie eventuell irgendwann dorthin zurück möchte. Die Case Managerin war von so viel Voraussicht sehr begeistert. Also vereinbarten wir einen gemeinsamen Gesprächstermin bei der Ärztin. Allerdings verlegte Frau V. den ersten Termin wegen Handwerker, beim neuen Termin kam sie viel zu spät, war etwas desorientiert und hatte auch vorher auf SMS nicht reagiert. Dieses Verhalten tritt bei Frau V. häufiger auf. Sie möchte „normalen“ Ansprüchen entsprechen können, aber kurz vor den Terminen überwiegen Ängste und ihr niedriges Selbstwertgefühl, sodass sie Termine kurzfristig absagt. Aus diesen Gründen ist ein intensives Vorbereiten und Begleiten wichtiger Termine vonnöten, damit ihre Ängste vor Konsequenzen benannt und relativiert werden können. Diese Schwierigkeiten führen häufig dazu, dass Umsetzungen von Zielen und Aktionen sich in die Länge ziehen. Trotz dieser Verzögerungen ist es Frau V. gelungen, den Wechsel der Substitutionspraxis zu vollziehen, und das Abschlussgespräch bei der bisherigen Ärztin verlief reibungslos. Frau V. ist mit ihrer neuen Substitutionsärztin sehr zufrieden, ihren Crackkonsum konnte sie bis auf kleine Ausnahmen einstellen. Die Auflage der „alten“ Substitutionsärztin, in die psychotherapeutisch-psychiatrische Sprechstunde im La Strada zu gehen, behielt Frau V. auch nach dem Wechsel bei (vorher war die Sprechstunde ein No-Go für Frau V., da das komplette Thema „Psyche“ tabu war!). Sie verspürte eine Verbesserung ihres psychischen Zustands. Frau V. schaffte es, sich anderen Unternehmungen zu widmen. Anstatt mit einer Freundin nach der Substitutvergabe Crack zu konsumieren, begannen beide, alle möglichen Eiscafés in Frankfurt auszuprobieren oder fuhren gemeinsam zum Badesee.

Frau V. wünschte sich nach Ablauf der Studie weiterhin nach der Methode des Stärkenorientierten Case Management begleitet zu werden, da ihr die Struktur und Transparenz sehr gut gefallen. Sie erlebte innerhalb der letzten sechs Monate eine Aktivierung und ein erhöhtes Selbstbewusstsein, sodass sie sich selbst mehr zutraute und einige Erledigungen alleine machte. Insgesamt hat sich die Kommunikation zwischen Case Managerin und Frau V. verbessert und die Betreuung intensiviert. Schwierigkeiten oder Missstimmungen können besser und schneller angesprochen werden, da ein größeres Vertrauen vorhanden ist.

Es bleibt zu erwähnen, dass Frau V. während des Case Management nicht bereit war, eine Schweigepflichtsbindung auszufüllen, d. h., alles, was an Linking anfiel, fand in ihrer Anwesenheit statt. Dies kann kritisiert wer-

den, jedoch wurde die Entscheidung, trotzdem Case Management zu beginnen, bewusst getroffen. Wie das beschriebene Beispiel zeigt, ist eine Begleitung nach dem Case-Management-Phasenmodell dennoch möglich.

Die Methode des Stärkenorientierten Case Management verlangte in beiden Fällen nach Wahrnehmung der Case Managerinnen einen höheren Zeitaufwand. Dieser wäre aber aufgrund der Komplexität der Situation von Herrn P. so oder so angefallen. In seinem Fall war es jedoch mithilfe von Case Management möglich, strukturiert zu arbeiten

und z. B. beim Linking auch Aufgaben abzugeben. Bei Frau V. war der höhere Zeitaufwand sicherlich auch durch die Krise bedingt, kam aber auch aufgrund der intensiveren Zusammenarbeit zustande.

Literatur

Brinkmann, V. (2009): Case Management: Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (2012): Was ist CM? Definition auf der Internetseite. Verfügbar unter <https://www.dgcc.de/case-management/> [05.03.2018].

Ehlers, C., Müller, M. & Schuster, F. (2017): Stärkenorientiertes Case Management: Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen: Barbara Budrich.

Kuhn, S., Schu, M., Vogt, I., Schmid, M., Simmedinger, R., Schlanstedt, G., Farnbacher, G., Verthein, U. & Haasen, C. (2007): Spezialstudie zur Binnenevaluation der psychosozialen Begleitung. In: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Bd.3): Psychosoziale Interventionen, Kosten und Nutzen der Behandlung, Transfer in die Versorgung. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, S. 15–129.

Müller, M. (2011): Verfahren (Techniken) und Struktur im Case-Management-Prozess. Theorie – Praxis – Handreichungen. In: H. Kleve, B. Haye, A. Hampe-Grosser, M. Müller: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit, S. 57–89. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (2014): The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 605–618.

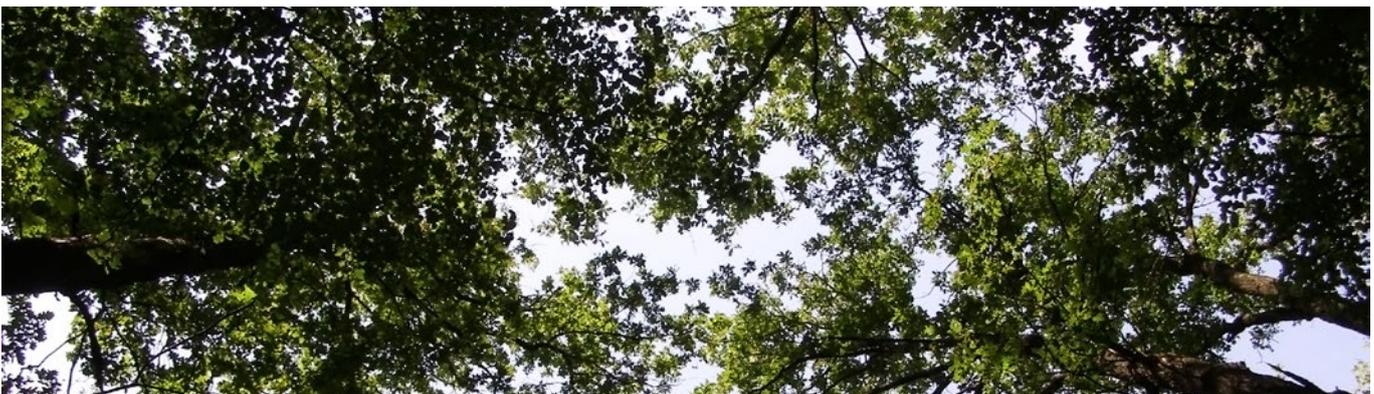
Rosen, D., Morse, J. Q. & Reynolds, C. F. (2011): Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, March; 40(2), 132–141. Doi:10.1016/j.jsat.2010.09.003.

Schmid, M., Schu, M. & Vogt, I. (2012): Motivational Case Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg: MedHochzwei.

Schmid, M., Vogt, I., Arendt, I. & Follmann-Muth, K. (2016): Manual Case Management für ältere Drogenabhängige, Entwurfsfassung (unveröffentlicht).

Vogt, I. & Schmid, M. (2007): Motivierendes Case Management (MOCA) in der deutschen Studie zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen. *Suchttherapie*, 8, 19–25.

Wendt, W. R. & Löcherbach, P. (Hrsg.) (2017): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis (3. Aufl.). Heidelberg: MedHochzwei.



Astrid Weber, Klaudia Follmann-Muth

Substitution und Psychosoziale Begleitung — Stand und Perspektiven

Folgende Rahmenbedingungen sind relevant in der Substitution von heroinabhängigen Menschen:

- Vertragsärztliche Richtlinien,
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV),
- Bundesärztekammerrichtlinien,
- Standards der psychosozialen Versorgung.

Seit Beginn der Meldepflicht in Bezug auf die Verschreibung von Substitutionsmitteln an die Bundesopiumstelle am 01.07.2002 ist die Zahl der Substituierten von 46.000 auf 78.800 gestiegen (Stand: 01.07.2017) (BfArM, 2018).

Geschichte der Substitution im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung

Durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurden folgende Richtlinien erlassen:

- NUB-Richtlinien am 01.10.1991. Hier wurde erstmals die „Substitution auf Krankenschein“ ermöglicht.
- AUB-Richtlinien am 24.04.1999. Hier wurde das Indikationsspektrum erweitert.
- BUB-Richtlinien am 01.01.2003.

Die Opiatabhängigkeit reicht als alleinige Indikation aus zur Substitution zu Lasten der Krankenkasse.

- RMVV: Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung ab 17.01.2006. Die letzte Änderung erfolgte am 15.02.2018 (Bundesanzeiger: BAnz AT 11.05.2018 B6) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018).

Die erste Sitzung der Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung der KV Rheinland-Pfalz fand am 09.04.2003 statt, die „Qualitätsrichtlinie Substitutions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger“ der KV-RLP wurde zuletzt am 17.09.2008 angepasst.

Als nächster Meilenstein ist die Einführung der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ im Februar 2005 zu nennen.

Die BtMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung)

In der BtMVV vom 01.02.1998 wurden folgende Regelungen getroffen:

- Die Substitution muss im Rahmen eines Behandlungskonzepts erfolgen.
- Der Arzt/die Ärztin muss auf eine Psychosoziale Begleitung (PSB) hinwirken.
- Urinkontrollen sind verpflichtend zur Überprüfung eines Begebrauchs.
- Der/die Substituierte muss mindestens einmal pro Woche den Arzt/die Ärztin konsultieren.
- Es erfolgt der Eintrag in das Substitutionsregister zum Ausschluss von Mehrfachsubstitution.
- Voraussetzung für die Substitution ist eine suchththerapeutische Qualifikation des Arztes/der Ärztin.

Am 26.01.2008 erfolgte eine relevante Änderung: Die Take-Home-Vergabe bis zu sieben Tagen ist nach sechs Monaten möglich; in Ausnahmefällen auch bereits früher. Die Take-Home-Vergabe für zwei Tage, die sogenannte Z-Verordnung für das Wochenende, ist von Anfang an möglich.

Die letzte Änderung der BtMVV erfolgte am 30.05.2017 und wurde am 2. Oktober im Bundesanzeiger veröffentlicht (Bühning, 2017).

Regelungen, die unmittelbar ärztliche Bewertungen betreffen, werden an die Bundesärztekammer delegiert. Diese Gesetzesänderung bringt mehr Rechtssicherheit für die substituierenden Ärzte und Ärztinnen. Opiatabhängigkeit wird durch Opioidabhängigkeit ersetzt. Das Anstreben einer Opioidabstinenz bleibt zwar das leitende Element, weitere Ziele werden jedoch ebenfalls akzeptiert.

Eine weitere wichtige Änderung ist die Erweiterung der Einrichtungen, in denen das Substitutionsmittel „zum unmittelbaren Verbrauch“ überlassen werden darf. Die Erweiterung umfasst Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Alten- und Pflegeheime sowie Hospize, Gesundheitsämter, staatlich anerkannte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, beim Hausbesuch medizinisches und Pflegepersonal. Diese Änderungen tragen der immer älter werdenden Klientel Rechnung und verbessern die Situation im Gesundheits- und Pflegebereich.

Neue Take-Home-Regelungen bringen ebenfalls eine Verbesserung: Take-Home ist nunmehr auch schon früher erlaubt, wenn die Kontinuität der Substitution nicht anderweitig gewährleistet werden kann und der Verlauf der Behandlung dies zulässt. Eine zeitliche Frist entfällt. Das sogenannte Z-Rezept war zur Wochenendvergabe für zwei Tage möglich. Neu ist nun die Möglichkeit, bis maximal für fünf Tage (für Brückentage oder Weihnachten/Ostern) ein solches Rezept auszustellen. In begründeten Ausnahmefällen kann sogar bis zu 30 Tagen ein Rezept ausgestellt werden, das mit „S“ und „T“ gekennzeichnet sein muss.

Eine weitere Neuerung in der BtMVV betrifft insbesondere die Fachkräfte in der Suchthilfeeinrichtungen, die Substitutionsbegleitung anbieten: der Wegfall der Substitutionsbescheinigung.

Diese neue Entwicklung wurde unter den anwesenden Fachkräften im Anschluss an die Präsentation diskutiert. Welche Folgen wird diese Gesetzesänderung für die Einrichtungen haben? Werden durch den Wegfall der „Verpflichtung“, eine Bescheinigung über die erfolgte Psychosoziale Begleitung/Beratung beim substituierenden Arzt vorzulegen, die Klient*innen in den entsprechenden Sucht- und Drogenberatungsstellen ausbleiben?

Diskutiert wurde insbesondere die Frage, wie sich die Fachkräfte „aufstellen“ müssen und sich auch gegenüber der Ärzteschaft fachlich präsentieren müssen, sodass die Psychosoziale Begleitung/Beratung trotz des Wegfalls der Verpflichtung weiter als essentieller Bestandteil im Rahmen der Substitution angesehen wird.

Gibt es vielleicht auch Chancen in der Gesetzesänderung, wenn nun nur noch die Klient*innen zur Beratung kommen, die auch wirklich Redebedarf haben und Ziele für eine Veränderung ansteuern?

Literatur

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2018): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2018.

Bühning, P. (2017): Substitution opioidabhängiger Patienten: Politik stärkt Ärzten den Rücken. Deutsches Ärzteblatt, 114(12), A-568/B-490/C-480.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am 15. Februar 2018. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1579/MVV-RL-2018-02-15-iK-2018-05-12-AT-11-05-2018-B6.pdf> [15.07.2018].

Wichtig bei allem wäre in mehreren Bundesländern eine Überprüfung und Erneuerung der Standards in der Psychosozialen Begleitung/Beratung. Weitere Neuerungen bedeuten die Möglichkeit, dass nicht suchtmittelmedizinisch qualifizierte Ärzt*innen im Rahmen der „Konsiliarregelung“ nunmehr zehn (bisher drei) Patienten/Patientinnen behandeln können. Die Liste der zur Substitution zugelassenen Fertigarzneimittel wird spezifiziert von „nicht zur parenteralen Anwendung“ in „nicht zur intravenösen Anwendung“. Die Neuregelungen zielen auch darauf ab, mehr Ärzte und Ärztinnen für die Substitutionsbehandlung, vor allem auch im ländlichen Raum, zu gewinnen.

Für folgende Punkte ist in Zukunft nicht mehr die BtMVV, sondern die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer zuständig:

- wesentliche Ziele der Substitution,
- Therapiekonzept,
- Auswahl des Substitutionsmittels,
- Zulässigkeit von Take-Home,
- Feststellung der Erforderlichkeit der Einbeziehung von (nichtmedizinischen) psychosozialen Betreuungsmaßnahmen (Bühning, 2017).

In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird der Paradigmenwechsel deutlich, der in Substitutionsbehandlung zu verzeichnen ist. Neben der Abstinenz sind weitere Therapieziele zulässig.

„Mit den genannten Änderungen berücksichtigen die novellierten Richtlinien, dass die Substitution in der Mehrzahl der Fälle eine Dauerbehandlung schwerkranker Patienten bedeutet, die nicht linear auf ein Oberziel auszurichten ist“ (Kunstmann, von Ascheraden & Hessenauer, 2010).

Kunstmann, W., von Ascheraden, C. Hessenauer, F. (2010): Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Neue Richtlinien verabschiedet. Deutsches Ärzteblatt, 107(11), 19.03.2010.

Jennifer Becker, Ulrike Kuhn, Tanja Hoff

Die Versorgung älterer Drogenabhängiger – Ergebnisse einer qualitativen Analyse aus Perspektive des Suchthilfesystems

Einleitung

Personen, die von illegalen Drogen abhängig sind, werden zunehmend älter. Studien zeigen, dass die Zahl der Drogenabhängigen im Alter von 40 Jahren und älter ansteigt (Gfroerer, Penne, Pemberton & Folsom, 2003; Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008; Pfeiffer-Gerschel, Hildebrand & Wegmann, 2009). Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland ca. 40 Prozent der Drogenabhängigen 40 Jahre und älter sind (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Dabei zeigen Ergebnisse diverser Studien zur gesundheitlichen Situation und zu den Unterstützungsbedarfen bei älteren Drogenabhängigen einen erhöhten Bedarf an psychosozialer und medizinischer Unterstützung auf (Deimel, 2012; Vogt, Eppler, Ohms, Stiehr & Kaucher, 2010; Wehrwein, Schröder & Lindert, 2016). Auch eine umfassende Untersuchung im Kontext der Studie „Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen (Alters-CM3)“ zeigt, dass ältere Drogenabhängige eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität, starke psychische und körperliche Beeinträchtigungen und einen starken psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf haben (Kuhn, Becker & Hoff, 2018).

Für die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger entstehen neue Herausforderungen für Versorgungseinrichtungen der Drogen-, Altenhilfe und Pflege, dabei insbesondere auf fachlicher, personeller und struktureller Ebene (Vogt, 2009). Mit Blick auf das Suchthilfesystem findet sich allerdings ein hoher Differenzierungsgrad, unterschiedliche leistungsrechtliche Zuständigkeiten und dadurch auch problematische Übergänge zwischen den für den Einzelfall relevanten verschiedenen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (Oliva & Hamann, 2013).

Die Versorgungsrealität zeigt, dass auch aufgrund veränderter struktureller Rahmenbedingungen und der Profes-

sionalisierung des Hilfesystems dieses an seine Grenzen kommt und nach wie vor Entwicklungsbedarf an den relevanten versorgungsbezogenen Schnittstellen zwischen den ambulanten und stationären Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten der Versorgungsbereiche besteht (Oliva & Hamann, 2013). Der große Hilfe- und Unterstützungsbedarf und die komplexen Problemlagen der Zielgruppe auf der einen Seite und die Vielzahl der Akteur*innen auf der anderen Seite machen ein planvolles und zielorientiertes Zusammenwirken beteiligter Institutionen bzw. eine effiziente Koordination notwendig.

Eine soziale Netzwerkanalyse in drei Regionen, durchgeführt im Rahmen des Projekts „Alters-CM3“, hat gezeigt, dass an der Versorgung von älteren Drogenabhängigen eine große Spannweite von Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens beteiligt ist. Zentrale Versorgungsakteur*innen stellen in dieser Untersuchung die Einrichtungen des Drogenhilfenetzwerks dar, von denen sowohl die Hilfe und Koordination im Einzelfall als auch die institutionelle Vernetzung initiiert werden sollten. Im Rahmen der sozialen Netzwerkanalyse zeigen sich aber auch Versorgungslücken, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Pflege, Palliativ Care, Freizeitaktivitäten, tagesstrukturierende Angebote und Beschäftigung (Kuhn, Hoffmann & Hoff, 2018). Die hier quantitativ ermittelten Ergebnisse unterstützen die bereits in anderen Studien qualitativ erfassten Annahmen.

Um darüber hinaus mehr zur routinemäßigen Versorgungsrealität und -praxis sowie Erfahrungen zur Begleitung älterer opiatabhängiger Menschen im Hilfesystem erfassen zu können, sollten die vorgenannten Ergebnisse der sozialen Netzwerkanalyse mithilfe qualitativer Erhebungsmethoden im Sinne eines Mixed-Method-Designs ergänzt werden.



Dabei sollte erstens die Analyse von qualitativen Interviews die Sichtweise von Expert*innen zur Situation der Vernetzung der ambulanten Suchthilfe mit angrenzenden Versorgungssektoren explorieren; zusätzlich sollten mehr Informationen über fördernde sowie hemmende Faktoren der Zusammenarbeit von Akteur*innen in der Versorgung älterer Drogenabhängiger erfasst werden. Neben der Expert*innensicht sollte zweitens, mittels geleiteter Fokusgruppen, aus Perspektive von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern aus den drei Regionen (Frankfurt am Main, Koblenz und Köln/Düsseldorf) praxisorientiertes und erfahrungsgeleitetes Wissen zu bestehenden und fehlenden Netzwerk- und Kooperationsstrukturen gewonnen und Möglichkeiten zur Entwicklung tragfähiger Kooperationsstrukturen aufgezeigt werden. **Ziel der Untersuchung** war es, zu erfassen,

- a.) wie die aktuelle Vernetzungsarbeit der befragten Fachkräfte und Expertinnen und Experten gestaltet und bewertet wird;
- b.) wie dies einhergeht mit fördernden und hemmenden Faktoren, und
- c.) welche Probleme bei der Vernetzungsarbeit bzw. welche Wünsche zur zukünftigen Netzwerkarbeit/Zusammenarbeit von Diensten im Hilfeprozess bestehen.

Methodik

Stichprobenbeschreibung und Interviewdaten

Fokusgruppen: Es wurden zwei moderierte Fokusgruppen¹ mit jeweils acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Hierbei wurden überwiegend Sozialarbeiter*innen aus dem ambulanten Bereich der Suchthilfe aus den Regionen Frankfurt am Main, Koblenz und Köln/Düsseldorf befragt. Die Gruppendiskussionen dauerten jeweils 45 Minuten.

Expert*inneninterviews: Insgesamt wurden vier ergänzende Interviews durchgeführt. Bei den Interviewten handelte es sich um Personen auf Leitungsebene mit umfassenden Führungsaufgaben und Expertise zur Versorgung der Zielgruppe aus verschiedenen Bereichen des Suchthilfesystems (u. a. niedrigschwelliger Bereich), die jeweils in ihrem Versorgungs- und Zuständigkeitsbereich in den Städten Frankfurt am Main, Koblenz, Köln und Düsseldorf befragt wurden. Die Interviewdauer betrug im Durchschnitt 56 Minuten (Spanne: 38–76 Minuten).

¹ Die Studie wurde von der Ethikkommission der Katholischen Hochschule NRW überprüft und bewilligt.

Daten-Analyse

Die Expert*inneninterviews sowie die Fokusgruppen wurden mit einem Audiogerät aufgenommen. Die Interviews wurden nach Lamnek und Krell (2016) transkribiert. Anschließend erfolgte eine strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und auf Basis mehrerer Materialdurchläufe die Erstellung eines deduktiv-induktiv erstellten Kategoriensystems. Zur Analyse wurde das Programm MaxQDA verwendet.

Im Rahmen der folgenden Darstellung werden die Ergebnisse der Fokusgruppen und Expert*inneninterviews inhaltlich gemeinsam abgebildet.

Ergebnisse

Gestaltung der Vernetzungsarbeit

Bezogen auf die Zusammenarbeit auf Einzelfallebene basieren vernetzte Aktivitäten überwiegend auf der Grundlage informeller Kooperationen (in Form von mündlichen Absprachen). Insbesondere aus Perspektive der in der Praxis tätigen Sozialarbeiter*innen wird regionsübergreifend betont, dass verschriftlichte Kooperationsvereinbarungen mit Pflichten für alle Beteiligten nicht vorhanden bzw. bekannt sind. Insgesamt erfolgt die Kommunikation bei der Zusammenarbeit hauptsächlich informell persönlich oder telefonisch.

„Das ist ja generell so eine Erfahrung, die wir, glaube ich, machen, **dass Vernetzung und Kooperation immer über persönlichen Kontakt oder informellen Austausch wesentlich besser läuft als** das den korrekten, administrativen Weg Gehen.“

Mit Blick auf die institutionelle Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb eines Versorgungsbereichs wird aus Expert*innensicht deutlich, dass in allen Regionen verschiedene Arbeitskreise oder Gremien stattfinden, in denen es um das Thema Sucht geht. Ein Arbeitskreis spezifisch zu dem Thema Sucht im Alter wird in keiner der untersuchten Regionen benannt. Neben festen Arbeitskreisen werden teilweise eigens initiierte Kooperationstreffen durchgeführt. Diese zielen vor allem darauf, dass sich die Einrichtungen gegenseitig vorstellen, um zukünftig einzelfallbezogen besser zusammenarbeiten zu können.

Die Situation der Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit wird in den größeren Städten Frankfurt am Main, Köln und Düsseldorf jedoch überwiegend als unbefriedigend und teilweise bzw. anlassbezogen als extrem schwierig beschrieben: „extrem schwierig und extrem holprig bis unmöglich“ – „sehr ausbaufähig“ – „noch gar

nicht beim Kooperationsgedanken angekommen“ – „sehr schlimm“.

Es werden aus Praxisperspektive z. T. Beispiele gelingender Verknüpfung und Koordination einzelfallbezogener Angebote aus verschiedenen Hilfebereichen beschrieben. In der Region Koblenz wird die Situation der Vernetzung der Versorgungsakteur*innen innerhalb und außerhalb des Suchthilfesystems jedoch insgesamt als positiv beschrieben.

Fördernde und hemmende Faktoren für Kooperation und Zusammenarbeit

In der inhaltsanalytischen Auswertung lassen sich die beschriebenen Defizite inhaltlich vier Kategorien zuordnen: Arbeitsumfang, fehlendes Interesse beteiligter Akteur*innen, Kommunikationsprobleme und Defizite auf übergeordneter Ebene. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse stichpunktartig zusammen.

Tabelle 1: Übersicht zu den benannten Problemen, die nachhaltige Vernetzungsarbeit erschweren

Arbeitsumfang	Fehlendes Interesse	Kommunikationsprobleme	Defizite auf übergeordneter Ebene
In Kooperations- u. Vernetzungsarbeit muss viel Zeit investiert werden, die im Arbeitsalltag oftmals nicht vorhanden ist	Substitutionsärztinnen und -ärzte lehnen Kontakt ab	Wechsel der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, keine Informationsweitergabe	Trägerbezogene Konkurrenzsituation
Personalprobleme auf Einrichtungsebene	Zusammenarbeit und Kooperation ist nicht gewollt	Erreichbarkeit eingeschränkt	Es wird auf Profit geguckt, nicht auf die Klientin und den Klienten
Personalprobleme auf Akteur-Ebene (z. B. Jobcenter)	Insgesamt zu wenig Beachtung für Betroffene	Kommunikation zwischen Ämtern nicht vorhanden	Besonderer Bedarf noch nicht erkannt
			Austausch findet nicht statt

Die Kooperationsarbeit mit anderen Einrichtungen der Suchthilfe wird von den Suchthilfefachkräften als sehr aufwendig beschrieben. Aufgrund der personellen Belastungen in den Einrichtungen bleibt häufig keine Zeit dafür.

„**Kooperationsarbeit** ist auch in Anführungsstrichen **viel Arbeit** (...). Das muss ich schon sagen, im Alltag, vernachlässige ich das in der ein oder anderen Situation schon.“

Aber auch in der Zusammenarbeit mit externen Akteurinnen und Akteuren, wie zum Beispiel dem Jobcenter, werden Schwierigkeiten aufgrund des zu hohen Arbeitsumfanges pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter beschrieben und damit auch Probleme in der Vernetzung und Zusammenarbeit erklärt.

„Ich glaub, **die** [Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Jobcenter] **sind einfach da hoch belastet**. Da ist eine schlechte Stimmung, grundsätzlich (...). Die Leute, die den Erstkontakt machen, sind genervt und überfor-

dert. Und das passt so nicht und das ist schrecklich da.“

Neben einem zu hohen Arbeitsaufwand und der damit erschweren Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit bestehen weitere Schwierigkeiten darin, dass bei vielen Akteur*innen kein ausgeprägtes Interesse an oder gar eine offene Ablehnung der Kooperation mit den Betroffenen vorhanden zu sein scheint: Die Zusammenarbeit wird häufig auch aktiv abgelehnt.

„Da soll gar keine Zusammenarbeit oder da ist das **auch gar nicht gewollt**, dass da viel Zusammenarbeit stattfindet.“

Als weiteres Defizit in der Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit werden Kommunikationsprobleme beschrieben. Einerseits fehlen Verständnis und Wissen über die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger, andererseits sind Kommunikationswege häufig sehr langwierig und Informationen gehen verloren.

„Also, da **fehlt noch** ganz viel **Aufklärung und Kommunikation** überhaupt mal sich zusammensetzen.“

„Ja, also mit dem Jobcenter ist **das nicht immer so einfach** (...), weil **es auch einfach nicht gewollt ist**, das muss man einfach auch mal so klar und deutlich sagen.“

Neben den beschriebenen Defiziten wird die Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Einrichtungen, durch Konkurrenzsituationen zwischen Trägern und den Fokus auf Geld und Profit erschwert. Der besondere Bedarf älterer Drogenabhängiger wurde bei den Trägern noch nicht ausreichend erkannt. Weiterhin fehle es an Austausch zwischen den Trägern. Dies erschwere die Situation insgesamt.

„Man guckt auch **viel zu sehr darauf, was ist profitabel** vielleicht aus Sicht jetzt einer Einrichtung oder eines Anbieters, und viel zu wenig darauf, was denn der Klient möchte.“

Ressourcen und Wünsche

Die Fragen nach Ressourcen und Wünschen sollte helfen, Ansätze zur Optimierung der Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit aufzuzeigen.

Sowohl in den Expert*inneninterviews als auch in den Fokusgruppen wurde eine erhöhte Bereitschaft von medizinischen Diensten, Ärztinnen und Ärzten, sich der Klientel mehr anzunehmen, gewünscht. Weiterhin wird der Wunsch nach einem verbesserten Austausch zwischen den einzelnen Fachärztinnen und -ärzten deutlich. Eine aus einer Hand koordinierte Versorgung sowie eine erste Anlaufstelle für die gesamte medizinische Versorgung

speziell für ältere Drogenabhängige wären zukünftig wünschenswert.

Ressourcen werden insbesondere gesehen, indem an bestehende Konzepte und Strukturen angeknüpft wird. Zum Beispiel wird die Übernahme des Konzeptes von Alten-WGs bzw. Demenz-WGs für ältere Drogenabhängige thematisiert sowie der Wunsch nach neuen Versorgungsformen in der Altenbetreuung und -pflege, wie z. B. ein spezielles Altersheim oder eine Pflegestation für ältere Drogenabhängige.

„(...) dass da jetzt immer so ein Altersheim oder Pflegestation für Drogenkonsumenten eigentlich wirklich fehlt im Grunde. Da gibt es dann da und da mal ein paar Plätze, aber so was fehlt. Das gibt es ja in Unna, aber ansonsten nicht.“

Darüber hinaus wird angeregt, vorhandene Kompetenzen mehr zu nutzen. Wenn z. B. bei Pflegekräften Unsicherheiten im Umgang mit älteren Drogenabhängigen aufkommen, können die Kompetenzen aus der Suchthilfe für einen wissensbasierten Austausch genutzt werden. Umgekehrt kann dies natürlich auch in Bezug auf pflegerische Kompetenzen der Suchthilfekräfte geschehen. Über ein gegenseitiges Kennenlernen der Einrichtungen, Vermitteln von Wissen und Informationen zu älteren Drogenabhängigen und insbesondere dem damit verbundenen Abbau von Vorurteilen und Unsicherheiten, könnte so die Zusammenarbeit zukünftig gestärkt werden.

„Was wir halt auch machen ist, dass wir intern, also jetzt auch so zum Thema Sucht und Alter auch schon **Schulungen gemacht** haben für die Kolleginnen auch aus anderen Bereichen. (...) auch gucken, inwieweit kann man das auch **Mitarbeitern oder Krankenschwestern, Pflegepersonal in Einrichtungen** auch



noch anbieten, dass die da einfach ein bisschen besser vorbereitet sind oder vielleicht auch gerade so diese Stigmatisierung, wenn sie denn bei dem Personal vorhanden ist auch so ein bisschen auflösen kann.“

Bezogen auf Kooperationen im Kontext institutioneller Zusammenarbeit wurden verschiedene Wünsche zu Veränderungsprozessen hinsichtlich der Kooperationszusammenhänge auf lokaler und überregionaler Ebene geäußert. Es wird ein übergreifendes Gremium gewünscht, welches sich mit allgemeinen Versorgungsfragen auch trägerübergreifend beschäftigt. Die Bildung von überregionalen Arbeitsgruppen mit verschiedenen Suchthilfeträgern und Hilfesystemen wird von einer Befragten als mögliche Ressource erwähnt. Möglicherweise lassen sich auch durch feste Kooperationsverträge Prozesse beschleunigen und letztendlich die Verfahrensabläufe erleichtern.

„(...) mal zu überlegen, ob es da mit den Krankenkassen vielleicht Möglichkeiten gibt, dass man nicht diese Einzelanträge hat für bestimmte Leistungen, sondern dass **es im Rahmen von Kooperationsverträgen halt einfacher ist**, schnell solche Hilfen zu organisieren.“

„Wir bräuchten ein **übergreifendes Gremium** mit den Trägervertretungen, Entscheidungsträgern, mit denen wir allgemeine Versorgungsfragen, Weiterentwicklungsfragen auch thematisieren wollen (...).“

Best-Practice-Beispiele

Zur Verbesserung der Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit können Best-Practice-Beispiele eine gute Orientierung sein. Es werden von den befragten Suchthilfefachkräften einzelne Beispiele, welche eine gut funktionierende Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit beschreiben, genannt. So beschreibt eine Suchthilfefachkraft in der Fokusgruppe die Zusammenarbeit mit einer Psychiaterin in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Sprechstunde, die in einer niedrighschwelligem Einrichtung angeboten wird:

„Also, wir haben bei uns in der Einrichtung so **eine psychotherapeutische-psychiatrische Sprechstunde** einmal die Woche. Und, das erleb ich als total hilfreich, (...). Das sind kurze Wege, oft finden Gespräche zu dritt statt oder auch einfach nur mal ein Austausch im Anschluss darüber, wie es weitergeht, und das Schöne ist, dass die Dame auch wahnsinnig einführend ist, und sich sehr, sehr auf die Klientel einlassen kann und auch Lust hat, mit unseren Leuten zu arbeiten, und

das macht es natürlich recht einfach. Wenn da wirklich so diese Bereitschaft von der anderen Seite da ist, das zu tun und die Leute da abzuholen, wo sie sind.“

Eine Suchthilfefachkraft beschreibt ein weiteres positives Beispiel: So versuchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Einrichtung, andere Fachkräfte aus Einrichtungen kennenzulernen, indem diese gegenseitige Besuche und Hospitationen anbieten. Über das gegenseitige Kennenlernen soll die Zusammenarbeit gestärkt werden.

„Also, meine Einrichtung versucht schon irgendwie, andere Einrichtungen auch mehr kennenzulernen, dass man, dass die Kooperation einfach auch verbessert (...). Also, dass wir dann so andere Einrichtungen (...) **zu uns einladen** und man sich so gegenseitig vorstellt, um mal doch mal ein Gesicht zu sehen und dann halt auch besser miteinander sprechen zu können.“

Die in der Praxis tätigen Fachkräfte berichten in den Fokusgruppen über ein interessantes Projekt:

„So, ich glaube in (...) gibt es jetzt ein **Präventionsbüro**. Die Drogenhilfeprävention der (...) macht glaube ich Prävention und die dann in einem Haus so zusammengezogen werden. Das ist vielleicht, das geht so in die Richtung, wo man sagt, wir ziehen mal die Kräfte zusammen und gucken. (...) bündeln so einfach auch die Kräfte, die man da hat, und gucken erst mal, ob wir da nicht viel mehr hinkriegen als vorher. (...). Sodass man da viel besser kooperiert und guckt und sich abspricht.“

Diskussion

Die in dieser Analyse ermittelten unzureichenden Kooperationsbeziehungen innerhalb und außerhalb der Suchthilfe im Versorgungsnetzwerk älterer Drogenabhängiger werden vielfach auch von anderen Studien diskutiert (u. a. bei Eisenbach-Stangl & Spirig, 2010; Schäffer, 2009). Jedoch ist in diesem Zusammenhang auch generell zu bemängeln, dass es hinsichtlich der Begrifflichkeiten Kooperation, Koordination und Vernetzung keine einheitlichen Kriterien gibt und die Begriffe nicht systematisch voneinander abgegrenzt werden (Oliva & Hamann, 2013, S. 46).

Aus Perspektive der Suchthilfefachkräfte wird deutlich, dass einzelfallbezogene Leistungs- und Hilfeerbringung in einer Netzwerkarbeit stattfindet, jedoch eher im Sinne unverbindlicher, lockerer Kooperationsbeziehungen. Daher ist davon auszugehen, dass trägerübergreifende Kooperation wenig bis gar nicht stattfindet, ebenso wenig sektorenübergreifende Vernetzung (Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen mehrerer Träger hilfesy-

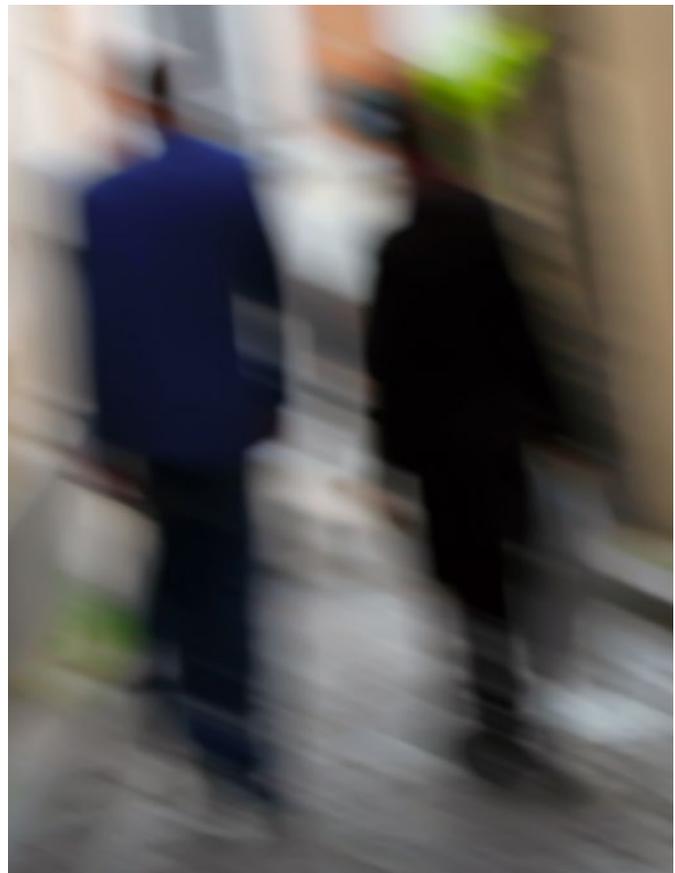
temübergreifend). Bezogen auf die einzelfallbezogene Zusammenarbeit der Suchthilfe mit angrenzenden Versorgungsbereichen lässt sich vermuten, dass möglicherweise in ländlicheren Regionen aufgrund einer generell geringeren Anzahl von Versorgungsakteuren die Kooperations- und Vernetzungspraxis z.T. leichter gelingt. Jedoch wird im ländlichen Raum auch über umfassende Nachteile in der Versorgung der Zielgruppe berichtet (z. B. hinsichtlich des Ausbaus der Substitutionsbehandlung).

Gründe für die überwiegend unzureichende Zusammenarbeit werden auch in anderen Studien bestätigt (Schäffer, 2009; Fachverband Sucht, 2015). Damit einhergehend lässt sich auch das fehlende Interesse von medizinischen Diensten und dem Jobcenter an einer Zusammenarbeit diskutieren. Unterschiedliche (Behandlungs-)Kulturen und Trägerinteressen scheinen eine bedeutende Rolle zu spielen (vgl. auch Fachverband Sucht, 2015; Oliva & Hamann, 2013). Äquivalent zu den Erkenntnissen der vorliegenden qualitativen Analyse werden fördernde Faktoren in einer Kommunikation auf Augenhöhe, Transparenz hinsichtlich Erwartungen und Ressourcen (Oliva & Hamann, 2013) sowie eine aktive Pflege der Netzwerke (Fachverband Sucht, 2015) beschrieben. Ergänzend spielt das Problem des fehlenden Wissens um die Situation, Verhaltensweisen sowie den Bedarfen älterer Drogenabhängiger (vgl. auch Gaulen, Alpers, Carlsen & Nesvag, 2017) eine entscheidende Rolle, insbesondere im Kooperationsfeld Sucht-, Altenhilfe und Pflege. Eisenbach-Stangl & Spirig (2010) beschreiben, dass Expertinnen und Experten aus Pflege und Altenhilfe gar nicht mit der Klientel der älteren Drogenabhängigen rechnen. Umgekehrt beschreiben Vogt et al. (2010) auch fehlende pflegerische und gerontologische Kenntnisse bei Suchthilfekräften. Optimierungsansätze wurden vielfach diskutiert und übereinstimmend in einem vermehrten gegenseitigen Nutzen von Kompetenzen beschrieben. Dies lässt sich z. B. in gegenseitigen Aus- und Weiterbildungen oder Hospitationen realisieren. Schließlich wurden in den Fokusgruppen und Interviews Defizite auf übergeordneter Ebene deutlich. Auch Oliva (2013) beschreibt, dass erfolgreiche und nachhaltige Kooperationen den grundsätzlichen Willen des Träger- und Einrichtungsmanagements benötigen. Hinderliche Faktoren sind dabei die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Kooperationspartner (Fachverband Sucht, 2015). Eine Klärung von Zuständigkeiten und der Finanzierung (Eisenbach-Stangl & Spirig, 2010), ein Hinwirken auf Veränderungen der gesetzlichen und kassenrechtlichen Richtlinien (Schäffer, 2009), das Aufstellen klarer Kooperationsvereinbarungen sowie ein Kommunikationsmanagement (Fachverband Sucht, 2015) werden diskutiert.

Fazit und Ausblick

Bestehende Ansätze und Bemühungen zur Kooperation sollten beibehalten und weiter ausgebaut werden. Dabei sollten vorhandene Ressourcen besser genutzt werden und Wissen in Form von Aus- und Weiterbildungen sowie durch gegenseitigen Austausch (z. B. zwischen Suchthilfe und Pflege oder Jobcentern) weitergeben werden. Zur Umsetzung der genannten Aspekte sollte ein Umdenken auf trägerübergreifenden Ebenen erfolgen, um Prozesse der Kooperationsarbeit zu ermöglichen. Dabei sollten insbesondere auf Ebene der Suchthilfekräfte personelle und zeitliche Ressourcen fokussiert werden und Finanzierungsaspekte mitgedacht werden. Ein hilfreiches Handlungskonzept kann in diesem Zusammenhang Case Management sein. Dies eignet sich durch die primäre Funktion der systemübergreifenden Steuerung der Leistung sowie der systematischen Koordination des Hilfeprozesses, sowohl bezogen auf den Einzelfall als auch auf institutioneller Ebene (Organisation und Steuerung der Versorgung).

Es müssen allerdings auch umfassende Voraussetzungen und damit hohe Anforderungen auf verschiedenen Ebenen erfüllt sein, damit nachhaltige Kooperations- und



Netzwerkbildungen gelingen können. Neben einer generellen Bereitschaft, die eigenen Strukturen und Prozesse des Dienstes bzw. der Einrichtung zu hinterfragen und möglicherweise anzupassen, bedarf es verschiedener organisatorisch-institutioneller und auch persönlicher Voraussetzungen der an der Kooperation Beteiligten (Oliva & Hamann, 2013, S. 57–59) um die Versorgung älterer opiatabhängiger Menschen zu verbessern. Die in dieser Studie qualitativ erfassten Barrieren und Möglichkeiten sind letztlich relativ typisch für die Thematik Sucht im Alter (z. B.

Hoff et al., 2017), und zwar nicht nur für Konsumierende illegaler Drogen, sondern auch bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der Versorgung Älterer, z. B. in der Schnittstelle zur Altenhilfe.

Darüber hinaus sind weitere Studien notwendig, um die Kooperationspraxis differenziert nach konkretem Kooperationsfeld (z. B. Wohnungslosenhilfe, Jobcenter, psychiatrische Versorgungsstrukturen) konkreter beschreiben zu können und schließlich Kooperationen zu optimieren.

Literatur

- Deimel, D. (2012): Die Versorgungspraxis der psychosozialen Behandlung substituierter Opiatabhängiger – die PSB-Studie, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 90, 88–97.
- Eisenbach-Stangl, I. & Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter: Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-902426-50-5> [10.09.2018].
- Fachverband Sucht (2015): Kooperation und Koordination in der Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen. Schlussbericht.
- Gaulen, Z., Alpers, S. E., Carlsen, S. L. & Nesvag, S. (2017): Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 80–90.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M. & Folsom, R. (2003): Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(2), 127–135.
- Hoff, T., Kuhn, U., Kuhn, S. & Isfort, M. (Hrsg.) (2017): Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008): Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *SUCHT*, 54(7), 16–25. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/2008.07.03> [10.09.2018].
- Kuhn, U., Becker, J. & Hoff, T. (2018): Quality of life and care needs of elderly drug consumers (Unveröffentlichtes Manuskript).
- Kuhn, U., Hofmann, L., Hoff, T. & Färber, N. (2018): Soziale Netzwerkanalyse der Versorgungsstrukturen für ältere Drogenabhängige in drei deutschen Großstädten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1399. DOI : 10.1007/s00391-018-1399-3.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016): Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien. (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., überarb. Aufl.). Beltz Pädagogik. Weinheim: Beltz.
- Oliva, H., & Hamann, R. (2013): Suchthilfe in Netzwerken: Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation. Freiburg: Lambertus.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L.: (2009): Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Alle Einrichtungsarten. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender. Sonderauswertung: 40 Jahre und älter.
- Schäffer, D. (2009): Stellenwert und Notwendigkeit von „PSB“ aus Sicht der Betroffenen. In: H. Stöver & R. Gerlach (Hrsg.), Sucht und Abhängigkeit. Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Vogt, I. (2009): Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. *Suchttherapie* 10(1): 17–24.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010): Ältere Drogenabhängige in Deutschland: Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Abschlussbericht. Frankfurt am Main.
- Wehrwein, A., Schröder, G. & Lindert, J. (2016): Gesundheit und medizinischer und psychosozialer Versorgungsbedarf von akuten oder ehemaligen Drogenabhängigen im Alter (40+) – Eine Querschnittstudie [Health, Medical and Psychosocial Care Needs of Older Drug Addicts (40+): A Cross Sectional Study]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). Advance online publication. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1055/s-0042-116319> [10.09.2018].

Ulrike Kuhn, Tanja Hoff, Jennifer Becker

Soziale Situation und Ausgrenzungserfahrungen älterer Drogenkonsumierender – Entwicklungsaufgaben für die Soziale Arbeit und andere Professionen

Einleitung

Vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl an Langzeitkonsument*innen von Drogen (z. B. Beynon, 2009; Subramanian, 2011) und zahlreicher Forschungsprojekte in diesem Zusammenhang stehen in den letzten Jahren immer mehr Daten zu gesundheitlichen und sozialen Lebenslagen sowie zu den Hilfebedarfen von älteren Drogenabhängigen zur Verfügung. Diesen Studien zufolge weisen langjährig Drogenabhängige überdurchschnittlich häufig vielfältige gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (u. a. Höbelbarth & Stöver, 2017) trotz einer verbesserten medizinischen und psychosozialen Versorgung der Zielgruppe in der Beratung, Betreuung und Behandlung. Neben Infektionskrankheiten leiden ältere Opiatabhängige oftmals an Hepatitis, an Zahn-, Magen- und Darmerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie an psychiatrischen Erkrankungen (Eisenbach-Stangl & Spirig, 2010; EBDD, 2015). Die Folgen des Langzeitkonsums sind daher oftmals unübersehbar; Voralterungen bis zu 20 Jahren und schwere gesundheitliche Einschränkungen sind je nach Konsumbeginn und -muster typisch (Bolz, Braasch, Körner, Schäffler, Thym & Stubican 2017). Zur Behandlung der somatischen Krankheiten/Multimorbidität sowie von chronischen psychischen Störungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, Phobien, posttraumatische Belastungsstörungen etc.) ist daher ein Großteil der Drogenkonsumierenden bereits ab der Lebensmitte auf eine komplexe Medikation angewiesen, die häufig auch mit Straßendrogen kombiniert wird (Vogt, 2015).

Die Lebenssituation hängt jedoch neben den gesundheitlichen Aspekten auch entscheidend von der sozialen Lage, den sozioökonomischen Faktoren und Bedingungen ab. Hierbei weisen ältere Drogenkonsumierende oftmals ungünstige soziale Verhältnisse und vielfältige Belastungsfaktoren auf, u. a. hinsichtlich der (unsicheren) Wohnverhältnisse, des Bildungsstandes, der Erwerbstätigkeit und des

Einkommens (Roe, Beynon, Pickering & Duffy, 2010; Bolz et al., 2017). Mit Blick auf die biografische Entwicklung waren drogenabhängige Menschen bereits häufig in frühen Lebensphasen schwierigen Bedingungen ausgesetzt, berichten vermehrt von einer Broken-Home-Situation in der Herkunftsfamilie, von Gewalt, Missbrauch, Vergewaltigung und Vernachlässigung (Klos & Görge, 2009). Typischerweise verschärfen sich die sozialen Belastungen im Laufe der Zeit. Daher stehen in späteren Lebensphasen oftmals nur geringe soziale Ressourcen zur Problembewältigung zur Verfügung; ein Großteil der älteren Drogenabhängigen fühlt sich zudem durch ein negatives soziales Image aufgrund negativer Zuschreibungen von der Gesellschaft ausgegrenzt und diskriminiert. So kann davon ausgegangen werden, dass ältere Opiatabhängige von einer umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe und Akzeptanz ausgeschlossen sind und sich vorrangig am Rand der Gesellschaft bewegen mit entsprechenden Auswirkungen auf die subjektiv empfundene Zugehörigkeit.

Fragestellungen, Projektbezug und Forschungsdesign

Ziel dieses Beitrags ist es, neben der gesundheitlichen Situation insbesondere die soziale Lage, Lebenssituation und Ausgrenzungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen älterer Drogenkonsumierender in den Blick zu nehmen und anhand aktueller empirischer Befunde Schlussfolgerungen für professionelle Helfer*innen in der Versorgung der Zielgruppe und in der Sozialen Arbeit abzuleiten.

Im Rahmen einer Querschnittsanalyse wurden 2015 in einem multizentrischen Design 132 ältere Opiatabhängige¹ (45 Jahre und älter) im ambulanten Bereich der Suchthilfe in den Modellregionen Köln, Düsseldorf, Frankfurt und Koblenz zu ihrer gesundheitlichen Situation und zu ihren Hilfe- und Versorgungsbedarfen befragt. Diese Untersuchung war Teil des Forschungsprojekts „Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen (Alters-CM3)“ und wurde vom Bundesministerium für Forschung und Bildung im Rahmen der SILQUA-FH-Linie von 2014-2017 gefördert.

Die zuständige Ethikkommission der Katholischen Hochschule NRW hat das Forschungsdesign und die Befragungsmethoden unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt.

¹ Befragte Personen der Studie erfüllten folgende Einschlusskriterien: Alter 45 Jahre und älter, mindestens zehn Jahre Konsum illegaler Drogen, diagnostizierte Opiatabhängigkeit nach ICD-10, aktueller Konsum von Heroin und/oder aktuell in Substitutionsbehandlung.

Die Untersuchung sollte dazu beitragen, die Erkenntnislage zur psychischen und psychosozialen Situation der Zielgruppe zu verbessern, und zwar vor allem auf Basis eingesetzter standardisierter Erhebungsinstrumente, um sodann normorientierte Vergleiche und Interpretationen zu ermöglichen. In insgesamt elf beteiligten Praxisinstitutionen (davon neun aus der Sucht- und Drogenhilfe) wurden die Teilnehmer*innen mithilfe von ca. einstündigen Einzelinterviews von vorab geschulten Projektmitarbeitenden befragt. Es wurden Daten zur gesundheitlichen Situation älterer opiatabhängiger Menschen erhoben, wobei unterschiedliche Erhebungsmethoden und Assessmentinstrumente zum Einsatz kamen (u. a. SF-36 zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, BSI/Kurz-Fragebogen zur Symptombelastung etc.).

Neben soziodemografischen Variablen und Angaben zur aktuellen gesundheitlichen Situation wurden anhand der so gewonnenen Daten exemplarisch in einem weiteren Schritt verschiedene Charakteristika sozialer Ausgrenzung, die sowohl Lebenslagen in materieller Hinsicht als auch Aspekte sozialer Teilhabe beleuchten, analysiert. Die Befunde zur sozialen Exklusion werden im Folgenden dargestellt und anschließend im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe und Ausgrenzung älterer Drogenabhängiger diskutiert. Dabei werden verschiedene Ebenen sozialer Benachteiligung betrachtet (in Anlehnung an Böhntke, 2001) und diese anhand verschiedener Indikatoren untersucht:

- Soziale Teilhabe (u. a. Partnerschaft, soziale Beziehungen/Kontakte, gesellschaftliche Partizipation, Gesundheitszustand)

- Sozioökonomische Situation (Arbeitsmarktanbindung, Einkommen, Lebensstandard, Wohnung, Bildung)
- Soziale Ausgrenzung (z. B. Stigmatisierung, Obdachlosigkeit)
- Wahrnehmung und Bewertung (individuelle Selbsteinschätzung der Teilhabemöglichkeiten, Bewertung der Lebensbedingungen)

Ergebnisse zur gesundheitlichen, sozialen Situation und zu Ausgrenzungserfahrungen/Exklusionsmerkmalen

Gesundheitliche Belastungen

Es zeigen sich erhebliche Einschränkungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden sind (Kuhn, Becker & Hoff, 2018). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass insbesondere in den Bereichen körperliche Rollenfunktion, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und emotionale Rollenfunktion die befragten Personen z. T. gravierend schlechtere Ergebnisse im Vergleich zu weiteren Populationen (u. a. gesunde Ältere, Patient*innen mit allgemeinen Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen) aufweisen. Bei der Betrachtung der Symptombelastung zeigt sich, dass ein großer Teil der Befragten im hohen Maße unter psychischen Krankheitssymptomen leidet; auch im Bereich der Somatisierung überschreitet das Kollektiv insgesamt betrachtet die normativen kritischen Werte (Schmid, Hoff, Arendt, Follmann-Muth, Kuhn & Vogt, 2016).



Exklusionsmerkmale anhand soziodemografischer Merkmale

Das Durchschnittsalter der Befragungsteilnehmer*innen lag bei 52,3 Jahren (SD = 4,9) in der Altersspanne zwischen 45 bis maximal 67 Jahren und ist damit mit vielen anderen Untersuchungen und Studien zu der Zielgruppe vergleichbar (Vogt, 2010). Die größte Altersgruppe stellen die 45- bis 50-Jährigen dar. 74,2 Prozent der Befragten sind männlich, 25,8 Prozent weiblich.

Der überwiegende Teil der Stichprobe hat Ausgrenzungserfahrungen in den Bereichen problematische Schulden, Erwerbsarbeit, Partnerschaft und prekäre Einkommensquellen gemacht. Ebenfalls relevante Ausgrenzungserfahrungen fanden sich im Bereich der (fehlenden) Berufsausbildung, im Zusammenhang mit dem Familienstand (verwitwet, geschieden) sowie durch überwiegend unsichere Wohnverhältnisse. Knapp 5 Prozent der Befragten können keinen Schulabschluss nachweisen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Exklusionsmerkmale anhand soziodemografischer Merkmale, differenziert nach Lebensbereich/Ebenen sozialer Benachteiligung, n = 132

	n	%
Sozioökonomische Situation		
Kein Schulabschluss	6	4,5
Keine abgeschlossene Berufsausbildung	52	39,4
Nicht erwerbstätig	101	76,5
Problematische Schulden	103	78
Haupteinnahmequelle: ALG I, II, Grundsicherung, illegale Einkünfte, Prostitution	97	73,5
Ohne Wohnung/unsichere Wohnverhältnisse (z. B. in in Notunterkünften)	39	29,5
Soziale Teilhabe		
Partnerschaft: alleinstehend	99	75
Familienstand: verwitwet, geschieden	51	38,6

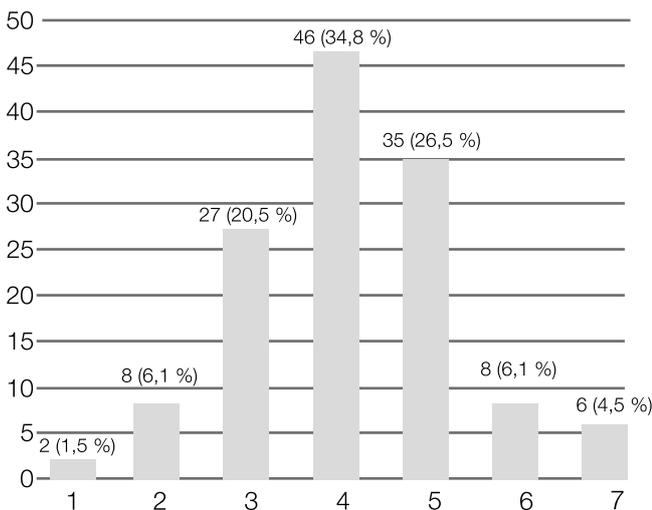


In einem weiteren Analyseschritt (siehe Abbildung 1) wurde ermittelt, wie viele Exklusionsmerkmale (bezogen auf die dargestellten Items/Bereiche aus Tabelle 1) die Klient*innen im Mittel aufweisen. Dabei hat sich gezeigt, dass die durchschnittliche Anzahl der Bereiche mit Ausgrenzungserfahrung¹ bei 4,2 liegt (SD = 1,2). Es zeigt sich des Weiteren, dass 92,4 Prozent mindestens drei Exklusionsmerkmale aufweisen, 71,9 Prozent vier Merkmale und

¹ Exklusion durch Suchtmittelprobleme und gesundheitliche Beschwerden wurden in diese Analyse nicht einbezogen.

Abbildung 1: Anzahl der Bereiche mit Exklusionserfahrung

n = 132



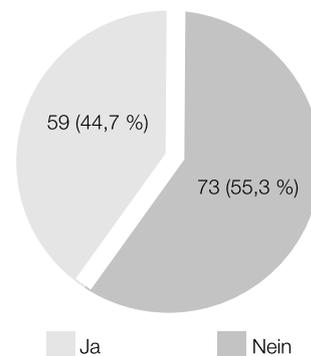
10,6 Prozent sogar in sechs und mehr Bereichen Ausgrenzungserfahrungen erleben.

Bei der Betrachtung der primären/persönlichen Netzwerke (z. B. Familie, Verwandtschaft, Freundschaft, Nachbarschaft) geht es um die praktische, emotionale und kognitive Unterstützung im Alltag, aber auch in Belastungs- und Krisensituationen. Hierzu teilt sich die Stichprobe fast hälftig auf in den Antworten zu der Frage: „Gibt es Personen in Ihrem Freundes-, Familienkreis/Bekannte/Nachbarn, die Sie bei alltäglichen Dingen des Lebens unterstützen?“ (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Personenbezogene Netzwerkanalyse

Gibt es Personen in Ihrem Freundes-, Familienkreis/Bekannte/Nachbarn, die Sie bei alltäglichen Dingen des Lebens unterstützen?

n = 132



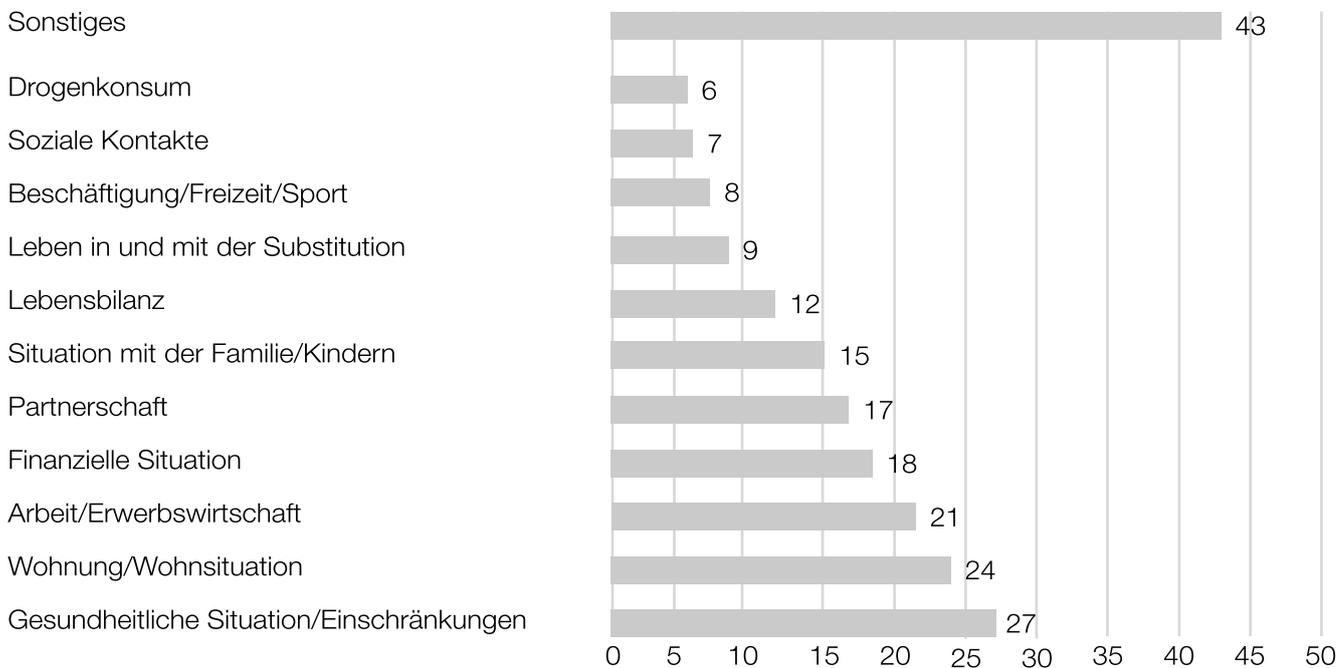
Bewertung der Lebensbedingungen

Am Ende des Fragebogens wurde folgende offene Frage gestellt: „Mit welchen Dingen in Ihrem Leben sind Sie (außer den bereits genannten) unzufrieden oder sehr unzu-

frieden?“ Die hier von den Proband*innen benannten 207 Aspekte in 132 Antworten aller Befragten wurden inhaltsanalytisch aufbereitet und beziehen sich auf folgende zentrale Kategorien (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Benannte Aspekte verschiedener Lebensbereiche, in denen Unzufriedenheit/große Unzufriedenheit besteht

Mit welchen Dingen in in Ihrem Leben sind Sie unzufrieden oder sehr unzufrieden? n = 207 benannte Aspekte von 132 Gesamtantworten



Die häufigsten Nennungen fanden sich demnach im Bereich der gesundheitlichen Situation/Einschränkungen. Dabei wurde mit Blick auf die körperlichen Befindlichkeiten u. a. der pathologische Zahnstatus, die problematische Gefäßsituation (#30: „Mit meiner Gesundheit, dass ich da so rumkrebzen muss. Vene wird nicht richtig durchblutet. Bein ganz hart, kann kaum laufen.“) sowie das Angewiesensein auf den Rollstuhl als wichtige Ursachen für die aktuelle Unzufriedenheit benannt. Es werden des Weiteren auch psychische Probleme beschrieben (#122: „Mit der Psychose, das belastet mich sehr.“).

An zweiter Stelle der Unzufriedenheit auslösenden Aspekte fanden sich Aussagen zur aktuellen Wohnsituation (z. B. #115: „Meine Wohnsituation, eigentlich meine komplette Situation auf der Straße. Bin noch nie so tief gesunken wie jetzt.“).

An dritter Stelle ergeben sich Unzufriedenheiten aufgrund der finanziellen Situation, gefolgt von Unzufriedenheiten hinsichtlich des Themas Partnerschaft. Es werden beim Thema Partnerschaft sowohl Partnerschaftsprobleme bei bestehender Beziehung, als auch der/die fehlende(r) Partner/in benannt: (#111: „Wünsche mir Partnerin, die meisten schreckt das ab, dass ich keine Beine mehr habe; kann ich verstehen, wäre andersrum genauso; manchmal 'n bissl einsam, sich austauschen, über Dinge reden.“)

Die Befragten äußerten ebenfalls Unzufriedenheiten mit der familiären Situation bzw. mit den Kindern (an sechster Stelle). Es werden in diesem Zusammenhang Konflikte mit der Familie bei bestehendem Kontakt formuliert, in erster Linie jedoch häufiger der fehlende Kontakt/Kontaktabbruch zur Herkunftsfamilie als belastend erlebt (#28: „Damit, dass ich keinen Kontakt zu Mutter, Schwester, Ex-Freundin habe

[...]. Jetzt auch mit den Feiertagen“, #149: „Probleme mit den Eltern. Hab' meine Mutter seit meinem 21. Lebensjahr nicht gesehen. Versuche, wieder Kontakt aufzunehmen“).

Ein Teil der befragten Personen resümiert für sich eine negative/unzufriedenstellende Lebensbilanz – einige Befragte schildern eindrucksvoll, welche negativen Gefühle sich dadurch ergeben: #136: „[...] Habe viele Fehler gemacht, alles verloren. Die Zukunft meiner Kinder verspielt“, #165: „Überhaupt so mein Leben; meine Abhängigkeit, die mich gefangen hält; mit Subutex bin ich auch nicht frei. Dass ich durch meine Sucht so vieles versäumt habe, vieles nicht gemacht habe“.

Weitere Einschränkungen der Lebenssituation ergeben sich aus dem Leben in und mit der Substitution, z. B. #108: „mehr Freiheiten im Methadon-Programm – möchte reisen“, aus den mangelhaft erlebten Beschäftigungsmöglichkeiten im Bereich Freizeit/den fehlenden Sport- und Bewegungsmöglichkeiten/Angeboten sowie im Bereich der sozialen Kontakte (z. B. #202: „Wunsch nach Außenkontakten; mehr Kontakte zu normalen Leuten“).

Die Kategorie „Sonstige Aspekte“ umfasst verschiedene individuelle Unzulänglichkeiten und Umstände, die die Befragten unzufrieden machen, und reichen von mangelnder Motivation und Antriebslosigkeit, der Situation, abhängig von anderen zu sein, der (Drogen)Politik, mangelnden passenden Angeboten für Suchterkrankte bis hin zu Konflikten mit Ämtern (z. B. dem Jobcenter).

Diskussion

Um ein möglichst umfassendes Bild der Lebenssituation älterer Drogenkonsumierender zu bekommen, die Entstehung, das Ausmaß und den Krankheitsverlauf zu verstehen und zu behandeln, ist es sinnvoll, neben der physischen und psychischen Gesundheit und dem Drogenkonsum auch den Lebenshintergrund, gegebene Kontext- und Umweltbedingungen sowie die soziale Lage der Drogensenioren in den Blick zu nehmen. Gemäß des biopsychosozialen Modells zur Suchtentstehung verursacht eine langjährige Abhängigkeit von Opiaten Schäden im somatischen, psychischen und sozialen Bereich. Die in dieser Analyse betrachtete soziale Dimension und damit Ausgrenzungsbereiche älterer Drogenabhängiger beziehen sich demnach (neben der problematischen gesundheitlichen Situation und der Sucht/Abhängigkeit) auch auf Aspekte sozialer Ungleichheit innerhalb der Dimensionen Einkommen, Arbeit und Bildung sowie Aspekte sozialer Teilhabe (z. B. Partnerschaft und soziale Beziehungen) und der subjektiven Bewertung der individuellen Lebensbedingungen.

Die Ergebnisse der Untersuchung deuten darauf hin, dass die einzeln betrachteten Exklusionsmerkmale/Ausgrenzungserfahrungen grundsätzlich ähnlich den Ergebnissen anderer Studien zu diesem Thema sind (siehe Tabelle 2).

Unterschiede zeigen sich u. a. im Bereich der Schulbildung. Die „Alters-CM3“-Studie hat einen vergleichsweise geringeren Anteil an Personen, die keinen Schulabschluss absolviert haben. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass bei dem größten Anteil der befragten Personen der Beginn der Opiatabhängigkeit im Altersbereich zwischen 18 und 27 Jahren lag (58 Personen, 43,9 Prozent) und somit eine schulische Ausbildung inkl. Schulabschluss aufgrund einer etwas späteren Ausbildung der Störung möglich war. Das durchschnittliche Alter bei Beginn des Konsums von Opiaten lag bei 22,2 Jahren, sodass dennoch bei einem Großteil der Befragten der Störungsbeginn 30 Jahre zurückliegt und daher von langen Abhängigkeitskarrieren auszugehen ist. Der Anteil der Late-Onset-Drogenabhängigen, die erst ab 35 Jahren eine Opiatabhängigkeit entwickelt haben, ist eher gering (12 Personen, 9,1 Prozent). Degwitz und Zurhold (2010) bemerken insbesondere zu den langjährigen Karrieren, dass diese das Risiko verschiedener Folgeprobleme und deren Chronifizierung erhöhen, was wiederum ein möglicher Erklärungsansatz für die in der „Alters-CM3“-Studie vielfach vorliegenden kumulierten sozialen Problemlagen sein kann. Für diese Überlegung spricht auch, dass über 90 Prozent mindestens drei Exklusionsmerkmale auf einmal aufweisen. Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich multipler Ausgrenzungserfahrungen bei Drogenabhängigen kam auch die Heroinstudie (multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie von 2002 bis 2006 zur Überprüfung der Frage, ob eine heroingestützte Behandlung mit pharmakologisch reinem Heroin in einem strukturierten Behandlungssetting zu besseren Ergebnissen führt als eine konventionelle methadongestützte Behandlung) (ZIS, 2006). Anhand einer Stichprobe von 1.015 Klient*innen mit einem Durchschnittsalter von 36,4 Jahren ergab sich eine durchschnittliche Anzahl der Bereiche mit Exklusionserfahrungen von 5,1 (SD = 1,8).

Daher ist von gegenseitigen Verstärkungen der Benachteiligungen auszugehen. Diese strukturellen Kopplungen der Problemlagen führen zu insgesamt ungünstigen, oftmals prekären Lebenslagenkonstellationen, die sich im Einzelfall aus mehreren Einzelproblemen zusammensetzen. Infolge der Manifestierungen im Alter im Laufe der Drogenkarrieren sind psychosoziale Not und Verelendungs-/Verwahrlosungstendenzen typisch.

Schmid (2013, S. 26) resümiert hinsichtlich der Mehrfachexklusion daher passend, dass „Beratung und therapeutische Interventionen, die nur auf Heroinabhängigkeit zielen, sehr wahrscheinlich zu kurz greifen. Es spricht viel dafür, dass bei diesen Klient*innen – je nach Einzelfall – Unterstützungsangebote in den Bereichen Qualifizierung/Erwerbsarbeit, Schulden, Wohnen, Tages- und Freizeitgestaltung und soziale Beziehungen/soziale Isolation hilfreich sein könnten. Dabei geht es um das Vermeiden weiterer Exklusionsrisiken, um Inklusionsvermittlung, um das Abmildern der Folgen von Exklusion und – in manchen Fällen – auch um Exklusionsbetreuung.“

Hinsichtlich der Ergebnisse der personenbezogenen Netzwerkanalyse ging es um die Frage, ob es Personen

im näheren Umfeld gibt, die einen bei alltäglichen Dingen unterstützen. Mehr als die Hälfte bejaht diese Frage, was zunächst als sehr positiv zu werten ist.

Dies gibt jedoch keine verlässliche Auskunft über die Intensität, die Verlässlichkeit sowie die tatsächliche Anzahl der Kontakte, auf die man sich im Bedarfsfall verlassen kann (Stöver & Höbelbarth, 2017). Einschränkend ist jedoch auch zu bemerken, dass wiederum ebenfalls fast die Hälfte der Personen in der „Alters-CM3“-Studie keinerlei soziale Kontakte aus der Familie, Verwandtschaft, von Freund*innen oder der Nachbarschaft hat, die sie bei alltäglichen Dingen des Lebens unterstützen.

So ist anzunehmen, dass für einen Großteil älterer drogenkonsumierender Personen des professionellen Hilfesys-

Tabelle 2: Ausgrenzungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen, Studienvergleich

	„Alters-CM3“-Studie Köln/ Düsseldorf, Frankfurt und Koblenz (2015)	Studie aus dem Rhein-Main-Gebiet zu Lebensweisen und Gesundheitsförderung älterer Drogenkonsumierender (2009/2010)	Die Bedarfe ¹ älterer Konsumierender illegaler Drogen, Studie in Hamburg (2006–2008)
Sozioökonomische Situation	Angaben in %		
Kein Schulabschluss	4,5	8,1	7,0
Keine abgeschlossene Berufsausbildung	39,4	39,2	22,0
Nicht erwerbstätig	76,5	89,0	65,0
Problematische Schulden	78,0	79,7	76,0
Haupteinnahmequelle: ALG II	60,6	44,6	57,5
Ohne Wohnung/unsichere Wohnverhältnisse (z. B. in Notunterkünften)	29,5	25,0	24,2
Soziale Teilhabe			
Partnerschaft: alleinstehend	75,0	73,0	64,6
Familienstand: verwitwet, geschieden	38,6	35,1	25,5 ²
	(Kuhn, Becker & Hoff, 2018) n = 132 (Ältere ≥ 45 Jahre, männlich: 74,2 % männlich, weiblich: 25,8 %)	(Höbelbarth & Stöver, 2017) n = 74 (Ältere ≥ 45 Jahre, männlich: 67,6 %, weiblich: 32,4 %)	(Degwitz & Zurhold, 2010) n = 1.907 (Ältere ≥ 45 Jahre, männlich: 77,2 %, weiblich: 22,8 %)

¹ Klient*innen in den letzten drei Jahren mit einem primären Opiatproblem in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

² ohne verwitwet

tems, insbesondere Sozialarbeiter*innen und Ärzt*innen hier eine wichtige Rolle als verlässliche und unterstützende Bezugspersonen darstellen. Zwar nehmen tendenziell soziale Beziehungen im Alter generell ab, aber bei vielen älteren opiatabhängigen Menschen besteht aufgrund von Kontaktstörungen und dem Verlust von Partnerbeziehungen ein oftmals vollständiger Rückzug aus dem sozialen Umfeld (Pfeiffer-Gerschel et al., 2008), was zur Selbstisolation sowie zu dem Umstand führt, zumeist völlig auf sich alleine gestellt zu sein. Wichtig ist es daher, im Beratungs- und Betreuungskontext das lückenhaft soziale Netz zu thematisieren, soziale Kontakte zu fördern bzw. auszubauen, z. B. im Zusammenhang mit den Themen Beschäftigung, Tagesstruktur und Freizeit. Es sollten Möglichkeiten für sinnvolle Aktivitäten entwickelt, gefördert und angeboten werden, die es möglich machen, auch außerhalb der Drogenszene soziale Kontakte zu knüpfen, um das Wohlbefinden der Personen zu steigern (u. a. bei Bolz et al., 2017).

Aus den qualitativen Angaben zur Frage, mit welchen Dingen des Lebens die befragten Personen unzufrieden bzw. sehr unzufrieden sind, ergeben sich viele identifizierte Problembereiche (insbesondere im Kontext gesundheitliche Einschränkungen und Pflegebedarf, dem Thema Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturierung und Beschäftigung, den sozialen Kontakten etc.), die veränderte Bedarfe an die Versorgung älterer Menschen mit Drogenproblemen deutlich werden lassen, jedoch an anderer Stelle noch differenzierter auch hinsichtlich der konkreten Versorgungsbereiche analysiert und quantifiziert werden sollten. Es zeigt sich dadurch vor allem, dass diese Bedarfe, die weit über die Gesundheit hinausreichen, allein auf Abhängigkeit spezialisierte Einrichtungen nicht decken können, auch wenn sie die zentralen Versorgungsakteure der Zielgruppe darstellen (Kuhn, Hofmann & Hoff, 2018).

Aistleitner (2016, S. 110) bemerkt in diesem Zusammenhang zu Recht, dass mit dem Wissen über die Situation „hier soziale Institutionen und Soziale Arbeit im Allgemeinen gefordert [sind], geeignete professionelle Betreuung und Versorgung für diese Zielgruppe anzubieten“. Ein besonderes Augenmerk ist auf das Thema Wohnen zu legen. Unterstützende Angebote sollten initiiert werden, um einen drohenden Wohnungsverlust zu vermeiden und zum Erhalt eigenständiger Wohnformen (Degwitz & Zurhold, 2010). Der Diskurs wird geleitet von der Frage, ob und welche langfristigen speziellen Wohnangebote für (ehemalige) Drogenkonsumierende entwickelt werden sollten vs. ob und welche Möglichkeiten bestehen, die Zielgruppe in bestehende Angebote der Altenhilfe und Pflege zu integrieren. Hinsichtlich des Themas Wohnen besteht aus Sicht

aller beteiligten Akteure in der Versorgung der Zielgruppe eines der wichtigsten Defizite (Kuhn et al., 2018).

Fazit und Ausblick

Aus der Untersuchung sowie dem Vergleich mit weiteren Studien zur Lebens- und Versorgungssituation mit besonderem Blick auf die sozialen Verhältnisse wird deutlich, dass mit dem Älterwerden von opiatabhängigen Menschen multiple Problemlagen und Exklusionsrisiken einhergehen. Neben einer insgesamt sehr viel schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheit von älteren Opioidabhängigen im Vergleich mit Normpopulationen ergeben sich bedenkliche Befunde hinsichtlich der sozialen Dimension. Diese beziehen sich auf die Aspekte sozialer Teilhabe, die soziökonomische Situation, soziale Ausgrenzungsprozesse sowie die subjektive Bewertung der Lebensbedingungen. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Einschränkungen in einem engen Zusammenhang mit Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, geringerer gesellschaftlicher Partizipation und damit einem Verlust von Teilhabechancen sowie Lebensqualität stehen. Die benannten Mehrfachbelastungen werfen die Frage nach einer angemessenen Versorgung auf, im Kontext der Sozialen Arbeit, aber auch andere Professionen betreffend.

Es wird deutlich, dass es zukünftig verstärkt notwendig sein wird, im Einzelfall individualisierte Hilfeangebote zusammenzustellen, ein Versorgungspaket entsprechend der Bedarfen zu schnüren, das Maßnahmen und Angebote verschiedener Dienste und Einrichtungen (auch über die Sucht- und Altenhilfe hinaus) beinhaltet. Dieses Vorgehen setzt die Entwicklung verbindlicher Formen und Methoden der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen sowie trägerübergreifender Standards in der Versorgung der Zielgruppe als wichtige Bausteine der Netzwerkarbeit voraus. Des Weiteren erfordert der interdisziplinäre Austausch auf allen Seiten Offenheit zur wertschätzenden Zusammenarbeit mit anderen Professionen, aber auch gegenüber der Klientel. Hier gilt es auch das Thema Stigmatisierung aufzugreifen – vielen ältere Drogenabhängigen wird der Zugang zum Hilfesystem durch die negativen gesellschaftlichen Zuschreibungen massiv erschwert. Das Thema sollte stärker in den öffentlichen Fokus rücken und Initiativen entwickelt werden, um den negativen (Alters-)Bildern älterer opiatabhängiger Menschen gezielt entgegenzuwirken. So kann es möglich sein, auf die besonderen Bedürfnisse und teilweise auch großen Notlagen älterer drogenkonsumierender Menschen in angemessener Weise einzugehen und effiziente Hilfen bereitzustellen.

Literatur

- Aistleitner, D. (2016): Opioidabhängigkeit und psychosoziale Versorgung im Alter. *soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschulstudiengänge soziale arbeit*, 16, Rubrik „Junge Wissenschaft“/Standort Wien. Verfügbar unter <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/483/862.pdf> [25.02.2018].
- Beynon, C. M. (2009): Drug use and ageing: older people do take drugs. *Age and Ageing*, 38(1), 8–10.
- Bolz, M., Braasch, S., Körner, U., Schäffler, F., Thym, M. & Stubican, D. (2017): Ältere Drogenabhängige in Versorgungssystemen. Ein Leitfaden. Der Paritätische Bayern; Condrobs, München; mudra, Nürnberg; Drogenhilfe Schwaben.
- Böhntke, P. (2001): Prekäre Lebenslagen und soziale Teilhabe. Ein Vorschlag zur Messung von Ausgrenzungstendenzen. Vortrag am 23. November 2001 am DIW Berlin, Arbeitstagung der Sektion Soziale Indikatoren der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) in Zusammenarbeit mit dem DIW Berlin zum Thema: „Soziale Exklusion und Inklusion: Indikatoren und Berichtssysteme für Wissenschaft und Politik“. Verfügbar unter https://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/veranstaltungen_fortbildungen/archiv/soz_ind/sek01_boehntke.pdf [15.02.2018].
- Degkwitz, P., & Zurhold, H. (2010): Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Hamburg: HLS, ZIS. Verfügbar unter https://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/nr25/drogenpo_na/alter_suchthh.pdf [21.02.2018].
- EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (2015). *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015> [15.02.2018].
- Eisenbach-Stangl, I. & Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. *Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung/Schweizer Haus Hadersdorf*.
- Höbelbarth, S. & Stöver, H. (2017): Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet. In: H. Stöver, D. Jamin, C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe*, Frankfurt: Fachhochschulverlag, S. 83–165.
- Klos, H. & Görgen, W. (2009): *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm*. Göttingen: Hogrefe
- Kuhn, U., Becker, J. & Hoff, T. (2018): *Quality of life and care needs of elderly drug consumers (Unveröffentlichtes Manuskript)*.
- Kuhn, U., Hofmann, L., Hoff, T. & Färber, N. (2018): *Soziale Netzwerkanalyse der Versorgungsstrukturen für ältere Drogenabhängige in drei deutschen Großstädten – Ergebnisse einer Pilotstudie*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1399. DOI : 10.1007/s00391-018-1399-3.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Lang, P., Spahlinger, P. & Bartsch, G. (2008): *Bericht 2008 des nationalen REI-TOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2007/2008*. München: DBDD. Verfügbar unter https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/reitox_germany_2008_ger.pdf [25.02.2018].
- Roe, B., Beynon, C., Pickering, L. & Duffy, P. (2010): *Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications*. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 1968–1979.
- Schmid, M. (2013): *Case Management als Antwort auf Probleme der Inklusion/Exklusion in modernen Sozialstaaten*. In: C. Ehlers & W. Broer (Hrsg.), *Case Management in der Sozialen Arbeit*. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 19–38.
- Schmid, M., Hoff, T., Arendt, I., Follmann-Muth, K., Kuhn, U. & Vogt, I. (2016): *Case Management für ältere Drogenabhängige – ein Modellprojekt zu Case Management in der Drogenhilfe*. *Case Management*, 04, 176–182.
- Subramanian, N. (2011): *Treatment and care for older drug users*. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, 2010. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(4), 234–234.
- Vogt, I., Eppler, N., Kuplewatzky, N. & Simmedinger, R. (2010): *Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen*. Frankfurt, ISFF. Verfügbar unter <http://www.sddcare.eu> [21.02.2018].
- Vogt, I. (2015): *Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden und Wünschen an die Zukunft: Handlungsansätze der Sozialen Arbeit*. Gossmannsdorf b. Würzburg: ZKS-Verlag.
- ZIS (2006): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht*. Verfügbar unter: http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf [26.04.2018].

Tanja Hoff, Ulrike Kuhn

SANOPSA-Pflegekonzept: Betreuung von Konsument*innen illegaler Drogen in der stationären Altenpflege – Anforderungen an die pflegerische Versorgung und Möglichkeiten des manualisierten Vorgehens

Hintergrund

Das Thema Sucht im Alter macht auch vor den Türen der teil- bzw. stationären Altenpflege nicht halt. In einer Studie des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA, 2014) wurden Angaben aus 399 ambulanten und 527 teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen ausgewertet, u. a. zu Klient*innen mit besonderen Betreuungsbedarfen. Hinsichtlich der Suchtstörungen wurden dabei folgende Zahlen ermittelt:

- Ambulante Pflegedienste: durchschnittlich sieben bis acht Bewohner*innen mit einer Suchtstörung durch Alkohol und/oder Medikamente; in jeder vierten Einrichtung ein*e Bewohner*in mit einer ehemaligen oder aktuell substituierten Suchtstörung durch illegale Substanzen.
- Teil- bzw. vollstationäre Einrichtungen: durchschnittlich sechs bis sieben Bewohner*innen mit einer Suchtstörung durch Alkohol und/oder Medikamente; in jeder dritten Einrichtung ein*e Bewohner*in mit einer ehemaligen oder aktuell substituierten Suchtstörung durch illegale Substanzen. Es zeigen sich einige Besonderheiten hinsichtlich des Pflegebedarfs älterer Drogenabhängiger:
 - a) Bei älteren Drogenabhängigen, die ambulant z. B. in der Suchthilfe betreut werden, finden sich derzeit noch relativ wenige Pflegebedarfe, zumindest bei den von uns erreichten und befragten 132 älteren Drogenabhängigen aus ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Modul 1 der Alters-CM3-Studie (vgl. Tabelle 1, u. a. bei Kuhn & Hoff, 2016a und b). Dies ist konsistent zu aktuellen Befunden u. a. von Höbelbarth & Stöver (2017), wo sich bei einer Untersuchung zur Lebens- und gesundheitlichen Situation älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet gezeigt hat, dass bisher

nur bei wenigen befragten Personen die Körperpflege und das Ankleiden einen Problembereich darstellt. Zwei Drittel der dort Befragten zeigten hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit keine Einschränkungen.

Auch wenn der Einsatz des Barthel-Index aufgrund von sogenannten Deckeneffekten ggf. nicht hinreichend aussagekräftig ist, konnte die geringe Pflegebedürftigkeit in unserer Alters-CM3-Studie untermauert werden, indem in einer zweiten Welle die Pflegestufe ermittelt wurde.

- b) Anhand der Analyse des Pflegebedarfs mithilfe des Barthel-Index in der Alters-CM3-Studie ist also davon auszugehen, dass es zumindest in unserer Studie keine Personen mit Pflegebedarf im Sinne von Bettlägerigkeit gab – dennoch jedoch eine Vielzahl der Betroffenen einen erhöhten medizinischen und betreuenden Unterstützungsbedarf aufweist (vgl. auch Eisenbach-Stangl & Spirig, 2010). Dies wird in der o. g. zumindest punktuellen Hilfebedürftigkeit, aber vor allem aus der Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) und der subjektiven Beeinträchtigungen durch körperliche und insbesondere psychische Symptome (BSI) deutlich (vgl. auch Kuhn & Hoff, 2016b):
 - Zusammenfassende Ergebnisse des SF-36 (Health Survey, ein allgemein verbreitetes und valides Instrument zur Messung der Lebensqualität): Das in unserer Studie betrachtete Kollektiv zeigte zum aktuellen Zeitpunkt im Vergleich zu einem gesunden Kontrollkollektiv sowie im Vergleich mit Patient*innen allgemeiner Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen deutliche Lebensqualitätsverluste in fast allen betrachteten Bereichen sowie signifikante Lebensqualitätseinbußen hinsichtlich folgender Skalen: der körperlichen Rollenfunktion, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, der Vitalität und der emotionalen Rollenfunktion.
 - Zusammenfassende Ergebnisse des BSI: Anhand dieses psychometrischen Instruments wird deutlich, dass ein Großteil der Befragten Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit aufweist und unter Krankheitssymptomen leidet. Auffallend kritische Werte ergeben sich für das Kollektiv im Bereich der Somatisierung, sodass davon auszugehen ist, dass viele ältere Drogenabhängige an körperlichen Begleitscheinungen wie z. B. chronischer Müdigkeit, Herzrasen und Schweißausbrüchen leiden.
- c) Jahrzehntelange Drogenabhängigkeit mündet häufig in eine Vielzahl körperlicher Folgeerkrankungen (vgl. z. B. Pfeiffer-Gerschel, Kipke, Flöter, Lieb & Raiser, 2009). Wenn Bedarfe einer ambulanten oder stationären

Tabelle 1: Ergebnisse des Barthel-Index der befragten 132 Klient*innen in Modul 1 der Alters-CM3-Studie

Punkte im Barthel-Index	Ausprägung der Pflegebedürftigkeit	Häufigkeit	Prozent (%)
0–30 Punkte =	weitgehend pflegeabhängig	0	0
35–80 Punkte =	hilfsbedürftig	2	1,6
85–95 Punkte =	punktuell hilfebedürftig	20	15,1
100 Punkte =	Zustand kompletter Selbstständigkeit in den zugrunde liegenden Itembereichen	104	78,8
Missing		6	4,5
n =		132	100

ren Pflege auftreten, sind diese zum Teil aber diskontinuierlich. Mitunter profitieren ältere Opiatabhängige von den stabilen Wohn- und Versorgungsverhältnissen in einer stationären Pflegeeinrichtung so sehr, dass nach einer Weile kein ausgeprägter Pflegebedarf mehr besteht. Dann stellt sich die Frage, ob jemand in der Pflegeeinrichtung verbleibt oder ob es nur ein zeitweiliger Aufenthalt war.

Während sich bei ambulant begleiteten Klient*innen, die noch weitgehend selbstständig leben, eine hilfekoordinierende Case-Management-basierte Vorgehensweise zum Beispiel im Rahmen der Psychosozialen Begleitung/Beratung (PSB) anbietet, stellt sich die Situation in der teil- und stationären Pflege anders dar:

Sind die Zahlen zu pflegender älterer Drogenabhängiger – zumindest derzeit – noch nicht sehr hoch, besteht umso mehr die Frage, wie Einrichtungen vor Ort evidenzbasierte Pflege anbieten können, wenn sie zum Beispiel erstmals eine*n pflegebedürftige*n Bewohner*in mit einer substituierten Opiatabhängigkeit aufnehmen. Zwar gibt es bundesweit einige wenige Einrichtungen, die stationäre Angebote für ältere Drogenabhängige vorhalten und sich teilweise darauf spezialisiert haben (z. B. die Einrichtung LÜSA in Unna <http://www.luesa.de>, siehe den Beitrag in diesem Tagungsband). Gleichzeitig wird dies a) den zukünftigen Bedarf nicht abdecken, b) werden sich z. B. in ländlichen Regionen solche Angebote aufgrund des Bedarfs vor Ort nicht flächendeckend etablieren lassen und c) wollen nicht alle älter werdenden pflegebedürftigen Drogenabhängigen

sich auf einen dann notwendigen Umzug in eine andere Region einstellen. So galt es im Projekt SANOPSA¹ die Frage zu beantworten, wie einzelne Pflegekräfte, aber vor allem Pflegeteams, ein evidenzbasiertes Handlungsmodell heranziehen können, und dies zeitökonomisch unter den Rahmenbedingungen eines häufig hochbelasteten Pflegealltags mit permanentem Personalmangel (siehe Abbildung 1).

Die Unterstützung insbesondere nichtspezialisierter Einrichtungen im Wissensmanagement der spezifischen Pflegebesonderheiten einzelner oder mehrerer älterer Bewohner*innen mit einer Drogenabhängigkeit ist auch relevant, da die Diskussion um Vor- und Nachteile spezialisierter stationärer Pflegeangebote für die Zielgruppe oder aber deren Aufnahme in nichtspezialisierte Einrichtungen längst nicht beantwortet ist (vgl. z. B. auch Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Ggf. muss dies auch gar nicht gegeneinander abgleichend und abgrenzend beantwortet werden, sodass im Sinne von unterschiedlichen Bedarfs- und Nutzer*in-orientierten Angebotsstrukturen, aber auch zu beachtenden Realisierungsbedingungen vor Ort diversifizierte Angebote für die Zielgruppe zukünftig zur Verfügung stehen sollten. In allen Settings ist die Vermeidung weiterer Exklusionsgefahren und -erfahrungen der Klient*innen zu beachten.

¹ Drittmittelprojekt „SANOPSA Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege“. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012–2015 im Rahmen der Förderlinie SILQUA-FH.

Forderungen nach geregelten und regelnden Handlungsstrategien und -konzepten bei Suchtstörungen für den Umgang mit betroffenen Kund*innen/Bewohner*innen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind in der pflegewissenschaftlichen Literatur nichts grundsätzlich Neues (vgl. u. a. Werner, 2011; Flick & Röhnsch, 2011; Kämper, 2009; Schmitz & König, 2007). Pflegestandards oder einheitliche Regeln und Konzepte sollen dabei mehr Sicherheit bieten im Umgang mit einer häufig auch psychiatrisch ko- oder multimorbiden Zielgruppe, die interaktionell im Pflegealltag ggf. mehr Herausforderungen an das Personal ergibt.

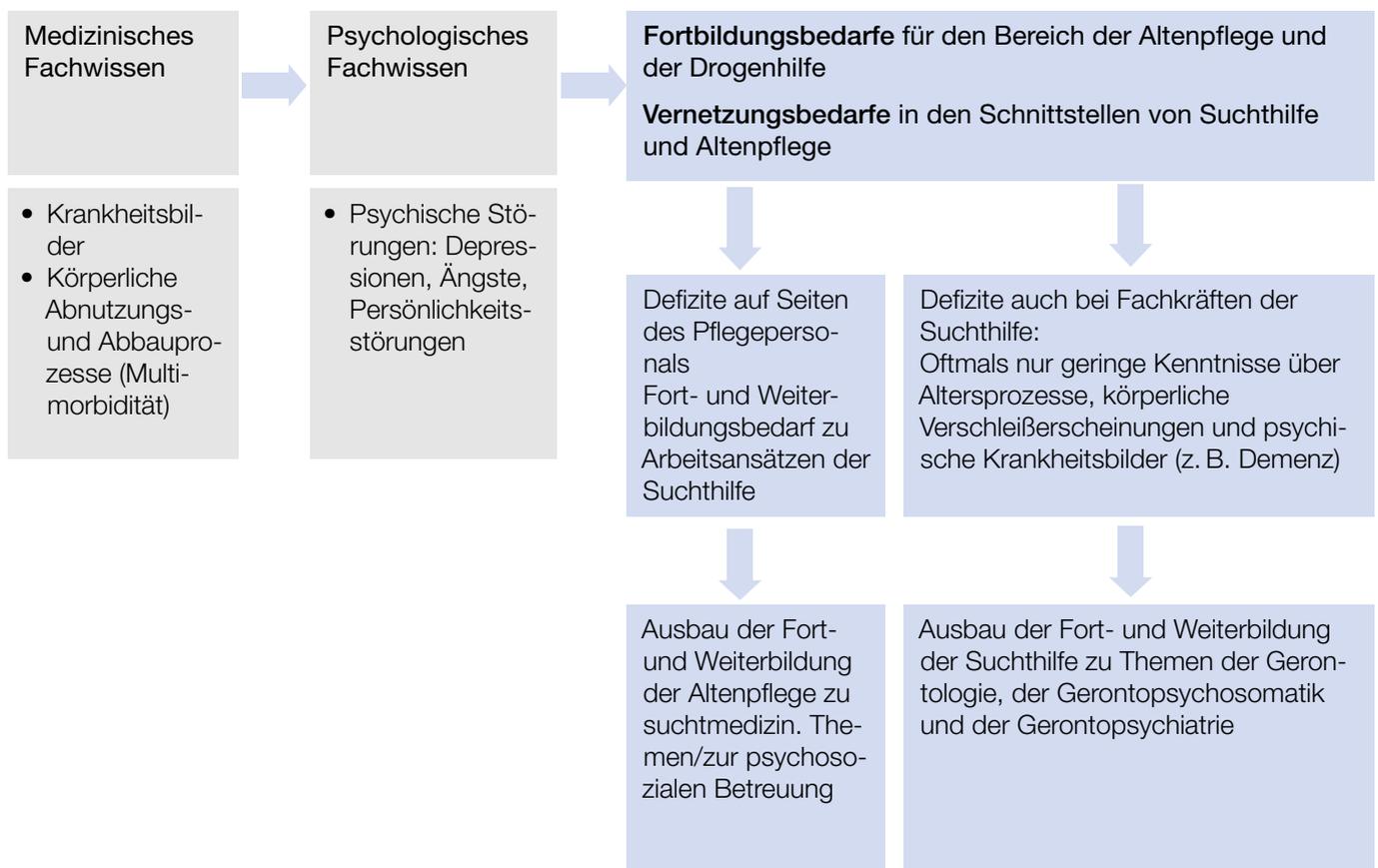
Auf Basis der Untersuchung von Kuhn und Haasen (2009) rechneten wir im SANOPSA-Projekt hoch, dass ca. 7.500 Pflegeeinrichtungen potenziell von der Entwicklung von Expert*innen-Handlungsempfehlungen für alkohol-/medikamentenbezogene Störungen und/oder dem SANOPSA-Pflegekonzept für ältere pflegebedürftige

Opiatabhängige profitieren könnten – und zukünftig noch mehr, wenn das prognostizierte Wachstum von Pflegeeinrichtungen eintritt (vgl. Afentakis & Maier, 2010; Augurzky, Krolop, Mennicken, Schmidt Schmitz & Terkatz, 2010).

Methodik der SANOPSA-Studie

Auf der Basis von ausführlichen Auswertungen nationaler und internationaler Literatur, qualitativen Interviews mit Expert*innen und Klient*innen, Fokusgruppendifkussionen sowie einer kriteriengeleiteten Analyse vorhandener Praxiskonzepte wurden Pflegehandlungsempfehlungen (legale Substanzen) (Keller, Hoff, Isfort, Kuhn & Färber, 2015) und ein manualisiertes Pflegekonzept (illegale Substanzen) (Kuhn, Hoff, Isfort, Monke & Keller, 2017) entwickelt und in der Praxis erprobt. Die Ergebnisse der SANOPSA-Studie basieren entsprechend auf einer internen Evidenz – dem Erfahrungswissen aus der Praxis, ermittelt über unterschiedliche qualitative Methoden – und der externen Evi-

Abbildung 1: Bedarfe in der Weiterentwicklung von Altenpflege und Suchthilfe zur Versorgung Älterer mit Suchtstörungen (legale und illegale Substanzen)



denz – dem publizierten Stand der Wissenschaft in Theoriebildung und empirischer Überprüfung. Dabei waren in einem transdisziplinären Professionsverständnis sowohl die sucht- als auch die pflegewissenschaftliche Expertise auf Ebene der beteiligten Praxiseinrichtungen und der wissenschaftlich Mitarbeitenden einbezogen. Bundesweit beteiligten sich im Projektverlauf 16 Praxis-Kooperationspartner aus der Altenpflege und der Suchthilfe.

Das SANOPSA-Pflegemanual

Das SANOPSA-Pflegemanual für ältere Bewohner*innen mit einer Opiatabhängigkeit wurde vor allem für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen konzipiert, da hier die Möglichkeiten, aber auch Notwendigkeiten eines intensiveren pflegerischen wie auch suchtspezifischen Vorgehens mehr gegeben sind als in ambulant betreuten Pflegesituationen. Dabei können die dargestellten Informationen und Interventionen für die Versorgung von Opiatabhängigen, die nun abstinent oder substituiert leben, ebenso angewandt werden wie für aktuell aktiv drogenkonsumierende Patienten in der teil- und stationären Altenpflege. Über das manualisiert angelegte ausführliche Material soll auch eine Optimierung und Differenzierung des Wissenstandes in der Pflegepraxis über die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger erreicht werden.

Als praxisorientiertes Interventionsmodell bietet das Manual in neun Modulen gezielte Informationen und Methoden für den pflegerischen Alltag. Grundlegende theoretische Orientierung, die sich in den Interventionen durchgehend wiederfinden, sind eine Ressourcenorientierung und -aktivierung, aber auch die Schadensminimierung wie auch die Wahrung der Autonomie der Patient*innen (auch „akzeptierende Pflege“). In Tabelle 2 wird der Aufbau der Module erläutert (für die ausführliche Darstellung wird die Lektüre des vollständigen Manuals bei Kuhn et al. (2017) empfohlen).

Empirische Grundlage

Derzeit liegen keine Evaluationsstudien oder -ergebnisse vor. Dies ist auch begründet in der bisher noch geringen Grundrate von älteren Drogenabhängigen in nichtspezialisierten Pflegeeinrichtungen – eine intern und extern valide, aussagekräftige Evaluationsstudie ist dadurch nur schwierig zu realisieren (vgl. zu diesen forschungsmethodologischen Problemen z. B. auch Hoff & Klein, 2015). Die Hürden einer Evaluation eines innovativen Praxis-Forschungsprojekts in einem Handlungssetting, in dem sich Einrichtungen erst noch auf eine potenziell neue Zielgruppe einlassen und einstellen müssen, sind u. a. bei Hoff und

Isfort (2015) dargestellt. Auf Basis der verwendeten ausführlichen internen und externen Evidenz kann aber davon ausgegangen werden, dass die Effektivität des Manuals theoretisch gut begründet ist und seine standardisierte Anwendung möglich ist.

Ausblick

In verschiedenen qualitativen Studien konnte u. a. von Vogt (2010) deutlich gemacht werden, dass ältere Drogenabhängige sich sehr häufig ein Altwerden in eigenständigen, ggf. ambulant betreuten Wohnsituationen wünschen. Dies unterscheidet sie nicht von vielen älter werdenden Menschen, sei es mit oder ohne psychische und/oder körperliche Erkrankungen, auch in Situationen der Multimorbidität und eingeschränkten Alltagsbewältigungsmöglichkeiten. Nichtsdestotrotz entstehen geplant oder ungeplant Situationen der Pflegebedürftigkeit, die eine Aufnahme auch älterer Drogenabhängiger in eine teil- oder stationäre Altenpflegeeinrichtung notwendig machen. Das SANOPSA-Projekt ging von der grundsätzlichen Frage aus, wie einer nichtspezialisierten Altenpflege hier schnell verfügbares evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung gestellt werden kann. Pflegeeinrichtungen, aber auch die Suchthilfe dafür zu sensibilisieren, sich auch diesen Versorgungswegen mehr zu widmen und zu öffnen, wird zukünftige Aufgabe bleiben.



Die Modulkapitel im SANOPSA-Manual bestehen jeweils aus:

- einem Kurzüberblick über die wesentlichen Modul-inhalte und zentralen Aspekte,
- einer inhaltlichen Einordnung des Handlungs-/Bedürfnisbereichs des zu Pflegenden zum ABEDL-Strukturmodell der fördernden Prozesspflege von Krohwinkel (2008) (ABEDL = Aktivitäten, Beziehungen, Existenz-
zielle Erfahrungen des Lebens) als konzeptionelle Grundlagen der Pflege und Betreuung,
- Behandlungspfaden (sogenannte Algorithmen) in einigen Kapiteln; diese dienen der Orientierungshilfe im interventiven Handeln in spezifischen Situationen,
- Pflegeinterventionen, die von den Pflegenden im Team möglichst verbindlich und verantwortlich durchgeführt werden sollten.

Tabelle 2: Aufbau des SANOPSA-Pflegemanuals (Erläuterung: Kernmodul = Modul, das als grundlegend und besonders relevant für die stationäre Altenpflege bei Konsumenten illegaler Drogen in der stationären Altenpflege konzipiert ist)

	Modulname	Zuordnung
1.	„Drogenmissbrauch und Abhängigkeit bei älteren Menschen erkennen – aktuell und biografisch“	Bewohnerbezogene Maßnahmen
2.	„Zugang und Vertrauen gewinnen; Kommunikation, Veränderungszuversicht und Motivation“	Kernmodul; Bewohnerbezogene Maßnahmen
3.	„Zielklärung und Veränderung des Konsums“	Kernmodul; Bewohnerbezogene Maßnahmen
4.	„Sozialtherapeutische Interventionen und soziale Integration“	Bewohnerbezogene Maßnahmen
5.	„Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung der Hilfesysteme“	Organisations- und teamorientierte Maßnahmen
6.	„Pharmakologische Behandlung der Sucht“	Kernmodul; Bewohnerbezogene Maßnahmen
7.	„Teamarbeit“	Organisations- und teamorientierte Maßnahmen
8.	„Entzugssyndrome, Drogenintoxikation und Notfallmaßnahmen“	Bewohnerbezogene Maßnahmen
9.	„Infektionsschutz und Hygiene“	Bewohnerbezogene Maßnahmen



Literatur

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, 11, 990–1002.
- Augurzky, B., Krolop, S., Mennicken, R., Schmidt, H., Schmitz, H. & Terkatz, S. (2011): Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary. Essen. Verfügbar unter http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_68_PRR-2011_ExecSum.pdf [13.04.2018].
- Eisenbach-Stangl, I. & Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung/Schweizer Haus Hadersdorf.
- Flick, U. & Röhnsch, G. (2011): Vulnerable Bevölkerungsgruppen. In: D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Beltz, S. 447–468.
- Hoff, T. & Klein, M. (Hrsg.) (2015): *Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung*. Berlin: Springer.
- Hoff, T. & Isfort, M. (2015): *Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege (SANOPSA): Schlussbericht*. Laufzeit 01.10.2012 bis 30.09.2015. Köln: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen.
- Höbelbarth, S. & Stöver, H. (2017): Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet. In: H. Stöver, D. Jamin & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe*, Frankfurt: Fachhochschulverlag, S. 83–165.
- Keller, K., Hoff, T., Isfort, M., Kuhn, U. & Färber, N. (2015): Systematisierte Pflegehandlungsempfehlung für die Mitarbeitenden von Altenpflegeeinrichtungen (vorrangig teil-/vollstationär) zum Umgang mit und zur Reduzierung des Konsums von legalen Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Nikotin). Verfügbar unter www.sanopsa.de/internet/projektergebnisse/ [13.04.2018].
- Kuhn, U., Hoff, T., Isfort, M., Monke, S. & Keller, K. (2017): SANOPSA-Pflegekonzept: Betreuung von Konsumenten illegaler Drogen in der stationären Altenpflege. In: T. Hoff, U. Kuhn, S. Kuhn & M. Isfort, M. (Hrsg.), *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin: Springer, S. 97–165.
- Kuhn, U. & Hoff, T. (2016): Ergebnisse einer quantitativen Studie zur (Versorgungs-)Bedarfserhebung bei älteren Drogenabhängigen als Grundlage für die Entwicklung eines altersspezifischen, inklusionsorientierten und fallbezogenen Case-Management-Ansatzes. Vortrag auf der DGSA Jahrestagung in Düsseldorf.
- Kuhn, U., Hoff, T., Schmid, M. & Färber, N. (2015): Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen („Alters-CM3“) – Erste Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2015 in Hamburg.
- Kämper, B. (2009): Drogenabhängigkeit und ambulante Pflege – Eine Falldarstellung. *Suchttherapie*, 10, 25–27.
- Krohwinkel, M. (2008): *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkrankten*. Bern: Huber.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2013*. Düsseldorf. Verfügbar unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/landesberichterstattung-pdf/von/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-nordrhein-westfalen-2013/vom/mgepa/1708> [13.04.2018].
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009): Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD. Verfügbar unter <https://www.dbdd.de/publikationen/jahresbericht-situation-illegaler-drogen-in-deutschland.html> [13.04.2018].
- Schmitz, F. & König, D. (2007): Alkohol und Tabletten im Pflegeheim – was tun? *Die Schwester, der Pfleger*, 46(7), 586–590.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010): *Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Frankfurt am Main. Verfügbar unter www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Abschlussbericht_Aeltere_Drogenabhaengige_100501_Drogenbeauftragte.pdf [13.04.2018].
- Werner, S. (2011): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Pflegeheim – oft fehlen die richtigen Konzepte. *Pflegezeitschrift*, 64 (2), 70–73.

Wolfgang Klug

Correctional Case Management – Modell einer an Case Management orientierten Sozialen Arbeit in der Justiz

Der Auftrag

Bewährungshilfe wird heute zumeist als Sozialer Dienst in der Justiz mit dem Handlungsauftrag des „doppelten Mandats“ von „Hilfe und Kontrolle“ (ausführlich: Klug & Schaitl, 2012) verstanden. Diese Doppelrolle hat ihren Ursprung zunächst im Strafgesetzbuch, das bestimmt:

„§ 56d Bewährungshilfe

(1) Das Gericht unterstellt die verurteilte Person für die Dauer oder einen Teil der Bewährungszeit der Aufsicht und Leitung einer Bewährungshelferin oder eines Bewährungshelfers, wenn dies angezeigt ist, um sie von Straftaten abzuhalten. [...]

(3) Die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer steht der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite. Sie oder er überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht die Erfüllung der Auflagen und Weisungen sowie der Anerbieten und Zusagen und berichtet über die Le-

bensführung der verurteilten Person in Zeitabständen, die das Gericht bestimmt. [...]"

Neben der Hilfe sollen das Verhalten und die Lebensführung von Klient*innen unter Führungsaufsicht (§ 68 ff. StGB), so der Gesetzgeber, auch durch die Bewährungshilfe überwacht werden. Schon vor vielen Jahren schrieb der Jurist Rüdiger Wulf aus Sicht des Justizministeriums in Baden-Württemberg über diese Zielgruppe: „Die Klientel der Führungsaufsicht ist sicherlich besonders schwierig, bis hin zu Probanden mit erheblichen psychischen und psychiatrisch relevanten Auffälligkeiten. Umgekehrt hat die Allgemeinheit gerade bei ihnen ein besonderes Recht auf Schutz“ (Wulf, 1995, S. 42). Insofern gelangt zunehmend in das Bewusstsein der Fachöffentlichkeit, was mittlerweile auch in den „European Probation Rules“ zu lesen ist: die Anforderung an die Sozialen Dienste der Justiz, ihren für sie spezifischen Beitrag zur öffentlichen Sicherheit zu leisten, was nichts anderes bedeutet, als zur Rückfallverhinderung beizutragen (Morgenstern, 2012, S. 242).

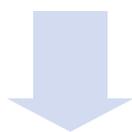
Aus der Doppelung des Auftrages ergeben sich grundsätzlich zwei Arten von durchzuführenden Prozessen, nämlich Hilfe- und Kontrollprozesse, letztere inklusive derjenigen Interventionen, die zur Rückfallverhinderung notwendig sind. Schematisch lassen sich Hilfe und Kontrolle damit idealtypisch trennen (siehe Abbildung 1), in der praktischen Arbeit verschränken sich dienstleistungs- und kontrollorientierte Aufgaben oft so miteinander, dass für die betroffenen Klient*innen „Zwangskontexte unterschiedlicher Dichte und Intensität entstehen“ (Schone, 2001, S. 65).

Abbildung 1:

Leistungsumfang: Definition der Kernprozesse

Hilfe

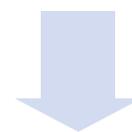
- Problemdefinition: Nutzer gemeinsam mit Fachkraft
- Annahme der Hilfe ist nicht zwingend
- Koproduktion
- Dienstleistungscharakter
- Freiwillige Anerkennung der Arbeitsbedingungen



Hilfeprozess

Kontrolle/Rückfallprävention

- Problemdefinition: Fachkraft
- Hoheitlicher Akt mit Zwangscharakter
- Auftraggeber: Richter, Öffentlichkeit
- Kein Kundenverhältnis zum Klienten
- Einseitige Festlegung der Bedingungen



Kontrollprozess

Das „doppelte Mandat“ und die Case-Management-Logik

Im deutschsprachigen Raum versteht sich Case Management (CM) meist als eine Dienstleistung. In der Diktion von Neuffer heißt es: „In der Beziehung zwischen Klientin und Case Managerin finden Aushandlungsprozesse statt, wobei die Bedürfnisse der Klientinnen Vorrang haben“ (Neuffer, 2013, S. 34). Diese Dienstleistungslogik, in der die Bedürfnisse der Klient*innen im Vordergrund stehen, entspricht dem Hilfeauftrag, der selbstverständlich für die Bewährungshilfe ist. Hilfe wird dann geleistet, wenn der*die Klient*in aktiv Interesse an der Lösung der eigenen Probleme zeigt. Das Aushandeln von Zielen zwischen Bewährungshelfer*in und Klient*in sowie das Finden von Wegen zu ihrer Umsetzung stehen dabei im Mittelpunkt. Die Hilfe ist nach diesem Verständnis eine Koproduktion zwischen Hilfebedürftigem*r und Helfer*in. Nach Müller sollte der Hilfebegriff „nur dann und dort verwendet werden, wo das ‚helfende‘ Handeln von Klientinnen selbst als ‚hilfreich‘ wahrgenommen wird“ (Müller, 2008, S. 428). Einen Hilfeprozess in den Sozialen Diensten der Justiz anzubieten, ergibt sich aus dem sozialarbeiterischen Selbstverständnis (Germain/Gitterman, 1999) und ist von daher alternativlos. Der Hilfeauftrag in der Bewährungshilfe passt also zum traditionellen CM-Selbstverständnis.

Der Kontrollauftrag, der auch der Rückfallverhinderung dienen soll und der gleichberechtigt neben dem Hilfeauftrag zu verwirklichen ist, kann aus fachlichen Gründen dieser Dienstleistungslogik nicht folgen. In ihm müssen Themen (meist als „kriminogene Faktoren“ bezeichnet) bearbeitet werden, die nicht immer im Konsens ermittelt werden können. Rückfallverhindernd sind professionelle Interventionen nach empirisch abgesichertem Stand des Wissens nämlich nur dann, wenn ihre Aufmerksamkeit konsequent auf die Veränderung dynamischer Risikofaktoren (kriminogene Faktoren) ausgerichtet ist, unabhängig

vom Willen (und der momentanen Einsicht) der Klient*innen, diese bearbeiten zu wollen (Andrews & Bonta, 2010). Methodische Prozesse wirken rückfallreduzierend, wenn sie gezielt Risikofaktoren verändern, Faktoren also, die mit Entstehung und Beibehaltung von Rückfallrisiken unmittelbar verbunden sind. Die Veränderung nichtkriminogener Bedarfe wirkt sich dagegen nicht auf die Rückfallwahrscheinlichkeit aus (Dowden & Andrews, 2000). So ist es bei einem pädophilen Sexualstraftäter beispielsweise nebensächlich, ob er sein Schuldenproblem verändert oder nicht. Sein Rückfallrisiko wird sich nicht ändern, solange er nicht mit seiner Pädophilie umzugehen weiß. Immerhin wissen wir beispielsweise seit Langem, dass „trotz ihrer schweren Devianz offenbar viele Vergewaltiger sozial integriert (wirken):

- 70 % haben eine feste Stelle
- 67 % haben eine Berufslehre oder eine höhere Ausbildung abgeschlossen
- 60 % haben schon einmal eine feste Freundin gehabt
- 40 % machen in einem Klub oder einer Vereinigung mit

[Deshalb] ... müssen wir davon ausgehen, dass es eine große Gruppe von Vergewaltigern gibt, welchen es gelingt, sich äußerlich anzupassen“ (Haas & Killias, 2001, S. 214 f.).

Wenn dem so ist, ist beispielsweise das Aushandeln von Zielen wie feste Arbeit, Ausbildung, Freundschaft usw. nicht unwichtig, aber die „Aushandlungsmethode“ ist für die Rückfallvermeidung nicht ausreichend, weil sie die Faktoren nicht erfasst, die der*die Klient*in nicht in einer gemeinsamen Zielvereinbarung sehen will.

Aus diesem Grund bedarf es einer eigenen Adaption von Case Management für diesen Zwangskontext, was im Übrigen auch von anderen Arbeitsfeldern so gesehen wird .



Case Management als Konzept für Multiproblem-Klient*innen

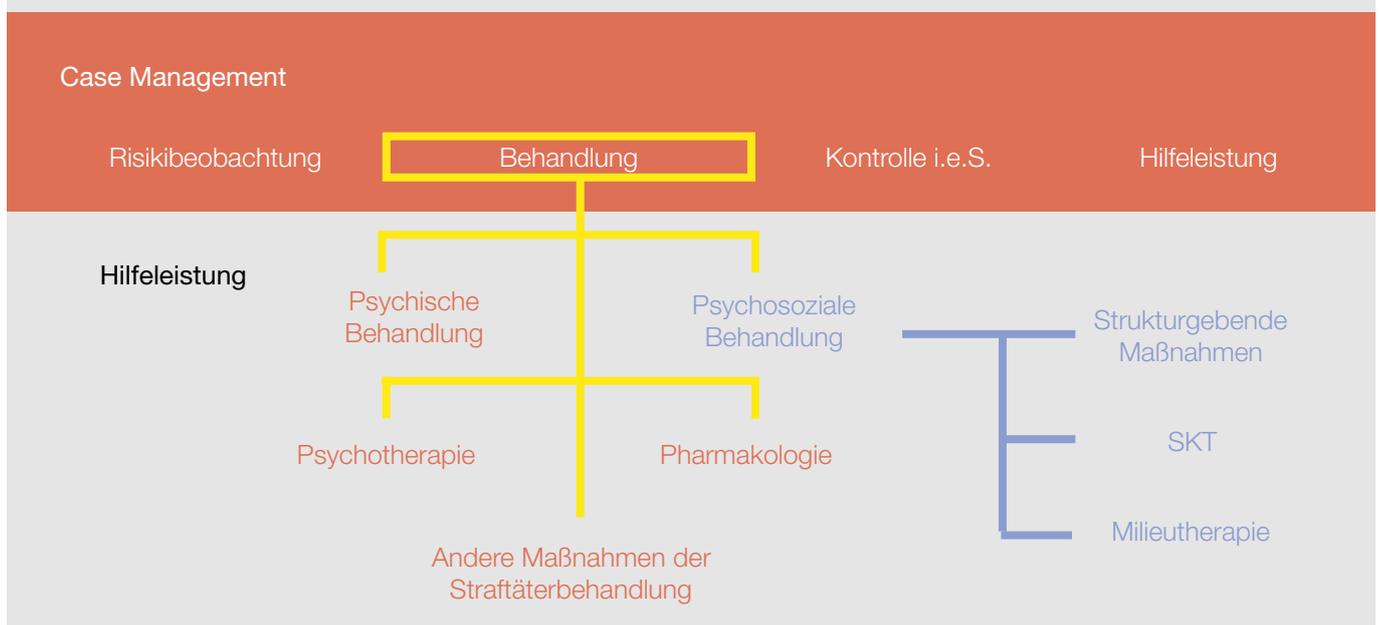
Besonders Klient*innen mit großer Hafterschaft stellen eine methodische Herausforderung dar, man denke nur an die hohe Zahl von Menschen mit Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit oder Phobien (Konrad, 2012) mit den aus diesen Erkrankungen resultierenden Folgeproblemen. Noch deutlicher wird die Schwierigkeit im Umgang mit den Klient*innen, wenn man die Diagnosen von Vollzugsinsassen zugrunde legt, die von Schönfeld et al. (2006) erhoben haben: Sie stellten eine extrem hohe Komorbiditätsrate psychischer Diagnosen (im Durchschnitt 2,7 Diagnosen/Fall) sowie eine außerordentlich hohe Prävalenzrate bei Persönlichkeitsstörungen fest. Die Wissenschaft weiß über diese Personen, dass sie häufig

- weniger Problembewusstsein entwickeln,
- ihre Probleme häufiger external attribuieren,
- in geringerem Maße wahrnehmen, wo ihr eigener Anteil am Zustandekommen des Problems zu suchen wäre,
- damit weniger Grund sehen, ihr eigenes Handeln infrage zu stellen (Sachse, 2010, S. 41).

Insbesondere bei Klient*innen, die methodisch eine große Herausforderung darstellen, weil sie neben vielerlei Pro-

blemen (z. B. Schulden, Wohnungsverlust, Beziehungsprobleme) massive psychische Einschränkungen mit sich bringen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankung, Sexualdevianz), ist es völlig ausgeschlossen, dass eine Berufsgruppe allein die umfassende Veränderungsarbeit leisten kann. Was in der Maßregelvollzugsanstalt multiprofessionelle Teams leisten (Eucker & Eusterschulte, 2017), muss in der ambulanten Situation mühsam durch Netzwerkarbeit hergestellt werden. Wenn wir diese Aufgabe der Koordination und Vernetzung umschreiben wollen, ist es hilfreich, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, was in einem Fall eines beispielsweise aus der Maßregel entlassenen und unter Führungsaufsicht stehenden Menschen zu „managen“ ist und was sich als eine umfassende Resozialisierungs-Leistung der Sozialen Dienste in der Justiz verstehen lässt: Neben den Hilfeleistungen, die der*die Klient*in von sich aus erwartet (z. B. Hilfe bei der Wohnungssuche, Alltagsgestaltung etc.), ist die Kontrolle im engeren Sinne für das Gericht zu organisieren (z. B. Einhaltung der Weisungen). Zum Zweck der Rückfallverhinderung sind psychische oder ärztliche Behandlungen ebenso notwendig wie psychosoziale Maßnahmen (z. B. Soziales Kompetenztraining oder alltagsstrukturierende Maßnahmen), die an die Bedarfe der Klient*innen anzupassen sind. Damit mögliche Rückfälle soweit wie möglich verhindert werden können, müssen die Risikofaktoren überwacht werden – je rückfallgefährdeter und insbesondere gefährlicher der*die

Abbildung 2: Aufgabe der Resozialisierung und ihre Operationalisierung



Klient*innen ist, desto intensiver muss die Überwachung sein.

Idealtypisch kann also die Gesamtaufgabe der Resozialisierung so zusammengefasst werden, wie es in Abbildung 2 grafisch dargestellt ist. Durch die Vielzahl der Probleme und die dadurch entstehende Dichte an helfenden Akteur*innen entsteht ein großer Bedarf an Koordination und Vernetzung.

Die britische Bewährungshilfe, die sich in den vergangenen Jahren sehr spezialisierter Dienste und akkreditierter Programme bedient hat, warnt mittlerweile vor „possible fragmentation of services“ (Annison, 2013, S. 232), wenn keine verknüpfende und verbindende Hand vorhanden ist.

Für die genannte Klientel bietet sich CM auch im Kontext der Justiz ohne Frage als ein erfolgreiches Konzept für die Rückfallbekämpfung und die Koordination von Hilfeleistungen an. Dazu führt Stanley nach Auswertung umfangreicher empirischer Erhebungen aus: „We suggest that the quality of case management including offender-driven assessment and allocation to programmes, and then effective support to improve the chances of successful completion, was a key factor and more attention is needed to be paid to it“ (Stanley, 2009, S. 156).

Die spezifischen Gründe für Case Management als Basis für das Vorgehen liegen denn auch auf der Hand:

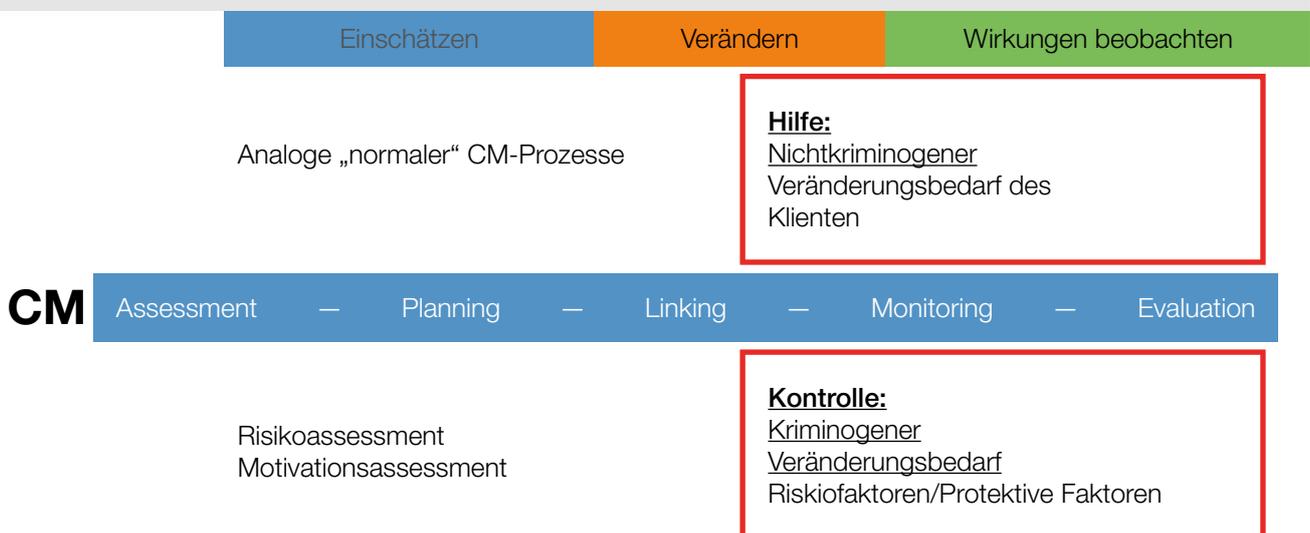
- CM ist prädestiniert für die komplexen Problemsituationen der Straffälligen (Engels & Martin, 2002).
- CM in der Gefährdetenhilfe fußt auf einer ökosozialen Theorie, d. h. arbeitet bewusst mit den persönlichen und externen Ressourcen (Klug, 2003).
- CM bietet eine strukturierte Vorgehensweise (Enos & Southern, 1996).
- CM integriert Fallsteuerung und Systemsteuerung, also die Arbeit mit der Person und mit der Umwelt, die Verbindung von Beratung und Management, von personenbezogener Unterstützung mit fallbezogenem Ressourcenmanagement (Gissel-Palkovich, 2010).

Case Management im Kontext der Justiz

Wie bereits gesehen, ist es im CM-Prozess entscheidend, die beiden Aufträge, Hilfe und Kontrolle (inkl. Rückfallverhinderung), angemessen zu berücksichtigen.

Insbesondere das Assessment macht dies deutlich: Zum einen bedarf der Prozess einer genauen Bestandsaufnahme dessen, was Wünsche, Probleme, Ressourcen und Anliegen der Klient*innen sind (Bedarfs-Assessment). Zum anderen müssen in einem systematischen Risiko-Assessment die kriminogenen Faktoren analysiert werden, um dann die Veränderungsbedarfe genauer bestimmen zu können. Auch ein Motivations-Assessment ist wichtig, um systematisch zu erheben, wie ein*e Klient*in zur Ver-

Abbildung 3: Prozessgestaltung auf der Fallebene



änderung der eigenen kriminogenen Faktoren steht. Die protektiven Faktoren dienen in der Veränderungsphase zur Verwirklichung eines ressourcenorientierten Vorgehens. In der Planungsphase wird es neben einem Hilfeplan mit den Zielen der Klient*innen auch einen Kontrollplan geben müssen, in dem die kriminogenen Faktoren im Mittelpunkt der Bearbeitung stehen. Ein besonderes Gewicht liegt im Case Management auf einem passgenauen „Linking“, d. h. einer systematischen Leistungssteuerung und -überprüfung. Angesichts der vielfältigen Problemlagen und höchst spezialisierten Lösungsmethoden bedarf es einer gut funktionierenden Netzwerkarbeit.

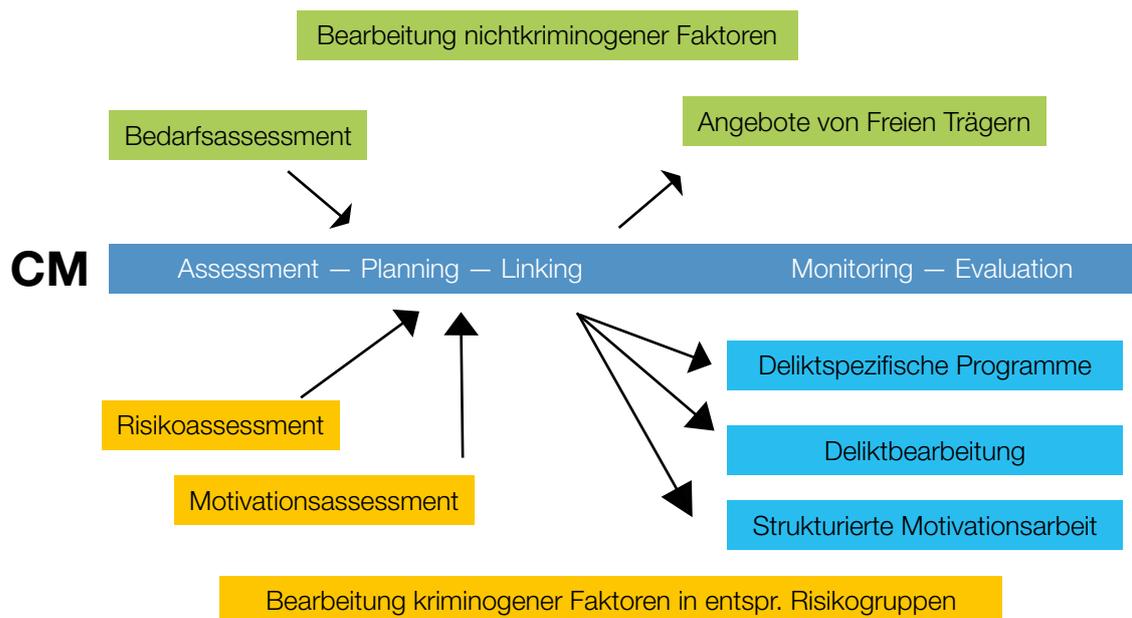
Als „Grundprogramm“ für die Veränderungsarbeit (siehe Abbildung 3) muss also berücksichtigt werden, was zur Hilfebedarfsdeckung („nichtkriminogene Faktoren“) und Kontrolle bzw. Rückfallverhinderung („kriminogene Faktoren“) nötig ist. Innerhalb der CM-Abläufe werden beide Prozesse koordiniert. Während die Bearbeitung der nichtkriminogenen Faktoren (Dienstleistungslogik im Hilfeprozess) gemäß der üblichen CM-Logik konstruiert werden kann, bedarf die Veränderung kriminogener Faktoren weiterer Spezifikationen: Im Einklang mit der jeweiligen Pro-

blem- und Motivationslage des Klienten/der Klientin sind dann Gruppenangebote (z. B. Anti-Aggressionstraining oder Soziales Kompetenztraining) oder auch Einzelangebote (Deliktbearbeitung) vorgesehen. Die Aufgabe des Case Managers ist es, hier passgenaue Angebote zu vermitteln.

In diesem Sinn wird das Grundprogramm Case Management entlang der beiden Prozessarten Hilfe und Kontrolle ausdifferenziert (siehe Abbildung 4), wobei unbedingt darauf zu achten ist, dass alle Prozesse individuell auf die Bedarfe der Klient*innen zugeschnitten sind. Selbstverständlich werden sowohl in beiden Prozessarten nach Möglichkeit externe Dienstleister*innen eingesetzt, weil es vermutlich unmöglich ist, alle benötigten Dienstleistungen vorzuhalten. Die Fallsteuerung im Sinne des Case Management bleibt selbstverständlich in der Hand des Bewährungshelfers.

Nicht überflüssig ist es zu wiederholen: Hilfe- und Kontrollprozesse sind prinzipiell gleichgewichtig, ob es allerdings überhaupt zu einem Hilfeprozess kommt, entscheidet der*die Klient*in.

Abbildung 4: Prozessgestaltung



Methoden und Haltungen

Zu den Erfahrungen in der Straffälligenhilfe gehört es, dass die Veränderungsmotivation bezüglich der kriminogenen Faktoren nicht immer gegeben ist. Das liegt u. a. am Personenkreis, der nicht mit dem einer „normalen“ Beratungsstelle vergleichbar ist (Wulf, 1995). Die Problematik dieses, auch für die Sozialarbeit schwierigen Personenkreises hat Folgen für das Case Management. Schmid et al. (2012) schreiben: „Erfahrungsgemäß funktionieren reine Broker-Modelle, bei denen die Case Managerin nur als Vermittler zwischen Anbietern psychosozialer Dienstleistungen und Hilfebedürftigen auftritt, in der Suchthilfe kaum, da der professionellen Beziehung zwischen Case Managerin und Klientin/Klient und der Arbeit an der Motivation zur Verhaltensänderung eine hohe Bedeutung zukommt. [...] Aber Case Managerinnen müssen über geeignete Methoden der Gesprächsführung verfügen, um mit Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen eine professionelle Arbeitsbeziehung aufzubauen und auf dieser Grundlage Veränderungsmotivation zu unterstützen und die einzelnen Case-Management-Schritte umsetzen zu können. Der Ansatz Case Management selbst bietet hierzu keine Anhaltspunkte. Case Management kann aber mit verschiedenen Modellen zur Gesprächsführung und Beratung kombiniert werden“ (Schmid et al., 2012, S. 11 f.).

Die Autor*innen schlagen für den Personenkreis der chronisch Mehrfachabhängigen eine Kombination zwischen CM und Motivierender Gesprächsführung vor. Diese Kom-

bination ist sicher auch auf andere Klient*innen der Justizsozialarbeit gut übertragbar, indem die von dem*der Klient*in nicht gewünschten Themen mithilfe dieser Methodik bearbeitet werden.

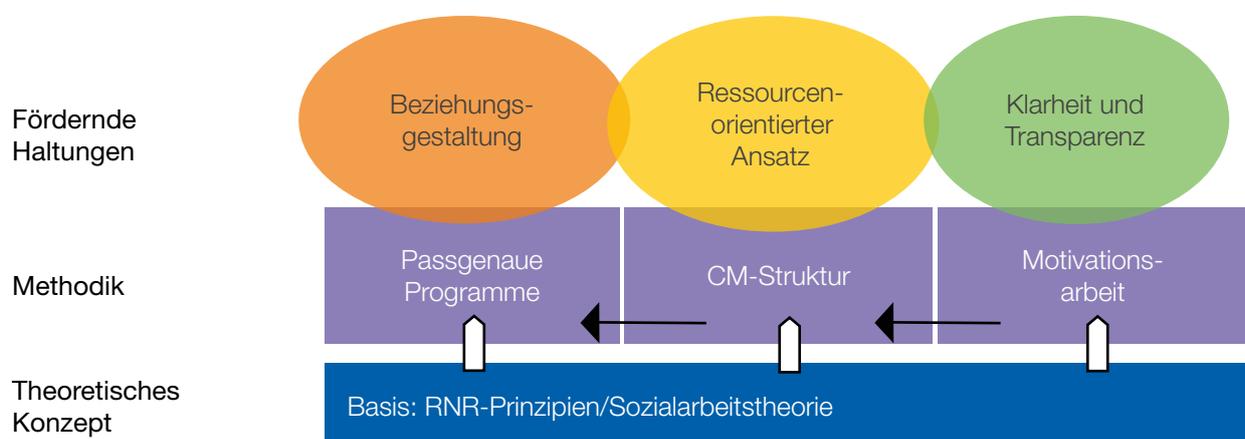
Je schwieriger die Kommunikation mit Klient*innen, desto wichtiger ist jedenfalls die Beziehungsgestaltung. Für die Arbeit mit Straftätern gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die für die Beziehungsgestaltung relevant sind. Einige Kernsätze für eine gelingende Beziehungsgestaltung seien hier exemplarisch genannt:

- eine standhafte, vertrauensvolle, respektvolle, faire Arbeitsbeziehung (Kennealy et al., 2012),
- Mobilisierung von Hoffnung (Grawe et al., 1994),
- Kontinuität der Beziehung (statt häufiger „Verweisungen“) während des gesamten Verlaufs (Stanley, 2009),
- prosoziales Rollenvorbild (Andrews & Bonta, 2010).

Eine sehr interessante empirische Untersuchung haben Skeem und Manchak (2008) durchgeführt. Sie konnten Beziehungshaltungen von Bewährungshelfer*innen in drei Kategorien feststellen:

- weitgehend empathisch und bemüht um eine gute Atmosphäre (Modell „Caring“),
- weitgehend konfrontativ und kontrollorientiert (Modell „Controlling“),
- Balance zwischen beiden Haltungen (Modell „Hybrid“).

Abbildung 5: Prozessgestaltung auf der Fallebene



Interessanterweise hatte das Hybrid-Modell in allen Belangen die besten Werte, sowohl, was die von Klient*innen attestierte Beziehungsqualität betrifft, als auch bezüglich der Rückfallraten. Das Fazit der Autorinnen: „The authors found that officers who were both highly caring (i. e. empathy) and highly directive toward conventional values (i. e. socialization) obtained higher probationer ratings of relationship quality, greater improvement in probationer’s attitudes over time, and lower rates of new convictions during supervision“ (Skeem & Manchak, 2008, S. 228). Der „richtige“ Beziehungsstil ist also laut dieser Studie eine Mischung aus Empathie, Klarheit und direktivem Vertreten von sozialen und gesellschaftlichen Werten – mit anderen Worten: die Mischung aus einer Hilfe- und einer Kontrollhaltung, verbunden mit einer (direktiven) CM-Struktur.

Neben der Beziehungsgestaltung gehört die Ressourcenorientierung zu den wesentlichen Haltungen, die gefordert sind, damit Methoden überhaupt wirken können. Der Ressourcenblick führt methodisch zur Netzwerkarbeit (z.B. Friedrich, 2010), die integraler Bestandteil des CM ist, wie an anderer Stelle ausführlich dargelegt wurde (Klug, 2003). Somit bleibt Rollenklarheit und Transparenz nachzutragen, die als Haltungen im Zwangskontext eine unabdingbare Notwendigkeit sind (Kähler & Zobrist, 2013, S. 86 ff.), was an dieser Stelle (leider) nur angedeutet werden kann.

Nimmt man diese Elemente zusammen, so ergeben sich folgende konzeptionelle Leitlinien für ein CM in den Sozialen Diensten der Justiz (Abbildung 5):

- a.) Eine theoretische Grundlage (ökosoziale Sozialarbeitstheorie, vgl. Klug, 2003; Kriminologische Bezugswissenschaften wie z. B. Andrews & Bonta, 2010).
- b.) Die aus diesen (und vielen anderen nicht genannten) Grundlagentheorien und anderen Bezugswissenschaften (z. B. Motivationspsychologie) sich ergebenden Methoden und Modelle, wie die Motivationsarbeit, das CM und mit diesem verlinkte passende Programme zur Verbesserung der Lebenslage oder zur Veränderung kriminogener Faktoren.



- c.) Notwendige Haltungen, wie die einer motivierenden Beziehungsgestaltung, eines Blicks für Stärken und Ressourcen sowie die der Klarheit bezüglich des Auftrags und der stetigen Suche nach Transparenz.

Keines dieser Elemente ist gegen ein anderes austauschbar, eine stringente Methodik ersetzt nicht die konstruktive Beziehung (und umgekehrt), noch so viele Ressourcen sind nutzlos, wenn unklar ist, für welches Problem (z. B. kriminogener Faktor) sie nutzbringend einzusetzen sind. Eine Methode ersetzt keine Erklärungstheorie, eine Haltung keine Methode usf.

Herausforderungen

Angesichts der herausfordernden Zielgruppe der Bewährungshilfe bedarf es einer strukturierten und gleichzeitig motivierenden Methodik, die einerseits den wissenschaftlichen Ansprüchen einer Profession gerecht wird und andererseits praktikabel ist. In einer ausdifferenzierten Gesellschaft, in der sich Professionen berufssoziologisch gesehen von anderen Berufsgruppen durch bestimmte Merkmale unterscheiden lassen (Kurtz, 2002), muss jede Berufsgruppe, die für sich in Anspruch nimmt, als eine Profession zu gelten, mit einer wissenschaftlichen Disziplin verknüpft sein und von dort ihr Fundament beziehen (vgl. Sommerfeld, 2014, S. 590). Andererseits besteht bei wissenschaftlichen Modellen, die ohne das Wissen der Praxis entstehen und implementiert werden, die Gefahr, dass sie die praktische Anwendung vernachlässigen, die Komplexität der Praxis unterschätzen und zu einer „Über-Standardisierung“ führen (Eadie et al., 2012, S. 18). Deshalb ist dringend eine konstruktive und hierarchiefreie Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis nötig, die praxisnahe und zugleich wissenschaftsaffine Modelle entwickelt, wie dies in der Medizin oder der Psychotherapie seit Jahrzehnten die Regel ist. Dieser Beitrag möchte als ein Anstoß für eine solche Entwicklung und nicht als deren Endpunkt verstanden werden.



Literatur

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010): *The Psychology of Criminal Conduct* (5. Aufl.). New Providence: Anderson.
- Annisson J. (2013): Innovation in Probation practice: past, present and future. *Probation Journal* 60(3), 227–241.
- Dowden, C. & Andrews, D. A. (2000): Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 42(4), 449–467.
- Eadie, T., Wilkinson, B. & Cherry, S. (2012): ‚Stop a minute‘: Making space for thinking in practice, in: *Probation Journal* 60(1), 9–23.
- Engels, D. & Martin, M. (2002): Typische Lebenslagen und typischer Unterstützungsbedarf von Klient*innen der Bewährungshilfe. Sekundäranalyse von Befragungsdaten der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfer e. V., Berlin. Verfügbar unter <https://www.isg-institut.de/download/ADB-Ber.pdf> [15.5.2017].
- Eucker, S. & Eusterschulte, B. (2017): Ein „optimierter Aufnahmeprozess im Maßregelvollzug. In: R. Müller-Isberner et al. (Hrsg.), *Handbuch Maßregelvollzug* (3. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 345–352.
- Enos, R. & Southern, S. (1996): *Correctional Case Management*. Cincinnati: Anderson.
- Friedrich, S. (2010): Arbeit mit Netzwerken, In: T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten: Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*, Wiesbaden: Springer, S. 63–106.
- Germain, C. & Gitterman, A. (1999): *Praktische Sozialarbeit. Das „Life Model“ der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke.
- Gissel-Palkovich, I. (2010): Case Management – Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen. In: V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (2. Aufl.) Wiesbaden: Gabler, S. 121–148.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag: Hogrefe.
- Haas, H. & Killias, M. (2001): Sind Vergewaltiger normale Männer? *Bewährungshilfe*, 48(3), 211–220.
- Kennealy, P. J., Skeem, J. L., Manchak, S. M. & Eno Loudon, J. (2012): Firm, fair, and caring officer-offender relationships protect against supervision failure. In: *Law and Human Behaviour*, 1–9.
- Kähler, H. & Zobrist, P. (2013): *Soziale Arbeit in Zwangskontexten* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Klug, W. (2003): *Mit Konzept planen – effektiv helfen. Das ökosoziale Case Management in der Gefährdetenhilfe*. Freiburg: Lambertus.
- Klug, W. & Schaitl, H. (2012): *Soziale Dienste der Justiz. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis*. Mönchengladbach: Forum.
- Konrad, N. (2012): Standards in der Gefängnispsychiatrie. In: E. Yundina, S. Stübner, M. Hollweg & C. Stadtland, (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie als interdisziplinäre Wissenschaft*. Berlin, S. 131–138.
- Kurtz, T. (2002): *Berufssoziologie*. Bielefeld: Transkript Verlag.
- Morgenstern, C. (2012): Europäische Standards für die Bewährungshilfe In: *Bewährungshilfe* 59(3), 21–38.
- Müller, B. (2008): Art. „Hilfe“, in: D. Kreft & I. Mielenz (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit* (6. Aufl.), Weinheim/München: Beltz.
- Neuffer, M. (2013): *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Juventa.
- Sachse, R. (2010): *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Schmid, M., Schu, M. & Vogt, I. (2012): *Motivational Case Management*. Heidelberg: MedHochzwei.
- Schone, R. (2001): Familien unterstützen und Kinder schützen – Jugendämter zwischen Sozialleistung und Intervention. In: *Sozialpädagogisches Institut im SOS Kinderdorf e. V.* (Hrsg.), *Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle*, München: Eigenverlag, S. 51–89.
- Schönfeld von, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U. & Driessen, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt*, 77, 830–841.
- Skeem, J. L. & Manchak, S. (2008): Back to the future: from Klockars` model of effective supervision to evidence-based practice in probation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(3), 220–247.
- Sommerfeld, P. (2014): Social work as an action science: a perspective from europe. *Research on Social Work Practice*, 24(5), 586–600.
- Stanley, S. (2009): What works in 2009: progress or stagnation? *Probation Journal*, 56(2), 153–174.
- Wulf, R. (1995): *Hilfe und Kontrolle. Soziale Arbeit mit Straffälligen in und im Umfeld der Justiz – Übersicht und aktuelle Probleme*, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 142(3), 41–44.

Robert Frietsch, Dirk Holbach

Vernetzung der Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe

Am Workshop nahmen 15 Fachkräfte aus unterschiedlichen Hilfeinrichtungen teil. Nach einer Vorstellungsrunde mit spezifisch fachlichen Interessensbekundung zum Schnittstellenmanagement wurden die Projektergebnisse des **Landes-/Hochschul-Modellprojekts Schnittstellenmanagement Wohnungslosenhilfe Region Koblenz** vorgestellt und diskutiert.

Zur Ausgangslage

Die Zahl der jungen Menschen in Deutschland, die auf der Straße oder in ungesicherten prekären Wohnverhältnissen leben, ist im letzten Jahrzehnt deutlich angestiegen. Die dieser Ausgrenzung zugrunde liegenden Problemlagen werden von Sozial-, Arbeits- und Bildungsverwaltung getrennt erfasst. Bislang existiert keine bundesweit geregelte Erfassung von Wohnungslosen jeglichen Alters. Daher liegen auch keine empirisch gesicherten Daten zum genauen Ausmaß der Wohnungslosigkeit junger Menschen (genderspezifisch) vor. Dies liegt zum einen an den angewendeten unterschiedlichen statistischen Verfahren, zum anderen handelt es sich um Zielgruppen, die sich durch Vermeidung von institutionellen Bezügen der statistischen Erfassung entziehen. Demnach repräsentieren die verfügbaren Daten angesichts des bestehenden Dunkelfeldcharakters des Untersuchungsgegenstandes nur einen geringen sichtbaren Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit der gegenwärtigen Situation junger weiblicher und männlicher wohnungsloser Menschen.

Vor diesem Hintergrund wurde 2013 und 2014 eine Untersuchung zur Wohnungslosigkeit in Rheinland-Pfalz (TA-WO-Studie: Frietsch, Holbach & Link, 2014) durchgeführt, deren Ergebnisse die Ausgangsbasis für das Landes- und Hochschul-Modellprojekt „Schnittstellenmanagement in der Wohnungslosenhilfe“ (SMW) bildeten. Feststellbar ist danach, dass von Wohnungslosigkeit seit Jahren immer mehr jüngere Bevölkerungsgruppen betroffen sind. Das Durchschnittsalter liegt inzwischen bei 35 Jahren, der Anteil der Frauen liegt bei über 25 Prozent. Fachlich besteht

Konsens: Wohnungslosigkeit ist ein Symptom für vielfältige psychosoziale Problemlagen und gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen, die oft suchstoffsinduziert sind. Vor allem bei jungen wohnungslosen Frauen und Männern zeigt sich die enge Verwobenheit unterschiedlicher Problemlagen, wie Suchtverhalten, psychische Verhaltensauffälligkeiten, psychiatrische Krankheitsbilder, Überschuldung, Langzeitarbeitslosigkeit und justizielle Belastungen. Wohnungslosen Menschen mit komplexen Problemlagen stehen zwar teilweise vielfältige regionale Hilfeangebote zur Verfügung, jedoch werden die Angebote nicht immer im erforderlichen Maße miteinander vernetzt.

Zu den Erklärungsansätzen von Wohnungslosigkeit

Ausgangslage bei den Erklärungsansätzen zur Wohnungslosigkeit junger Menschen ist die enge Verwobenheit der Wohnungslosigkeit mit weiteren Problemlagen, die sich oftmals im Zusammenhang mit unbewältigten belastenden Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen prozesshaft verfestigt haben. Aktuelle Studien (u. a. Hoch, 2017; Knopp, Bleck & van Rießen, 2014) belegen das Zusammenwirken unterschiedlicher in der Regel gravierender Problemlagen, die in einer wechselseitigen Dynamik stehen und sich in der Symptomatik Wohnungslosigkeit manifestieren. In der biografischen Vorgeschichte treten bei jungen Wohnungslosen häufig starke Diskontinuitäten in den sozialen Bindungen und der familiären Sozialisation zutage, die sich in der stationären Jugendhilfe fortsetzen und teilweise noch verstärken. Zum Teil sind dies selbst initiierte oder von außen erwirkte Herausnahmen aus der Familie und frühzeitige Heimerfahrungen mit wiederholten Einrichtungswechseln und damit verbundenen Betreuungs- und Beziehungswechseln. Ebenso berichten viele junge Wohnungslose von gravierenden Belastungsfaktoren im Laufe der familialen Sozialisation in Form von Vernachlässigung, Misshandlungen und Missbrauch. Erfahrungen mit unterschiedlichen Einrichtungen des Hilfesystems werden als belastend und wenig hilfreich beschrieben. Kennzeichnend ist die fehlende Anbindung an tragfähige soziale Netzwerke bzw. unterstützende Hilfeangebote und in der Folge eine temporäre oder dauerhafte gesellschaftliche Exklusion.

Relevanz von Kritischen Lebensereignissen

Ein wesentlicher Aspekt bei der Erklärung von Wohnungslosigkeit stellen „Kritische Lebensereignisse“ (Filipp & Aymanns, 2010) dar. Kritische Lebensereignisse werfen die Betroffenen aus dem Alltag und überführen das Person-Umwelt-Passungsgefüge in einen Zustand des massiven Ungleichgewichts. Diese kritischen Lebensereignisse

eignisse können sich als traumatisierende Erfahrungen oder existenzielle Bedrohungen manifestieren, die die Belastbarkeit der Betroffenen übersteigen und in ihrer Dynamik zu Hilflosigkeit, Gefühlen der Ohnmacht bis hin zu einem tiefgreifenden Verlust der Handlungsorientierung führen. Dabei muss das, was Ereignisse als „kritisch“ ausweist, bestimmt werden mit Blick auf die davon betroffene Person, ihren Verwundbarkeiten und Ressourcen sowie in Bezug auf ihren Lebenskontext. Das „Kritische“ eines Ereignisses liegt, mit Ausnahme von lebensbedrohlichen Extrembeispielen, nicht zwingend in seiner Natur selbst, sondern unterliegt den unterschiedlichen individuellen Deutungen und Bewertungen der Betroffenen.

Im Rahmen der TAWO-Studie (Frietsch, Holbach & Link, 2014) wurden bei der Erhebung der vielfältigen kritischen Lebensereignisse von den jungen Wohnungslosen folgende Ereignisse am häufigsten genannt: „massive Probleme mit Eltern“, „gravierende Gewalterfahrungen“, „Tod enger Bezugsperson(en)“ sowie „familiäre Suchtprobleme“. Dabei sind geschlechterspezifische Unterschiede deutlich zutage getreten. Bei den unter 25-jährigen Frauen benennen 85 Prozent „massive Probleme mit den Eltern bzw. Elternteilen“. Bei 70 Prozent der jungen Frauen stellen „gravierende Gewalterfahrungen“ ein Kritisches Lebensereignis dar sowie bei 55 Prozent der „Tod von engen Bezugspersonen“. „Familiäre Suchtprobleme“ werden von 45 Prozent der jungen Frauen benannt. Von den gleichaltrigen Männern geben 64 Prozent „massive Probleme mit den Eltern bzw. Elternteilen“ an, für 58 Prozent stellt der „Tod von engen Bezugspersonen“ sowie für 40 Prozent „familiäre Suchtprobleme“ ein kritisches Lebensereignis dar. Von „gravierenden Gewalterfahrungen“ berichten 25 Prozent der unter 25-jährigen wohnungslosen Männer.

Zur Umsetzung des Modellprojekts

Im Zentrum der Modellarbeit „Schnittstellenmanagement in der Wohnungslosenhilfe“, die von Dezember 2014 bis Juni 2017 durchgeführt wurde, stand die Zielgruppe der jungen Wohnungslosen und hier insbesondere junge wohnungslose Frauen. Mit dem Blick auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe war dabei die Intensivierung der fachlichen Zusammenarbeit an den Schnittstellen der verschiedenen Hilfesysteme sowie die Erprobung neuer Erhebungs- und Diagnoseinstrumente ein Schwerpunkt. Auf der Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen dem IFW der Hochschule Koblenz als projektkoordinierender Instanz, den Trägern der Wohnungslosenhilfe sowie Einrichtungen der Suchtkranken-, Jugendhilfe, Schuldnerberatung, Psychiatrie, Jobcenter und Sozial- und Jugendämtern wurden so neue Formen

der fachlichen Zusammenarbeit praktiziert, um nachhaltigere Hilfen mit dem Ziel gesellschaftlicher Integration und Teilhabe für die Zielgruppe zu erreichen. Mit Blick auf die dokumentierten Problemlagen und entsprechend spezifischen Bedarfe junger wohnungsloser Menschen wurden Möglichkeiten erarbeitet, ein kooperatives Schnittstellenmanagement zwischen Einrichtungen, Diensten und Behörden weiterzuentwickeln, um eine geeignete Basis für wirksame fachliche Hilfen anzubieten. Dabei wurde das Konzept des Case Managements in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe implementiert, um bei hoher Komplexität von Problemlagen nachhaltige Vermittlungen in weiterführende Hilfen zu ermöglichen.

Zur fachlichen Flankierung dieses neuen Schnittstellenmanagements in der Wohnungslosenhilfe wurden insgesamt 14 Workshops sowie Fortbildungen für Fachkräfte zu speziellen Themenbereichen (u. a. Substanzgebrauchsstörungen, Schuldnerberatung, Persönlichkeitsstörungen, psychiatrische Krankheitsbilder) durchgeführt.

Modell-Koordinierungsstelle

Zur Umsetzung des Schnittstellenmanagements für die beschriebenen Zielgruppen in der Wohnungslosenhilfe wurde an der Hochschule Koblenz eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Die Koordinierungsstelle bildete das Kernelement in der Umsetzung der Hilfeplanung gemäß Case Management in der Zusammenarbeit zwischen den zuständigen sozialen Dienstleistern und Hilfeeinrichtungen. Konzeptionell war sie darauf ausgerichtet, die Erstellung von Gesamt-Hilfeplänen fachlich zu koordinieren und die einzelnen Prozessschritte zu begleiten sowie die Umsetzung der weiterführenden Hilfen nachzuhalten und zu dokumentieren. Während der Gesamtlaufzeit der Modellarbeit wurden durch die Koordinierungsstelle folgende Aufgaben wahrgenommen:

Organisation und Durchführung von:

- Trägerinternen Fall-Konferenzen,
- Motivierungs- und Beratungsgesprächen mit Modell-Klient*innen,
- Workshops zu spezifischen Fragestellungen,
- Schulungen (Fortbildungen) für die beteiligten Fachkräfte,
- Arbeitskreisen,
- Implementation von Instrumenten und Dokumentationsverfahren (analog und digital).

Verbindliche Kooperationsvereinbarungen

In der ersten Projektphase wurden zur Umsetzung der Modellkonzeption verbindliche Kooperationsvereinbarungen in schriftlicher Form zwischen dem IFW als Träger des Modellprojekts und den Geschäftsleitungen der beteiligten sozialen Dienstleister und Hilfeeinrichtungen (Wohnungslosenhilfe, Jobcenter, Suchtkrankenhilfe, Psychiatrie, Schuldnerberatung, Jugendhilfe, EFL-Beratung) abgeschlossen. Auf der Basis der abgeschlossenen Vereinbarungen fand eine konstruktive und kooperative Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartner*innen statt, die auch die Umsetzung der weiteren Strukturelemente und Anwendung spezifischer Instrumente des Modellprojekts ermöglicht hat (siehe Link zur Muster-Kooperationsvereinbarung und zu den spezifischen Instrumenten in der Tagungsdokumentation: http://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/fb_sozialwissenschaften/IFW/Fachtag_Projekt_Wohnungslose/Schnittstellenmanagement_Wohnungslosenhilfe.pdf).

Klient*innenarbeit, Fallkonferenzen – Case Management

Nach Abschluss der Datenschutz-/Einverständniserklärung wurden mit den so ins Modellprojekt aufgenommenen Klient*innen motivierende Beratungsgespräche auf der Basis von Motivational Interviewing geführt. Danach war es in der Regel möglich, auf der Grundlage der Anamneseerhebung zur psychosozialen Lebenssituation in Abstimmung mit der zuständigen Fachkraft der Wohnungslosenhilfe gemeinsam mit dem Klient*innen einen schriftlichen CM-Hilfeplan zu erstellen. Darin wurden (Teil-) Ziele und entsprechende Schritte zur Umsetzung weiterführender Hilfen festgehalten. Bei der Umsetzung des Hilfeplans (auch in Teilschritten) wurden die Klient*innen im Verlauf des Modellprojekts von den Fachkräften der Wohnungslosenhilfe und vom wissenschaftlichen Mitarbeiter des Modellprojekts begleitet. Aufgrund von Kontaktabbrüchen war es immer wieder erforderlich, auf der Basis des verbindlich vereinbarten Hilfeplans den Kontakt zu den Klient*innen über aufsuchende Arbeit und/oder neue Medien (SMS, WhatsApp, etc.) weiter aufrechtzuerhalten.

Durch Beratungsgespräche (auch im Sinne von motivierendem „Anschubsen“ siehe auch „Nudging“) sind schließlich verantwortbare Vermittlungen in weiterführende Hilfen wie Schuldnerberatung, Suchtberatung, medizinische Reha, Jobcenter, Jugendhilfe, Gesundheitsdienste etc. gelungen, die in Assessments/Fallkonferenzen passgenau organisiert und dann kontinuierlich umgesetzt werden konnten. Entscheidend hierfür waren eine „durchgehende“

Begleitung im Rahmen von Beratungsgesprächen und der entsprechende Hinweis von den jeweiligen Klient*innen, der Fachkraft und dem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Modellprojekts verbindlich unterschriebenen ausgehändigten CM-Hilfeplan. Die Vermittlung in weiterführende Hilfen wurde auch dadurch abgesichert, dass der wissenschaftliche Mitarbeiter des Modellprojekts die Klient*innen zum Aufnahmegespräch in die entsprechende Einrichtung begleitete und damit eine „verantwortbare Übergabe“ gemäß CM mit einer spezifischen Verbindlichkeit für alle am Hilfeprozess Beteiligten möglich wurde. Im Sinne der Modellkonzeption wurde weiter vereinbart, dass der wissenschaftliche Mitarbeiter bei drohenden oder tatsächlichen Abbrüchen sofort kontaktiert wurde, um in der Folge professionell intervenieren zu können.

Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass sich das Konzept des Case Managements als geeignetes fachliches Strukturelement für zielgerichtetes methodisches Handeln für die Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe erwiesen hat.

Diagnoseinstrumente, SMW-Dokumentationssystem

In der Modellarbeit hat sich gezeigt, dass eine einheitliche Basisdokumentation der Klient*innenarbeit in der Wohnungslosenhilfe fachlich erforderlich ist. Daher wurden im Rahmen der Workshops mit den Fachkräften entsprechende Items für eine softwaregestützte Basisdokumentation erarbeitet.

Als methodische Weiterentwicklung des Hilfeansatzes in der Wohnungslosenhilfe haben sich neben dem CM-Hilfeplan folgende Diagnoseinstrumente/Fragebögen als fachlich zielführend erwiesen:

- Lebensorientierung:
Sense of Coherence nach Antonovsky (SOC 29),
- Posttraumatische Belastungsstörungen:
Posttraumatische Stress Skala nach Maerker (PTSS 10),
- depressive Verhaltensausrprägungen:
General Health Questionnaire nach Goldberg & Williams (GHQ 12),
- Substanzgebrauchsstörungen Alkohol:
Alcohol Use Disorders Identification Test nach Barbor u. a. (AUDIT),
- Substanzgebrauchsstörungen Medikamente, illegale Drogen: Severity of Dependence Scale nach Gossop u. a. (SDS).

Um eine zeitgemäße technische Anwendung zu ermöglichen, hat das IFW der Hochschule Koblenz einen Soft-

wareentwickler beauftragt, die Generierung und Auswertung des CM-Hilfepfades und der fünf Diagnoseinstrumente mittels eines softwaregestützten SMW-Dokumentationssystems zu gewährleisten. Um die Handhabung und technische Umsetzung des SMW-Dokumentationssystems in den Einrichtungen zu implementieren, wurden In-house-Schulungen bei den Trägern der Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe durchgeführt.

Zu den Ergebnissen der Modellprojektarbeit im SMW-Kooperationsverbund

Insgesamt wurden im Zeitraum Januar 2015 bis März 2017 63 Klient*innen mit gravierenden Problemlagen¹ (Frauen 41 Prozent, Männer 59 Prozent) als Convenience Sample² in die Modellarbeit aufgenommen, davon waren 65 Prozent unter 25 Jahren (U25) und 35 Prozent zwischen 25 und 35 Jahren.³

Alle Klient*innen (n = 63) haben bis zum März 2017 die Teilnahme offiziell beendet. Bei den Gründen für die Beendigung ist zu unterscheiden zwischen

- erfolgreicher Beendigung durch:
 - » Arbeitsaufnahme
 - » Übergabe/Weitervermittlung in weiterführende Hilfen wie Entwöhnungsbehandlung
- Stabilisierung durch Wohnungssicherung/Psychosoziale Begleitung und Aufnahme arbeitsmarkt-integrativer Maßnahmen (AMI) sowie
 - » Beendigung/Abbruch aufgrund von:
 - » Wegzug/Abtauchen in „Peer-Group-Milieu“
 - » Haftantritt

Von den Klient*innen, die die Teilnahme am Modellprojekt bis März 2017 beendet haben, erfolgte dies bei 90 Prozent (Frauen 100 Prozent, Männer 84 Prozent) erfolgreich nach Zielerreichung: Arbeitsaufnahme, Weitervermittlung in weiterführende Hilfen wie Entwöhnungsbehandlung oder Stabilisierung durch Wohnungssicherung und Aufnahme arbeitsmarkt-integrativer Maßnahmen.

Bei 10 Prozent (Frauen 0 Prozent, Männer 16 Prozent) erfolgte die Beendigung durch Teilnahmeabbruch wegen Wegzug („Abtauchen“) oder Haftantritt.

¹ Erhoben als Lifetime-Prävalenz mittels Mixed Methods (paralleler Einsatz quantitativer und qualitativer Methoden).

² Willkürliche Auswahl durch Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe und die Mitwirkungsbereitschaft der Klient*innen.

³ Unter den Teilnehmenden waren keine Flüchtlinge bzw. Asylsuchende.

Fazit der Modellarbeit

Die hohe Komplexität der Problemlagen junger wohnungsloser Frauen und Männer erfordert ein strukturiertes und abgestimmtes Vorgehen. Die Modellarbeit hat gezeigt, wie ein kooperatives Schnittstellenmanagement zwischen Einrichtungen, Diensten und Behörden funktioniert und dass es eine Basis für wirksame fachliche Hilfen bietet. Das Konzept des Case Managements ermöglicht bei der Komplexität der Problemlagen nachhaltige Vermittlungen in weiterführende Hilfen.

Darüber hinaus hat sich eine Ausdifferenzierung des methodischen Instrumentariums als effizient und effektiv erwiesen. Die implementierten validen Instrumente bieten Gewähr für fachlich fundierte Erhebungen der psychosozialen Lebens- und Problemsituation junger weiblicher und männlicher Klient*innen in der Wohnungslosenhilfe. Um diese neue Fachlichkeit zu dokumentieren, einzelne Hilfeschnitte zu analysieren und den gesamten Hilfeprozess zu evaluieren, wurde im Rahmen des Modellprojekts ein softwaregestütztes Instrumenten- und Dokumentationssystem für die Wohnungslosenhilfe implementiert. Es gilt, durch landesweite Workshops den Transfer der Ergebnisse der Modellarbeit für die Wohnungslosenhilfe zu ermöglichen.

Ausführliche Projektergebnisse

Frietsch, R. & Holbach, D. (2017): Tagungsdokumentation der Fachtagung „Perspektiven für junge Wohnungslose“ – Ergebnisse zum Modellprojekt: Schnittstellenmanagement in der Wohnungslosenhilfe in der Region Koblenz-08. Juni 2017 in Mainz, MSAGD RLP Mainz. Verfügbar unter http://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/fb_sozialwissenschaften/IFW/Fachtag_Projekt_Wohnungslose/Schnittstellenmanagement_Wohnungslosenhilfe.pdf [10.09.2018].

Frietsch, R. & Holbach, D. (2017): Junge Wohnungslose – Problemlage und psychische Auffälligkeiten. Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie, S. 9–11.

Frietsch, R. & Holbach, D. (2016): Gravierend-komplexe Problemlagen bei jungen Wohnungslosen – aktuelle Forschungsergebnisse, strukturelle und fachliche Konsequenzen in. In: S. Gillich & R. Keicher (Hrsg.) (2016): Suppe, Beratung, Politik. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 5–110.

Literatur

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.

Frietsch, R., Holbach, D., & Link, S. (2014): Tagungsdokumentation der Fachtagung „Menschen ohne Wohnung“ – Zum Bedarf eines neuen Hilfekonzeptes für Wohnungslose in der Region Koblenz – 25. September 2014 in Koblenz, Haus des Sports. Koblenz. Verfügbar unter http://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/fb_sozialwis-

[senschaften/IFW/Fachtag_Projekt_Wohnungslose/Master-Fachtagung-Reader18.02.pdf](#) [10.09.2018].

Hoch, C. (2017): Straßenjugendliche in Deutschland – eine Erhebung zum Ausmaß des Phänomens. Endbericht – zentrale Ergebnisse der 2. Projektphase. Halle (Saale): Deutsches Jugendinstitut e. V.

Knopp, R., Bleck, C. & Rießen van, A. (2014): Abschlussbericht „Junge Wohnungslose U25“. Düsseldorf: socialnet Verlag.



Martin Hilckmann

Betreutes Wohnen und Beschäftigung für
Menschen mit HIV, Aids oder chronischer
Hepatitis C



ZIK - zuhause im Kiez gGmbH

Betreutes Wohnen
und Beschäftigung
für Menschen mit HIV,
Aids oder chronischer Hepatitis C



Mehrfachbeeinträchtigungen

- chronische Erkrankungen (HIV/Aids, Hepatitis C)
- Suchtmittelabhängigkeit (oftmals politoxikomaner Konsum)
- psychische Erkrankungen (Persönlichkeitsstörungen, Depression, Psychosen)
- Weitere chronische Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, Krebserkrankungen)

27.09.2017

Klient*innen 50+ bei ZIK

Am Stichtag 15.10.2016 wurden im Verbundwohnen 200 Klient*innen betreut, die mindestens 50 Jahre alt waren (36 %).

- 166 Klient*innen von 50 bis unter 60 Jahre
- 19 Klient*innen von 60 bis unter 65 Jahre
- 15 Klient*innen über 65

Davon

- 66 % mit einer HIV-Mono- oder Koinfektion
- 34,5 % mit mindestens einer weiteren chronischen Erkrankung
- 73 % mit betreuungsrelevantem Drogenkonsum (inkl. Substitution)

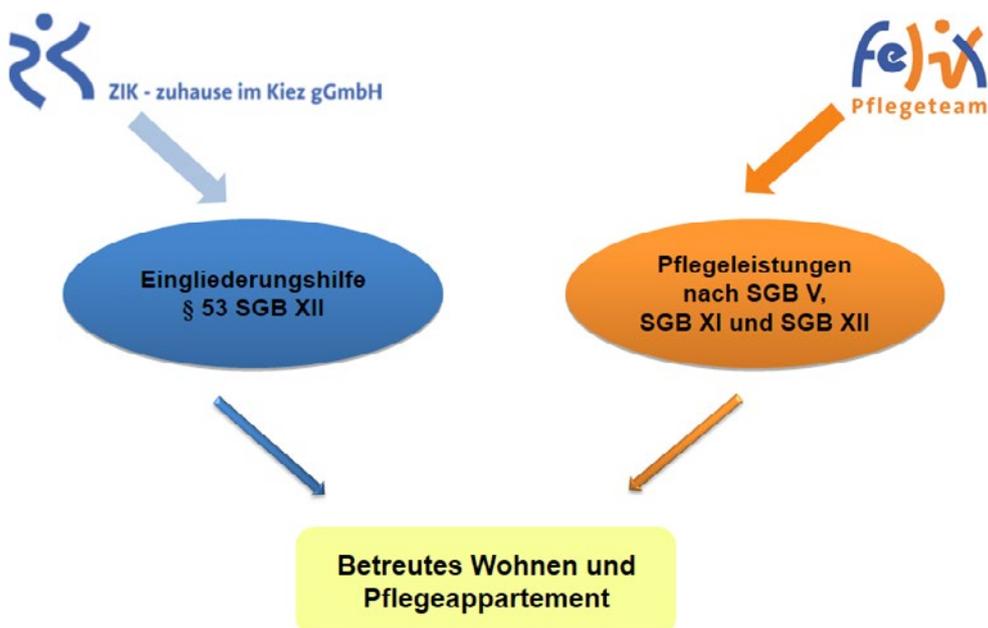
27.09.2017

Klient*innen 50+ bei ZIK

- Vorzeitige Alterung und verkürzte Lebensperspektive
- Krankheitsanfälligkeit durch langjährige HIV-Infektion
- Leberzirrhosen als Folge der chronischen Hepatitis C
- Krebserkrankungen
- Zunehmende Gebrechlichkeit
- Zunahme kognitiver Einbußen (Nachlassen der Gedächtnisleistung und Desorientiertheit bis hin zur Demenz)
- Sozialer Rückzug, Depressionen und Suizidalität

27.09.2017

Schnittstelle Eingliederungshilfe/Pflege



27.09.2017

Pflege-Appartements in der R 131



27.09.2017



Pflegeappartements R 131

- 34 Pflege- und Wohnplätze, davon 16 Plätze für Menschen mit demenziellen Einschränkungen
- 35 bis 56 qm große Appartements, mit eigenem Bad und Pantry-Küche
- Wohngemeinschaft mit Einzelzimmern und gemeinsamer Küchen- und Bädernutzung
- Kostenträger der Pflegeleistung: Pflegeversicherung, Krankenkasse oder Sozialamt (Hilfe zur Pflege)
- Kosten der Unterkunft: i.d.R. durch Sozialamt bzw. Jobcenter
- 24 Stunden ambulante Pflege in Demenz-WG, in den Appartements nach Bedarf

27.09.2017



Pflegeappartements R 131

- Schwerpunkt: Klient*innen aus dem Betreuten Wohnen von ZIK, überwiegend Drogengebraucher*innen und Substituierte
- Patient*innen mit Krankheitsbildern, auf die das FELIX-Pflege team spezialisiert ist (Aids, Demenz, psychische und onkologische Erkrankungen)
- Spezialisiert auf APP (ambulant psychiatrische Pflege) und SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
- Voraussetzung: Pflegegrad bzw. analog Hilfe zur Pflege nach SGB XII

27.09.2017



**Und was ist mit älteren
Drogengebraucher*innen und
Substituierten ohne Pflegebedarf?**

27.09.2017



Betreutes Wohnen Pankstraße Berlin-Wedding

27.09.2017



Klient*innen in der Pankstraße

28 TWG-Plätze für Drogengebraucher*innen mit HIV- bzw. chronischer HCV-Infektion:

- Alle haben betreuungsrelevanten Drogenkonsum und befinden sich überwiegend in einer Substitutionsbehandlung
- Alle sind Langzeit-Konsument*innen (i.d.R. >20 Jahre)
- Alle haben einen hohen Bedarf an Tagesstruktur und sinnstiftender Beschäftigung
- Alle haben den Wunsch nach einem Zuhause in der Gemeinschaft

27.09.2017



ZIK - zuhause im Kiez gGmbH

Betreuung von (älteren) Langzeitkonsument*innen

- Akzeptanz ohne moralische Bewertung
- Stärkung der Abstinenzmotivation, aber keine Abstinenzforderung
- „Baukasten“ für die Bearbeitung des Suchtproblems u. niedrigschwellige Substitution
- Unterstützung für ein selbstbestimmtes und weitgehend selbstständiges Leben
- Herausholen der Bewohner*innen aus sozialer Isolation
- Alters- bzw. gesundheitsgerechte Beschäftigungsangebote
- Ziele, Inhalte und Grenzen gemeinsam und flexibel aushandeln

27.09.2017

Anneke Groth

Teilhabe älterer drogenabhängiger
Menschen. Betreuungskonzepte und
Einrichtungen.

Teilhabe älterer drogenabhängiger Menschen

Betreuungskonzepte und Einrichtungen





Angebotspektrum:

- Suchtberatung
- Ambulante Suchttherapie
- Betreuung bei Substitution
- Betreutes Wohnen
- Familienhilfe
- Integration und Arbeit
- Selbsthilfe
- Betriebliche Suchtberatung

September 18



PSB „Berliner Linie“

- Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger (ambulanter Dienst) gemäß §§ 53/54 SGB XII
- Fachleistungsstunden
- Ambulanzmodell

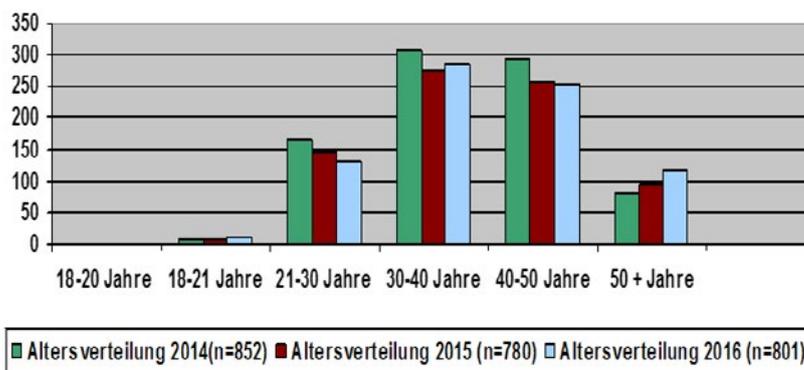


Betreutes Wohnen für Substituierte

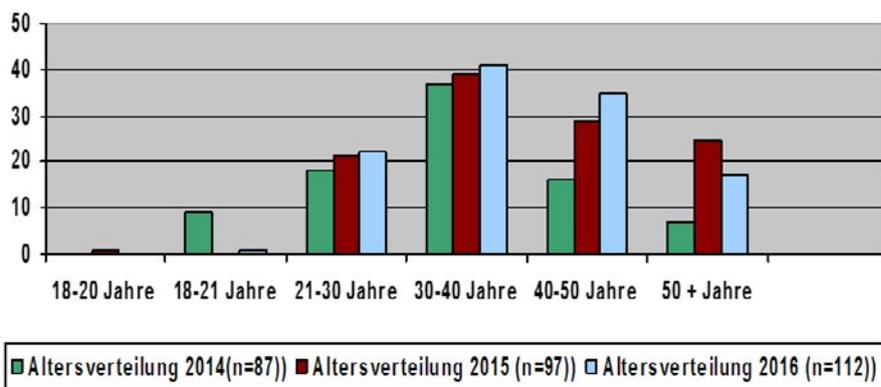


- Betreutes Wohnen für Substituierte“ gemäß §§ 53/54 SGB XII
- 90 Plätze (1–3-Zimmer-Wohnungen)
- Personalschlüssel 1:6

PSB Altersstruktur vista



Altersstruktur Betreutes Wohnen vista



September 18

vista

Erfahrungen mit Substituierten 50+

- Alle sind Langzeitsubstituierte
- Rückfälle eher selten
- Vorzeitige Alterung und verkürzte Lebensperspektive
- Häufig soziale Isolation
- Wunsch nach selbstbestimmtem und weitgehend selbständigem Leben (Autonomie)
- Hoher Bedarf an Tagesstruktur und sinnstiftender Beschäftigung

September 18

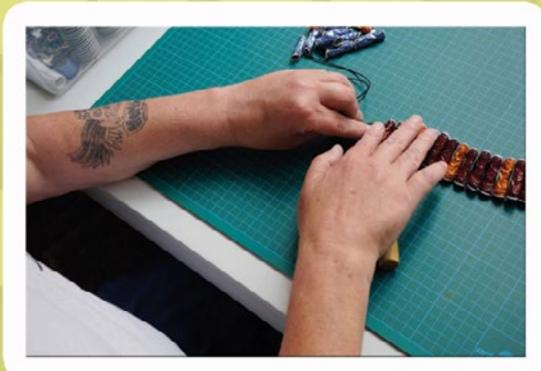
vista

Beschäftigungsprojekte vista

- Modellprojekt Tagesstätte Donauwelle für substituierte Menschen (§§53,54 SGB XII Leistungstyp Beschäftigungstagesstätte)
- ABO Kurse (ESF-Förderung)
- ABO Prolog (Zuwendung Land Berlin)

vista

„Hier beschäftige ich mich mit Tätigkeiten, die ich mir nie hätte vorstellen können. Die Atmosphäre, das gemeinsame Frühstück, die guten Gespräche und die Pläne für den nächsten Tag motivieren mich her zu kommen. Mein Leben hat wieder Struktur - und seit ich hier bin, trinke ich nicht mehr!“



Herr F., 54 Jahre • 2 Monate in der Donauwelle,
Schmuckwerkstatt • gelernter Betonbauer
ca. 5 Jahre im Beruf tätig • dann Handelsmarine
wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen
seit 10 Jahren EU-Rentner und ohne Beschäftigung
Betreutes Wohnen bei zik • Vermittlung zu vista

vista

Angebote vista ESF Kurse



Gewaltfrei-Kommunikation
Herrens...

Alle Meister – Neues Meister-Staß und Zerschneidung

Inhalte:
Einführung in das Zeitmanagement mit dem Partner
Verstärken wichtiger Techniken
Vulgarismen vermeiden
Gewaltfrei durch schwierige Themen

Termine:
28. Juli bis 14. August 2017
mittwochs und freitags
jeweils von 10 bis 14 Uhr

Anmeldung und Ort:
ABO-Neukölln
Donaustraße 83, 12043 Berlin
Tel. 030/ 400370-200

Dieser Kurs ist kostenfrei!



Leckere Herbstküche II
Wissen, was gut tut und was man macht!
Ein Ernährungskurs in Theorie und Praxis

Inhalte:
Gemüse & Obst klein-, fein-, eingemacht
Herbstgerichte einfach-, praktisch-, lecker
herbstlich, rot und farbenfroh!
barnte Schale - grüner Kern?
Was ist dran an der Nuss?

5 Termine:
2 x dienstags, 2 x freitags,
1 x montags
19.09, 22.09, 26.09, 29.09. und
02.10.2017 von 10 - 15 Uhr

Ort:
ABO-Neukölln
Donaustraße 83, 12043 Berlin

Anmeldung:
Tel. 030/ 400370-200

Dieser Kurs ist kostenfrei!

EDV-EINSTEIGERKURS



Inhalte:
wie ist ein Computer aufgebaut und wie funktioniert er?
Texte schreiben, formatieren, drucken und speichern
Dateien ordnen und verwalten
kleiner Exkurs in das Internet

6 Termine:
20. September - 06. Oktober 2017
mittwochs und freitags
von 10 bis 14 Uhr

Ort:
ABO-Neukölln
Donaustraße 83, 12043 Berlin

Anmeldung:
Tel. 030/ 400370-200

Dieser Kurs ist kostenfrei!



Ein Film- und Fotoworkshop für Fortgeschrittene!
*„Bin ab, Kamera ab und Action! Für Fortgeschrittene“
werden einen vista-Film!*

Termine:
gesamt 10 Termine
jeweils 2016, Fortsetzung 2017

TE TERMINE:
och, 7.12.2016 und
rstag, 6.12.2016
; dienstags & donnerstags
is 14 Uhr
ber 2016 bis
er 2017

Ort:
83, 12043 Berlin

Dieser Kurs ist kostenfrei!

September 18

vista

„Ich bin pünktlich geworden, stehe jeden Morgen gut gelaunt auf und habe 7 kg zugenommen. Bin bei vista in der Fahrradwerkstatt - und das ist gut so!“

Heinz, seit 4 1/2 Monaten im ABO







Diskussion

- Brauchen wir spezialisierte Einrichtungen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Kostenträgern bei längerfristigen Betreuungsverläufen gemacht?
- Welche Erfahrungen gibt es mit der Schnittstelle EGH/Pflege?

Autor*innenverzeichnis

Ines Arendt, B.A. Sozialarbeiterin und M.A. Erziehungswissenschaftlerin
Hochschule Koblenz
Fachbereich Sozialwissenschaften
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW);
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
Referat 1–13 Prävention des Substanzmissbrauchs/ Suchtprävention
Wissenschaftliche Referentin für Alkoholprävention bei Jugendlichen
E-Mail: arendt@hs-koblenz.de

Jennifer Becker, M.A. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsmanagement
Katholische Hochschule NRW, Abt. Köln
Fachbereich Sozialwesen
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung
E-Mail: jennifer.becker@hs-gesundheit.de

Anabela Dias de Oliveira, Dipl.-Soz. arb. und Soz.päd.
VFWD e. V. Projekt LÜSA
Geschäftsführerin und Gesamtleitung
E-Mail: projekt-luesa@t-online.de

Klaudia Follmann-Muth, Dipl. Soz.Päd., M.Sc. Gesundheitsmanagement
Zentrum für Ambulante Suchtkrankenhilfe (zas), Caritasverband Koblenz e. V.
Suchtberaterin
E-Mail: follmann@hs-koblenz.de

Robert Frietsch, Prof. Dr.
Hochschule Koblenz
Fachbereich Sozialwissenschaften
E-Mail: frietsch@hs-koblenz.de

Anneke Groth, Dipl.Soz.päd; MPH
vista gGmbH, Berlin
Geschäftsführerin
E-Mail: anneke.groth@vistaberlin.de

Martin Hilckmann
ZIK – zuhause im Kiez gGmbH und FELIX Pflorgeteam gGmbH, Berlin
Geschäftsführer
E-Mail: martin.hilckmann@zik-ggmbh.de

Tanja Hoff, Prof. Dr. phil, Dipl.-Psych., approb. Psychologische Psychotherapeutin

Professorin für Psychosoziale Prävention, Intervention und Beratung an der KathO NRW, Fachbereich Sozialwesen, Abt. Köln; Mitglied des dortigen Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP), Akademische Studiengangsleitung des Weiterbildungsmasterstudiengangs „Master of Counseling – Ehe-, Familien- und Lebensberatung“
E-Mail: t.hoff@katho-nrw.de

Dirk Holbach, M.A. Soziologie
Hochschule Koblenz
Fachbereich Sozialwissenschaften
Lehrbeauftragter und Mitarbeiter in Projekten des IFW
E-Mail: holbach@hs-koblenz.de

Wolfgang Klug, Prof. Dr.
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Professur für Methoden der Sozialen Arbeit
E-Mail: wolfgang.klug@ku.de

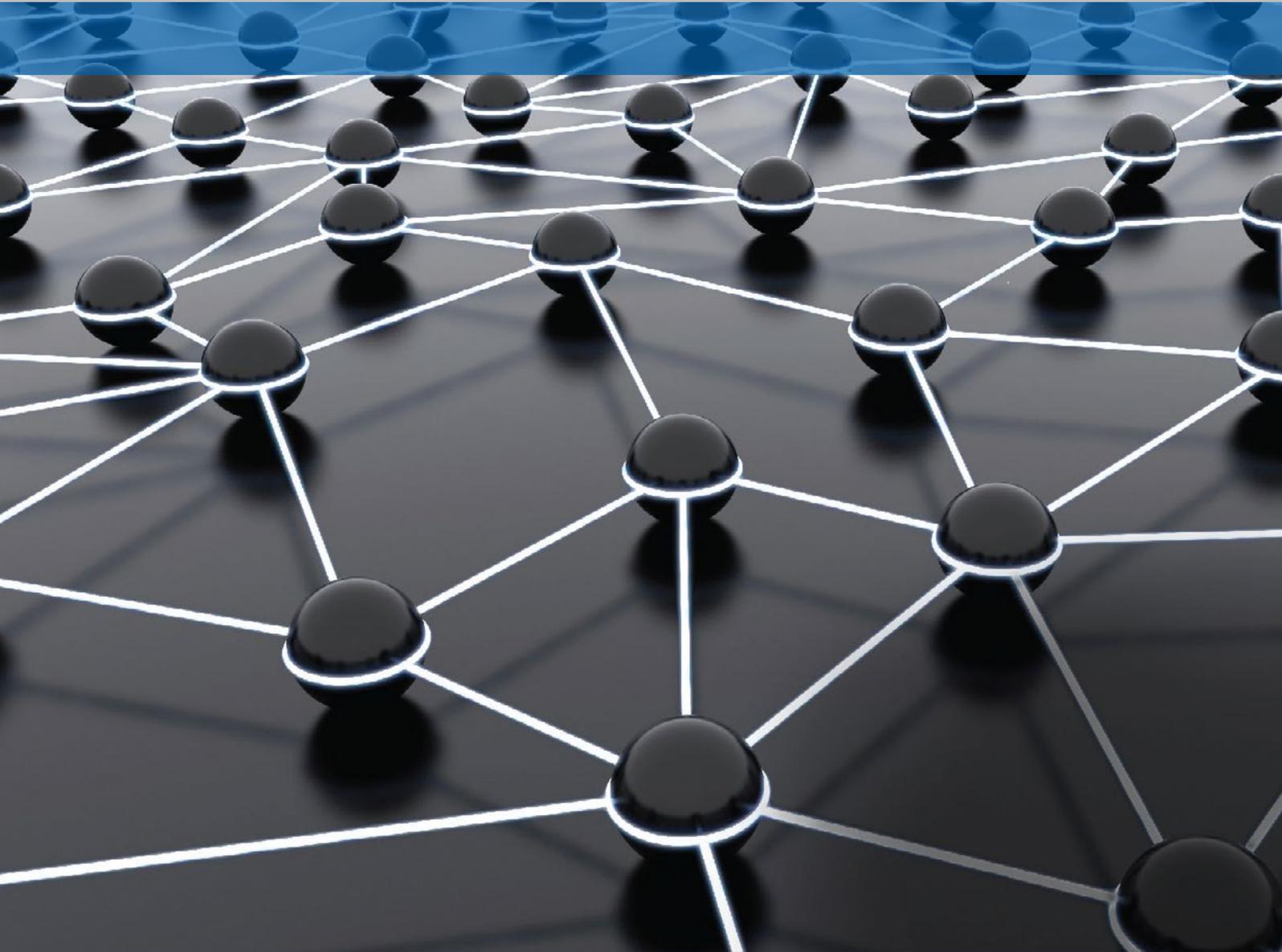
Ulrike Kuhn, Diplom-Soziologin und M.A. Psychologie, Dr. rer. med.
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Lehrkraft für besondere Aufgaben
E-Mail: u.kuhn@katho-nrw.de

Martin Schmid, Prof. Dr., Dipl.-Soziologe
Hochschule Koblenz
Fachbereich Sozialwissenschaften
Geschäftsführer des Instituts für Forschung und Weiterbildung (IFW)
Professur für Sozialwissenschaftliche Grundlagen der Sozialen Arbeit
E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de

Irmgard Vogt, Prof. Dr. i. R.
Frankfurt University of Applied Sciences
FB 4: Soziale Arbeit & Gesundheit
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF)
E-Mail: vogt@fb4.fra-uas.de

Astrid Weber, Dr. med.
Selbstständige Ärztin für Innere Medizin/Psychotherapie/
Suchtmedizin und Konsiliarärztin Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe (zas), Caritasverband Koblenz e. V.
E-Mail: dr.astridweber@web.de

Bianka Weil, Diplom-Sozialarbeiterin
AIDS-Hilfe Frankfurt e. V. La Strada
E-Mail: Bianka.weil@frankfurt.aidshilfe.de



Tagungsdokumentation zum Fachtag „Es ist ein Wunder, dass ich noch lebe ... - Ältere Drogenabhängige, Hilfesysteme und Lebenswelten“ des Verbund-Forschungsprojekts in Kooperation mit der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln: „Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen - Alters-CM³“ an der Hochschule Koblenz

Projektleitung

Prof. Dr. Martin Schmid
Hochschule Koblenz
Fachbereich Sozialwissenschaften
Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW)
☎ 0261 9528 254
✉ martin.schmid@hs-koblenz.de

Prof. Dr. Tanja Hoff
Katholische Hochschule NRW
Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung (DiSuP)
☎ 0221 7757 137
✉ t.hoff@katho-nrw.de

Opiatabhängige werden inzwischen deutlich älter als angenommen. Die Fachtagung des Projekts Alters-CM³ richtete sich an Fachkräfte und andere Experten aus Sucht-, Alten- und Drogenhilfe und nahm die Lebenswelt von Menschen in der Lebensmitte in den Blick: Welche psychosozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Anforderungen ergeben sich für die Hilfelandschaft? Wie lässt sich die Kooperation verbessern? Diese Fragen standen im Mittelpunkt des Verbundprojekts Alters-CM³. Bei der Fachtagung wurden Hilfesysteme und Lebenswelten älterer Drogenabhängiger aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Das Projekt Alters-CM³ wurde in Kooperation zwischen der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln und der Hochschule Koblenz umgesetzt. Alters-CM³ wurde im Rahmen der SILQUA-FH-Linie vom BMBF gefördert. Es wurde umgesetzt in enger Zusammenarbeit mit mehr als zehn Kooperationspartnern aus den Hilfesystemen in drei Modellstandorten.

Gefördert vom BMBF, im Rahmen der SILQUA-Förderreihe: „Soziale Innovation für Lebensqualität im Alter“
Projektlaufzeit: 01.11.2014–31.10.2017
Förderkennzeichen: 13FH005SA4/ 13FH005SB4