



ibw

Intensiv
betreutes
Wohnen

Konzept

(Oktober 2008)



Das Team der AIDS-Hilfe Bremen e.V.

AIDS-Hilfe Bremen e.V.
Erich Kurschat Haus
Sielwall 3
28203 Bremen
Telf.: 0421 3363630
info@aidshilfe-bremen.de
www.aidshilfe-bremen.de

**Intensiv betreutes Wohnen (IbW)
für alternde und schwer chronisch erkrankte Menschen mit einer Drogenbiografie**

(Konzept/Stand: Sept. 2011)

1. Vorbemerkung

In der Literatur wird auf ein soziales Phänomen aufmerksam gemacht, dass sich auch schon in der praktischen Arbeit des „Betreuten Wohnens“ der AIDS-Hilfe Bremen zeigt und das man zunächst einmal mit „alt-gewordenen DrogenkonsumentInnen“ umschreiben kann. Das Kennzeichen dieser Menschen ist, dass sie sich häufig schon frühzeitig in ihrer Biografie, vor allem in körperlich/mentaler Hinsicht, in einer desolaten Allgemeinverfassung befinden, die ihre Altersgenossen außerhalb der Drogenszene, wenn überhaupt, erst im hohen Lebensalter erleben. Aus diesem Grunde legt die AIDS-Hilfe Bremen hier ein Konzept für ein „Intensiv betreutes Wohnen“ (IbW) vor, mit dem auf die besonderen Herausforderungen für eine häufig notwendige Betreuung dieser Menschen eingegangen wird.

Grundlage dieser Überlegungen sind die langjährigen Erfahrungen der AIDS-Hilfe Bremen in diesem sozialen Feld. Seit 1991 besteht das ambulante Projekt „Betreutes Wohnen für substituierte DrogengebraucherInnen mit HIV und Aids“, in dem gegenwärtig bis zu 24 Personen aufgenommen sind. Die jahrelange Arbeit mit drogengebrauchenden und kranken Menschen hat zu einer hohen fachlichen Kompetenz der MitarbeiterInnen geführt und ebenso zu einer breiten Akzeptanz der Einrichtung in der Gruppe der Betroffenen.

2. Problembeschreibung

Die Situation alter DrogenkonsumentInnen stellt sich zunächst ambivalent dar. Zum einen ist sie Ausdruck einer Erfolgsgeschichte der Drogenhilfe. Seit den neunziger Jahren hat sie mit breit aufgestellten Methadonprogrammen, mit diversen Kampagnen zu Safer Use, mit Überlebenshilfen und den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten diverser Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen etc. die Risiken des Konsums illegaler Drogen vermindert und damit die Überlebenschancen, bzw. die Lebenserwartung dieser Menschen deutlich erhöht. So hat beispielsweise die seit 1996 erfolgreich eingesetzte sog. „3er Kombinationstherapie“ (Antiretrovirale Therapie) die Überlebenszeiten mit HIV/Aids erheblich verlängert.

Zum anderen verhindert dies aber nicht, dass diese Menschen infolge ihres speziellen Lebensstils in einer häufig randständigen gesellschaftlichen Position eine Vielzahl von gravierenden Mankos und Beschädigungen aufweisen (können). DrogenkonsumentInnen „trifft“ das Alter früher (frühe Vergreisung), hinzukommt die Tatsache, dass sie denkbar schlecht auf ein Leben im Alter vorbereitet sind, da in den meisten Fällen keine oder nur eine unzureichende Art von Vorsorge aufgebaut wurde. Drei denkbar ungünstige Entwicklungen lassen sich aufzählen:

- Soziale Bezugssysteme

Nur wenige KonsumentInnen leben in Partnerschaften oder in familiären Bindungen – viele sind wohnungslos, leben (immer wieder) in Notunterkünften etc.

- Finanzieller Rückhalt

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

- Medizinisch/psychischer Status

Besonders gravierend wirkt sich der gesundheitliche Status aus. Spricht man von *alten* DrogenkonsumentInnen, dann befinden sich diese Menschen nicht schon in einem, dem Normalbürger vergleichbaren Rentenalter. Eine lange Abhängigkeitsbiografie und das Leben

in illegalen Strukturen beschleunigen den Alterungsprozess so massiv, dass der Gesundheitszustand eines 50-jährigen Drogenabhängigen etwa dem eines 70- oder 80-Jährigen entspricht. Sie sind ggf. mit HIV infiziert, häufiger leiden sie an unbehandelten Hepatitis-erkrankungen, die zwischenzeitig zu schweren Komplikationen führen können. Hinzu kommen Bluthochdruck, Herzbeschwerden (ausgelöst durch die ungünstigen Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Medikamente), Stoffwechselerkrankungen aufgrund einer Leberinsuffizienz, Nierenkomplikationen, Diabetes, Abszesse, Osteoporose, der Abbau der Muskelmasse und Sturzverletzungen infolge des Drogenrausches etc. Auch die Konsequenzen jahrelanger gesundheitsschädigender Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Konsum unreiner Drogen, exzessiver Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Mangel an Bewegung und nicht zuletzt die erzwungenen Lebenserfahrungen wie jahrelange Inhaftierungen beschleunigen den Alterungsprozess bei DrogenkonsumentInnen dramatisch. Ebenso prekär ist ihr mentaler Zustand: Frühzeitige Demenz (auch als Begleiterscheinung der HIV-Infektion/HIV-Enzephalopathie), Psychosen und Depressionen sind nur einige der anzutreffenden psychischen Krankheitsbilder. (vgl. u.a.: Egli, 2008, Bossong 2007)

Mit und trotz des Konsums illegaler Drogen kann man heute alt werden – ein Umstand, den viele Experten so gar nicht in Betracht gezogen und erwartet haben – allerdings mit der Konsequenz, dass vielfach eine frühzeitige institutionell-betreuende Intervention von Nöten sein wird.

Auf eine solche spezielle Entwicklung ist die Drogenhilfe bisher nur unzureichend vorbereitet; entsprechend kommt auf die Kommunen und Großstädte wie Bremen in den nächsten Jahren ein handfestes Versorgungs- und Betreuungsproblem zu. Diese Herausforderung in dem Vertrauen darauf zu ignorieren, dass diese „alten KlientInnen“ in den bisherigen Strukturen der Drogenhilfe weiterhin irgendwie mitlaufen werden, wird angesichts des vielfach zu erwartenden multiplen Krankheitsbildes nicht funktionieren.

Allerdings lassen sich über den Umfang des Phänomens keine verlässlichen Aussagen treffen. Allgemein versuchen Autoren entweder über die Analyse von Einrichtungsdaten (Stiehr, 2006) oder über die bundesweite Kriminalstatistik (Bossong, 2007) die Entwicklung hin zu dem Typus des alten, betreuungsbedürftigen Drogenkonsumenten aufzuzeigen und zu belegen. Die AIDS-Hilfe Bremen trifft unter ihren, im betreuten Wohnen aufgenommenen Klienten, schon heute auf den oben beschriebenen „Junkie-Greis“, bzw. ist das „Altwerden“ und die damit verbundenen speziellen Ängste und Probleme vermehrt Thema in den bestehenden Betreuungskontakten.

In der Literatur wird unisono darauf hingewiesen, dass eine umfassende Übernahme dieser Menschen in bestehenden Pflegeeinrichtungen der Altersversorgung nicht realistisch erscheint. Wir wollen dies an dieser Stelle nicht ausführlich referieren, da die Argumente unmittelbar nachvollziehbar sind und sich insoweit auch mit den praktischen Erfahrungen bestehender Einrichtungen im Ausland (Rotterdam: u.a. Hentschel, 2007) decken: Menschen, denen man zeitlebens mit Sondereinrichtungen begegnet ist, die in einer „kriminalisierten Parallelwelt“ gelebt haben, werden sich nun nicht ausgerechnet im Alter wie selbstverständlich an Institutionen/Heimen der allgemeinen Altersversorgung anpassen; im Übrigen sind Widerstände und Vorurteile beidseitig – ebenso wie in Zukunft von beiden Seiten Lernprozesse erwartet werden müssen. Denn trotz der gegenwärtig ungünstigen Ausgangslage wird es generell Bemühungen geben müssen, die allgemeine Altenpflege auch vermehrt für Randgruppen zu öffnen. Aber dennoch wird es gerade unter

der Gruppe der KonsumentInnen illegaler Drogen immer Menschen geben, die eine spezielle, an sie angepasste Versorgung im Alter benötigen.

Auf diese Gruppe richtet sich das hier vorgestellte und in seinen Grundsätzen skizzierte Angebot des „Intensiv betreuten Wohnens“ der AIDS-Hilfe Bremen.

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

Hinsichtlich der hier zentral stehenden Gruppe der alten DrogenkonsumentInnen stößt das bisherige Konzept an Grenzen. Die sich abzeichnenden Mehrbelastungen und vor allem auch neuen Herausforderungen der Altenpflege lassen sich selbst mit eingerichteter Haushaltshilfe und Krankenpflege mittelfristig nicht mehr bewältigen.

- Betroffene leben in nicht altersgerechten Wohnungen (steile Treppen oder auch schon Türschwellen sind potentielle Gefahren für zeitweise verwirrte und schwache Menschen etc.)

- Steigende Bedeutung kommt der medizinischen Betreuung zu. Hier hat die AIDS-Hilfe Bremen in den letzten Jahren ein erfolgreiches und vorbildliches Therapiemonitoring entwickelt, das als Mittler zwischen Ärzteschaft und PatientInnen fungiert. Einerseits zielen die Maßnahmen bei unseren KlientInnen auf deren Therapietreue, andererseits soll deren Zugang zu dem medizinischen Versorgungssystem verbessert werden. Wenn aber hierdurch die Substitution und die Versorgung mit der Antiretroviralen Therapie funktional gesichert sind, fällt gleichzeitig das Augenmerk auf die gerade im Alter zunehmenden weiteren Erkrankungen. Mit einem sich im Einzelfall verschärfenden Krankheitsbild erhöht sich aber reflexartig der notwendige Pflege- und Betreuungsdruck (Beispielsweise ist aktuell bei einem zeitweise dement-verwirrten Klienten eine Dialysebehandlung absehbar, die zwangsläufig einen erhöhten wöchentlichen Betreuungsaufwand nach sich ziehen wird.)

- Bei einem Betreuungsschlüssel von 1:4 bestehen aber nur 4,8 Stunden wöchentlich im direkten Kontakt. Es ist absehbar, dass diese Zeit vielfach nicht ausreichen wird, den medizinischen und sozialen Notwendigkeiten einer Betreuung zu entsprechen. Schon gegenwärtig reicht diese Zeitvorgabe oft nur aus, die dringendsten akuten Probleme zu lösen. Viele weitere fundamentale soziale Probleme (Tagesstrukturierung, Aufbau eines belastbaren sozialen Umfelds, Bewältigung von Angst, Einsamkeit und Depressionen etc.) bleiben so vielfach unbearbeitet.

3. IbW: Konzept, Ziele, Perspektiven

a) Aus der Sicht des Anbieters/Klientels

aa) Betreutes Wohnen bei DrogenkonsumentInnen bedeutet vielfach erst für Wohnraum zu sorgen - Altenarbeit in dieser Gruppe bedeutet zusätzlich altersgerechte Wohnraum zur Verfügung zu stellen.

• Altersgerechtes Wohnen/Gemeinschaft

In einem ersten Planungs- und Realisierungsschritt sollen bis zu acht Betroffene gemeinsam in einem Haus in ihren eigenen Wohnungen leben. Angedacht ist hierbei auch eine Pärchenwohnung/ Notfallwohnung etc. Die Apartments erlauben eine autonome Lebensführung, die sozial und gesundheitlich stark beeinträchtigten KlientInnen können weitestgehend eigenständig wohnen. Gleichzeitig werden aber auch Gemeinschaftseinrichtungen vorgehalten.

Über die oben schon beschriebenen Leistungen des „Betreuten Wohnens“ hinaus soll hier eine Hausgemeinschaft gefördert werden, die bei der Überwindung von Isolation und Einsamkeit helfen soll. Die Betreuungsangebote durch ein multiprofessionelles Team sollen die Betroffenen in der Strukturierung ihres Alltags unterstützen (gemeinsames Einkaufen, Kochen und Essen, Organisation und Durchführung von Freizeitaktivitäten) und ihre gesellschaftliche Teilhabe erhöhen.

Allerdings sollte eine Gemeinschaft alter KonsumentInnen nicht mit einer therapeutischen WG verglichen werden. Hier handelt es sich um mehrfachgeschädigte, chronisch kranke Menschen, denen ein soziales Angebot gemacht werden soll, die aber auch leicht von einem „Zuviel“ überfordert wären. Insofern wird es im sozialen Zusammenhang vor allem um die Verbesserung der Wahlmöglichkeiten gehen: KlientInnen sollen sich zwischen „gesünderen/gesunden“ Verhalten und ihren traditionellen Verhalten entscheiden können, zwischen einem „mehr allein“ oder „mehr gemeinschaftlich“; sie können ausprobieren und sie dürfen zurückkehren zu dem Verhalten, in dem sie sich sicher fühlen. Nur in dieser Sicherheit wird es BewohnerInnen möglich sein, Entwicklungsschritte zu unternehmen, sich zu entwickeln (vgl.: Dias de Oliveira, 2007)

• Intensive Betreuung/Prophylaxe

Darüber hinaus entsteht durch das jetzt mögliche engmaschigere Betreuungskonzept für den einzelnen Bewohnern die Möglichkeit jederzeit eine Ansprechperson und wenn nötig, auch Pflege und Hilfe zu finden – umgekehrt gewährleistet diese Wohnform die prophylaktische Überwachung der ärztlichen Maßnahmen zur Verhinderung weiterer Verschlimmerungen der gesundheitlichen Situation.

bb) Während die Frage, ob ein geeignetes Objekt gemietet oder gekauft werden soll und inwieweit Stiftungsgelder für einen Umbau akquiriert werden können etc. noch offen sind, soll das praktische „Intensiv betreute Wohnen“ über die Wiedereingliederungshilfe nach SGB XII finanziert werden. Wiedereingliederung im Rahmen des SGB ist nicht nur definiert als eine gelungene Wiedereingliederung i.S. der Erreichung einer „selbst- und eigenständigen Lebensführung in der Gemeinschaft“, sondern die Bestimmungen greifen auch für lebenslange, chronische Behinderungen im Sinne einer *dennoch* Teilhabe am Leben der Gemeinschaft.

Hier wird für den Projektträger sowie für den Kostenträger eine Abgrenzung zu den Pflegegesetzen wichtig sein, die dann relevant werden, wenn im Einzelfall eine so verstandene Wiedereingliederung *nicht mehr* erfolgen kann und pflegerische Aspekte im Vordergrund stehen.

Allerdings bestehen grundsätzlich das Ziel und der Anspruch der AIDS-Hilfe Bremen, die Betreuung der BewohnerInnen auch bis in eine Pflegephase hinein übernehmen zu wollen. Im Antragsverfahren werden entsprechende Überlegungen zu diskutieren sein.

cc) Personal

- 0,5 Leitung
- 0,5 Verwaltungskraft
- 3,5 Fachstellen (SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen, KrankenpflegerInnen, Ex-User, ErgotherapeutInnen etc.)
- 1 Hauswirtschaftskraft
- 1 Honorarmittel (Ärztliche Teamberatung)
- 2 ZDLer

dd) Eine Verdichtung dieses ersten konzeptionellen Ansatzes hinsichtlich einer genauen Bestimmung der baulichen Architektur und eine ausführlichere Beschreibung der Tagesstruktur werden noch zu erstellen sein.

b) für das Land Bremen

aa) Für das Land Bremen ist dieses Projekt insofern von Bedeutung, als dass Versuche, alte pflegebedürftige oder psychisch erkrankte Drogenabhängige in unterschiedlichen anderen Institutionen unterzubringen, hier aufgefangen und kanalisiert werden können. Bisher taucht die angesprochene Zielgruppe als hochteurer PatientIn in den Notfallabteilungen oder Psychiatrien etc. auf oder "landet" als DauerpatientIn in Entgiftungseinrichtungen – aber immer nur mit dem Status des „Drehtürpatienten“. Dies verursacht hohe Kosten.

Demgegenüber trägt die engmaschige Betreuung im eigenen Wohnraum nicht nur zu dessen Erhalt bei, darüber hinaus werden teure Unterbringungen in Pflegeheimen oder Übergangseinrichtungen und wechselnden Betreuungssituationen und Zuständigkeiten vermieden. Aber auch in absoluten Zahlen gedacht ist selbst eine aufwändige ambulante Betreuung in den meisten Fällen preiswerter, als eine Unterbringung in stationären Einrichtungen.

Grundsätzlich hätte eine hier skizzierte „Bremer Lösung“ den Vorteil, dass notwendige Ausgaben im eigenen Bundesland getätigt werden und die Gelder so zumindest teilweise in den eigenen Finanzkreislauf zurückfließen, anstatt in die Haushalte anderer Bundesländer (die nächstgelegene und durch Bremer KonsumentInnen belegte Einrichtung liegt in Schleswig Holstein).

Zusätzlich wird sich die langjährige Erfahrung der AIDS-Hilfe Bremen in der Betreuung von kranken DrogenkonsumentInnen positiv auf die Prophylaxe und Verbesserung der gesundheitlichen Situation der KlientInnen auswirken und insoweit unmittelbar helfen, Folgekosten durch Krankenhausaufenthalte und Pflege zu vermeiden.

bb) Risiken bestehen deutlich in der Milieubildung und in szenetypischen Konflikten im und um die Einrichtung. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass es Konflikte mit der Nachbarschaft geben könnte.

Literatur

AIDS-Hilfe Bremen e.V. (o.J.) Konzept: Betreutes Wohnen. Bremen

Bossong, H.: (2007) Was tun mit alt gewordenen Drogenabhängigen? In: Sozialmagazin 6/2007, S. 12- 19.

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

Ebert, K./ Sturm, S.: (2006) „Alte Junkies“: Eine Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens? In: Indro: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. www.indro-online.de/Ebert3_06pdf.

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

Hentschel, A.: (2005) DrogengebraucherInnen im Alter. Abschlussbericht. im Auftrage der AIDS-Hilfe NRW e.V. http://s128542404.online.de/down/hentschel_2005_altenheim.Pdf

Stiehr, K./ISIS Frankfurt a.M.: (2006) Was machen eigentlich ... alt gewordene Suchtkranke? Vortragsmanuskript, FDR-Bundesdrogenkongress Potsdam, 22./23.05.2006