

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Olten
Masterstudium in Sozialer Arbeit
Schwerpunkt Soziale Innovation

Herausforderungen für Institutionen der Suchthilfe mit älteren opiatabhängigen Menschen in der Stadt Bern

Eine qualitative Untersuchung von Institutionen zum Umgang mit älteren opiatabhängigen
Menschen

Masterthesis von
Thomas Koller

Eingereicht bei
Dr. Jan Willem Nieuwenboom

Matrikelnummer: 15-634-827

Abstract

In der vorliegenden Masterthesis werden die Herausforderungen von Institutionen der Suchthilfe in der Stadt Bern in Zusammenhang mit opiatabhängigen Menschen untersucht, die älter als 40 Jahre alt sind. Durch die Entwicklungen der letzten 20 Jahre wurde deutlich, dass opiatabhängige Personen aufgrund der erfolgreichen schweizerischen Suchtpolitik eine immer längere Lebenserwartung haben. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass bei diesen Personen eine Voralterung von bis zu 20 Jahren stattfindet. Dadurch werden die Institutionen der Suchthilfe vor neue Herausforderungen gestellt, auf die diese fachlich adäquate Lösungen finden müssen. In dieser Masterthesis wird anhand eines qualitativen Forschungsdesigns untersucht, welche Lösungen die Institutionen im Umgang mit älteren opiatabhängigen Menschen gefunden haben und welche Herausforderungen noch zu lösen sind. Dazu wurden acht qualitative Interviews mit Expert*innen geführt, die in Suchthilfeinstitutionen in der Stadt Bern tätig sind. Es konnten fünf Herausforderungen herausgearbeitet werden, mit welchen die Institutionen konfrontiert sind. Diese fünf Herausforderungen lauten «bedürfnisgerechter Wohnraum», «ausreichend Pflegeplätze in der Stadt Bern», «soziale Isolation», «Alter und Sterben» und «grundlegende Transformation».

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die dazu beigetragen haben, dass ich diese Masterthesis fertig schreiben konnte.

Besonders möchte ich mich bei den Expert*innen bedanken, die sich dazu bereit erklärt haben, mich an ihrer Expertise teilhaben zu lassen.

Weiterer Dank gilt meinem Begleitdozenten Wim Nieuwenboom für seine fachlichen Ratschläge und Anregungen.

Eliane Wiedmer danke ich für das Lesen der Arbeit und ihre wertvollen kritischen Rückmeldungen.

Daniela Bieri danke ich für die grosse emotionale Unterstützung während des gesamten Masterthesisprozesses.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Fragestellung	8
1.2	Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit	10
2	Forschungsstand.....	12
2.1	Prävalenz	12
2.1.1	Prävalenz Opiatabhängigkeit in der Schweiz.....	12
2.1.2	Prävalenz von OAT mit Methadon und anderen Opioiden in der Schweiz	12
2.1.3	Prävalenz von OAT mit Heroin (Diaphin) in der Schweiz	13
2.1.4	Prävalenz von OAT in der Stadt Bern.....	14
2.2	Abhängigkeit im Alter	15
2.2.1	Somatische und psychische Situation	15
2.2.2	Soziale Situation	20
2.2.3	Wohn- und Betreuungsformen älterer opiatabhängiger Menschen	24
2.2.4	Bedürfnisse älterer opiatabhängiger Menschen.....	27
2.3	Bestehende Angebote der Suchthilfe in der Stadt Bern.....	29
2.3.1	Wohnen.....	29
2.3.2	Weitere Angebote der Suchthilfe in der Stadt Bern	31
3	Forschungsdesign	32
3.1	Leitfadengestützte Expert*inneninterviews	32
3.2	Sampling	34
3.3	Datenerhebung und Feldzugang	35
3.4	Beschreibung der Auswertungsmethode	36
3.5	Reflexion des methodischen Vorgehens	39
4	Ergebnisse	42
4.1	Ältere opiatabhängige Menschen	42
4.2	Soziale Systeme älterer opiatabhängiger Menschen	46
4.3	Abhängigkeit	49
4.4	Institutionelle Herausforderungen.....	51
4.5	Problemlösungen und Innovation in der Praxis.....	59

5	Diskussion der Ergebnisse	64
5.1	Herausforderung «Bedürfnisgerechter Wohnraum»	65
5.2	Herausforderung «Ausreichend Pflegeplätze innerhalb der Stadt Bern»	68
5.3	Herausforderung «Soziale Isolation»	71
5.4	Herausforderung «Alter und Sterben»	72
5.5	Herausforderung «Grundlegende Transformation»	75
6	Fazit und Ausblick	77
7	Literaturverzeichnis	80
8	Abbildungen	86
9	Anhang.....	87
9.1	Ehrenwörtliche Erklärung	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alterszusammensetzung Personen in OAT (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021c: o. S.).....	13
Tabelle 2: Alterszusammensetzung von Personen in OAT in der Stadt Bern.....	14
Tabelle 3: Wohnangebot der Suchthilfe in der Stadt Bern	30
Tabelle 4: Weitere Angebote der Suchthilfe in der Stadt Bern	31
Tabelle 5: Interviewsampling	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fünf Herausforderungen für die Suchthilfe in der Stadt Bern (eigene Darstellung)	64
---	----

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EL	Ergänzungsleistungen
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
IV	Invalidenversicherung
KODA	Heroingestützte Behandlung Bern
OAT	Opioidagonistherapie
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Definitionen

«Älter»

In dieser Arbeit wird von «älteren opiatabhängigen Menschen» geschrieben. Der Autor verwendet den Begriff «älter» im Zusammenhang mit Menschen, die ein numerisches Alter von 40 Jahren oder höher erreicht haben, und verwendet entsprechend die Altersdefinition des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (vgl. Johnston et al. 2017: 3).

«Opioidagonistherapie»

Bei einer Opioidagonistherapie, kurz OAT, werden Menschen, die an einer Opiatabhängigkeit leiden, legale Medikamente verschrieben, die eine ähnliche Wirkung haben wie illegale Opioide. In der Schweiz sind dafür unterschiedliche Medikamente zugelassen, z. B. Methadon (siehe Punkt 2.1). Opioidagonistherapien werden idealerweise von somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Massnahmen begleitet (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021a: o. S.). Sowohl umgangssprachlich als auch in der Fachliteratur wurde bisher von «Substitution» gesprochen. Dieser Begriff wird auch heute noch verwendet, gilt nach neuerer Ansicht jedoch als stigmatisierend und sollte daher vermieden werden. Mit dem Begriff «Opioidagonistherapie» werden der medizinische Charakter und die Verschreibung eines Medikamentes im Rahmen einer medizinischen Therapie hervorgehoben (vgl. Scholten et al. 2017: 151f). In dieser Arbeit wird der Begriff «Opioidagonistherapie» oder die Abkürzung «OAT» verwendet. Bei Quellen, in deren Namen noch das Wort «Substitution» verwendet wird, z. B. bei der Nationalen Substitutionsstatistik, wird aufgrund der Reproduzierbarkeit die überholte Begrifflichkeit gebraucht.

«Opiatabhängig»

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) unterscheidet im ICD-10 zwischen Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen. Die Opiatabhängigkeit wird z. B. unter dem Code F11 definiert. Multipler Substanzkonsum wird unter F19 definiert und bedeutet, dass zwei oder mehr

Substanzen gleichzeitig konsumiert werden (vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2017: o. S.). Multipler Substanzkonsum ist trotz einer Opioidagonistherapie ein verbreitetes Phänomen unter opiatabhängigen Menschen. Eine Studie mit 986 Personen in einer Opioidagonistherapie in Deutschland hat gezeigt, dass 64,5 % der Befragten neben dem im Rahmen der OAT verschriebenen Medikament noch andere Substanzen konsumierten (vgl. Gutwinski et al. 2013: 407). Der Begriff «opiatabhängig» wird in dieser Arbeit für Menschen verwendet, die an einer Opiatabhängigkeit nach ICD-10 leiden. Dadurch werden Menschen mit einbezogen, die neben Opiaten noch andere legale und/oder illegale Substanzen konsumieren und von diesen auch abhängig sein können.

1 Einleitung

Die schweizerische Drogenpolitik hat mit der Einführung der Vier-Säulen-Politik und später mit dem erweiterten Würfelmodell viele Antworten auf die in den 1990er Jahren prekäre Drogenproblematik gefunden. Die offenen Drogenszenen verschwanden aus der Öffentlichkeit und die Abhängigen erhielten mit dem Zugang zu verschiedenen OAT und verbesserter Verfügbarkeit sauberer Spritzen die dringend notwendige medizinische Unterstützung. Durch unterschiedliche Angebote des betreuten und begleiteten Wohnens, Arbeitsintegrationsprojekte und Therapiemöglichkeiten werden heroinabhängige Menschen seither dabei unterstützt, ihr Leben zu gestalten. Der Erfolg dieser Drogenpolitik führte dazu, dass abhängige Menschen älter werden (können) (vgl. Salava 2017: 9). Parallel zu dieser Entwicklung steigt die Lebenserwartung in der Schweiz generell und der Anteil älterer Personen in der Gesellschaft nimmt zu. Die niedrige Geburtenrate und der Eintritt der Babyboomer Generation ins Rentenalter verändern den Altersaufbau der Bevölkerung (vgl. Bundesamt für Statistik 2021a: o. S.). Zugleich ist festzustellen, dass die Zahl der Menschen, die beginnen, Heroin zu konsumieren, seit Jahren stagniert respektive abnimmt. Dies führt zu einer «tiefgreifenden Veränderung in der Patientenstruktur» (Dürsteler-MacFarland/Herdener/et al. 2011: 97). Die Veränderung besteht darin, dass es immer mehr ältere Patient*innen und immer weniger jüngere Patient*innen gibt, die sich in einer OAT befinden. Im Jahr 1999 waren 84.8 % der Personen in einer OAT in der Schweiz jünger als 40 Jahre. Nur 15.2 % waren älter als 40 Jahre (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021b: o. S.). Dies hat sich mittlerweile erheblich verändert. Im Jahr 2020 waren 23.1 % der Personen in einer OAT jünger und 76.9 % älter als 40 Jahre (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021c: o. S.). Doch was bedeutet «ältere» opiatabhängige Patient*innen? Und warum wird dieser Wert bei 40 Jahren festgelegt?

Es gibt unterschiedliche Definitionen von Alter. Für Höpflinger stehen historisch betrachtet seit jeher zwei Punkte bei der Beurteilung im Zentrum, wann jemand als alt gilt. Erstens wird Alter anhand sichtbarer körperlicher Symptome bestimmt. Die gebückte Haltung und das Verwenden einer Gehhilfe wie eines Stockes oder heute eines Rollators gelten als zentrale äussere Merkmale für Alter. Diese Vorstellung reicht kulturhistorisch weit zurück. Zweitens werden chronologische Altersgrenzen verwendet, um den Beginn des Alters zu definieren. Mit der Durchsetzung des Sozialversicherungssystems AHV (Alters- und Hinterlassenenversicherung) in der Schweiz und dem damit verbundenen Normalter von 65 Jahren (bei Männern) für den Bezug einer Altersrente, setzte sich diese Zahl als Beginn von Alter in der Schweiz durch (vgl. Höpflinger 2021: 3). Eine andere Möglichkeit, Alter zu definieren, besteht darin, dieses in verschiedene Phasen zu teilen und entsprechend zu benennen. Exemplarisch dafür ist eine Definition der WHO aus dem Jahr 1994. Bei dieser wird

das Alter nach folgenden Altersgruppen kategorisiert, wodurch es ermöglicht wird, ein differenziertes Bild zu erhalten: alternde Menschen (Personen zwischen 50 und Jahren), ältere Menschen (Personen zwischen 61 und 75 Jahren), alte Menschen (Personen zwischen 76 und 90 Jahren), sehr alte Menschen (Personen zwischen 91 und 100 Jahren) und hochaltrige (Personen, die über 100 Jahre alt sind) (vgl. Bojack/Brecht/Derr 2010: 14).

Durch die Verknüpfung kalendarischer Werte mit bestimmten Altersdefinitionen kann das Altern aber nur bedingt umschrieben werden. Wie schon anhand der Definition der WHO deutlich wurde, umschreibt der Begriff «Alter» vielmehr eine Lebensphase. Wann diese Lebensphase erreicht wird, ist nicht mit dem Erreichen eines numerischen Wertes (z. B. mit 65 Jahren) festgesetzt, sondern unterliegt einerseits gesellschaftlichen Konventionen und ist andererseits höchst individuell. Die Individualität zeigt sich an unterschiedlich ablaufenden Alterungsprozessen. Sie wird aber auch an der individuellen Wahrnehmung des eigenen Alters deutlich («Ich bin noch nicht alt»), was wiederum für die Wahrnehmung von Alter von hoher Bedeutung ist (vgl. Kruse 2017: 19f). Mit der Loslösung von der Verknüpfung von Alter mit einem kalendarischen Datum kann auch der Alterungsprozess differenzierter betrachtet werden. Bojack et al. definieren anhand des Bio-Psycho-Sozialen Modells drei Dimensionen, in denen der Alterungsprozess geschieht. Die biologisch-physiologische Dimension wird im Wesentlichen durch vier Systeme bestimmt. Dazu gehören das zentrale Nervensystem, das Immunsystem, das endokrine und das kardiovaskuläre System. Im Laufe der Zeit kommt es zu Dysfunktionen dieser Systeme und damit des gesamten Organismus. Zu den weiteren Dimensionen im Bio-Psycho-Sozialen Modell zählen die psychologische und die soziale Dimension. Die psychologische Dimension ist geprägt von der psychischen Belastbarkeit und dem geistigen Verarbeitungsvermögen. Die soziale Dimension ist vor allem durch Möglichkeiten der aktiven Teilhabe an der Gesellschaft gekennzeichnet. Alle drei Dimensionen stehen in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen den Alterungsprozess (Bojack et al. 2010: 18ff). Backes/Clemens weisen auf die Individualität jedes Alterungsprozesses hin. Dabei sind in den «körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Funktionsbereichen» unterschiedliche Ausprägungen möglich, wodurch sich in jeder Altersgruppe unterschiedliche Altersformen manifestieren. Der Alterungsprozess verläuft dabei in den verschiedenen Funktionsbereichen unterschiedlich schnell ab. Dies führt dazu, dass die Leistungsfähigkeit bei numerisch Gleichaltrigen erheblich variieren kann. Dadurch entsteht eine Vielfalt von Altersstadien, durch die eine präzise Definition erschwert wird (vgl. Backes/Clemens 2013: 23).

Im Zusammenhang mit Personen, die an einer Opiatabhängigkeit leiden, gibt es in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Definitionen dafür, was «älter» bedeutet. Das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) definiert den Begriff

«älter» als auf Menschen anzuwenden, die das Lebensalter von 40 Jahren erreicht haben (vgl. Johnston et al. 2017: 3). In einer Studie in Hamburg zum Thema ältere opiatabhängige Menschen wurde der Wert für «älter» bei mehr als 45 Lebensjahren festgelegt (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 167). Diese numerisch niedrig angesetzte Definition von «älter» steht im Widerspruch mit der aktuellen gesellschaftlichen Vorstellung von diesem Begriff. Der Grossteil der Gesellschaft teilt die Auffassung nicht, dass ein Mensch ab 40 Jahren als «alt» zu bezeichnen ist. Es stellt sich die Frage, aus welchem Grund dies also bei opiatabhängigen Menschen so gehandhabt wird. In diversen Studien (siehe Punkt 2 «Forschungsstand») konnte festgestellt werden, dass von illegalen Drogen abhängige Menschen biologisch schneller altern als die Durchschnittsbevölkerung. Die «Voralterung» kann individuell bis zu 30 Jahre ausmachen (vgl. Egli 2007: 2).

Um das Jahr 2010 gab es erstmals eine fachliche Diskussion zum Thema ältere Opiatabhängige, da dieses Gebiet neu war und daher in der Forschung erst ein geringes Mass an Beachtung fand (vgl. Vogt 2009: 29). Dies führte dazu, dass Texte, Studien und Referate dazu sowohl in der Schweiz als auch international veröffentlicht wurden. Gossop schrieb in einem Artikel für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht im Jahr 2008 von einem bisher «vernachlässigten Problem» (Gossop 2008: 1). Substanzkonsum werde für gewöhnlich nur mit jungen Menschen assoziiert. Für die Gruppe der älteren Menschen lägen nur beschränkt Erkenntnisse vor. Die Prognosen für die kommenden Jahre seien aber «besorgniserregend» (ebd.). Han et al. schrieben im Jahr 2010 von einer noch nie dagewesenen Herausforderung für das amerikanische Gesundheitssystem in Bezug auf die älter werdende Gruppe von Drogenkonsument*innen (vgl. Han/Gfroerer/Colliver 2010: 295). Dürsteler-MacFarland/Vogel wiesen auf die fehlenden wissenschaftlichen Daten zur bedürfnisgerechten Behandlung älterer Patient*innen hin. Vielerorts in der Schweiz beständen Mängel und Widerstände im Versorgungssystem im Zusammenhang mit älteren Opiatabhängigen (vgl. Dürsteler-MacFarland/Vogel 2010: 29). Anhand dieser exemplarischen Aussagen wird deutlich, wie drängend die Frage des Umgangs mit älteren opiatabhängigen Personen vor knapp zehn Jahre diskutiert wurde. Darauf wurde auch vom EMCDDA hingewiesen. Dieses schrieb, dass im Jahr 2010 kein EU-Mitgliedstaat die Bedürfnisse älterer Opiatabhängiger in seinen Alkohol- und Drogenstrategien berücksichtige. Sieben Jahre später verwies es darauf, dass sich dies noch nicht signifikant geändert habe, auch wenn allmählich Entwicklungen erkennbar würden (vgl. Johnston et al. 2017: 7). Auch in der Schweiz führte der Aufruf aus der Forschung zu unterschiedlichen Projekten zum Umgang mit älteren Opiatabhängigen. Uchtenhagen kam im Jahr 2013 zum Schluss, dass das Problem früher vernachlässigt worden sei, die Botschaft, dass diese Problematik fachlich bearbeitet werden muss, sei nun aber teilweise angekommen (vgl. Uchtenhagen 2013: 4). Dass die Ergebnisse der Forschung nur teilweise in der Praxis angekommen sind, bestätigte der Fachverband

Sucht Schweiz indirekt, indem er im Jahr 2017 schrieb, dass die meistgenannten Probleme im Zusammenhang mit der Versorgung älterer Abhängiger darin beständen, dass ein Mangel an diversifizierten Angeboten vorherrsche. Insbesondere für pflegebedürftige opiatabhängige Menschen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, sowie für Abhängige, die an Demenz leiden, fehle es an Pflegeplätzen. Als weiteres Problem verortete der Fachverband Sucht Schweiz, dass die bestehenden Alters- und Pflegeheime oftmals nicht genügend auf diese Klientel vorbereitet seien. Dies zeige sich sowohl an der fehlenden Auseinandersetzung mit Handlungsfragen als auch an der mangelnden fachlichen Ausbildung der Fachpersonen (vgl. Fachverband Sucht 2017: 1f). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Bachmann et.al. im Jahr 2019. Suchtprobleme bei älteren Menschen würden Pflegefachleute und Pflegeorganisationen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Viele seien nicht ausreichend für den Umgang mit Sucht vorbereitet (vgl. Bachmann/Gotsmann/Wenger 2019: 12). Um dieses Problem zu bearbeiten, wurde ein nationales Kooperationsprojekt «Sucht im Alter – Grundlagen, Sensibilisierung und Vernetzung» initiiert, das im Jahr 2020 beendet wurde. Im Rahmen dieses Projekts wurden Grundlagen für die Verbesserung des Umgangs mit älteren Abhängigen für Institutionen im Pflege- und Heimbereich erarbeitet. Dazu gehörten «ein Betreuungskonzept für Altersheime, Ethikempfehlungen im Umgang mit alternden abhängigen Menschen sowie Schulungsgrundlagen» (Infodrog 2021: o. S.).

Die publizierten Konzepte, Überlegungen und Forschungen sind häufig auf die Herausforderungen für Institutionen der Altenhilfe bezogen. In diesem Bereich waren das Begleiten und Betreuen opiatabhängiger Menschen oftmals neu und entsprechend mussten die bestehenden Konzepte angepasst werden, um die Herausforderungen professionell bewältigen zu können. Neben den Pflegeinstitutionen im Altersbereich sind aber auch Institutionen der Suchthilfe mit einer alternden Klientel konfrontiert. Oftmals kann mit den bestehenden Konzepten nicht ausreichend auf den Bedarf dieser Klientel reagiert werden. Es ist entsprechend unklar, wie die Institutionen in der Suchthilfe mit den Herausforderungen der älteren Klientel umgehen. Mit dieser Masterthesis möchte der Autor einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu schliessen.

1.1 Fragestellung

In der Stadt Bern wurde im Jahr 1986 der weltweit erste offizielle Drogenkonsumraum errichtet, «Fixerstübli» genannt. Dieses Pionierprojekt war der Versuch, auf innovative Weise dem neu auftretenden Problem der offenen Drogenszenen in der Schweiz entgegenzutreten. Das Fixerstübli besteht bis heute und wird unter dem Namen «Kontakt- und Anlaufstelle» von der Stiftung Contact betrieben (vgl. Deutsch 2016: 56). Die Initiant*innen dieses Projekts legten mit dieser Innovation in der Stadt Bern einen der Grundsteine, anhand derer später die erfolgreiche Vier-Säulen-Politik der Schweizer Drogenpolitik entwickelt wurde. An den

Projekten der Suchthilfe in der Stadt Bern wurden bedeutende Innovationsfähigkeiten deutlich, um auf die Bedürfnisse der Klientel zu reagieren und daraus angemessene Hilfestellungen zu entwickeln. Neben der Stiftung Contact konnten in der Stadt Bern unterschiedliche Angebote der Suchthilfe etabliert werden, und diese trugen wegen des innovativen Vorgehens dazu bei, dass die Betreuung opiatabhängiger Menschen bisher professionell und bedarfsgerecht gestaltet werden konnte. Unklar ist, wie die bestehenden Institutionen mit den Bedürfnissen der älteren Klientel umgehen und wie sie auf diesen Transformationsprozess reagieren. Es stellt sich die Frage, ob die Herausforderungen mit der gleichen Innovationsfreudigkeit wie in den 1980er Jahren bearbeitet werden.

Für die Stadt Bern fehlen bisher entsprechende Untersuchungen. Chalupny analysierte im Jahr 2010 in ihrer Arbeit die Schnittstellen zwischen Sucht- und Altenhilfe und legte den Fokus ihrer Untersuchung auf die Befragung von Institutionen im Altersbereich. Sie stellte fest, dass es in der Stadt Bern einen Bedarf für eine spezifische Institution für pflegebedürftige Drogenkonsument*innen gibt (vgl. Chalupny 2010: 45). Aussagen dazu, wie die bestehenden Institutionen der Suchthilfe mit dem Thema der älteren opiatabhängigen Menschen umgehen und welchen Herausforderungen sie sich stellen müssen, wurden in ihrer Untersuchung nicht getroffen.

Die Veränderung der Klient*innenstruktur bei Menschen mit Opiatabhängigkeit zeigt sich auch in der Stadt Bern. Im November 2021 befanden sich 439 Personen mit Wohnsitz in der Stadt in einer OAT-Behandlung. Davon waren 81.1 % der Personen älter als 40 Jahre alt und entsprechend nur noch 18.9 % jünger als 40 Jahre (vgl. Labhart/Nyfeler/Maffli 2021: o. S.). Diese grundlegende Veränderung in der Klient*innenstruktur bedeutet für die Institutionen der Suchthilfe, dass neue Herausforderungen auf sie zukommen, welche gelöst werden müssen, um eine professionelle und adäquate Hilfestellung bieten zu können. In dieser Masterthesis wird diese Herausforderung untersucht. Die Fragestellung lautet:

Welche ungelösten Herausforderungen bestehen für Institutionen im Bereich der Suchthilfe in der Stadt Bern, die mit über 40-jährigen opiatabhängigen Menschen zusammenarbeiten?

1.2 Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit

«Sucht ist (auch) ein soziales Problem» (Gremmiger 2021: 17). Durch den Titel des Texts von Gremmiger wird beschrieben, dass Abhängigkeit nicht nur eine Krankheit ist, die den Körper betrifft, sondern auch eine soziale Dimension aufweist. Die soziale Dimension weist einerseits einen inneren Aspekt in Bezug auf die abhängige Person als Mitauslöser der Krankheit auf und andererseits hat sie auch einen äusseren Aspekt, der die Gesellschaft betrifft, die mit den Folgeproblemen der Abhängigkeit konfrontiert ist. Abhängigkeit zeigt sich entsprechend in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, auch in vielen Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit im Allgemeinen. Soziale Arbeit erfolgt aber auch konkret in spezifischen Angeboten der Suchthilfe, sei es in der Schadensminderung, der Prävention oder der Therapie. Dabei wird auf die sozialen Aspekte der Gesundheit geachtet, auf die Lebensverhältnisse, die Lebensqualität und die (Wieder-)Erschliessung von Ressourcen (vgl. ebd.). Gremmiger verweist mit ihrem Titel auf ein Bio-Psycho-Soziales Verständnis von Abhängigkeit. Im Bio-Psycho-Sozialen Modell wird die Gesundheit des Menschen ganzheitlich betrachtet. Die drei Ebenen stehen in Wechselwirkung zueinander. Bei Ressourcendefiziten auf einer dieser Ebenen zeigen sich Symptome und Krankheiten auf anderen Ebenen. Entsprechend gilt für die Gesundheitsförderung die Ressourcenaktivierung auf allen Ebenen und so ist auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachdisziplinen Medizin, Psychologie, Psychiatrie und Soziale Arbeit gefordert (vgl. Böhm 2019: 241f). Abhängigkeit ist eine komplexe Krankheit, die sich auf allen drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells ausdrückt. Die Arbeit mit abhängigen Menschen geht mit einer Vielzahl von Problemstellungen einher, die nur interdisziplinär bearbeitet werden können. Im Rahmen der Sozialen Arbeit wird die soziale Dimension in den Bereichen «Suchtgefährdung, Suchtentwicklung, Rehabilitation und Lebensführung unter den Bedingungen von Sucht» (Laging 2020: 174) bearbeitet.

Die Erforschung des Alterns, also die Gerontologie, und die Professionalisierung der Sozialen Altenarbeit waren in der Schweiz lange Zeit weniger fortgeschritten als in vergleichbaren Ländern der EU. Dies liegt nach Höpflinger einerseits am föderalistischen System und andererseits an der generell langsam verlaufenden Entwicklung des Sozial- und Wohlfahrtsstaats (vgl. Höpflinger 2018: 1). Erst in den 1990er Jahren fand eine breite Professionalisierung statt und an Schweizer Universtitäten und Fachhochschulen entwickelte sich die Forschung (vgl. ebd.: 8). Die Soziale Arbeit entwickelte dabei aus ihrem spezifischen Fachwissen und ihrer Methodik ein eigenes Handlungsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit. Ziel war es, das Fachwissen auf die Lebensverhältnisse älterer Menschen anzuwenden. Daraus entstand ein Verständnis, welches unter dem nicht näher definierten Begriff «Altersarbeit» zusammengefasst werden kann (vgl. Schroeter/Knöpfel 2020: 99). Schroeter und Knöpfel weisen aber auch darauf hin, dass es durch die Soziale Arbeit bisher nur unzureichend

gelingen sei, eine eigenständige Expertise oder Linderung für Problemlagen im Alter zu generieren. Sie führen dies darauf zurück, dass es insbesondere in der Altersarbeit eine Dominanz medizinisch-pflegerischer Professionen gibt (vgl. ebd.: 104f).

Die Relevanz der Problematik für die Soziale Arbeit ergibt sich sowohl aus dem Handlungsfeld der Suchthilfe als auch aus jenem der Altersarbeit. Hier überschneiden sich zwei Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, in denen jeweils spezifisches Fachwissen generiert wurde, das verknüpft und verbunden werden muss, um den Betroffenen mit professioneller und adäquater Hilfestellung eine gelingende Lebensführung ermöglichen zu können.

2 Forschungsstand

2.1 Prävalenz

2.1.1 Prävalenz Opiatabhängigkeit in der Schweiz

Opiate sind psychoaktive Substanzen, die aus dem Milchsaft des Schlafmohns gewonnen werden. Dieser Milchsaft enthält hauptsächlich Morphin und Codein (vgl. Sucht Schweiz 2020: o. S.). Neben den ursprünglichen Varianten gibt es eine grosse Menge synthetisch hergestellter Opioide, die eine morphinähnliche Wirkung haben. Dazu gehören z. B. Heroin, Oxycodone und Hydrocoden (vgl. Reed et al. 2014: 1). Opiate können dem Körper auf unterschiedliche Weise zugeführt werden. Sie werden geschluckt, geraucht oder mit einer Spritze injiziert. In einer Studie des Bundesamts für Gesundheit aus dem Jahr 2016 wird zum Schluss gekommen, dass in der Schweiz schätzungsweise 0.7 % der Bevölkerung einmal in ihrem Leben Opiate konsumiert haben (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2021a: o. S.). Es wird davon ausgegangen, dass in der Schweiz aktuell ca. 25'000 Menschen von Opiatabhängigkeit betroffen sind (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin 2020: 4).

Opiatabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit, die durch eine Kombination verschiedener Faktoren entstehen kann. Dazu gehören genetische und psychische Faktoren der konsumierenden Person, das soziale Umfeld, in der sich die konsumierende Person bewegt, und die pharmakologischen Eigenschaften der Opiate selbst (vgl. van den Brink/Haasen 2006: 636). Betroffene leiden sowohl unter physischer als auch psychischer Abhängigkeit. Zu den psychischen Symptomen zählen u. a. ein starkes Craving, also Verlangen nach der Substanz, Kontrollverlust hinsichtlich Zeitpunkt, Ort und Menge der Einnahme der Substanz und der fortgeführte Konsum trotz teilweise erheblicher gesundheitlicher und sozialer Probleme, die sich durch den Konsum ergeben. Als physische Symptome gelten die Entwicklung von Toleranz, dass also immer grössere Mengen konsumiert werden müssen, damit der gewünschte Effekt eintritt, sowie das Auftreten von Entzugserscheinungen bei Beendigung der Suchtmittelinnahme (vgl. Scherbaum/Bonnet 2018: 485).

2.1.2 Prävalenz von OAT mit Methadon und anderen Opioiden in der Schweiz

In der Schweiz sind zur Behandlung von Opiatabhängigkeit unterschiedliche Medikamente zugelassen, die den Patient*innen im Rahmen einer OAT gegeben werden können. Seit 1975 besteht in der Schweiz die gesetzliche Grundlage dafür, Methadon verschreiben zu dürfen. Die Wirksamkeit einer OAT ist wissenschaftlich unumstritten (vgl. van den Brink/Haasen 2006: 642). Neben Methadon werden in der Schweiz auch andere Opioide wie Buprenorphin oder Sevre Long (retardierendes Morphin) in der OAT eingesetzt. Ziele der Therapie sind die Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustands der Betroffenen, die

Förderung der sozialen Integration, die Verminderung risikobehafteten Konsums, die Distanzierung der Betroffenen von einem kriminellen Milieu respektive die Verhinderung von Beschaffungskriminalität und die Schaffung von Bedingungen für eine dauerhafte Abstinenz (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2021b: o. S.).

In der Nationalen Substitutionsstatistik wird für das Jahr 2020 angegeben, dass sich in der Schweiz 16'144 Personen in einer OAT befanden. Davon waren 72.4 % Männer und 26.8 % Frauen. Es waren 803 Personen jünger als 30 Jahre alt, was 5.1 % entspricht. Die Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren umfasste 2895 Personen, was 18 % darstellt, und 12'317 Personen waren älter als 40 Jahre, was 76.9 % der Gesamtzahl ausmacht. Die höchste Altersgruppe war wie folgt zusammengesetzt:

Altersgruppe	Anzahl Personen	Anzahl Personen in Prozent
40 bis 44 Jahre alt	2091	13.1 %
45 bis 49 Jahre alt	3'046	19.0 %
50 bis 54 Jahre alt	3353	20.9 %
55 bis 59 Jahre alt	2307	14.4 %
60 bis 64 Jahre alt	1125	7 %
65 bis 69 Jahre alt	320	2 %
70 Jahre und älter	75	0.5 %

Tabelle 1: Alterszusammensetzung Personen in OAT (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021c: o. S.)

Vergleicht man diese Zahlen mit früheren Jahren ist eine deutliche Alterung der Patient*innen sichtbar. Im Jahr 1999 waren 35.8 % der Patient*innen jünger als 30 Jahre. Die Anzahl der Personen von 30 bis 40 Jahren entsprach 49 %. Laut der Statistik machte die Gruppe der 40-jährigen und älteren Personen 15.2 % aus. Eine Kategorie, in der ältere Gruppen abgebildet werden, wurde im Jahr 1999 nicht gebildet (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021b: o. S.).

2.1.3 Prävalenz von OAT mit Heroin (Diaphin) in der Schweiz

Obwohl die Behandlung mit pharmazeutisch hergestelltem Heroin (der Medikamentenname lautet Diaphin) Ähnlichkeiten mit jener mit anderen Medikamenten in der OAT aufweist, ist Erstere gesetzlich anders geregelt. Entsprechend werden auch die Prävalenzzahlen für die am Programm teilnehmenden Patient*innen in gesonderten Statistiken erhoben (vgl. Nationale Substitutionsstatistik 2021a: o. S.) Anders als z. B. die OAT mit Methadon ist die Therapie mit

Diaphin nur in speziell dafür zugelassenen Abgabestellen möglich und wird nicht in der gesamten Schweiz angeboten. Im Jahr 2019 waren 22 Institutionen in 13 Kantonen berechtigt, Diaphin abzugeben (vgl. Gmel/Labhart/Maffli 2020: 7). Die Hürden für eine Therapie sind höher als bei anderen OAT-Medikamenten. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre, es muss eine schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren bestehen und es müssen wenigstens zwei erfolglose Behandlungsversuche erfolgt sein (z. B. Aufenthalt in einer Entzugsklinik) (vgl. ebd.: 8). Im Jahr 2019 waren in der Schweiz 1663 Patienten in einer heroingestützten Behandlung. Die Zahlen sind stabil und stagnieren zwischen 1496 Personen im Jahr 2005 und 1799 im Jahr 2018. Die Alterszusammensetzung ist vergleichbar mit jener bei der OAT mit anderen Medikamenten. Auch hier wird eine deutliche Alterung erkennbar. Im Jahr 1994 waren 78 % der Patient*innen jünger als 35 Jahre. Im Jahr 2017 waren weniger als 15 % jünger als 35 Jahre (vgl. ebd.: 11f).

2.1.4 Prävalenz von OAT in der Stadt Bern

Für die Stadt Bern wurden bisher keine gesonderten Prävalenzen für Opiatabhängigkeit ermittelt. Das Kantonsarztamt des Kantons Bern muss aber für jede ärztliche Verschreibung einer OAT eine entsprechende Bewilligung ausstellen, weshalb Aussagen zur Prävalenz möglich sind. Eine entsprechende Anfrage beim Kantonsarztamt Bern hat ergeben, dass sich 439 Personen mit Wohnsitz in der Stadt Bern im November 2021 in einer OAT befanden. Es wurde 26.2 % Methadon, 7.7 % Buprenorphin, 60.6 % retardiertes Morphin und 4.3 % Levomethadon verschrieben. Dem Rest wurden andere Opioide verabreicht. Die Altersverteilung in der Stadt Bern ist wie folgt gestaltet:

Altersgruppe	Anzahl Personen Stadt Bern	Anzahl Personen in Prozent Stadt Bern	Anzahl Personen in Prozent CH-Durchschnitt
0 bis 39 Jahre alt	83	18.9 %	23.1 %
40 bis 49 Jahre alt	109	24.8 %	32.1 %
50 bis 59 Jahre alt	200	45.6 %	35.3 %
60 Jahre und älter	47	10.7 %	9.5 %

Tabelle 2: Alterszusammensetzung von Personen in OAT in der Stadt Bern

Vergleicht man diese Zahlen mit der nationalen Statistik, wird eine fortgeschrittenere Alterung in der Stadt Bern ersichtlich. Die Gruppe der 50- bis 59-jährigen ist deutlich grösser als im nationalen Durchschnitt (vgl. Labhart et al. 2021: o. S.).

2.2 Abhängigkeit im Alter

2.2.1 Somatische und psychische Situation

Altern ist ein fortschreitender Prozess, den jeder Mensch durchläuft. Die optimale Funktionsfähigkeit des Körpers erreicht der Mensch im Erwachsenenalter. Danach erfolgt eine stetige Funktionsverschlechterung, die den gesamten Organismus betrifft, bis dieser schliesslich stirbt. Das biologische Alter ergibt sich aus einer Wechselwirkung von genetischen, umweltbedingten und verhaltensbedingten Faktoren sowie Krankheiten. Von einer vorzeitigen Alterung spricht man, wenn das biologische Alter das kalendarische Alter übersteigt und die typischen Alterungsphänotypen in einem früheren Alter auftreten als bei der Durchschnittsbevölkerung. Opiatabhängige Menschen sind aus verschiedenen, in Wechselwirkung miteinander stehenden Gründen von einer vorzeitigen Alterung betroffen. Opiatabhängigkeit ist oft mit riskantem Gesundheitsverhalten verbunden. Dies umfasst z. B. intravenösen Konsum von Substanzen, wodurch die Anfälligkeit für Infektionen erhöht wird, welche wiederum das Immun- und Entzündungssystem aktivieren und so z. B. die Gefässalterung beschleunigen können. Weitere Faktoren, die zu einer vorzeitigen Alterung bei opiatabhängigen Menschen beitragen können, sind Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, chronischer Schlafmangel sowie die begrenzte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (vgl. Bachi et al. 2017: 34f).

2.2.1.1 Körperliche Beschwerden

Ältere opiatabhängige Menschen leiden an unterschiedlichen Krankheiten. In einer Studie, die in Frankfurt/Berlin mit älteren opiatabhängigen Menschen (50 Jahre und älter) durchgeführt wurde, werden folgende Krankheiten genannt: Hepatitis/Lebererkrankungen (62 %), Zahnerkrankungen (42 %), Lungenerkrankungen/Tuberkulose (22 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (22 %), Venenerkrankungen (20 %), Arthritis, Arthrose (16 %), HIV (16 %), Nieren-Blasenerkrankung (10 %), Osteoporose (6 %), Diabetes (4 %) und Krebs (2 %) (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 56). Ein direkter Vergleich dieser Zahlen mit den Zahlen der deutschen Durchschnittsbevölkerung ist nur bedingt möglich, da mehrere Diagnosen unter einem Begriff zusammengefasst wurden.

In einer Vergleichsstudie aus Hamburg, in welcher ältere (45 Jahre und älter) mit jüngeren Opiatabhängigen verglichen wurden, gaben 30,7 % der Opiatabhängigen, die älter als 45-jährig waren, an, dass sie unter «erheblichen» bzw. «extremen» gesundheitlichen Belastungen leiden. Bei der Vergleichsgruppe unter 45 Jahren lag dieser Wert bei 18 %. Die gesundheitlichen Belastungen betreffen Schädigungen des Nervensystems (15,1 % > 45 Jahre / 7,9 % < 45 Jahre), Leberschäden (37,8 % > 45 Jahre / 7,9 % < 45 Jahre), Atemwegserkrankungen (24,5 % > 45 Jahre / 16,5 % < 45 Jahre) und Herz-Kreislauf-

Probleme (24,1 % > 45 Jahre / 12,6 % < 45 Jahre). In der Hamburger Studie konnten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden, die zwischen 1 % und 6 % liegen. Frauen gaben z. B. mit 33,6 % zu 29,8 % häufiger an, unter «erheblichen» bzw. «extremen» gesundheitlichen Belastungen zu leiden (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 27). In einer Vergleichsstudie zwischen älteren männlichen und älteren weiblichen Opiatabhängigen aus den USA wurde festgestellt, dass deutlich mehr Frauen als Männer ihre Gesundheit als schlecht einschätzen (27,3 % gegenüber 8,4 %). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind in dieser Studie bedeutender als in der Hamburger Vergleichsstudie. Von den Frauen gaben 36,2 % an, z. B. Probleme mit dem Herzen zu haben, von den Männern nur 19,5 %. Die Unterschiede können nicht auf geschlechterspezifische Unterschiede im Konsum zurückgeführt werden. Das Konsumverhalten, also die Menge, die Substanz und die Art des Konsums der Studienteilnehmenden, war vergleichbar (vgl. Grella/Lovinger 2012: 309f). Die Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei älteren opiatabhängigen Menschen sind nicht einheitlich. Hamilton/Grella stellten 2009 fest, dass nur begrenzt Belege für die Existenz signifikanter Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden können. Sie fanden mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede in Bezug auf die Auswirkungen des Drogenkonsums und des Alterns. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass ihr Studiendesign mittels Fokusgruppen nur eingeschränkt Erkenntnisse liefern konnte (vgl. Hamilton/Grella 2009: 123).

Eine 33 Jahre dauernde Follow-up-Studie aus den USA mit suchtkranken Menschen, deren Durchschnittsalter 58,4 Jahre betrug, hat gezeigt, dass 58,3 % der Teilnehmenden an Bluthochdruck leiden. Der Cholesterinspiegel war bei 22,4 % der Personen erhöht. Der Wert für den Insulinspiegel lag bei 18,6 %, was ein deutliches Risiko für Diabetes nach sich zieht. Fast 30 % wiesen abnormale Herzaktivität auf und mehr als die Hälfte hatte ungesunde Leberwerte (vgl. Hser et al. 2004: 613f). Im Vergleich mit der amerikanischen Durchschnittsbevölkerung wurde die Chronisch Obstruktive Lungenkrankheit (COPD) 2,4-mal häufiger festgestellt. Hepatitis C wurde 37-mal häufiger festgestellt. Der erhöhte Insulinspiegel von 18,6 % ist dreimal höher als jener der Durchschnittsbevölkerung (vgl. ebd.: 616f).

Ältere Drogenkonsumierende, die jahrelang Heroin und andere Drogen intravenös konsumierten, haben Probleme mit vernarbten Venen. Dies führt dazu, dass sie Mühe haben, weiterhin intravenös zu konsumieren. Es ist aber auch ein Problem für Spitäler und Hausärzte, da diese den Patienten nur unter erschwerten Bedingungen Blut abnehmen können (vgl. Anderson/Levy 2003: 767).

Langjähriger Opiatkonsum kann zu reduzierter Knochendichte führen. In einer Studie mit Proband*innen mit einem Durchschnittsalter von 33,9 Jahren wurde festgestellt, dass 74 % der Probandin*innen eine reduzierte Knochendichte hatten, und 16 % litten an Osteoporose,

einer typischen Alterskrankheit, bei der die Knochensubstanz abnimmt und die Knochen instabil und brüchig werden. Die Studienautoren weisen darauf hin, dass die Ursache auch die Folge von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sein könnte, welche die Proband*innen aufgrund häufiger Komorbidität mit psychischen Erkrankungen einnehmen (vgl. Dürsteler-MacFarland/Kowalksi/et al. 2011: 579). Die abnehmende Knochendichte ist insbesondere im Hinblick auf den häufigen Nebenkonsum ein Problem. Durch den ausgelösten Rausch steigt die Wahrscheinlichkeit, zu stürzen, was bei Osteoporose schwere Brüche nach sich ziehen kann.

In der Studie aus Frankfurt/Berlin wurde festgestellt, dass eine Mehrheit von 62 % der opiatabhängigen Menschen an Hepatitis C litten (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 56). Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Studien, die zu dieser Zeit veröffentlicht wurden. Dies liegt hauptsächlich an risikobehaftetem Konsum der Drogen (z. B. die Verwendung nicht sauberer Spritzen). Es besteht dabei die Gefahr, sich mit Hepatitis C anzustecken. Ungefähr die Hälfte aller Ansteckungen mit Hepatitis C in der Schweiz kann auf risikoreichen Drogenkonsum zurückgeführt werden (vgl. Verein Hepatitis Schweiz 2021: o. S.). In Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit wird davon ausgegangen, dass in der Schweiz im Jahr 2015 zwischen 7700 und 15'400 Personen mit einer Drogenabhängigkeit lebten, die an Hepatitis C litten. Jedes Jahr stecken sich ca. 500 Personen neu durch intravenösen Drogenkonsum mit Hepatitis C an (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2019: 7).

Es ist festzuhalten, dass sich die Situation hinsichtlich der Hepatitis-C-Erkrankungen dank neu zugelassener Medikamente erheblich verbessern könnte. Durch die neu entwickelten Medikamente bestehen wesentlich höhere Heilungschancen und zugleich deutlich reduzierte Nebenwirkungen im Vergleich mit früheren Behandlungsmethoden. Die Chance für eine Heilung ist dank der neuen Medikamente hoch (96 %) (vgl. Verein Hepatitis Schweiz 2021: o. S.).

Neben den aufgezählten Krankheiten und Beschwerden darf nicht vergessen werden, dass der Konsum von Opiaten selbst immer noch zu Todesfällen führen kann. Obwohl Menschen in einer OAT aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Vorsorge älter werden und auch die Zahl der Toten durch eine Überdosis seit den 1990er Jahren um fast zwei Drittel abgenommen hat, sterben weiterhin Menschen an den unmittelbaren Folgen des Drogenkonsums. Die Zahl der jährlich an einer Überdosis sterbenden Menschen in der Schweiz liegt seit Jahren konstant bei ungefähr 130 Personen pro Jahr (vgl. Schweizer Gesundheitsobservatorium 2021: o. S.).

2.2.1.2 Psychische Beschwerden

Psychische Beschwerden sind bei opiatabhängigen Menschen im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung generell erhöht. Durch eine Metaanalyse von Frei/Rehm wurde

gezeigt, dass die Lebenszeitprävalenz einer komorbiden psychischen Erkrankung bei 78 % liegt. Es treten insbesondere Persönlichkeitsstörungen mit 42 % gehäuft auf. Es leiden 31 % an einer affektiven Störung (vgl. Frei/Rehm 2005: 127). Die Autoren verweisen darauf, dass die Spannweite der ausgewählten Studien oft hoch ist (z. B. liegt sie bei Angststörungen zwischen 3 % und 46 %). Dies ist auf nicht standardisierte Erhebungsmethoden und Erhebungszeitpunkte der einzelnen Studien zurückzuführen (vgl. ebd.: 128). Insbesondere das gehäufte Auftreten von Persönlichkeitsstörungen kann zu sozialen Problemen in Beziehungen zu anderen Menschen führen, was im Hinblick auf eine mögliche Durchbrechung der sozialen Isolation nicht förderlich ist (siehe 2.2.2.1 Soziale Isolation).

Sowohl in der Hamburger Vergleichsstudie als auch in der Studie aus Frankfurt/Berlin wurde nach psychischen Problemen gefragt. Die Ergebnisse aus der Frankfurt/Berlin-Studie decken sich mit den Erkenntnissen aus der Metanalyse von Frei/Rehm. Ältere opiatabhängige Menschen leiden ebenso an psychischen Erkrankungen wie jüngere und es ist keine Abnahme erkennbar. Von den Proband*innen gaben 32 % an, zum Befragungszeitpunkt an Depressionen zu leiden, und bei 28 % lagen zum Zeitpunkt der Befragung Panik- und Angststörungen vor. Es gaben 10 % an, an einer Essstörung erkrankt zu sein. Es hatten 40 % in ihrem Leben Suizidgedanken und 36 % hatten versucht, sich das Leben zu nehmen (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 57).

Auch in der Hamburger Vergleichsstudie fällt auf, dass die psychischen Belastungen älterer und jüngerer opiatabhängiger Personen ähnlich sind. «Erhebliche» bzw. «extreme» psychische Belastungen gaben jeweils ein Drittel der untersuchten Personen an (36,3 % > 45 Jahre/35,4 % < 45 Jahre). Bei der Kategorie depressive Stimmungen (24,0 % > 45 Jahre/20,5 % < 45 Jahre) ist eine leichte Erhöhung bei älteren Personen zu erkennen. In der Kategorie Aggressionen (6,4 % > 45 Jahre/9,0 % < 45 Jahre) ist der Wert für die Gruppe der älteren Opiatabhängigen geringfügig niedriger. Bedeutendere Unterschiede konnten zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Von den Frauen gaben 42 % an, unter «erheblichen» bzw. «extremen» psychischen Belastungen zu leiden, im Gegensatz zu 34,6 % der Männer. Sie leiden häufiger an Ängsten/Phobien (20,4 % gegenüber 13,2 %) und depressiven Verstimmungen (29,4 % gegenüber 22,4 %). Auffallend hoch sind auch in dieser Studie die Angaben zu Suizidversuchen. Von den opiatabhängigen Frauen in der Studie gaben 38 % an, in ihrem Leben schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. Bei den untersuchten Männern lag dieser Wert bei 27,4 % (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 28).

Demenz ist eine Krankheit, die vor allem im Alter auftritt. Als Demenz wird ein krankhafter geistiger Abbau, vor allem des Erinnerungsvermögens, beschrieben, der über die normale Vergesslichkeit im Alter hinausgeht. Die Ursachen für eine Demenz sind multifaktoriell. Dabei sind die Lebens- und Lerngeschichte und das Bildungsniveau von hoher Bedeutung dafür,

wann die Krankheit in Erscheinung tritt. Menschen mit höherem Bildungsniveau haben mehr kognitive Reservekapazitäten, was dazu führt, dass bei identischem Ausmass neurodegenerativer Veränderungen im Gehirn eine klinische Manifestation später eintritt (vgl. Wolter 2011: 63f). Die Demenzerkrankung ist eine komplexe Krankheit, deren Entstehung nicht auf einen Faktor reduziert werden kann. Der langjährige Konsum von Drogen ist ein möglicher Faktor für die Entstehung von Demenz. Dabei ist festzuhalten, dass es oft nicht die unmittelbaren neurotoxischen Auswirkungen der unterschiedlichen Suchtmittel sind, die zu einer Demenz führen, sondern die Folgewirkungen, die mit dem Substanzmissbrauch in Zusammenhang stehen (z. B. Hepatis C, HIV, Wernicke-Korsakoff-Syndrom etc.) (vgl. ebd.: 71f). Für einzelne Substanzen liegen Studien vor, in denen aufgezeigt wird, dass der langfristige Konsum dieser Substanzen das Demenzrisiko erhöhen kann. Ein langfristiger erhöhter Konsum von Alkohol kann zu einem Vitamin-B1-Mangelsyndrom führen, welches wiederum eine Demenz begünstigen kann (vgl. ebd.: 74). Für Nikotin wurde nachgewiesen, dass es ein Faktor für die Entstehung bzw. Verschlimmerung einer Demenzerkrankung sein kann (vgl. Ott et al. 1998: 1841). Benzodiazepine können eine kognitive Beeinträchtigung hervorrufen. Die Beeinträchtigungen sind dabei vielfältig und betreffen unterschiedliche Prozesse im Gehirn an. Die Fähigkeit zur Aufnahme neuer Informationen bei langfristigem Konsum wird ebenso beeinträchtigt wie jene zur Verknüpfung von Informationen (vgl. Beracochea 2006: 1461). Bei der Einnahme von Opiaten sind Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Gedächtnisabruf und die räumliche Orientierung betroffen. Wie bei der Alkoholabhängigkeit sind es vor allem die sekundären Folgeerkrankungen der Abhängigkeit, die zu dauerhaften strukturellen Schädigungen im Gehirn führen können, wodurch wiederum eine Demenz ausgelöst werden kann (vgl. Wolter 2011: 79).

Obwohl für einzelne Substanzen ein erhöhtes Demenzrisiko nachgewiesen werden konnte und in der Fachliteratur darauf hingewiesen wird, dass die Altersdemenz früher eintreten kann, ist die Diagnose der Demenz bei den Proband*innen in den Studien aus Hamburg und Frankfurt/Berlin nicht enthalten (Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010, Degkwitz/Zurhold 2008). Dies kann daran liegen, dass an Demenz erkrankte Proband*innen nicht an der Studie teilgenommen haben oder dass Vergesslichkeit auf die Wirkung der Drogen zurückgeführt wurde, und nicht auf eine beginnende Demenz. In der Studie aus Frankfurt/Berlin wurde z. B. unter psychischen Krankheiten schwere Vergesslichkeit von 18 % der Proband*innen angegeben, jedoch nicht als Demenz eingeordnet (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 57).

2.2.2 Soziale Situation

2.2.2.1 Soziale Isolation

In der Hamburger Studie ergab die Befragung, dass deutlich mehr ältere Opiatabhängige (59.4 %) allein lebten als jüngere (47.8 %). Dabei lebten die männlichen Probanden mit 63.2 % häufiger allein als die weiblichen Probandinnen mit 47.2 %. Von den 41.6 %, die nicht alleine lebten, lebten 17 % mit einem Partner oder einer Partnerin und 8 % in einer Familie (mit Partner*in und mind. einem Kind) (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 21). In der Studie aus Frankfurt/Berlin gaben 88 % der befragten Proband*innen an, allein zu leben. Eine Unterscheidung der Geschlechter in der Ergebnisdarstellung wurde nicht vorgenommen (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 52). Aus einem Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung ging hervor, dass diese Werte höher sind. Eine allgemeine Untersuchung der Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland durch das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat ergeben, dass von Menschen, die älter als 65 Jahre alt sind, 33,3 % allein lebten. Einen deutlichen Unterschied gibt es auch im Geschlechterverhältnis, das umgekehrt ist als bei den Proband*innen in der Hamburger Studie. Es gaben 44,7 % der Frauen an, allein zu leben, bei den Männern betrug dieser Wert 18,6 % (vgl. Hoffmann et al. 2014: 4). Sowohl in der Hamburger Studie als auch in der Studie hinsichtlich der Durchschnittsbevölkerung wurde auch nach psychischen Problemen gefragt. In dieser Hinsicht zeigt sich in der Hamburger Studie, dass 43 % der Proband*innen angaben, unter Einsamkeit und Vereinsamung zu leiden (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 54). Eine deutliche Mehrheit von knapp 80 % der Durchschnittsbevölkerung in Deutschland, die älter als 65 Jahre ist, gab an, sich nicht oder nur selten einsam zu fühlen (vgl. Hoffmann et al. 2014: 4).

Degkwitz/Zurhold ziehen daraus das Fazit, dass die Lebenssituation älterer Opiatabhängiger häufiger von sozialer Isolation geprägt ist als jene der Durchschnittsbevölkerung. Sie leben allein und ziehen sich zunehmend von der Aussenwelt zurück. Sie haben keine oder nur noch wenige bedeutsame Bezugspersonen wie Eltern, Geschwister oder Freund*innen (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 8).

Die Zahlen zur Wohnsituation von Opiatabhängigen in der Schweiz werden teilweise in der Nationalen Statistik der Substitutionsbehandlungen erfasst und die darin aufgeführten Werte unterscheiden sich deutlich von jenen, die in den genannten Studien angegeben werden. Die Zahlen sind aber nur eingeschränkt vergleichbar. In der Statistik werden nur die Angaben für Neu- und Wiedereintritte in eine OAT erfasst. Die Werte stammen aus sechs Kantonen, wobei die grossen städtischen Ballungszentren wie Zürich, Basel und Bern fehlen. Eine Unterscheidung innerhalb der Alterskategorie wird nicht gemacht. Von 87 Neueintritten in eine OAT lebten 30 % allein, 30 % in der Familie, 5 % in einer Wohngemeinschaft, 22 % in Haft

oder einem Heim und 13 % gaben eine andere Wohnform an. Von den Wiedereintritten wohnten 40% allein, 23 % mit der Familie, 11 % in einer Wohngemeinschaft, 18 % in Haft oder einem Heim und 9 % wohnten in einer anderen Wohnform (vgl. Labhart/Kretschmann/Maffli 2019: 15).

Die Gründe für soziale Isolation sind vielfältig. Roe et al. weisen darauf hin, dass das soziale Netz opiatabhängiger Menschen häufig geprägt ist von Beziehungen zu Menschen, die auch ein Drogenproblem haben. Diese Beziehungen sind oftmals chaotisch und nicht stabil. Beziehungen können teilweise auch nur auf Basis des gemeinsamen Drogenkonsums bestehen und lösen sich auf, sobald sich dieser verändert oder ganz eingestellt wird. Viele Menschen, die sich im Drogenmilieu bewegen und Kontakt zu anderen Konsument*innen haben, haben schon den Tod einer bekannten Person aufgrund einer Überdosis oder der gesundheitlichen Folgen des Konsums miterlebt. Dieses traumatische Erlebnis kann dazu führen, dass als Vorbeugung gegen Verlusterfahrungen der Kontakt zu anderen zunehmend eingeschränkt wird (vgl. Roe et al. 2010: 1974). Auch Smith/Rosen untersuchten die Gründe für die soziale Isolation von älteren Abhängigen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Beziehungen zu Menschen, die keine Drogen nehmen, häufig von Schuld- und Schamgefühlen aufgrund des eigenen Konsums und der eigenen Lebensumstände geprägt sind. Ältere Abhängige berichten, dass sie ihre Mitmenschen enttäuscht haben, respektive dass ihnen dies in ihrem Leben mehrfach von engeren Bezugspersonen vorgeworfen wurde und dass diese Erfahrung schmerzhaft ist. Die Proband*innen schilderten, dass ihre Mitmenschen häufig enttäuscht seien, dass sie trotz ihres Alters nicht aufhören, Drogen zu konsumieren. Weiters seien die Beziehungen erheblich durch Aktivitäten der Proband*innen im Zusammenhang mit der Beschaffung illegaler Substanzen belastet. Zu diesen Aktivitäten gehören Diebstahl, Schuldenmachen und Lügen. Diese erlebten Beziehungserfahrungen führen zu Misstrauen hinsichtlich des Eingehens neuer Beziehungen und schliesslich zur Selbstisolation, um neue schmerzhaftes Beziehungserfahrungen zu vermeiden (vgl. Smith/Rosen 2009: 657ff).

2.2.2.2 Stigmatisierung

Drogenabhängige Menschen leiden generell unter einer gesellschaftlichen Stigmatisierung, was aus verschiedenen Untersuchungen hervorgeht. Die Stigmatisierung drogenabhängiger Menschen besteht darin, dass diese von der Gesellschaft als «gefährlich, unberechenbar, ungesellig und verrückt» (Conner/Rosen 2008: 246) beschrieben werden. Conner/Rosen haben in ihrer Studie ältere Opiatabhängige aus den USA nach stigmatisierenden Erfahrungen gefragt. Die Mehrheit der Befragten äusserte sich dahingehend, Stigmatisierungserfahrungen gemacht zu haben. Eine differenzierte Analyse ergab, dass die Proband*innen von mehreren Stigmata betroffen sind. Die meistgenannten waren «drogenabhängig» und «alt» (ebd.: 258).

Diese Kombination zeigte sich z. B. darin, dass die Proband*innen Ängste äusserten, ein Methadonprogramm aufzusuchen, weil sie aufgrund ihres Alters von anderen Patient*innen und dem Personal stigmatisiert werden. Sie sagten aus, zu alt zu sein und nicht mehr zur Gruppe der Opiatabhängigen zu passen (vgl. ebd.: 254). Ähnliche Ergebnisse wurden in einer Studie aus England erzielt. Proband*innen gaben als Hürde für den Besuch eines Methadonprogramms an, nicht in der Nähe von jüngeren Drogenkonsument*innen sein zu wollen, weil die Situation oft hektisch und chaotisch sei. Sie haben Ängste, von diesen aufgrund ihres Alters beurteilt und körperlich eingeschüchtert zu werden. Sie haben auch Angst, durch den Kontakt zur Szene in Versuchung zu geraten und dann wieder mehr zu konsumieren (vgl. Ayres et al. 2012: 28). Anderson/Levy beschreiben diesen Zustand als doppelte Marginalisierung. Einerseits besteht die Marginalisierung durch die Gesellschaft, andererseits aber auch innerhalb der marginalisierten Gruppe der Opiatabhängigen. In ihrer Studie wird aufgezeigt, dass die Marginalisierung dadurch entsteht, dass die Umgangsformen innerhalb der Szene sich verändern und ältere abhängige Menschen Mühe haben können, sich diesen neuen Umgangsformen anzupassen (vgl. Anderson/Levy 2003: 762). Die älteren befragten Personen beschreiben ihre Zugehörigkeit und den Umgang in der Beschaffung und im Konsum von Drogen als «oldschool». Die Praktiken in der heutigen Szene beständen mehr in der grossvolumigen Vermarktung, in Gewalt und räuberischem Verhalten. Die Studienautoren weisen darauf hin, dass die Vorstellungen von «oldschool» idealisiert werden können. Dennoch entstehe durch die Bewertung ihrer Vergangenheit und Gegenwart ein Gefühl des Ausgeschlossenenseins und der Nichtzugehörigkeit (vgl. ebd.: 764). Die körperliche Eingeschränktheit führt dazu, dass sie häufiger Angst haben, überfallen und ausgeraubt zu werden. Dies hat auch Auswirkungen auf den Konsum, der mehrheitlich allein zu Hause stattfindet, wo sie sich sicher fühlen (vgl. ebd.: 768).

2.2.2.3 Finanzielle Situation

Die finanziellen Möglichkeiten von Menschen mit Opiatabhängigkeit sind in der Schweiz eingeschränkt. Der Grossteil der Abhängigen geht keiner geregelten Arbeit nach und ist auf Unterstützung durch die Sozialhilfe, AHV oder IV angewiesen. Das nationale Suchtmonitoring erfasst die finanzielle Situation aller Patienten*innen, die mit einer OAT beginnen. Von den im Jahr 2019 in eine OAT Eintretenden bestritten 24.3 % ihren Unterhalt mit Erwerbseinkommen, 20 % lebten von einer Rente (AHV, IV) und 41.5 % lebten von der Sozialhilfe (vgl. Maffli et al. 2021: 38). Einen noch höheren Unterstützungsbedarf seitens des Sozialstaats bestand bei den in die Heroinabgabe Eintretenden im gleichen Jahr. Davon wurden 50.4 % durch die Sozialhilfe unterstützt, 26.4 % von der AHV/IV und 13.2 % verfügten über ein Erwerbseinkommen (vgl. Gmel et al. 2020: 20). Die Daten sind mit jenen aus früheren Jahren vergleichbar.

Ein ähnliches Bild wird in der Vergleichsstudie aus Hamburg gezeigt. In dieser Studie waren 12 % der Teilnehmenden auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig und generierten ein Erwerbseinkommen, 7 % arbeiteten Teilzeit oder waren in einer Ausbildung und 65 % der Teilnehmenden waren erwerbslos. Davon erhielten 57.5 % Arbeitslosengeld 2, was vergleichbar mit der Sozialhilfe in der Schweiz ist. Die Arbeitssituation unterschied sich kaum zwischen jüngeren und älteren Opiatabhängigen, mit Ausnahme der Tatsache, dass sich bei den jüngeren Personen ein höherer Anteil der Menschen in einer Ausbildung befand (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 24).

Aktuell erhalten Personen, die in der Stadt Bern Sozialhilfe beziehen und in einem Einzelhaushalt leben, 977 CHF pro Monat für ihren Lebensunterhalt. Damit müssen Nahrungsmittel, Bekleidung etc. bezahlt werden (vgl. Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz 2020: o. S.). Die Höhe der IV-Rente ist unterschiedlich. Sie hängt davon an, ob vor dem Erhalt der Rente einer Erwerbsarbeit nachgegangen wurde und wie hoch der Invaliditätsgrad ist. Beim Erhalt einer 100 %-igen IV-Rente werden zwischen 1195 CHF und 2390 CHF ausbezahlt (vgl. IV Bern 2022: o. S.).

Die finanziell prekäre Situation setzt sich auch beim Eintritt ins Rentenalter fort. Opiatabhängige Menschen, die langjährig von der Sozialhilfe unterstützt worden sind, haben bei Erreichung des Pensionsalters nur eine eingeschränkte Altersvorsorge. Dies liegt im Rentensystem der Schweiz begründet. Das Rentensystem besteht aus drei Säulen (AHV/Pensionskasse/Private Vorsorge). Personen, die in der Schweiz leben oder arbeiten, müssen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr in die AHV einzahlen. Sie erhalten je nach einbezahltem Betrag eine Rente zwischen 1195 CHF und 2390 CHF pro Monat (vgl. Schweizer Eidgenossenschaft 2021a: o. S.). Bei Menschen mit Sozialhilfeunterstützung übernimmt der Wohnkanton die Mindestbeiträge der AHV (vgl. AHVG 2021 Art. 11). Leistungen aus der zweiten Säule sind gebunden an eine Arbeitstätigkeit, bei der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in diese Säule einzahlen. Leistungen aus der dritten Säule resultieren aus privaten Sparbemühungen (vgl. Schweizer Eidgenossenschaft 2021a: o. S.). Wie anhand der oben angeführten Zahlen gezeigt wird, verfügen nur wenige der opiatabhängigen Menschen über ein gesichertes Einkommen und somit auch nicht über eine genügende Vorsorge im Rahmen der zweiten und dritten Säule. Dies führt dazu, dass auch über das Rentenalter hinaus in der Mehrzahl der Fälle staatliche Unterstützung nötig ist. Dies geschieht in Form von Zahlungen über die Ergänzungsleistungen (EL). Das Ziel bei den EL besteht darin, die minimalen Lebenskosten zu decken (vgl. Schweizer Eidgenossenschaft 2021b: 2).

2.2.3 Wohn- und Betreuungsformen älterer opiatabhängiger Menschen

Wenn die gesundheitliche und soziale Situation es nicht mehr zulässt, dass eine opiatabhängige Person in einer eigenen Wohnung wohnt, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, den Unterstützungsbedarf abzudecken. Ebert/Sturm skizzieren mögliche Wohn- und Betreuungsformen für ältere opiatabhängige Menschen. Alle Wohn- und Betreuungsformen haben Vor- und Nachteile, die es zu beachten gilt. Als mögliche Wohnformen sehen sie die Integration in bestehende Alters- und Pflegeheime, spezialisierte Wohnheime für ältere Opiatabhängige und ambulantes begleitetes Wohnen in einer eigenen Wohnung (vgl. Ebert/Sturm 2006: 22f). Im Folgenden werden diese drei Formen des Wohnens erläutert.

2.2.3.1 Integration in bestehende Alters- und Pflegeheime

Das Pflegepersonal sowie auch Bewohner*innen dieser Heime sind geprägt von Normen und Werten der Mittelschicht, dazu gehören die Rücksichtnahme auf andere Bewohnende und der Versuch, sich in die Gemeinschaft einzufügen (vgl. Vogt 2009: 29). Das Durchschnittsalter bei Eintritt in ein Pflegeheim im Kanton Bern liegt bei 81,9 Jahren. Für die Stadt Bern liegen keine gesonderten Zahlen vor (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2021c: o. S.). Beim Eintritt opiatabhängiger Menschen kann dies zu Problemen zwischen den Bewohner*innen eines Altersheims führen. Der Altersunterschied ist i. d. R. gross, was ein Gefühl der Nichtzugehörigkeit auf beiden Seiten entstehen lassen kann. Die sozialen Werte Drogenkonsumierender sind geprägt vom jahrelangen Verkehr im Drogenmilieu. Viele haben es durch die vorausgehende soziale Isolation verlernt, Rücksicht auf die Gemeinschaft zu nehmen (vgl. Vogt 2009: 29). Ebert/Sturm sehen weitere mögliche strukturelle Kernprobleme, die bei einem Heimaufenthalt älterer opiatabhängiger Menschen entstehen können. Als eine besondere Schwierigkeit betrachten sie den Konsum illegaler Drogen neben den in der OAT erhaltenen Medikamenten. Dieser Nebenkonsument kann in Wechselwirkung mit verschriebenen Medikamenten zu Notfallsituationen führen, durch die Mitarbeitende eines Altersheims überfordert sein können. Reguläre Einrichtungen sind oftmals nicht bereit, dieses Risiko zu tragen. Der Konsum illegaler Substanzen innerhalb des Altersheims stellt die Institutionen zudem vor rechtliche und ethische Fragen. Als weitere Herausforderung sehen Ebert/Sturm «unangepasstes/delinquentes Verhalten». Die Finanzierung des Konsums illegaler Substanzen ist nicht immer durch legale Finanzmittel (z. B. durch den Grundbedarf der Sozialhilfe) möglich. Entsprechend müssen andere Geldquellen beschafft werden. Dies geschieht häufig durch Handlungen, die gesellschaftlich als störend empfunden werden (z. B. Betteln) oder einen Gesetzesverstoss bedeuten (z. B. Dealen oder Diebstahl). Sie verweisen aber auch darauf, dass diese Problematiken nur bei Personen auftreten, die einen instabilen Konsum aufweisen. Für stabile Personen «wird es hinsichtlich des Betreuungsbedarfs

gegenüber «normalen» alten Menschen keinen Unterschied geben und die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einem traditionellen Seniorenwohnheim [...] sind gegeben» (Ebert/Sturm 2006: 22). In diesem Zusammenhang können Ängste und Befürchtungen bei Bewohner*innen und deren Angehörigen entstehen. Vogt verweist darauf, dass diese Ängste ernst genommen werden müssen und durch Information abgebaut werden sollen (vgl. Vogt 2009: 30).

Nicht nur für die Bewohner*innen von Altersheimen ist es eine mögliche Herausforderung, sondern auch für das Betreuungspersonal. Wolf beschreibt, dass der Alltag von Helfer*innen in geriatrischen Institutionen, Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie der Spitex in Zusammenhang mit älteren opiatabhängigen Personen von ad-hoc-Entscheidungen «unter Zeitdruck, Intransparenz und fehlenden Umgangsweisen und Leitlinien geprägt» sei. Dies widerspricht den Grundsätzen einer evidenzbasierten Patienten*innenversorgung (vgl. Wolf 2010: 4). Dies ist auf mangelnden Wissensaustausch zwischen der Gerontologie und der Suchthilfe zurückzuführen. Vogt schrieb im Jahr 2009, dass «noch wenige Berührungen zwischen der Alten- und Pflegehilfe einerseits und der Drogenhilfe andererseits» bestehen. Es beständen zudem Informationsdefizite sowohl auf Seiten der Alten- und Pflegehilfe als auch seitens der Suchthilfe. In der Suchthilfe fehle das gerontologische Wissen über Alterungsprozesse und Problemlagen im Alter. Umgekehrt fehle es an Wissen für den Umgang mit problematischem Drogenkonsum und den draus entstehenden praktischen Problemen für ein Alters- und Pflegeheim (vgl. Vogt 2009: 30f).

Für die Altersheime entstehen durch die Aufnahme opiatabhängiger Menschen auch neue ethische Fragen. Abhängigkeit als Krankheit stellt alle involvierten Hilfssysteme generell vor schwierige ethische Fragen. Im Grundsatz geht es um die Fragen, wieviel Autonomie gewährt wird, zu welchem Grad das Hilfesystem die Lebenslage der Betroffenen respektiert und wieviel Fürsorge diese erhalten sollen. Für Wolf nehmen Abhängigkeitserkrankungen einen «Sonderfall» in der ethischen Betrachtung ein, da nicht klar gesagt werden kann, ob eine selbstschädigende Handlung (Einnahme einer Droge) ein Akt des freien Willens oder Teil der Krankheit ist, die behandelt werden kann. Diese Frage muss in der Praxis immer wieder individuell von Neuem beantwortet werden. Älteren Personen wird generell aufgrund der eingeschränkten körperlichen und geistigen Verfassung eingeschränkte Autonomie- und Urteilsfähigkeit unterstellt. Entsprechend wird dem Prinzip der Fürsorge zwangsläufig höhere Bedeutung beigemessen. Im Zusammenhang mit abhängigen Menschen besteht die Gefahr, dass der vermeintliche Autonomieverlust durch die Abhängigkeit und der vermeintliche Autonomieverlust durch das Alter einander potenzieren. Es besteht dann nach Wolf die Gefahr, dass insbesondere bei älteren Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum «unreflektierte, paternalistische Konzepte zur Anwendung kommen, die sich in Form von

Zwangsmassnahmen und Entmündigungen zeigen». Ein problematischer Substanzkonsum kann in vielen Einrichtungen der Altenpflege ein Ausschlussgrund sein. Häufig geht die normative Vorstellung, dass Abstinenz das Ziel sei, «nicht selten mit einer moralischen und abwertenden Haltung des Pflegepersonals gegenüber suchtkranken BewohnerInnen einher» (Wolf 2010: 8).

2.2.3.2 Spezialisierte Wohnheime für ältere opiatabhängige Menschen

Eine Alternative für die Integration in bestehende Alters- und Pflegeheime könnten spezialisierte Institutionen sein, welche ältere opiatabhängige Menschen aufnehmen. Die Vorteile liegen für Ebert/Sturm dabei im speziell auf die Zielgruppe ausgerichteten Betreuungsangebot. Dort könne besser und zielgerichteter auf deren Bedürfnisse eingegangen werden. Die Zusammenstellung des Personals könne aus Personen mit Erfahrungen in der Suchthilfe und Fachkräften aus der Altenpflege bestehen. Ebert/Sturm sehen Chancen, dass ein Austausch zwischen den Bewohner*innen entstehen kann, welche der sozialen Isolation entgegenwirkt. Problematisch könnte dagegen sein, dass es zu einer weiteren Stigmatisierung, z. B. durch umliegende Anwohner*innen kommen könnte. Ebert/Sturm hinterfragen zudem, ob die Zahl der älteren Opiatabhängigen ausreichen würde, ein solches Altersheim zu betreiben, und stellen die Überlegung an, ob dies nicht dazu führen würde, dass dieses Altersheim ein grosses regionales Einzugsgebiet aufweisen muss, damit es genügend ausgelastet ist. Dies hätte für Bewohner*innen die Folge, dass sie sich nicht in ihrer bekannten Umgebung aufhalten könnten (vgl. Ebert/Sturm 2006: 24).

Im Kanton Bern hat das Altersheim Solina in Spiez eine Pionierrolle in der Unterbringung von opiatabhängigen Menschen eingenommen. In enger Zusammenarbeit mit der Koda Bern können Menschen mit einer Opiatabhängigkeit, solange dies medizinisch vertretbar ist, Diaphin beziehen. Das Angebot des Solina ist jedoch nicht im eigentlichen Sinne ein spezialisiertes Wohnheim für ältere opiatabhängige Menschen, da dieses Altersheim in hohem Mass auf Inklusion und breite Durchmischung ihrer Bewohner*innen setzt (vgl. Solina Spiez 2022: o. S.). Im Kanton Bern ist es eines der bekanntesten Angebote, im Rahmen dessen Menschen mit einer Abhängigkeit aufgenommen werden.

Ein vergleichbares Angebot in der Stadt Bern gibt es nicht. Der Lorrainehof der Heilsarmee bietet als einzige Institution in der Altershilfe einer grossen Zahl abhängiger Menschen einen Platz. Die intravenöse Abgabe von Diaphin im Rahmen einer OAT ist in dieser Institution jedoch nicht möglich.

2.2.3.3 Ambulantes begleitetes Wohnen in einer eigenen Wohnung

Im ambulanten Setting gibt es unterschiedliche Formen von Betreuungsangeboten. Allen gemeinsam ist, dass die Bewohner*innen allein oder mit einem Partner*in in einer eigenen Wohnung leben und in ihrem Zuhause ambulant vom Helfersystem aufgesucht werden. Dies kann in Form einer Spitex im Bereich der Pflege und/oder eine*r Wohnbegleiter*in im Bereich der Sozialen Arbeit erfolgen. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten der Anmietung solcher Wohnungen. Es kann durch die Bewohner*innen selbst geschehen oder durch eine Institution, welche den Bewohner*innen die Wohnung zur Verfügung stellt. Generell besteht ein Konsens darüber, dass alten Menschen, sofern sie es wünschen und dies unter gesundheitlichen Überlegungen verantwortbar ist, «die Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts unter den vertrauten Lebensbedingungen ermöglicht werden sollte» (Ebert/Sturm 2006: 25). Voraussetzung für diese Wohnform ist ein Wohnraum, der altersgerecht (also barrierefrei) gestaltet ist.

Das Leben in der eigenen Wohnung auch im Alter ist in der Durchschnittsbevölkerung weit verbreitet. In der Schweiz wohnten 90'342 Personen im Jahr 2019 in einem Pflegeheim. Zur gleichen Zeit wurden 394'444 Personen in der eigenen Wohnung von der Spitex betreut. Dass eine höhere Anzahl von Menschen zu Hause betreut wird als in einem stationären Heim, ändert sich auch im hohen Alter nicht: 15 % der Person, die älter als 80 Jahre sind, leben in einem Pflegeheim und 29 % erhalten Pflege durch die Spitex in ihrer eigenen Wohnung (vgl. Bundesamt für Statistik 2020: o. S.).

Bregger hat die Herausforderungen für die Suchthilfe und der Spitex im begleitetem Wohnen in den Städten Olten und Solothurn untersucht. Ein Ergebnis war, dass es herausfordernd ist, wenn die Klientel sich nicht an die Regeln hält. Es falle den Betreuungspersonen schwerer, eine Kündigung bei älteren Abhängigen auszusprechen, da kaum Anschlusslösungen vorhanden seien und diese dann auf der Strasse landen würden (vgl. Bregger 2014: 57). Dies hänge vor allem auch mit mangelnden Angeboten zusammen und es komme nur eine Platzierung in einem stationären Setting in Frage. Dies wiederum löse bei den Betroffenen grossen Widerstand aus (vgl. ebd.: 60). Bei der Finanzierung solcher Angebote bestehen oftmals Hürden. Kann die Spitex über die Krankenkasse abgerechnet werden, müssen für die ambulante Begleitung opiatabhängiger Menschen durch Personen der Sozialen Arbeit andere Finanzierungswege gewählt werden. Dies führt dazu, dass es auch eine Kostenfrage ist, welche Angebote ausgewählt werden (vgl. ebd.: 61).

2.2.4 Bedürfnisse älterer opiatabhängiger Menschen

Die meisten älteren Menschen wollen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung und in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben und nicht in ein Heim ziehen. Diesbezüglich

unterscheiden sich Opiatabhängige nicht von der Durchschnittsbevölkerung (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 48). Allein zu wohnen bedeutet für opiatabhängige Personen aber auch die Gefahr, alleingelassen zu werden und zu vereinsamen (vgl. Vogt/Eppler/Kuplewatzky/et al. 2010: 47). Auffallend sind die Ergebnisse zur Versorgung im Krankheitsfall. Eine deutliche Mehrheit der Befragten ist auf professionelle Hilfe angewiesen, da ein funktionierendes soziales Netzwerk nicht vorhanden ist. Eine enge Anbindung an Institutionen der Suchthilfe wird entsprechend von den Proband*innen gewünscht (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 145).

Auch die Teilnehmer*innen der Hamburger Studie äusserten sich dahingehend, dass sie so lange wie möglich eine eigenständige Lebensführung wahrnehmen möchten. Dazu gehören eine eigene Wohnung, aber auch passende Hilfsmittel, um die Mobilität weiter gewährleisten zu können. Von den Proband*innen wurde darauf hingewiesen, dass ihre Wohnungen nicht rollstuhlgängig seien und dies zu Problemen führen kann (vgl. Degkwitz/Zurhold 2008: 67).

Im Jahr 2012 haben Rudin und Caynak 104 opiatabhängige Personen aus der Stadt Basel zu ihren Bedürfnissen im Alter befragt. In ihrer Untersuchung stellten sie fest, dass 36 % der Befragten sich vorstellen können, in einem Wohn- und Pflegeheim zu wohnen, wenn es gesundheitliche Gründe gibt, die einen Umzug erfordern. Dieser Wert erhöhte sich auf 58 %, wenn den Personen erlaubt werden würde, im eigenen Zimmer im Wohn- und Pflegeheim zu konsumieren. Diese Erhöhung zeigt sich auch in der Frage, als wie relevant der Konsum im Wohn- und Pflegeheim eingeschätzt wird. Es gaben 77 % an, dass dieser «extrem wichtig» sei, 18 % sagten, er sei «sehr wichtig», und 5 % beurteilten ihn als «eher wichtig». Keine Angaben wurden in der Kategorie «eher nicht wichtig» und «gar nicht wichtig» gemacht. Zur Frage, ob das Freizeitangebot in einem Altersheim genutzt werden würde, gaben 56 % an, dass sie es nutzen würden (vgl. Rudin/Caynak 2012: 61f). Zu anderen Ergebnissen kommen Vogt et al. Sie stellten in ihrer Befragung fest, dass die Proband*innen in drei Gruppen eingeteilt werden können. Die grösste Gruppe (ca. 50 %) äusserte den Wunsch, in Zukunft abstinent leben zu können. Die zweite Gruppe wünschte sich die Möglichkeit, bis zum Lebensende in einer OAT (z. B. mit Methadon) zu verbleiben. Die dritte Gruppe wollte neben den verschriebenen Medikamenten im Rahmen der OAT weiterhin opiathaltige und andere illegale Substanzen zu sich nehmen (vgl. Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010: 145).

Bei allen Studien zeigte sich ein hohes Bedürfnis nach Autonomie. Personen in einer OAT reagieren auf Autonomieeinschränkungen generell sehr sensibel. Dies liegt daran, dass diese Personen schon durch ihre Abhängigkeitserkrankung in ihrer Autonomie eingeschränkt sind. Umso mehr zeigt sich der Wunsch, in anderen Lebensbereichen Autonomie aufrechterhalten zu können, was bei einem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim berücksichtigt werden muss (vgl. Dürsteler-MacFarland/Herdener/et al. 2011: 103).

2.3 Bestehende Angebote der Suchthilfe in der Stadt Bern

2.3.1 Wohnen

Die Stadt Bern hat auf Basis ihres Suchtpolitikleitbildes 2014 – 2018 einen Massnahmenplan mit sieben Punkten erarbeitet mit dem obersten Ziel, dass die Einwohner*innen in der Stadt Bern verantwortungsbewusst mit Suchtmitteln umgehen können (vgl. Koordinationsstelle Sucht der Stadt Bern 2014: 1). Für diese Arbeit relevante Massnahmen sind Massnahme 1 («Bewährtes weiterentwickeln») und Massnahme 6 («Ausbau umfassender Wohnbegleitung in der eigenen Wohnung»). In Massnahme 1 wird beschrieben, dass «Qualität und Quantität der Suchthilfeangebote (...) grossmehrheitlich dem Bedarf» entsprechen und dass die Situation in der Stadt stabil sei. Das Ziel ist, die bestehenden Suchthilfeangebote bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. In Massnahme 6 («Ausbau umfassender Wohnbegleitung in der eigenen Wohnung») wird erläutert, dass es immer wieder zu Engpässen in der Unterbringung von Menschen mit einer Abhängigkeit kommt und sich diese Tendenz verschärfen wird. Dies sei auf die angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt zurückzuführen, aber auch auf eine Bedürfnisveränderung der Klientel. In diesem Zusammenhang wird ausgeführt, dass «Menschen mit einer langjährigen Drogenabhängigkeit zunehmend pflegerische Unterstützung [brauchen], die von Wohnhilfeinstitutionen nur bis zu einem gewissen Mass geleistet werden kann. Die Wohnhilfeangebote sollen entsprechend weiterentwickelt werden» (ebd.: 7).

Die Stadt Bern hat zudem im Jahr 2018 eine Wohnstrategie mit Massnahmen entwickelt. Darin wird festgehalten, dass ein bedeutender Teil der Wohnungen, die der Stadt gehören, Menschen zur Verfügung gestellt wird, die auf dem freien Wohnungsmarkt kaum Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Wohnung haben. Es werden Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen bei der Vermietung geeigneter Wohnungen prioritär berücksichtigt (vgl. Gemeinderat der Stadt Bern 2018: 18).

In der Stadt Bern gibt es aktuell unterschiedliche Wohnangebote für opiatabhängige Menschen. Diese können in drei verschiedene Kategorien unterteilt werden. Im betreuten Wohnen lebt die Klientel in einer Wohngemeinschaft, welche von Sozialarbeitenden betreut wird. Der Betreuungsgrad ist innerhalb der Institutionen unterschiedlich und variiert z. B. im Freizeitangebot und in der Anwesenheitsdauer der Angestellten. Als begleitetes Wohnen gelten ambulante Wohnangebote. In diesen lebt die Klientel selbstständig in einer eigenen Wohnung und wird von den Sozialarbeitenden ein- bis zweimal in der Woche in der Wohnung besucht. Häufig haben die Institutionen dafür eigene Wohnungen angemietet, welche sie der Klientel zur Untermiete zur Verfügung stellen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, ambulante Besuche in der eigenen Wohnung vorzunehmen. Die dritte Kategorie bilden die

Notschlafstellen. Diese stellen Übernachtungsmöglichkeiten mit minimaler Betreuung zur Verfügung. Die Plätze sind als Not- und Überbrückungslösung bei bestehender Wohnungslosigkeit konzipiert.

Name	Anzahl Plätze in der Stadt Bern	Wohnform	Konsummöglichkeit im eigenen Zimmer
Albatros	11	betreutes Wohnen	Ja (im Konsumraum)
Wohnen Bern	41	betreutes Wohnen	Nein
Haus Felsenau	36	betreutes Wohnen	Nein
Monbijou Bern	19	betreutes Wohnen	Nein
Pension Hiltbrand	36	betreutes Wohnen	Nein
Suchttherapie Bärn	12	betreutes Wohnen	Nein
Wohnen Bern	52	begleitetes Wohnen	Ja
Contact Wohnen	17	begleitetes Wohnen	Ja
Felber Stiftung	11	begleitetes Wohnen	Ja
Heilsarmee	43	begleitetes Wohnen	Nein
Sleeper	20	Notschlafstelle	Nein
Passantenheim	50	Notschlafstelle	Nein

Tabelle 3: Wohnangebot der Suchthilfe in der Stadt Bern

2.3.2 Weitere Angebote der Suchthilfe in der Stadt Bern

Neben den Wohnangeboten gibt es für abhängige Menschen unterschiedliche Angebote aus diversen Lebensbereichen, die in der folgenden Tabelle aufgeführt werden.

Name	Angebot
Contact Arbeit	Arbeitsintegration
Drahtesel	Arbeitsintegration
Azzuro Restaurant	Arbeitsintegration
Felber Stiftung	Arbeitsintegration
Contact Suchtbehandlung	OAT (ohne Diaphin)
Koda	OAT (mit Diaphin)
Kontakt- und Anlaufstelle Bern	Konsumräume für illegale Substanzen
La Gare	Konsumräume für legale Substanzen
Pinto	Aufsuchende Gassenarbeit
Kirchliche Gassenarbeit Bern	Aufsuchende Gassenarbeit
Berner Gesundheit	Beratungsstelle

Tabelle 4: Weitere Angebote der Suchthilfe in der Stadt Bern

3 Forschungsdesign

Ziel bei der Datenerhebung dieser Masterthesis ist die Beantwortung der Fragestellung. Als Methodik wurde ein qualitatives Design mittels leitfadengestützten Expert*inneninterviews gewählt. Die Fragen in den leitfadengestützten Expert*inneninterviews wurden auf Basis der Theorie entwickelt und in verschiedenen Hauptkategorien dargestellt. Die transkribierten Interviews wurden sodann anhand der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

3.1 Leitfadengestützte Expert*inneninterviews

Ziel beim leitfadengestützten Expert*inneninterview ist es, komplexe Wissensbestände zu rekonstruieren, die für die Erklärung sozialer Phänomene von Bedeutung sind. Die Expert*innen repräsentieren und kennen dabei in ihrer Funktion implizite und explizite Regelsysteme, Strukturen, Entscheidungsprozesse und für das Thema relevante Wirklichkeitsausschnitte. Die Leitfadeninterviews werden thematisch strukturiert und die interviewte Person darf zu einem Thema erzählen (vgl. Liebold/Trinczek 2009: 35).

Das Expert*innenwissen kann nach Bogner et al. in drei unterschiedliche Wissensformen unterschieden werden. Dazu gehört erstens das technische Wissen, also Daten und Fakten, zu welchen die Expert*innen einen privilegierten Zugang haben, welchen die forschende Person nicht hat. Die Expert*innen haben Zugang zu diesen Daten und Fakten aufgrund ihrer Erfahrung und beruflichen Tätigkeit. Die zweite Wissensform ist das Prozesswissen. Damit ist die Einsicht in Handlungsabläufe, Interaktionen und organisationale Konstellationen gemeint, in welche die Befragten involviert sind. Das Prozesswissen wird durch die Involviertheit der betroffenen Personen in die jeweiligen Institutionen und in die Vernetzung der Institutionen mit anderen auch als eine Art Erfahrungswissen verstanden, welches sie durch die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit erlangt haben. Die dritte Wissensform ist das Deutungswissen. Dieses beinhaltet die subjektiven Sichtweisen, Interpretationen und Deutungen der Expert*innen in einem spezifischen Fachgebiet. Das Deutungswissen ist immer an die jeweilige Fachperson gebunden. Es kann aber deckungsgleich sein mit dem Deutungswissen anderer Expert*innen, wodurch eine kollektive Dimension entsteht, die für die Forschenden besonders interessant ist (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014: 17ff).

In dieser Arbeit interessiert sich der Autor für alle drei Formen des Wissens, um die Forschungsfrage adäquat beantworten zu können. Das technische Wissen umfasst die Gegebenheiten in den jeweiligen Institutionen, also z. B., ob die Infrastruktur der Institution für ältere opiatabhängige Menschen geeignet ist. Das Prozesswissen ist bei Fragen im Umgang mit älteren opiatabhängigen Menschen von Bedeutung, also z. B. bei der Frage, welche Konzepte und Abläufe im Umgang mit älteren opiatabhängigen Menschen in der Institution

bestehen. Das Deutungswissen beinhaltet die Antworten auf Fragen zur weiteren Entwicklung der aktuellen Situation in der Stadt Bern. Dazu gehört etwa die Frage, ob die Institutionen in der Stadt Bern für die kommenden Herausforderungen bedarfsgerecht aufgestellt sind.

Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte anhand des von Helfferich definierten Prinzips des SPSS. Damit konnte das Grundprinzip der Offenheit gewahrt und dennoch eine für die Forschung notwendige Strukturierung vorgegeben werden. Als erster Schritt im SPSS-Prinzip wurden Fragen zum Thema gesammelt (S). Dabei wurde eine möglichst grosse Zahl an Fragen zusammengetragen, die von Interesse für das Forschungsthema waren. Bedenken zur Eignung und richtigen Formulierung der Frage wurden in diesem Schritt zurückgestellt, um ein möglichst breites Spektrum an Fragen generieren zu können. Im zweiten Schritt wurden die Fragen geprüft (P). Die Frageliste wurde unter den Aspekten des Vorwissens und der Offenheit überarbeitet. Die Fragen wurden geprüft und anhand ihrer inhaltlichen Eignung strukturiert. So erfolgte eine bedeutsame Reduktion der Anzahl der Fragen. Der dritte Schritt im SPSS-Prinzip besteht im Sortieren der Fragen (S). Die Fragen wurden zu Themenblöcken zusammengeführt, welche wiederum Schwerpunkte in den Interviews mit den Experten darstellten. Im letzten Schritt des SPSS wurde subsumiert (S). Hier galt es für jeden Themenblock eine möglichst einfache Erzählaufforderung zu finden, unter welchen die Einzelaspekte subsumiert wurden. Dabei wurde ein möglichst erzählgenerierend wirkender Impuls geschaffen, in dem möglichst wenige Vorannahmen involviert waren (vgl. Helfferich 2011: 182ff).

Anhand dieses Vorgehens sind fünf Themenblöcke für die Expert*inneninterviews entstanden. Diese Themenblöcke sind «Allgemein», «Wohnen», «Soziale Integration», «Soziale Arbeit» und «Zukunft». Zu allen Blöcken wurden einleitende Fragen formuliert, um einen gesprächsauslösenden Impuls zu schaffen. Da es sich um teilstrukturierte Interviews handelt, wurden zusätzlich optionale Unterfragen formuliert. Diese waren als Orientierungshilfen gedacht und konnten flexibel im Gespräch z. B. als Rückfragen gestellt werden. Ziel war es, dass die Expert*innen Raum hatten, einer eigenen Darstellungslogik zu folgen und die für sie relevanten Themen zu nennen. Anhand der flexiblen und optionalen Unterfragen konnte ein Thema weiter vertieft werden; es war aber auch möglich, Themen, welche die Expert*innen ansprachen, aufzunehmen und mittels Rückfragen weiter zu vertiefen.

Da sich die Interviewpartner*innen in ihrem Fachbereich innerhalb der Suchthilfe unterschieden und der Schwerpunkt ihrer Arbeit teilweise unterschiedlich war, wurden mehrere Leitfragebögen erstellt. Die Hauptkategorien waren in allen Interviews die gleichen, es wurden aber innerhalb der Kategorien unterschiedliche Unterfragen formuliert. Die Unterfragen waren an die jeweilige Ausrichtung der Institution und der Expert*innen angepasst. Aus diesem Grund entstanden folgende Interviewleitfäden:

- Interviewleitfaden Institutionen begleitetes/betreutes Wohnen,
- Interviewleitfaden Sozialdienst Bern – Fachstelle Sucht,
- Interviewleitfaden Wohn- und Pflegeheim Lorrainehof und
- Interviewleitfaden OAT – Medizin.

3.2 Sampling

Das Sampling der interviewten Personen richtet sich nach der Forschungsfrage (vgl. Bogner et al. 2014: 34). Die Forschungsfrage ist offen, was im Sampling berücksichtigt wurde, um möglichst viele potenzielle Themen, die im Zusammenhang mit älteren abhängigen Menschen stehen, abdecken zu können. Im Rahmen dieser Masterthesis war es nicht möglich, sämtliche Institutionen in der Stadt Bern, die im Suchtbereich Dienstleistungen anbieten, zu befragen. Entsprechend musste eine Einschränkung innerhalb der Institutionen im Suchtbereich in Bern vorgenommen werden. Um die Mehrperspektivität der Expert*innen zu gewährleisten, wurden vier Kategorien gebildet. Diese Kategorien wurden anhand des im Vorfeld erarbeiteten Forschungsstands erstellt.

1. Kategorie Allgemein («AL»):

Die Expert*innen in dieser Kategorie können in ihrer Funktion eine allgemeine, übergeordnete und gesamtheitliche Einschätzung zum Thema abgeben. Sie sind in einer Funktion in einer Institution tätig, die diese allgemeine, übergeordnete Einschätzung zulässt.

2. Kategorie Ambulantes begleitetes Wohnen («ABW»):

Die Expert*innen in dieser Kategorie sind in einer Institution tätig, welche ambulante Wohnbegleitungen in der Stadt Bern anbietet. Ambulante Wohnbegleitung bedeutet, dass die Klientel in einer eigenen Wohnung lebt (oder von der Institution zur Verfügung gestellt bekommen). Die Sozialarbeitenden suchen die Klientel in ihrer Wohnung auf und besprechen mit dieser die Herausforderungen im Alltag. Menschen, die in einem ambulanten Setting leben, führen selbstständig ihren Haushalt und erhalten i. d. R. einmal pro Woche Besuch von einer Fachperson der Sozialen Arbeit.

3. Kategorie Stationäres betreutes Wohnen («SBW»):

Die Expert*innen in dieser Kategorie sind in einer Institution tätig, welche stationäres betreutes Wohnen in der Stadt Bern anbietet. Das stationäre betreute Wohnen bietet der Klientel ein Zimmer in der Institution an. Die Betreuung der Klientel ist für gewöhnlich 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche geregelt. Es stehen der Klientel unterschiedliche interne Dienstleistungen zur Verfügung, z. B. Mahlzeitendienst, Freizeitgestaltung etc. Die Expert*innen können in ihrer Funktion Auskunft über die Herausforderungen im stationären betreuten Setting geben.

4. Kategorie Opioidagonistentherapie und Pflege («OAT – P»):

In dieser Kategorie werden Expert*innen befragt, die einen medizinischen und pflegerischen Hintergrund haben und so die Mehrperspektivität der Forschungsfrage um eine medizinische Sichtweise erweitern können. Im Bereich der Pflege fliesst die Perspektive eines Altersheims ein, welches aktuell ältere suchtmittelabhängige Menschen aufnimmt. Im Bereich der OAT werden die Herausforderungen mit dem Fokus auf Abhängigkeitserkrankungen analysiert.

Es wurde festgelegt, dass in jeder Kategorie zwei Expert*innen zu Wort kommen sollen. Die beiden Expert*innen sollten dabei nicht in der gleichen Institution arbeiten, um eine grössere Vielfalt der Antworten zu gewährleisten.

3.3 Datenerhebung und Feldzugang

Der Autor hat im Internet und mit beruflichem Vorwissen anhand der gebildeten Interviewkategorien nach passenden Institutionen in der Stadt Bern recherchiert. Diese wurden schriftlich per E-Mail und/oder telefonisch kontaktiert. In der Anfrage wurde das Thema der Masterthesis beschrieben und es wurden die Hauptthemen des Interviews bekanntgegeben. Alle angefragten Personen zeigten sich dem Thema gegenüber offen und willigten in ein Interview ein.

In der untenstehenden Tabelle wird die Umsetzung des zuvor festgelegten Samplings anhand der gebildeten Kategorien Allgemein («AL»), Ambulantes begleitetes Wohnen («ABW»), Stationär betreutes Wohnen («SBW») und Opioidagonistentherapie und Pflege («OAT-P») dargestellt. Die Interviews wurden zwischen 03.01.2022 und 05.03.2022 geführt.

Zwei Experten (ABW-01 und ABW-02) wollten die Fragestellungen im Voraus durchlesen, um sich auf das Interview vorbereiten zu können. Diesen Expert*innen wurde vorgängig der Leitfaden per E-Mail zugestellt. Während der geführten Interviews haben sich die Expert*innen immer wieder auf ihre im Vorfeld angefertigten Notizen bezogen.

Sieben Interviews konnten in den jeweiligen Institutionen unter Einhaltung der geltenden Coronaschutzmassnahmen im direkten Kontakt mit den Expert*innen durchgeführt werden. Ein Interview (AL-01) wurde virtuell mittels Microsoft Teams durchgeführt. Die Expert*innen wurden darüber informiert und haben zugestimmt, dass die Interviews aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet werden. Die Aufzeichnung erfolgte mit einem Huawei P30 Pro.

In folgender Tabelle werden die jeweiligen Expert*innen und die Funktion in der Institution, die Interviewkategorie sowie die Dauer des durchgeführten Interviews angeführt:

Interviewcode	Interviewte Person	Dauer
AL-01	Leitungsperson Stiftung Contact	28 min 26 s
AL-02	Leitungsperson Fachstelle Sucht – Sozialdienst Bern	27 min 11 s
ABW-01	Betreuungsperson Contact Wohnen, ambulante Wohnbegleitung	30 min 21 s
ABW-02	Betreuungsperson Wohnen Bern, ambulante Wohnbegleitung	46 min 48 s
SBW-01	Leitungsperson Albatros, betreutes (niederschwelliges) Wohnen	32 min 58 s
SBW-02	Leitungsperson Haus Felsenau, betreutes Wohnen	21 min 05 s
OAT-P-01	Leitungsperson Lorrainehof – Wohnen und Pflege, betreutes Wohnen	42 min 08 s
OAT-P-02	Facharzt OAT und Gerontopsychiaterin	42 min 35 s

Tabelle 5: Interviewsampling

Die durchgeführten Interviews wurden anschliessend mit Hilfe von MAXQDA Analytics Pro 2020 (Version 20.4.2) transkribiert. Für die Transkription wurde das einfache Transkriptionssystem nach Kuckartz verwendet, da in dieser Forschung inhaltlich-thematische Gesprächsaspekte im Vordergrund stehen (vgl. Kuckartz 2018: 166f).

3.4 Beschreibung der Auswertungsmethode

Das Verstehen und die Interpretation des Textes sind nach Kuckartz zentrale Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse. Er beschreibt dazu fünf Kernpunkte der qualitativen Inhaltsanalyse:

1. eine zentrale, kategorienbasierte Vorgehensweise,
2. systematisches Vorgehen mit klar festgelegten Regeln,
3. die Klassifizierung und Kategorisierung des gesamten Datenmaterials,
4. eine von der Hermeneutik inspirierte Reflexion der Daten und
5. das Anerkennen von Gütekriterien und das Anstreben von Übereinstimmung von Codierenden (vgl. ebd.: 26).

Die Datenauswertung in dieser Masterarbeit wurde mithilfe der von Kuckartz beschriebenen inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse durchgeführt (vgl. ebd.: 100). Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse ermöglicht eine kategorienbasierte Auswertung und Darstellung und schafft dadurch «Differenziertheit, Komplexität und Erklärungskraft» (ebd.: 98). Für die Kodierung wurden deduktive und induktive Codes verwendet. Bei sämtlichen Codes wurde eine Kodierregel mit einem entsprechenden Ankerbeispiel hinterlegt.

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz wird in sieben Phasen eingeteilt:

1. Phase: initiierende Textarbeit

In dieser Phase werden die transkribierten Interviews erstmals durchgelesen und relevant erscheinende Textpassagen markiert. Es werden erste Bemerkungen und Anmerkungen in Form von Memos erfasst, durch die der weitere Analyseprozess eingeleitet wird. Dabei werden erste Besonderheiten und Auswertungsideen festgehalten (vgl. ebd.: 101).

2. Phase: Entwickeln thematischer Hauptkategorien

Die inhaltliche Strukturierung erfolgt mittels Kategorien und Subkategorien. Für die Hauptkategorien gilt, dass diese aus der Forschungsfrage abgeleitet werden können und diese schon bei der Erhebung leitend waren. Diese Kategorien werden deduktiv anhand der Theorie hergeleitet. Bei der Untersuchung der Texte können sodann Themen in den Fokus rücken, die neue Aspekte beinhalten. Diese Kategorien werden induktiv aus dem Material heraus gebildet (vgl. ebd.: 101f). Für die Datenauswertung in dieser Masterthesis wurden zu Beginn drei Hauptkategorien gebildet und erste aus der Theorie abgeleitete Codes den jeweiligen Hauptkategorien zugeordnet. In der Hauptkategorie «Soziale Systeme älterer opiatabhängiger Menschen» werden Phänomene beschrieben, die in Wechselwirkung älterer opiatabhängiger Menschen mit ihrem sozialen Umfeld entstehen. Dazu gehört z. B. der Code «Soziale Isolation». In der Hauptkategorie «Ältere opiatabhängige Menschen» werden Phänomene erläutert, welche die älteren opiatabhängigen Menschen selbst betreffen, dazu gehört z. B. der Code «Körperliche Beschwerden». In der Hauptkategorie «Institutionelle Herausforderung und Problemlösungen» wird dargelegt, mit welchen Herausforderungen Institutionen konfrontiert sind und welche Problemlösungen sie in der Praxis entwickelt haben. Dazu gehört z. B. der Code «Institutionelle Herausforderung – Wohnraum». Der Code «Abhängigkeitserkrankung» wurde keiner Hauptkategorie zugeordnet und es werden dadurch das Verhalten und allfällige Veränderungen im Abhängigkeitsverhalten der betroffenen Personen beschrieben.

Da Abhängigkeitserkrankungen komplex sind und sie sowohl die Person selbst als auch das soziale Umfeld betreffen, wurde dieser Code separat aufgeführt.

3. Phase: Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien
Nachdem die ersten drei Interviews transkribiert wurden, konnten die Hauptkategorien und die bisher erstellten Codes erstmals auf das Datenmaterial angewendet werden. Dieser erste Codierungsprozess wird nach Kuckartz zweckmässig gestaltet und das Datenmaterial wird sequenziell durchgearbeitet und einer Kategorie zugeordnet. Nicht sinntragende Textstellen oder Textpassagen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage keine Relevanz haben, werden nicht codiert. Die Codierung einer Textstelle mit mehreren unterschiedlichen Codes ist möglich, da diese mehrere Themen beinhalten kann (vgl. ebd.: 102ff).
4. Phase: Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen
Nachdem alle Interviews durchgeführt und transkribiert wurden, konnten die einzelnen Textstellen den Hauptkategorien zugeordnet werden. Hier beginnt der Prozess der inhaltlichen Ausdifferenzierung der zunächst noch allgemein gehaltenen Hauptkategorien (vgl. ebd.: 106f).
5. Phase: induktives Bestimmen von Subkategorien am Material
In dieser Phase werden die Hauptkategorien weiter ausdifferenziert. Es zeigte sich z. B., dass der Code «Institutionelle Herausforderung – unpassende/fehlende Angebote», welcher der Hauptkategorie «Institutionelle Herausforderung und Problemlösungen» zugeordnet ist, zu wenig differenziert ist. Entsprechend wurde dieser Code mithilfe von drei Subcodes erweitert. Durch die drei Subcodes «Unpassende/fehlende Institutionen Wohnen/Pflege», «Unpassende/fehlende Institutionen Tagesstruktur» und «Unpassende/fehlende Institutionen Sonstiges», konnten die Herausforderungen im Angebotsbereich differenzierter dargestellt werden. Dies war gerade im Hinblick auf die Analyse und die Auswertung ein notwendiger Schritt.
6. Codieren des gesamten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem
In dieser Phase wird das erweiterte und ausdifferenzierte Kodiersystem auf das gesamte Textmaterial angewendet. Entsprechend werden nochmals sämtliche transkribierten Interviews sequenziell durchgearbeitet und codiert (vgl. ebd.: 110f).
7. Einfache und komplexe Analyse, Visualisierung

Nach dem Abschluss des Codierens empfiehlt Kuckartz das Erstellen thematischer Zusammenfassungen. Dieser Zwischenschritt ermöglicht es, vergleichende tabellarische Übersichten zu generieren, durch welche die weitergehende Analyse und die Darstellung der Ergebnisse im Bericht vereinfacht werden (vgl. ebd.: 111ff). Dazu wurden die gleichen Codes in einem Interview zu einem Summary zusammengefasst, welches anschliessend über das Summary Grid in MAXQDA dargestellt werden konnte. Dadurch war es möglich, die Antworten der interviewten Expert*innen gegenüberzustellen und diese miteinander zu vergleichen.

3.5 Reflexion des methodischen Vorgehens

In der vorhandenen Forschung im Bereich der älteren opiatabhängigen Menschen wird das Phänomen allgemein beschrieben. Es gibt einzelne Untersuchungen für deutsche Städte wie Hamburg, in welchen die konkreten Herausforderungen der Institutionen bei der Analyse mit einbezogen wurden. Es fehlt aber an vergleichbaren Erkenntnissen für Schweizer Städte. Ein qualitativ-exploratives Vorgehen, um die Herausforderungen der Institutionen im Suchtbereich in der Stadt Bern zu beschreiben, scheint entsprechend angemessen zu sein. In dieser Arbeit war es wesentlich, die Vielzahl der Perspektiven der unterschiedlichen Institutionen der Suchthilfe abbilden zu können. Dies konnte durch ein ausgewogenes Sampling von stationären und ambulanten Wohnangeboten, von Institutionen mit unterschiedlichen Haltungen zum Konsum in ihrer Institution sowie den Einbezug von Expert*innen, die in ihrer Funktion eine umfassende Sichtweise auf das Themas haben, erfolgreich umgesetzt werden.

Die Interviews mit Experten*innen anhand von Leitfragen hat sich als Methode bewährt, um verschiedene Aspekte zu einem Thema erfragen und darstellen zu können. Dabei konnte auf unterschiedliche fachliche Einschätzungen und Erfahrung zurückgegriffen werden. Es war hilfreich, dass verschiedene Leitfrageninterviews erstellt wurden, um auf das spezifische institutionelle Angebot eingehen zu können. Da sich die Fragen innerhalb zuvor definierter Bereiche bewegten, konnte dennoch Vergleichbarkeit hergestellt werden.

Das Interview mit den beiden Ärzt*innen stellt hier eine Ausnahme dar. Dieses wurde als letztes geführt und hebt sich von den anderen Interviews auf verschiedenen Ebenen ab. Es wurde so gestaltet, dass offene medizinische Fragen, die sich in den anderen Interviews ergaben, aber auch andere abhängigkeitspezifische Fragen aus dem Fokus der Medizin geklärt werden konnten. Ursprünglich war ein Einzelinterview vorgesehen. Vor Ort waren aber zwei Ärzt*innen und es entwickelte sich daraus ein Expert*inneninterview mit zwei Personen gleichzeitig. Da es sich um ein spezifisches Interview hinsichtlich medizinischer Fragen handelte, welche von anderen Experten*innen nicht beantwortet werden konnten, entschied

sich der Autor, dieses Interview trotz des unterschiedlichen Settings als Ergänzung und Erweiterung der Sichtweisen in diese Forschung einfließen zu lassen.

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand von Gütekriterien. Über die Gütekriterien der qualitativen Forschung wird ein kontroverser Diskurs geführt. Bezugspunkt sind für Kuckartz die Gütekriterien Standardisierung, Messbarkeit, Genauigkeit und Reproduzierbarkeit (vgl. ebd.: 202), die aus den klassischen Gütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität entstanden sind. Das Problem der klassischen Gütekriterien besteht darin, dass diese nur bedingt für qualitative Forschung geeignet sind, da sie aus der quantitativen Forschung stammen (vgl. Flick 2019: 474ff). Um dennoch hochwertige qualitative Forschung durchführen zu können, schlägt Kuckartz vor, zwischen interner und externer Studiengüte zu unterscheiden. Zur internen Studiengüte zählen «Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, Auditierbarkeit, Regelgeleitetheit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Glaubwürdigkeit» (Kuckartz 2018: 203). Diese Kriterien sind notwendige Vorbedingungen, damit eine externe Studiengüte («Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit» (ebd.)) erreicht werden kann. In Bezug auf die Datenerfassung und Transkription wurden die von Kuckartz genannten Kriterien zur Studiengüte berücksichtigt. Alle Audiodateien wurden aufgezeichnet, gespeichert und in MAXQDA transkribiert. Dabei wurden für alle Transkriptionen die gleichen Regeln verwendet. Dass der Autor die Transkription selbst vorgenommen hat, vereinfachte die Transkription in Bezug auf Einheitlichkeit in hohem Mass. Die Transkription entspricht der verschriftlichten Fassung des Gesagten.

Der Autor dieser Arbeit ist beruflich im Feld der ambulanten Wohnhilfe in der Suchthilfe tätig. Er kannte vor den Interviews schon einige Expert*innen durch die tägliche Arbeit. Dies erleichterte einerseits den Zugang zu den Expert*innen, führte aber auch dazu, dass das Feld nicht mit dem gleichen offenen Blick bearbeitet werden konnte. Die geschilderten Aussagen der Expert*innen machten aufgrund der eigenen Berufserfahrung einen logischen, nachvollziehbaren Eindruck. Bei Fremdheit zum Forschungsfeld wären allenfalls gewisse Nachfragen gestellt worden, die der Autor nicht vorgebracht hat. Es besteht zudem die Gefahr, dass Expert*innen nicht ihr ganzes Wissen preisgegeben haben, da sie annahmen, dass bestimmte Aspekte dem Autor wegen seiner Arbeit bereits vertraut sind. Es musste also vor jedem Interview bewusst ein Rollenwechsel vom Arbeitskollegen zum Forscher vorgenommen werden, um so die notwendige Offenheit in den Interviews erlangen zu können.

In der Untersuchung wurde der Fokus auf die Soziale Arbeit und Institutionen der Suchthilfe gelegt. Entsprechend wurden mehrheitlich Institutionen und Expert*innen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit befragt. Die Perspektive der Pflege wurde nur durch ein Altersheim abgedeckt und ist daher unterrepräsentiert. Die Auswahl dieses Altersheims war jedoch wesentlich, da es sich in den letzten Jahren zu einem suchtspezifischen Angebot weiterentwickelt hat und

ihm dadurch ein Alleinstellungsmerkmal in der Stadt Bern zukommt. Auch wenn in dieser Institution keine Fachpersonen der Sozialen Arbeit angestellt sind, ist es im Versorgungsbereich der Suchthilfeinstitutionen in der Stadt Bern von hoher Bedeutung. Die Herausforderungen für Wohn- und Pflegeheime in der Regelversorgung von suchtmittelabhängigen Menschen werden in dieser Arbeit nicht behandelt.

Aufgrund der gewählten Methodik gelten hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse gewisse Limitationen. Die Ergebnisse können nicht ohne Weiteres auf andere Städte in der Schweiz angewandt werden, da der Fokus dieser Untersuchung spezifisch auf dem Suchthilfeangebot der Stadt Bern lag. Es besteht zudem die Möglichkeit, dass die Expert*innen in den Interviews relevantes Wissen nicht zur Gänze offenbaren, da es ihnen in der Situation nicht präsent war.

Das Forschungsdesign ist ausschliesslich auf die Befragung von Expert*innen ausgelegt. Insbesondere im Hinblick auf die konkreten Bedürfnisse der älteren opiatabhängigen Klientel besteht hier eine Lücke, da die Expert*innen nur aufgrund ihrer Erfahrung darauf schliessen können, welche Bedürfnisse diese Personen haben. Da es sich bei dieser Arbeit aber um eine Untersuchung der Herausforderungen für die Suchthilfeinstitutionen in der Stadt Bern handelt, war die Auswahl des Samplings ohne Direktbetroffene legitim.

4 Ergebnisse

4.1 Ältere opiatabhängige Menschen

Sämtliche befragten Expert*innen erleben eine Veränderung der Klient*innenstruktur in ihren Institutionen und ihrer täglichen Arbeit. Die betreute Klientel wird älter und gibt weniger junge Menschen, die in die Institutionen eintreten.

«Also ich denke im Grundsatz ist es sicher so, dass unsere Klientel immer älter wird. Das merken wir, wenn wir die Zahlen analysieren. Das Durchschnittsalter wird immer älter. Die gleichen Leute bleiben bei uns und werden älter und es hat, Gott sei Dank, weniger Junge, die nachkommen.» (AL-01, Pos. 2)

Am deutlichsten ist die Veränderung der Klient*innenstruktur im Lorrainehof erkennbar. Während die anderen Institutionen gleichbleibende Nachfrage verzeichnen, sind die Anfragen aus dem Bereich der Abhängigkeit in dem Pflege- und Wohnheim in den letzten Jahren nach Schätzung des befragten Experten um 30 % bis 40 % angestiegen. Hier zeigt sich die Verschiebung der Bedürfnisse der Klientel besonders deutlich. Diese Zunahme führt zu einer hohen Belegung und dem Verbleib auf Wartelisten, bis es zu einem Eintritt in die Institution kommen kann.

«Wir haben eine Warteliste, ja. Also im Gegensatz zu vielen anderen Heimen sind wir eigentlich permanent voll belegt. Beziehungsweise überbelegt. Wir hatten im letzten Jahr eine Durchschnittsbelegung von 102 % gehabt. Also wir sind immer ein, zwei Betten drüber.» (OAT-P-01, Pos. 8)

Körperliche Folgen

Die körperlichen Folgen einer langjährigen Suchtmittelabhängigkeit werden in allen Institutionen deutlich und wurden von allen Expert*innen in den Interviews beschrieben. Es werden vor allem Schädigungen an den Organen Leber, Lunge und Herz beobachtet, die durch unterschiedliche Krankheiten wie Hepatitis, HIV oder COPD ausgelöst werden. Diese Krankheiten sind auch die häufigsten Todesursachen, die in der Praxis bei Älteren erlebt werden. Es treten weiters Gefässschädigungen, Diabetes, Osteoporose, Übergewicht und Wunden auf, die nur schwer heilen. Eine vorzeitige Alterung wird auch in der Praxis beobachtet, diese liege zwischen 15 und 20 Jahren. Die körperlichen Beschwerden sind verbreitet, betreffen aber weiterhin nicht die Mehrheit der Klientel, respektive sind die gesundheitlichen Einschränkungen nur bei wenigen Menschen so erheblich, dass eine Mobilitätseinschränkung die Folge ist.

«Wir haben einzelne Leute, die sind körperlich extrem schlecht beieinander. Die Mobilität ist eingeschränkt.» (ABW-02-2, Pos. 4)

Die körperlichen Beschwerden würden sich vereinzelt schon ab 40 Jahren zeigen. Mehrheitlich treten die gesundheitlichen Probleme jedoch erst ab einem Alter von 50 Jahren und höher auf.

«Aber die meisten Auswirkungen, die wir merken, sind, sobald sie über 50 sind. Wenn ich das altersmässig so ein bisschen begrenzen will. Die über 50-jährigen, bei denen es dann mit der Zeit so sichtbar wird.» (SBW-01, Pos. 4)

Psychische Folgen

Neben den körperlichen Beschwerden, die eindeutig diagnostiziert werden, beobachten die Expert*innen in der Praxis auch allgemeine Leistungsminderung. Die Leistungsminderung hat vor allem Auswirkungen auf das alltägliche Leben. Die Teilnahme an Arbeitsintegrationsprojekten wird dadurch erschwert. Sie betrifft aber auch die selbstständige Haushaltsführung, welche nicht im erforderlichen Umfang erfolgen kann, weswegen Unterstützungsleistungen z. B. durch ambulante Wohnbegleitungen notwendig sind.

«Ich denke, wo es im Moment fast am schwierigsten ist, ist bei der Arbeit, weil wir dort Leute haben, die so alt werden, dass sie nicht mehr genug leistungsfähig sind, damit sie noch bei uns arbeiten können.» (AL-01, Pos. 2)

Neben den körperlichen Beschwerden, die von allen Expert*innen beschrieben wurden, zeigt sich in der Beschreibung psychischer Probleme ein weniger einheitliches Bild. Es wurde von einigen Expert*innen berichtet, dass es in den letzten Jahren in der Praxis zu einer Zunahme psychischer Erkrankungen gekommen sei. Ob dies im Zusammenhang mit der älter werdenden Klientel stehe, sei aber unklar. Generell besteht ein Zusammenhang zwischen psychischen Krankheiten und der Einnahme von Suchtmitteln als Selbstmedikation. Von ärztlicher Seite wird darauf hingewiesen, dass die Diagnostik in den letzten Jahren auch erheblich verbessert wurde und so ein differenziertes Krankheitsbild diagnostiziert werden kann. Früher sei das Verhalten von abhängigen Menschen oftmals im Zusammenhang mit der Sucht verstanden worden. Die psychiatrischen Probleme wurden dabei nicht gesondert diagnostiziert, da die Auffälligkeiten als Persönlichkeitsprobleme betrachtet wurden.

«Früher hat man einfach gesagt, das ist jetzt einfach irgend so ein Junkie oder irgendein Süffel und das ist sein Problem und fertig.» (OAT-P-02, Pos. 7)

Ein Zusammenhang zwischen Demenzerkrankungen und Opiatkonsum kann aus den Beobachtungen in der Praxis nicht abgeleitet werden. Viel eher seien davon Menschen

betroffen, die von Benzodiazepinen und Alkohol abhängig sind. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der dissozialen Persönlichkeitsstörung sei sogar mit einer Besserung mit zunehmendem Alter zu rechnen. Die Expert*innen berichten im Zusammenhang mit der sozialen Isolation, dass sie häufig Symptome einer Depression wahrnehmen würden.

Eigene Bedürfnisse

In der Praxis wird beobachtet, dass ältere opiatabhängige Menschen im Vergleich mit jüngeren ihre Bedürfnisse klarer kommunizieren können. Es besteht ein höheres Bedürfnis nach Ruhe und einem stabilen Umfeld im Vergleich mit jüngeren Personen, insbesondere auch in Hinblick auf die Wohnsituation.

«Was wir beobachten können, dass die Langzeitsüchtigen sich irgendwann stören an einem Megabetrieb, an einem mega Hin und Her. Sie wünschen sich das dann auch: ein ruhigeres Umfeld, eine stabile Wohnsituation. Darum auch die Einzelsettings. Eine Beständigkeit und Routine ist ihnen wichtiger.» (ABW-02-1, Pos. 10)

Für die Wohnsituation werden tendenziell eher Einzelsettings gewünscht, also Wohnen in einer eigenen Wohnung oder in begleitetem Wohnen. Dieser Wunsch nähme zu und die Menschen seien weniger bereit, in einem betreuten Setting zu leben. Sollte es doch ein betreutes Setting sein, wird der Wunsch geäußert, innerhalb dieses betreuten Settings möglichst viele Freiheiten zu haben. Ein Vorteil des betreuten Settings wird in den stabilen Beziehungen zu den Bezugspersonen gesehen. Das regelmässige spontane Gespräch mit den Betreuenden werde sehr geschätzt.

Die Formulierung von Zielen und das Vorhandensein von Perspektiven für das weitere Leben werden von den Expert*innen als teilweise deutlich eingeschränkt erlebt.

«Also grosse Ziele und grosse Perspektiven fehlen.» (ABW-01, Pos. 10)

Es wird eine gewisse Resignation hinsichtlich des eigenen Lebensentwurfs bei der Klientel festgestellt. Häufig habe sich die ältere Klientel mit ihrer Situation abgefunden und sie möchte keine bedeutenden Veränderungen mehr anstossen. Diese Entwicklung wird im Zusammenhang mit dem Alter gesehen und verstanden, da der Wunsch nach grossen Veränderungen auch in der Durchschnittsbevölkerung mit zunehmendem Alter abnimmt.

Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter

Die Auseinandersetzung mit dem Altern der Klientel wird in der Praxis als problematisch erlebt. Es ist sowohl für die Mitarbeitenden schwierig, dieses Thema bei der Klientel anzusprechen,

als auch für betroffene Personen, sich damit auseinanderzusetzen. Die gesellschaftlich normierten Übergänge, welche den durchschnittlichen Alterungsprozess begleiten, also die Übergänge von Kindheit zur Schulzeit zum Arbeitsleben zur Pension, fehlen oftmals in der Biografie opiatabhängiger Menschen. Das Fehlen dieser normierten Übergänge und die damit ausgelösten Sinnfragen erschweren für die Klientel eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden.

«Ich denke von daher ist das ein beschleunigter Prozess, aber nicht so ein abgestufter, wie das normalerweise ist, wenn man sich gewahr wird, oh, jetzt sind die Kinder auf einmal weg. Die Sinnfragen, die vielleicht durch diese Übergänge dann angekickt werden, die bleiben für Süchtige in dem Fall schon eher ein bisschen auf der Seite.» (OAT-P-01, Pos. 12)

Gleichzeitig gibt es durch die körperliche Voralterung eine Diskrepanz im Erleben des eigenen Alters. Es ist für sie schwierig, sich ein Bild des eigenen Alters zu machen, weil der körperliche Zustand nicht mit dem gesellschaftlichen Bild des Alters übereinstimmt. Auch Abhängige orientieren sich an diesen genormten Bildern und fühlen sich emotional und geistig noch nicht so alt, wie der eigene Körper ist.

«Oder zum eigenen Alter eine Einstellung zu haben, weil ich denke, die sagen sicher auch ich bin Mitte 50 eigentlich gehöre ich ja dann nicht zu den alten Alten. Aber letztendlich gehören sie schon eher zu den alten Alten, weil der Alterungsprozess viel schneller geht, und ich denke, das ist, glaub ich, nicht ganz so einfach auszuhalten. Also ich weiss nicht, wie sie das mit sich ausmachen.» (SBW-01, Pos. 28)

Der Alterungsprozess verläuft schneller als der gesellschaftlich normierte und es fehlt entsprechend an einer eigenen Vorstellung davon, wie dieser sich vollziehen kann. Diese Diskrepanz wird spätestens beim Eintritt in ein Altersheim besonders deutlich. Für viele kommt dieser Schritt einem Schock gleich, der ihnen unmittelbar aufzeigt, wie alt ihr Körper wirklich ist.

«Wenn dann eben so Leute unter 50 zu uns kamen. Altersheim? Das hat die natürlich konsterniert. Das wird denen dann auch natürlich nicht gerecht.» (OAT-P-01, Pos. 10)

Für betroffene Personen ist dies eine erhebliche emotionale Herausforderung, da sie sich selbst noch nicht so alt sehen und das gesellschaftlich normierte Bild von Personen im Altersheim nicht mit ihrem eigenen Altern übereinstimmt.

«Sie sehen sich ja nicht als 80-jährige Männer, sag ich jetzt mal. Man nimmt sie ja als älter wahr, gerade somatisch scheinen sie älter. Aber sie fühlen sich trotzdem wie 60 und haben das Gefühl, mit 60 muss man ja noch nicht in ein Altersheim. Und das haben wir festgestellt,

das ist vielfach ein Problem. Dass sie gar nicht wollen. Dann geht man das eine oder andere mit ihnen anschauen und dann sehen sie uralte Leute im Rollstuhl sitzen, die nicht mehr reden, und dann finde ich: Hey! Da kann man sie ja auch nicht zwingen.» (SBW-02, Pos. 16)

Das Thematisieren des Älterwerdens respektive des Sterbens in den Gesprächen mit der Klientel ist aber auch für die Mitarbeitenden in den Institutionen eine Herausforderung. Das Thema wird nicht proaktiv bearbeitet, obwohl es teilweise omnipräsent ist.

«Bei Klienten, wo der Tod wie so ein Schatten über ihnen schwebt. [...] dort bespreche ich es über die Patientenverfügung. Das ist ein wenig das Thema, bei dem wir zum Thema Tod kommen. Ich halte mich dort zurück. Offensiv über den Tod reden würde ich mehr über den Weg der Patientenverfügung. Das kommt dann auch mehr von ihnen.» (ABW-01, Pos. 30)

Die Expert*innen berichten, dass sie diese Themen über Umwege ansprechen, z. B. mit der Patientenverfügung oder in einem Gespräch über Ziele und darüber, was die Klientel in ihrem Leben noch erreichen will und ob es noch Veränderungsbedarf gibt. Das Vermeiden dieser Gespräche kann dazu führen, dass beim Sterbeprozess keine Patientenverfügung vorhanden ist und der Wille der betroffenen Personen nicht ersichtlich ist.

4.2 Soziale Systeme älterer opiatabhängiger Menschen

Bezüglich der sozialen Systeme älterer opiatabhängiger Menschen wurden unterschiedliche Herausforderungen in den Interviews mit den Expert*innen genannt.

Soziale Isolation

Das Thema der sozialen Isolation wurde in den meisten Interviews als Herausforderung angesprochen, sowohl für die betroffenen Menschen als auch für die Institutionen selbst. Die Entstehung der sozialen Isolation ist für die Expert*innen ein komplexes Phänomen, das verschiedene Ursachen hat, die eng miteinander verknüpft sind. Ältere Abhängige scheinen sich mit zunehmendem Alter von der Drogenszene zu entfremden und sich von den Jüngeren und deren Verhalten «auf der Gasse» zu distanzieren.

«Es gibt viele <Legger>. Die Szene hat sich verändert. Früher hat man sich gekannt, heute wird man mehr <gelinkt>.» (ABW-01, Pos. 22)

Die Gefahr, auf der Strasse betrogen und ausgeraubt zu werden, wird mit zunehmendem Alter anders bewertet. Dabei sei die eigene körperliche Verfassung von hoher Bedeutung. Zugleich ist die Beschaffung von Substanzen mit einem hohen Mass an Stress und Unsicherheiten verbunden, denen sich ältere Konsumierende immer weniger aussetzen möchten. Die Entfremdung von der Drogenszene hat aber auch bedeutende negative Konsequenzen für das

soziale Leben der Betroffenen. Die meisten der älteren Personen haben aus unterschiedlichen Gründen ausserhalb der Szene nur wenige oder keine sozialen Kontakte.

«Weil ein grosses Problem jetzt, unabhängig von dem Aussen, dass wir mit einer Gruppe von Leuten konfrontiert sind, die in der Regel kein oder kaum noch ein funktionierendes System zur Verfügung haben, also sprich, entweder gibt es keine Familienangehörigen mehr oder kaum noch oder die wollen nichts mehr mit ihnen zu tun haben oder es ist höchst höchst problembelastet.» (SBW-01, Pos. 20)

Neben den mangelnden Kontakten besteht auch das Problem des zunehmenden gesundheitlichen Eingeschränktheits. Durch die körperlichen Beschwerden wird es mit zunehmender Schwere unmöglich gemacht, dass eine Teilhabe am sozialen Leben stattfinden kann.

«Ich sag jetzt mal, die gesundheitliche Verschlechterung, somatisch, aufgrund einer Lungenproblematik mögen sie nicht mehr raus.» (SBW-02, Pos. 14)

Die Kombination aus wenigen vorhandenen tragfähigen Kontakten, der Distanzierung vom bekannten Milieu und den zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen führt zu sozialer Isolation.

Soziale Isolation und der körperliche Abbau führen in Wechselwirkung miteinander zu einer psychischen Belastung, durch welche die gesamte Situation zunehmend verschlechtert werden kann. Die Klientel zeigt dann Verhaltensweisen einer Depression.

«Das treibt einen schon in die Isolation, wenn man nur noch so, ja, gar nicht mehr weiss, was machen, in dem Sinne, ziellos sich von Tag zu Tag durchschlägt und einfach seine Zeit absitzt. Schläft. Fernsehen schaut. Da passiert nicht mehr viel.» (SBW-02, Pos. 20)

Die Expert*innen berichten, dass sie mit unterschiedlichen Methoden versuchen, die Klientel zu motivieren, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dies erfolgt z. B. durch Information darüber, welche Treffpunkte es in der Stadt Bern gibt oder auch durch aktive Begleitung an solche Orte. Diese Versuche hätten aber oftmals wenig Erfolg. Die Sozialarbeitenden erleben die Integration älterer opiatabhängiger Menschen in der Praxis als bedeutende Herausforderung, für deren Lösung noch geeignete Massnahmen fehlen.

Stigmatisierung

Die Expert*innen gaben in den Interviews an, dass ein Durchbrechen der sozialen Isolation oftmals am gesellschaftlichen Stigma scheitern würde, welches älteren opiatabhängigen Menschen anhaftet. Die Gesellschaft würde aufgrund bestehender Vorurteile zurückhaltend

und skeptisch auf die Klientel reagieren. Gleichzeitig wird aber auch beobachtet, dass die Klientel das Stigma für sich innerlich reproduziert, dass also die Klientel schon davon ausgeht, dass die Gesellschaft so reagieren wird und sich dann gar nicht erst auf Vorschläge der Sozialarbeitenden für Aktivitäten einlässt, die zur einer Teilhabe führen würden. Dabei betonten die Expert*innen, dass der Wunsch, sich in die Gesellschaft zu integrieren und neue Kontakte ausserhalb der Szene zu knüpfen, durchaus vorhanden ist. Die Expert*innen erleben jedoch bei ihrer Klientel Scham über das eigene drogenabhängige Leben, welche nur schwer abgelegt werden kann. Die Scham sei zwar nicht spezifisch bei älteren opiatabhängigen Menschen beobachtbar, sondern zeige sich auch bei jüngeren Klient*innen. Bei Älteren sei die Scham aber grösser, da der Körper vom jahrelangen Konsum oftmals gezeichnet ist und die eigene Biografie dadurch schwieriger verborgen werden kann. Das Knüpfen von Kontakten ausserhalb der Szene wird dadurch zusätzlich erschwert.

«Was auch noch ist, dass finde ich schon auch noch recht schlimm. Das Problem mit dem Stigma, bei den Langzeitsüchtigen. Man merkt ultraschnell, das sind Langzeitsüchtige. Der körperliche Zerfall ist sichtbar und dann ist ein grosses Stigma vorhanden. Dort frage ich mich manchmal, kommt die Isolation auch von daher? Also dass man sich nicht zeigen will?» (ABW-02-2, Pos. 18)

Die Stigmatisierung hat auch unterschiedlichen Einfluss auf die einzelnen Institutionen. Eine Institution platziert z. B. ältere Opiatabhängige bewusst nur in Quartieren, in denen Diversität eher gelebt wird. Damit sei sichergestellt, dass diese es eher wagen würden, nach draussen zu gehen. Nicht jedes Quartier komme in Bern dafür in Frage. Einen anderen Einfluss auf die Institution hat die Stigmatisierung im Wohn- und Pflegeheim Lorrainehof. Die Klient*innenstruktur hat sich in diesem Heim über die Jahre deutlich verändert. Immer mehr abhängige Menschen wurden in die Institution aufgenommen und werden dort betreut. Dies führte dazu, dass sich die Zahl der Menschen ohne Abhängigkeit stetig verkleinerte, weil diese andere Altersheime für ihren Lebensabend in Betracht zogen.

«Und ja, dann ist es natürlich so, mit der Zeit hat man da auch so seinen Ruf. Wir sind ein Nischenangebot. Und ja, es ist dann für viele die jetzt nicht eine Suchtabhängigkeit haben, denen, ich sag jetzt mal, die eine gesellschaftlich normiertere Lebensbiografie haben, die fühlen sich dann auch nicht unbedingt so angezogen davon. Weil ja, das ist eine Klientel... Es führt zu Konflikten im Miteinander.» (OAT-P-01, Pos. 6)

Umgang mit sozialer Isolation durch Professionelle

Eine weitere Herausforderung für die Expert*innen ist der eigene emotionale Umgang mit der sozialen Isolation der Klientel. Viele Expert*innen berichten, dass die Einsamkeit sie stark

betroffen und traurig macht. Bei keinem anderen Thema in den Interviews mit den Expert*innen wurde eine solch ausgeprägte emotionale Betroffenheit geäußert. Dies scheint auch damit zusammenzuhängen, dass eine Art Ratlosigkeit, wie mit dem Thema umgegangen werden soll, bei den Expert*innen besteht. Besonders anspruchsvoll ist das Thema für die Fachstelle Sucht des Sozialdienstes Bern. Die dort beschäftigten Sozialarbeiter*innen haben in ihrer Funktion weitaus weniger Kontakt zu der Klientel als es z. B. in Institutionen im Bereich des Wohnens der Fall ist. Die Termine des Sozialdienstes sind wesentlich seltener. Dabei entsteht die Gefahr, dass Menschen in ihrer Wohnung sterben und dann lange Zeit unbemerkt liegen bleiben, weil sie keine sozialen Kontakte haben, die einen Todesfall bemerken würden. Dies ist mit einer hohen emotionalen Belastung für die Mitarbeitenden verbunden.

«Oder die schlimmere Variante, dass jemand, das habe ich auch schon paarmal erlebt. Alles in allem, dieses Jahr war es, glaub ich, bei einem Arbeitskollegen, dass jemand tot in der Wohnung liegt. Dass es niemand merkt. Das ist brutal. Das macht einem richtig weh. Da macht man sich schon Vorwürfe. Hätte ich doch...» (AL-02, Pos. 28)

Der Sozialdienst ist deshalb bemüht, wann immer es möglich ist, die Klientel mit anderen Institutionen zu vernetzen. Bei opiatabhängigen Menschen gelingt dies i. d. R., da diese mehrheitlich auch an eine Abgabestelle für OAT-Behandlungen angebunden sind. Dort fällt es dann schneller auf, wenn jemand seine Medikamente nicht mehr in der Abgabestelle abholt, und es werden entsprechende Massnahmen zum Aufsuchen der Person in der Wohnung eingeleitet. Zugleich wurden aber seit der Coronapandemie längere Mitgaben der Medikamente veranlasst. Die längeren Mitgaben erhalten vor allem stabile Patient*innen, die i. d. R. ältere Menschen sind, welche ihr Konsumverhalten über die Jahre angepasst haben. Für die betroffenen Personen ist diese Entwicklung grundsätzlich erfreulich, da sie nicht mehr mehrmals wöchentlich eine Abgabestelle aufsuchen müssen. Es besteht dadurch aber auch die Gefahr, dass ein Todesfall bei diesen Personen länger unbemerkt bleibt.

4.3 Abhängigkeit

Veränderung des Konsumverhaltens

Expert*innen beobachten in der Praxis eine Veränderung im Konsumverhalten bei älteren opiatabhängigen Menschen. Ältere Klientel ab 40 Jahren wird als stabiler und ruhiger erlebt und zeigt eine höhere Konsumkompetenz als jüngere abhängige Personen.

«Wahrscheinlich hat es damit zu tun, weil sie nicht mehr ein krasser Level fahren, also den Konsum so weit im Griff haben, dass sich ein Rhythmus eingeschlichen hat und sie nicht dauernd in einem Dauerstress sind. Das erleben wir weniger bei Langzeitkonsumentinnen. Das meine ich mit stabiler, ruhiger. Häufig haben sie einen Tagesablauf, der fängt meistens

am Morgen an, z. B. wenn sie im Koda sind. Der Tagesablauf ist eigentlich jeden Tag ein wenig ähnlich. Sie sind grundsätzlich weniger gestresst als die jungen Süchtigen.» (ABW-02-1, Pos. 2)

Bei älteren opiatabhängigen Personen würde sich häufiger eine Art Sättigung zeigen. Das eigene Konsumverhalten wird dabei teilweise auch grundsätzlich in Frage gestellt und es werden neue Konsummuster gesucht.

«Will ich das noch? Dass ich 60 bin, will ich so weitermachen? Jeden Tag an die Anlaufstelle?» (ABW-01, Pos. 22)

Es bestehe eine Art Müdigkeit, ein solches Leben zu führen. Insbesondere der Stress bei der Beschaffung von Geld und Substanzen wird hinterfragt. In Verbindung mit dem Hadern mit der heutigen Drogenszene und deren Gepflogenheiten und einer damit einhergehenden Distanzierung kann es zur Hinterfragung der eigenen Abhängigkeit und der eigenen Konsummuster kommen.

Die Expert*innen beobachten teilweise eine Verschiebung der präferierten Substanz hin zu einem erhöhten Alkoholkonsum. Eine Verschiebung hin zu anderen illegalen Substanzen wird von den Expert*innen nicht beobachtet. Die Verschiebung hin zum Alkohol geschehe aber nicht im grossen Ausmass, sondern betreffe nur einzelne Personen. Als Grund wird die einfachere Verfügbarkeit von Alkohol angegeben und dass dieser auch legal konsumiert werden kann. Neben einer grundsätzlichen Stabilisation des Konsums wird auch eine Reduktion bemerkt. Veränderungen in den Lebensumständen führen nicht immer dazu, dass mehr konsumiert wird, sondern können auch zur Folge haben, dass weniger konsumiert wird. Die Expert*innen betonen, dass die Frage, ob eine Veränderung im Konsum stattfindet, grundsätzlich weniger mit dem Alter zu tun hat als mit der Bereitschaft des einzelnen Menschen, sich zu verändern. In diesem Fall kann aber auch ein Zusammenhang mit dem Alter bestehen. Viele langzeitabhängige Menschen haben im Verlauf ihres Lebens verschiedene Therapien und Entzüge absolviert und sich dabei mit ihren Konsummustern auseinandergesetzt. Dieses Wissen kann dazu beitragen, dass im Alter auf Strategien zurückgegriffen werden kann und sich eine nachhaltige Veränderung im Konsummuster einstellt.

«Ja, das stimmt, das weiss ich von Patienten, die sind 50 oder sogar mehr. Die haben ein Leben lang Dormicum konsumiert. Da habe ich mit ihnen endlich mal über den Unsinn von dem Kreislauf Klinik – nicht mehr Klinik – Klinik – nicht mehr Klinik reden können. Da konnte ich es ihnen so erklären, dass sie es verstanden haben. Wir haben dann zusammen Abbaupläne gemacht.» (OAT-P-02, Pos. 78)

4.4 Institutionelle Herausforderungen

Auf institutioneller und struktureller Ebene gibt es für die Expert*innen unterschiedliche Herausforderungen, die bisher ungelöst sind.

Räumliche Herausforderungen

In den meisten Institutionen fehlt es an rollstuhlgängigen und barrierefreien Räumen in genügender Anzahl. Dies betrifft vor allem die Wohnangebote. Die Wohnungen sind häufig nur über Treppen zu erreichen oder verfügen nicht über sanitäre Anlagen, die mit eingeschränkter Mobilität genutzt werden können. Nicht davon betroffen sind das Haus Felsenau und der Lorrainehof.

«Wir müssten mehr Platz zur Verfügung haben. Wir haben jetzt hier ein Haus, über drei Stockwerke, und wir sind nicht rollstuhlgängig und haben keinen Aufzug und es kann auch nicht so umgebaut werden. Sprich, das macht hier, an dem Ort, keinen Sinn.». (SBW-01, Pos. 22)

Das Infrastrukturproblem betrifft auch die Kontakt- und Anlaufstelle in Bern, welche aktuell noch nicht rollstuhlgängig ist. Die Abgabestellen für Medikamente in der OAT sind in Bern rollstuhlgängig. Dass im Bereich der Infrastruktur Handlungsbedarf besteht, scheint allen beteiligten Institutionen bewusst zu sein. Es herrscht Konsens, dass dies fortlaufend nachgebessert werden soll und muss, es ist jedoch nicht immer so schnell möglich, wie es sich die Institutionen wünschen würden. Insbesondere Institutionen mit ambulantem Wohnsetting suchen ihre Wohnungen auf dem freien Markt und unterliegen hinsichtlich Mietkosten und Verfügbarkeit den üblichen Marktregeln. Dies ist nicht immer einfach, da günstiger Wohnraum in der Stadt Bern generell knapp ist und barrierefreier Wohnraum häufig in einem Wohnumfeld konzipiert wird, in dem eine gesellschaftlich genormte Lebensführung gewünscht wird. Das gleiche gilt für die stationären Angebote, welche an Immobilien gebunden sind, welche nicht barrierefrei sind. Das Haus Felsenau hat als einzige Institution auf diese Situation reagiert und sein Gebäude nachhaltig umbauen lassen. Die Räumlichkeiten und sanitären Anlagen sind nun so ausgelegt, dass diese auch mit einem Rollstuhl verwendet werden können.

Erhöhter Pflegebedarf

Neben den Infrastrukturproblemen ist der zunehmend erhöhte Pflegebedarf der Klientel für die Institutionen eine Herausforderung. Die Expert*innen berichteten, dass sie diesbezüglich an die Grenzen des Machbaren stossen, wenn der Pflegebedarf stetig zunimmt. Eindeutige

Kriterien, ab wann der Pflegebedarf zu hoch ist, fehlen mehrheitlich. Es wird in jedem Einzelfall abgewogen, ob dieser Punkt erreicht wurde.

«Wenn sie ein gewisses Alter erreicht haben und z. B. körperlich auf pflegerische Sachen angewiesen sind, dann kommt irgendwann die Frage, können wir das noch tragen?» (ABW-02-1, Pos. 4)

Das Haus Felsenau nennt als einzige Institution Kriterien dafür, ab wann der Pflegebedarf zu hoch ist und eine Anpassung im Betreuungssetting notwendig wird.

«Aber wenn es danach weitergeht, wenn jemand Rundumpflege braucht, dass ein zwei Besuche pro Tag nicht mehr reichen, oder wenn es Richtung Sauerstoff geht oder solche Geschichten, dort ist die Abgrenzung.» (SBW-02, Pos. 8)

Neben dem Fehlen klarer Kriterien, wie lange jemand im Zusammenhang mit erhöhtem Pflegebedarf in einer Institution bleiben kann, fehlt es generell an spezifischen Konzepten für den Umgang mit älteren Abhängigen. Keine der befragten in der Suchthilfe tätigen Personen erwähnte, dass ein spezifisches Konzept für den Umgang mit älteren opiatabhängigen Menschen in ihrer Institution vorhanden ist.

Die Pflege der betroffenen Personen wird mittels externer Leistungen durch die Spitex abgedeckt. Interne Pflegeplätze oder Personal, welches dies übernehmen könnte, ist in den Institutionen der Suchthilfe nicht vorhanden. Die Zusammenarbeit mit den Spitexorganisationen wird als konstruktiv und gut beschrieben. Die Aufgabenteilung sei klar definiert und es sei i. d. R. eine gelingende Zusammenarbeit. Das Haus Felsenau hat sich überlegt, solche Pflegestellen beim Kanton im Zusammenhang mit dem Umbau des Gebäudes zu beantragen, hat sich aber dagegen entschieden, da schon der Umbau des Wohnheims nur knapp bewilligt wurde. Eine Ausnahme in diesem Bereich stellt der Lorrainehof dar. In dieser Institution sind ausschliesslich Fachkräfte der Pflege eingestellt. Es gibt Konzepte für den Umgang mit alten Menschen und die Räumlichkeiten sind für Personen mit Mobilitätseinschränkung ausgelegt.

Bedürfnisgerechte Institutionen

Die Fragen, ob es genügend Plätze in den Altersheimen gibt und ob diese auf die alternde Klientel vorbereitet ist, werden unterschiedlich beurteilt. Die meisten Expert*innen äussern sich dahingehend, dass es schwierig sei, zeitnah einen passenden Platz zu finden. Häufig werden auch ausserhalb der Stadt Bern Plätze gesucht. Es scheint aber aktuell noch keine Lücke zu geben. Trotz der Schwierigkeiten, eine passende Institution zu finden, konnte die Klientel mit einer gewissen Wartezeit bisher stets platziert werden. Was die Zukunft betrifft, besteht eine

gewisse Sorge, dass es nicht mehr genügend Plätze geben wird, insbesondere, weil die Zahl der Älteren immer weiter steigen wird.

«Im Moment gibt es genügend Plätze. Es kommt ein bisschen darauf an, wie schnell, wie viele Leute sich entwickeln, ob dann dort irgendwann dann mal etwas fehlt. Ich denke, ein Teil von den Leuten könnten, sollten integriert werden können in die bestehenden Strukturen von Altersheimen und Pflegeplätzen. Dort ist ein bisschen die Frage, ob es noch einen Bedarf geben wird in Zukunft. Ich denke, es gibt eine Gruppe, die zu randständig ist oder zu wenig sich an Regeln und Strukturen halten können, dass sie tragbar wären in der Regelversorgung. Dort denke ich, wird es irgendwann mal noch ein Angebot oder zusätzliche Angebote brauchen.» (AL-01, Pos. 18)

Unter den Expert*innen besteht Einigkeit darüber, dass es innerhalb der Stadt Bern nicht genügend Plätze im Alters- und Pflegebereich gibt. Menschen mit einer Suchterkrankung müssen entsprechend ausserhalb der Stadt platziert werden, was die meisten Betroffenen nicht wollen.

«Aber ich sage dir, Dreiviertel mindestens von allen Leuten sagen, sie wollen nicht weg von Bern.» (AL-02, Pos. 16)

Viele der älteren Betroffenen sind in der Stadt Bern aufgewachsen oder leben schon seit langer Zeit in der Stadt. Für sie ist es nur schwierig vorstellbar, ihr vertrautes Umfeld zu verlassen und auf dem Land in ein Pflegeheim zu gehen. Ein Wohnortwechsel nach ausserhalb der Stadt hat auch unmittelbaren Einfluss auf die Beschaffung illegaler Substanzen. Dies ist ausserhalb der städtischen Zentren schwieriger und es führt dazu, dass die Menschen einen längeren Weg auf sich nehmen müssen.

Die Schwierigkeit in der Platzierung älteren pflegebedürftiger opiatabhängiger Menschen besteht aber nicht nur im Vorhandensein von Betten. Oftmals fehlt es in den entsprechenden Institutionen der Altenpflege am Wissen für den Umgang mit abhängigen Menschen. Diese Institutionen sind entweder nicht darauf vorbereitet oder wollen aufgrund ihrer strategischen Ausrichtung keine abhängige Klientel. Besondere Probleme bei der Platzierung bestehen bei abhängigen Menschen, die ihr Konsumverhalten nicht anpassen wollen und so durch ihr Verhalten einen geregelten Altersheimbetrieb vor beträchtliche Herausforderungen stellen können.

«Ja, es ist schwierig, weil es ja nicht nur um Pflege geht. Die meisten bringen ein Gesamtpaket mit. Es gibt eigentlich nicht so viele Institutionen, wenn es wirklich Richtung Pflege geht und eine Suchtmittelabhängigkeit vorhanden ist.» (SBW-02, Pos. 16)

Insbesondere der Konsum innerhalb der Institution ist eine grundsätzliche Herausforderung, welche im Suchtbereich besteht. Sowohl durch die Erlaubnis des Konsums als auch durch dessen Verbot werden schwierige Frage aufgeworfen. Die ambulanten Wohnangebote erlauben den Konsum jeglicher Substanzen in den Wohnungen. In den betreuten Wohnangeboten ist die Handhabung unterschiedlich. Die Suchthilfeinstitution Albatros erlaubt den Konsum zu gewissen Zeiten und verfügt über einen betreuten Konsumationsraum. Der Umgang mit dem Konsum im eigenen Zimmer ist pragmatisch. Im Haus Felsenau ist der Konsum sämtlicher Substanzen im Gebäude und in der unmittelbaren Umgebung verboten. Im Wohn- und Pflegeheim Lorrainehof ist der Konsum von Alkohol ohne Beschränkung im eigenen Zimmer erlaubt, illegale Substanzen müssen ausserhalb des Areals konsumiert werden.

«Viele sind in den Abgabeprogrammen, da haben sie eine feste Dosis. Vielen haben auch Beikonsum. Wir sagen einfach, ihr dürft nicht bei uns im Zimmer zusätzlich spritzen. Ihr müsst aus dem Areal rausgehen.» (OAT-P-01, Pos. 2)

Die Expert*innen berichteten, dass durch den Konsum illegaler Substanzen im eigenen Zimmer insbesondere die Pflegeheime vor beträchtliche Herausforderungen gestellt werden können, da dieser dort nicht erlaubt ist und das Übertreten dieses Verbots zu einem Ausschluss führen kann. Der Konsumverbot ist insbesondere für Menschen, die aus einem begleiteten Wohnen kommen, schwierig, da sie es gewohnt sind, in ihrer eigenen Wohnung konsumieren zu dürfen. Für Menschen mit eingeschränkter Mobilität ist das Konsumverbot in den eigenen Wohnräumen eine zusätzliche Herausforderung, da sie nicht mehr so flexibel hinausgehen können. Da sich ältere Konsument*innen häufig von der Szene distanzieren, kommt für sie auch das Aufsuchen einer Kontakt- und Anlaufstelle weniger in Frage. Für eine Expertin stellt sich auch grundsätzlich die Frage, ob es realistisch ist, den Konsum vom Wohnort zu trennen.

«Die Realität ist aber so, dass sie trotzdem immer wieder auch so ein Konflikt hier mit reinnehmen, das ist ganz klar. Dort, wo konsumiert wird, oder dort, wo Konsumenten und Konsumentinnen sind, die trennen nicht einfach zwischen Wohnen und draussen.» (SBW-01, Pos. 10)

Im Gegenzug beschäftigen sich die Expert*innen, die in Institutionen arbeiten, in denen der Konsum erlaubt ist, mit ethischen Fragen. Dort geht es darum, wie viel Konsum erlaubt ist, insbesondere im Zusammenhang mit bereits erheblich geschädigter Gesundheit.

«Die Schwierigkeit, wann brechen wir die Zusammenarbeit ab? Also können wir, die Frage ist, dürfen sich die Leute sich bei uns zu Tode konsumieren?» (ABW-02-2, Pos. 4)

Die Frage, wie mit Menschen umgegangen werden soll, die durch ihren Konsum ihre bereits eingeschränkte Gesundheit zusätzlich gefährden, ist in diesen Institutionen nicht gelöst und dadurch wird gezeigt, wie komplex das Spannungsfeld ist, in dem die Institutionen arbeiten. Es gibt von den Expert*innen keine Patentlösung, welche der beiden Wege sinnvoll und zielführender ist.

Bezüglich der Abgabe von Medikamenten im Rahmen einer OAT in den Altersheimen habe sich die Situation in den letzten Jahren deutlich verbessert. Früher war dies ein Grund, aus dem jemand nicht aufgenommen werden konnte, weil die entsprechenden Medikamente wie Methadon nicht überall abgegeben wurden. Dies treffe heute nicht mehr zu. Es gibt aktuell nur geringfügige Einschränkungen in der Medikamentenabgabe, was z. B. bei der Abgabe von intravenösem Diaphin der Fall ist. In der Stadt Bern ist es aktuell nicht möglich, diese Form der OAT in den Altersheimen zu erhalten. Dafür muss die Klientel immer noch täglich die Koda aufsuchen.

Würdevolles Altern und Sterben

Die Themen «würdevolles Altern» und «würdevolles Sterben» stellen für die Mitarbeitenden in den Institutionen eine neue Herausforderung dar. Expert*innen berichteten in den Interviews, dass sie bei diesem Thema an ihre Grenzen stossen und dass der Umgang mit diesem Thema schwierig ist. Man ist sich bewusst, dass es in einzelnen Fällen in Richtung Sterbebegleitung geht, dazu fehlt aber spezifisches Fachwissen und es ist unklar, ob dies die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist und wenn, wie diese Aufgabe ausgestaltet werden kann. Über Fachwissen zum Thema Alter und Sucht verfügen die Befragten nur aus Praxiserfahrung. Dies sei in den jeweiligen Ausbildungen der Personen nicht oder nur am Rande ein Thema gewesen. Es besteht für alle Mitarbeitenden der befragten Institutionen die Möglichkeit, sich weiterzubilden, die diese auch wahrnehmen. Die jeweiligen Institutionen zeigen sich diesbezüglich offen und unterstützen die Mitarbeitenden z. B. auch finanziell bei den Weiterbildungen. Nicht vorhandenes Fachwissen ist auch ein Thema, wenn es um die Altersheime geht. Dort fehlt es nicht an Fachwissen zu Alter und Tod, sondern an spezifischem Fachwissen in Bezug auf Abhängigkeit. Dies betreffe sowohl die Pflege als auch die Ärzte.

«Dort fallen sie wirklich zwischen Tisch und Bank. Die Hausärzte sind in der Regel dieser Problematik gar nicht gewachsen, die diese Heime betreuen. Die Psychiater sind vor allem alterspsychiatrisch geschult und nicht suchtspezifisch.» (OAT-P-02, Pos. 92)

Soziale Integration

Im Hinblick auf die soziale Isolation und die beschriebene Perspektivlosigkeit, welcher in der Praxis teilweise begegnet wird, seien betreute Tagesstrukturen ein Konzept, um diese

Herausforderung zu bearbeiten. Es wird von den Expert*innen festgestellt, dass das Aufsuchen einer Tagesstruktur mit zunehmendem Alter für einige Klientel immer weniger attraktiv scheint. Als Gründe werden angegeben, dass die ältere Klientel teilweise lange Zeit nicht mehr gearbeitet hat und dass sie diese gewohnten Strukturen nicht mehr durchbrechen will, dass sie also nichts Neues mehr beginnen will. Der Tagesrhythmus hat sich auch ohne Arbeit eingespielt und man hat sich mit dem Istzustand abgefunden. Sozialarbeiterische Aufforderungen, doch ein Angebot für eine Arbeitsintegration aufzusuchen, stossen dann auf Ablehnung.

«Ich rede mit ihnen darüber, aber es herrscht ein grosser Widerstand. Ich weiss nicht genau, woran es am Ende liegt. [...] Aber ich denke, das ist wirklich, Dreiviertel, die kein offenes Ohr dafür haben. Zumindest nicht in diesen bestehenden Angeboten.» (ABW-01, Pos. 18)

Die bestehenden Angebote scheinen insbesondere für ältere opiatabhängige Menschen weniger geeignet zu sein. Dabei ist die Leistungsminderung aufgrund einer zunehmenden körperlichen Einschränkung von hoher Bedeutung. Insbesondere Arbeitsintegrationsangebote, die körperlich anstrengend sind, z. B. im Bau, werden weniger häufiger aufgesucht. Die Bemühungen für eine Integration werden mittels Integrationszulagen von 100 CHF pro Monat vergütet. Expert*innen berichteten, dass dieser Betrag von der Klientel als wenig motivierend angesehen wird.

Finanzierung

Die Finanzierung der einzelnen Institutionen ist unterschiedlich geregelt. Es gibt eine breite Spannweite der Arten der Finanzierung, bei welchen jeweils unterschiedliche Herausforderungen bestehen. Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich durch die öffentliche Hand, jedoch über unterschiedliche Finanzierungstöpfе. Es gibt Leistungsaufträge mit der Stadt Bern und mit dem Kanton Bern und die Finanzierung des Angebots über die Sozialhilfe, die Krankenkassen und/oder über die Ergänzungsleistungen. Die Finanzierung bestehender Projekte in der Suchthilfe ist aktuell nicht gefährdet. Ein Ausbau von Projekten ist jedoch oft nur schwierig möglich, insbesondere, wenn die Finanzierung über den Kanton Bern erfolgt. Die Expert*innen sind der Ansicht, dass die politische Zusammensetzung der kantonalen Exekutive einem Ausbau im Sozialen generell skeptisch gegenübersteht. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund der Erfolge der Suchthilfe das Thema in der öffentlichen Wahrnehmung in den Hintergrund gerückt ist und seitens der Bevölkerung kein Druck besteht, in diesem Bereich bedeutende Veränderung vorzunehmen.

Die grösste Herausforderung in der Finanzierung besteht hinsichtlich der ambulanten Wohnangeboten, welche nicht über einen städtischen Leistungsauftrag finanziert werden. Diese verrechnen ihre Kosten mit dem zuständigen Sozialdienst.

Wenn Personen eine IV-Rente erhalten, werden diese Personen i. d. R. vom Sozialdienst abgelöst, da mit der Rente und den Ergänzungsleistungen die Finanzierung des Grundbedarfs möglich ist. Dass die Ergänzungsleistungen zwar die Wohnkosten der jeweiligen Personen übernehmen, jedoch nur in beschränktem Ausmass die Kosten für eine ambulante Wohnbegleitung, führt zu falschen finanziellen Anreizen bei den Sozialdiensten. Der Systemfehler besteht darin, dass es für die Sozialdienste aus Kostengründen sinnvoll ist, jemanden in einem betreuten Wohnsetting zu platzieren, das über die Ergänzungsleistungen finanziert wird, anstatt weiterhin die niedrigeren Kosten für eine ambulante Wohnbegleitung zu übernehmen, nur, um die Klientel von der Sozialhilfe ablösen zu können. Professionelle fachliche Entscheidungen für ein Wohnsetting werden dann weniger schwer gewichtet als finanzielle Überlegungen.

«Mit ‹Kässelipolitik› meine ich, wenn die AHV/EL nicht reicht für ein bestimmtes Wohnangebot, z. B. Contact Wohnen. Dass die Gemeinde dann sagt, wenn wir sie umplatzieren, würde es reichen, dann könnten wir sie ablösen, dann wäre ‹Adieu-Merci›, dann hätten wir einen Fall weniger, also platzieren wir um. Und wenn es sein muss, in ein Angebot, das doppelt so teuer ist, aber ein anderes ‹Kässeli› bezahlt. Das ist ‹biereweich›. Aber das wird gemacht. Das ist politisch ein ‹fertiger Saich›. Und es ist auch nicht zum Wohle der Leute.» (AL-02, Pos. 20)

Diese Situation ist für die Institutionen insofern eine Herausforderung, als mit dem Erreichen des AHV-Alters die Menschen von der Sozialhilfe abgelöst werden und von AHV und Ergänzungsleistungen leben. Zugleich ist davon auszugehen, dass aufgrund des Entscheids des Bundesgerichts, dass suchtmittelabhängige Menschen einfacher eine IV-Rente erhalten können, und der steigenden gesundheitlichen Probleme der Klientel vermehrt IV-Renten zugesprochen werden. Die Zahl abhängiger Menschen, die nicht mehr vom Sozialdienst unterstützt werden, wird sich tendenziell also erhöhen. Dies führt dazu, dass in der aktuellen Situation einige Personen das ambulante Wohnsetting verlassen müssen, die dann entweder in einem betreuten Wohnsetting platziert werden oder ohne Unterstützung allein in einer Wohnung leben. Generell sind das Erreichen des Pensionsalters und der Erhalt einer AHV für ältere opiatabhängige Menschen nur zu einem geringen Grad Thema in der Praxis, da dies heute noch selten geschieht.

«Die Situation haben wir noch nicht gehabt. Das kann ich dir im Moment eigentlich gar nicht wirklich beantworten.» (SBW-01, Pos. 8)

Für die Institutionen ist aber klar, dass ein Wegfallen des Sozialdiensts dazu führen muss, dass diese Personen Beistand erhalten, um in der Institution verbleiben zu können. Dies gibt den Institutionen die Sicherheit, dass die Kosten gedeckt sind. Es ist aber auch aus fachlicher Sicht notwendig, da die Rechnungen für die Miete und Krankenkassen bei einer grossen Mehrheit der Langzeitabhängigen jahrelang vom Sozialdienst bezahlt wurden. Eine Umstellung darauf, dies selbst zu tun, stellt eine bedeutende Herausforderung für die Klientel dar, die mit Risiken verbunden ist, z. B. Wohnungsverlust, wenn die Rechnungen nicht pünktlich bezahlt werden.

Grundlegende Transformation der Suchthilfeinstitutionen

Die Klient*innenstruktur wird sich weiterhin verändern, darin sind sich die Expert*innen einig. Es konsumiert eine geringere Anzahl an Menschen Heroin und die Menschen, die damit beginnen, werden nicht mehr so randständig wie in früheren Jahren. Dieser Trend wird sich aller Voraussicht nach weiter fortsetzen, sofern kein Anstieg bei den Erstkonsument*innen eintritt. Diese Entwicklung ist für die Gesellschaft grundsätzlich erfreulich, da die Zahl der opiatabhängigen Menschen immer kleiner werden wird.

«Ja, das ist ganz klar Thema. Das ist eigentlich klar, mir und der strategischen Leitung sehr bewusst, dass unsere klassische Klientel von der Stiftung Contact in 30 Jahren nicht mehr gibt. Es wird sich reduzieren, es wird sich immer schneller reduzieren in einer Kurve und irgendwann gibt es nicht mehr.» (AL-01, Pos. 6)

Dies bedeutet für die bestehenden Institutionen, die aktuell auf eine grössere Anzahl von Klientel ausgelegt sind, dass eine grundsätzliche Veränderung auf sie zukommen wird, bis hin zur Frage der Existenzberechtigung. Die Institutionen werden sich an die neue Situation anpassen müssen. Dies kann in Form der Reduktion des Angebots erfolgen oder durch Erweiterung des Zielpublikums, damit die Institutionen auf betriebswirtschaftlicher Ebene bestehen können. Diese längerfristige Veränderung ist heute noch nicht exakt absehbar. Es wird aber grundlegende Veränderungen in der Suchthilfe der Stadt Bern geben. Es scheint, als ob schon heute durch erste betriebswirtschaftliche Überlegungen teilweise flexible, bedarfsgerechte Lösungen verhindert werden. Eine Expertin berichtete, dass es eine Herausforderung ist, die Schnittstellen zwischen den einzelnen Institutionen zu optimieren. Der Gesundheitszustand älterer Abhängiger verlaufe nicht linear von gut zu schlecht, sondern unterliege Schwankungen. Jemand, der stabil in einer eigenen Wohnung lebt, sollte unter Umständen aufgrund gesundheitlicher Probleme für einige Monate in einem betreuten Wohnsetting wohnen. Konnte die Person sich dort stabilisieren, ist es für sie nicht immer einfach, zurück in ein ambulantes Setting zu wechseln.

«Das denke ich, dort unterscheiden sie sich ein wenig von den <normalen> älteren Leuten, die einfach lange gut sind und irgendwann geht es nicht mehr und dann brauchen sie Unterstützung. Ich denke, bei diesem Hin- und Herwechseln brauchen sie ja dann auch unterschiedliche Institutionen. Das Abgeben und Wiederzurücknehmen, weil sich der Bedarf verändert, das glaube ich, ist eine Herausforderung. Die betrieblichen Interessen von den Institutionen oder auch die Umsetzbarkeit von den Institutionen wie freie Betten oder Bettbesetzungen und der Bedarf vom Klienten und Klientin führt nicht zur gleichen Lösung. Das finde ich, ist eine Herausforderung, die noch zunehmen wird in Zukunft.» (AL-01, Pos. 22)

Die Herausforderung besteht darin, unter Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen flexible, bedarfsgerechte Lösungen für die Klientel zu schaffen.

4.5 Problemlösungen und Innovation in der Praxis

Neben den institutionellen Herausforderungen gibt es aber auch erfolgreiche Herangehensweisen, welche sich bewährt haben, und innovative Vorschläge, um auf die neuen Herausforderungen zu reagieren. Alle befragten Personen sind sich der Veränderung in der Klient*innenstruktur bewusst und können die aktuellen Herausforderungen mit ihren Konzepten und Strukturen noch lösen.

«Ich denke, bei der Mehrheit der Angebote mit der Klientel, dass wir jetzt haben, können wir mit den veränderten Anforderungen gerecht werden.» (AL-01, Pos. 2)

Vorhandene Pflegeplätze

Fragt man die Expert*innen nach geeigneten Plätzen in Alters- und Pflegeheimen, werden neben der Antwort, dass es schwierig sei, einen passenden Platz zu finden, unterschiedliche Institutionen genannt. Werden alle aufgezählten Institutionen zusammengetragen und in einer Liste aufgeführt, sind dies bereits zehn Institutionen, bei denen die Expert*innen die Erfahrung gemacht haben, Personen platzieren zu können:

- Stiftung Solina, Spiez,
- Wohnen und Pflege Lorrainehof, Bern,
- Hospice Pré-aux-Boeufs, Sonvilier,
- Buchseegut, Köniz,
- Wohn- und Pflegeheim Frienisberg, Seedorf,
- Alterswohn- und Pflegeheim Jolimont, Bern,
- Altersheim Kühlewil, Englisberg,
- IV Wohnheim Schloss Utzigen, Utzigen,
- Stiftung Tannenhof, Gampelen, und

- Altersheim Riggishof, Riggisberg.

Das Problem der fehlenden und unpassenden Platzierungsmöglichkeiten scheint teilweise auch darin zu bestehen, dass die involvierten Personen nicht über einen Gesamtüberblick verfügen, welche Institutionen Menschen mit einer Suchtproblematik aufnehmen. Der Wunsch nach einer zentralen Informationsstelle wurde von einer Expertin geäußert.

«Solange wir für eine Einzelperson gesucht haben oder für ein, zwei Personen gesucht haben, irgendwann bist du dann fündig geworden. Aber du hast nicht direkt sofort eine Anlaufstelle gehabt, wo du gewusst hast, dass du sagen konntest, okay, in dem Fall XY wende ich mich dort- und dorthin. Das ist nicht so ganz einfach.» (SBW-01, Pos. 6)

Generell äusserten die Expert*innen, dass es in den letzten Jahren zu einer positiven Veränderung in den Altersheimen gekommen ist. Dies sei auch auf die Pionierleistung des Pflegeheims Solina in Spiez zurückzuführen, welches z. B. in enger Kooperation mit der Koda auch die OAT mit Diaphin ermöglicht. Eine Expertin berichtete, dass die Vorurteile, dass ältere abhängige Menschen in den Heimen stehen würden, dass Medikamente eingeschlossen werden müssten etc., ursprünglich zu erheblichem Widerstand in den Pflegeheimen führten. Diese Vorurteile konnten teilweise abgebaut werden.

Zusammenarbeit mit Spitex

Die Zusammenarbeit mit der Spitex wurde von allen befragten Expert*innen als gut beschrieben. Alle befragten Personen erwähnten, dass sie diese punktuell in ihre Arbeit mit einbezögen. Die Zusammenarbeit ist erfolgreich und professionell. Es gab in den Interviews keine Äusserungen dahingehend, dass es zu Problemen gekommen sei. Insbesondere für den Sozialdienst ist die Spitex ein relevanter Partner, wenn keine weitere Vernetzung der Klientel mit Suchtfachstellen vorhanden ist.

«Für die meisten Leute probieren wir immer, das zu organisieren. Also, dass sie z. B. eine Spitex haben. Die Spitex würde es bemerken, wenn der Zustand so viel schlechter würde, dass diese Person in den Spital müsste.» (AL-02, Pos. 26)

Dass die Zusammenarbeit mit der Spitex funktioniert und das Angebot abgedeckt werden kann, hat auch die Stiftung Contact in einer Bedarfsanalyse festgestellt, welche die Stiftung vor fünf Jahren durchgeführt hat. Es wurde abgeklärt, ob Bedarf nach einer suchtspezifischen Spitex besteht.

«Wir haben auch etwa vor fünf Jahren mal eine Analyse gemacht, ob es eine Spitex, eine Spitox hätte das geheissen, ob wir eine Spitox gründen möchten. Also eine Spitex für unser

Klientel. Diese Bedarfsanalyse hat ergeben, im Moment, oder dann vor fünf Jahren, gibt es noch zu wenig Bedarf, der nicht gedeckt werden kann, damit es Sinn macht, noch eine weitere Struktur zu etablieren.» (AL-01, Pos. 26)

Beispiele gelungener Anpassungen und Innovationen

Die Institutionen, denen die befragten Personen angehören, haben in den letzten Jahren ihr Angebot auf verschiedene Arten der älteren Klientel angepasst. Die Anpassungen sind unterschiedlicher Natur. Der Lorrainehof bemerkte, dass sein Institutionsname für die eintretende Klientel nicht mehr passend war, und änderte diesen. Durch diese geringfügige pragmatische Änderung wird gezeigt, wie auf die sich verändernde Klientel eingegangen werden kann.

«Genau, es ist deutlich jünger. Wir hiessen auch früher Alters- und Pflegeheim. Altersheim Lorrainehof. Und jetzt seit drei Jahren, ja vor drei Jahren haben wir das gewechselt. Im 19 haben wir das gewechselt in Lorrainehof – Wohnen und Pflege. Wenn dann eben so Leute unter 50 zu uns kamen. Altersheim? Das hat die natürlich konsterniert.» (OAT-P-01, Pos. 10)

Das Haus Felsenau hat seine Betriebsgebäude vollständig umgebaut. Nach dem Umbau ist der Betrieb rollstuhlgängig und barrierefrei. Auslöser für dieses Vorhaben war die Erkenntnis, dass sich die Klientel verändern und neue Bedürfnisse an den Betrieb stellen wird. Es wurden aber nicht nur bauliche Massnahmen ergriffen, sondern auch fachliche. Es wurde klar, dass nicht mehr alle Menschen an den internen Arbeitsprojekten teilhaben können. Die Arbeitsprojekte stellen ein zentrales Element des Betreuungskonzepts des Hauses Felsenau dar. Die Teilnahme an diesen Arbeitsprojekten ist obligatorisch. Da absehbar war, dass nicht mehr alle an den Arbeitsprojekten teilnehmen können und dies zu Problemen führen wird, wurden diese an eine Klientel angepasst, welche nicht mehr die gleiche Leistungsfähigkeit hat. Zugleich wurde der Betreuungsgrad für diese Personen erhöht.

«Dann haben wir das Angebot kreiert von dem Wohnen Süd, wie wir ihm sagen, mit einem erhöhten Betreuungsbedarf. Der Hauptunterschied ist, dass sie eben nicht mehr in den internen Arbeitsprogrammen arbeiten, sondern ein Beschäftigungsprogramm haben. Vom Namen her hat das schon einen anderen Charakter, vor allem aber auch inhaltlich. Das grenzt sich wirklich ab, es ist viel, viel niederschwelliger noch. Es basiert nicht gerade auf Freiwilligkeit, aber man ist dort nicht so streng vom zeitlichen Rahmen, von dem, was gefordert wird, es ist viel individueller und das Angebot wird sozialpädagogisch betreut und hat wirklich so einen Wohngruppencharakter. Bei dem können wir eine 24-Stunden-Betreuung garantieren. [...] Das ist so, wie wir darauf reagieren konnten. So konnten wir ganz konkret

drei Leute behalten, die wir sonst zu diesem Zeitpunkt wirklich auch hätten verabschieden müssen, weil wir ihnen nicht mehr gerecht worden wären.» (SBW-02, Pos. 6)

Wohnen Bern platziert ältere abhängige Menschen, wenn möglich an einem Ort, an dem neben den Wohnungen auch direkt noch ein Büro von Wohnen Bern ist. Die Organisation sucht damit selbst die Nähe zu den Wohnungen der älteren Klientel. Durch den Präsenzdienst, der zweimal in der Woche vor Ort ist, ist es möglich, dass die Bewohner niederschwellig Kontakt aufnehmen können. Dies werde insbesondere von älteren Bewohnenden gern genutzt. Der unverbindliche Rahmen der Kontaktaufnahme werde geschätzt. Es sei auch möglich, Kurz- und Spontanbesuche bei den Menschen zu machen.

«Wir haben regelmässig zweimal in der Woche das Büro offen. Dort können wir einen sehr niederschweligen Rahmen bieten. Dort merken wir auch, dass so Langzeitsüchtige dies eventuell mehr nutzen. Dort haben wir auch die Gelegenheit, dort zu läuten, einen Kurzbesuch, einen Spontanbesuch zu machen. Das haben wir schon gemerkt, das ist wichtig. Was will ich damit sagen? Wir merken, dass wenn wir Langzeitsüchtige an solch einem Ort platzieren können, wir besser an sie herankommen, als wenn wir sie in einem normalen Wohnblock im Breitenrain platzieren.» (ABW-02-1, Pos. 10)

Zwei Expert*innen gaben in den Interviews an, dass sie die Situation genau beobachten würden, um allenfalls zu reagieren, wenn der aktuelle Bedarf nicht mehr gedeckt werden kann. Sie gehen davon aus, dass die Menschen aktuell über die Regelversorgung platziert werden können. Sollte sich dies ändern, gibt es Pläne, das bestehende Angebot zu erweitern und ein Angebot spezifisch für ältere abhängige Menschen zu schaffen.

«Wir haben es schon paarmal diskutiert, machen wir ein Altersheim auf für unser Klientel? Nein, im Moment gibt es zu wenig Bedarf, respektive der Bedarf wird gedeckt z. B. durch die bestehenden Anbieter, also in Spiez, das Solina oder das Haus Felsenau, also die, die es schon gibt. Wenn es in sieben Jahre plötzlich einen Boom gibt, also plötzlich ganz viele, dann können wir dann schauen, ob wir ein Altersheim eröffnen.» (AL-01, Pos. 26)

«Aber grundsätzlich denke ich, ist es sicher etwas, das wir auch in den nächsten ein, zwei Jahren nochmals für uns thematisieren werden. Was haben wir für Möglichkeiten? Gemeinsam mit unserem Trägerverein, gemeinsam mit der Stadt werden wir das diskutieren, ob wir irgendwie unser Angebot ausbauen können.» (SBW-01, Pos. 22)

Der Umgang des Sozialdienstes Bern mit der Teilnahme an Arbeitsprogrammen bei älteren abhängigen Menschen ist pragmatisch und lebensnah. Dieser ist in hohem Mass an die Fähigkeiten der Betroffenen angepasst und nicht darauf ausgelegt, eine Integration in ein Arbeitsprojekt zu erzwingen. Es wird kein Druck in Form einer Pflichtteilnahme an solchen

Arbeitsprogrammen ausgeübt und es steht den älteren abhängigen Menschen frei, ob sie an einem solchen Arbeitsprogramm teilnehmen wollen. Es wird über die Motivation der einzelnen Personen gearbeitet. Die Sozialarbeitenden versuchen, die Klientel zu motivieren und ihnen die Vorteile einer Teilhabe an solchen Programmen aufzuzeigen. Entsprechend haben sie auch keine Kürzungen in ihrem Budget zu befürchten.

«Machen wir berufliche Arbeitsintegration bei Leuten, die schon älter sind? Nein, das machen wir nicht. Das ist meine Haltung. Integrationsprojekte, die kosten alle ein Menge Geld. Jemand dort reinzuzwingen, der nicht will und nicht kann und auch nie mehr eine berufliche Integration stattfinden wird, das machen wir nicht. Auf der anderen Seite sind wir aber sehr wohl bei jemanden bereit, also wir motivieren natürlich die Leute, auch wenn er 55 oder 56 ist, zum Beispiel ins Azzuro zu gehen und dort sehr niederschwellige Arbeiten zu machen. Das ist ja kostenpflichtig bei uns, das bewilligen wir aber nur, wenn die Person das will. Aber jemanden zwingen, das zu machen, das dann erst noch kostet, also das machen wir nicht.» (AL-02, Pos. 24)

5 Diskussion der Ergebnisse

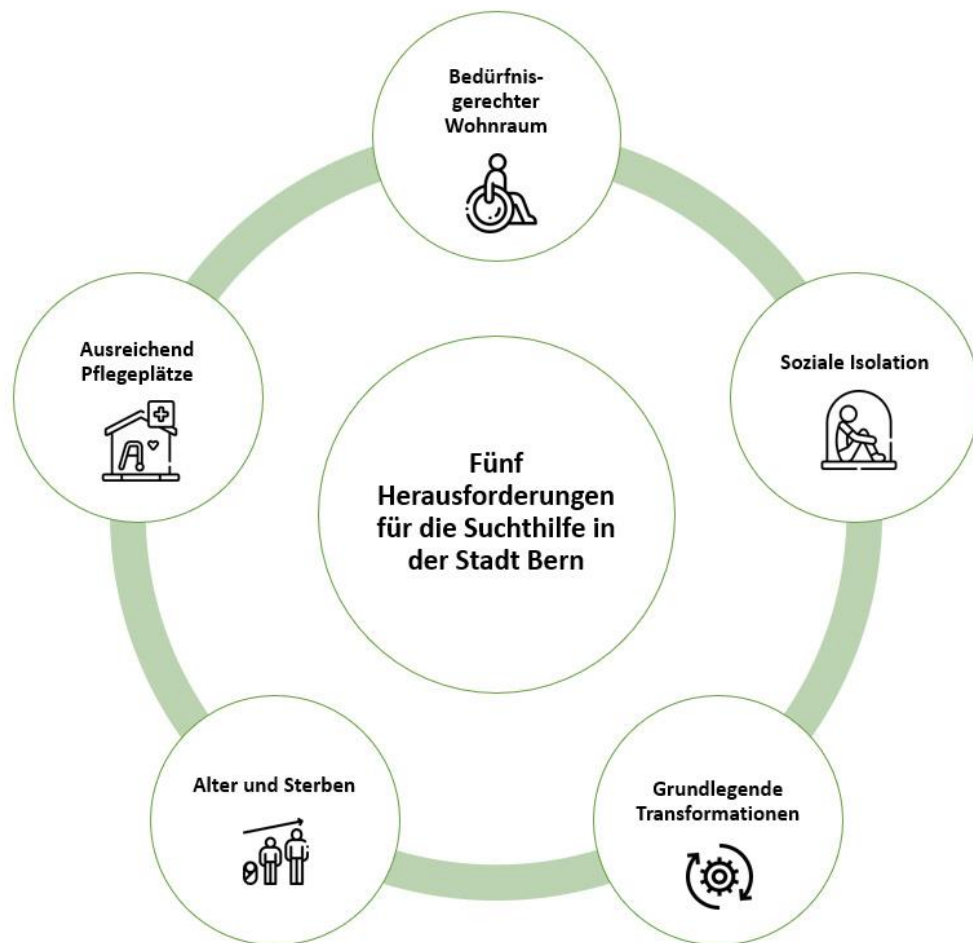


Abbildung 1: Fünf Herausforderungen für die Suchthilfe in der Stadt Bern (eigene Darstellung)

Die Fragestellung dieser Masterthesis lautet: Welche ungelösten Herausforderungen bestehen für Institutionen im Bereich der Suchthilfe in der Stadt Bern, die mit über 40-jährigen opiatabhängigen Menschen zusammenarbeiten? Anhand der Ergebnisse wurde erkennbar, dass ältere opiatabhängige Menschen in allen befragten Institutionen Thema sind. Daraus können fünf Herausforderungen abgeleitet werden, welche in den folgenden Abschnitten diskutiert werden. Die Herausforderungen lauten «bedürfnisgerechter Wohnraum», «ausreichend Pflegeplätze in der Stadt Bern», «soziale Isolation», «Alter und Sterben» und «grundlegende Transformation». Die Reihenfolge der Nennung der Herausforderungen entspricht nicht einer inhaltlichen Gewichtung in Form von z. B. aufsteigender Dringlichkeit. Zugleich ist festzuhalten, dass ältere opiatabhängige Menschen keine homogene Gruppe sind. Das bedeutet, dass im Einzelfall immer wieder individuell bestmögliche Lösungen gefunden werden müssen (vgl. Johnston et al. 2017: 10).

5.1 Herausforderung «Bedürfnisgerechter Wohnraum»

Treten heute mobilitätseinschränkende gesundheitliche Probleme in den Institutionen auf, stossen die Institutionen teilweise an ihre Grenzen, da der zur Verfügung gestellte Wohnraum nicht dafür ausgelegt ist. Oft muss die Klientel dann in eine andere Institution umplatziert werden oder sich mit nicht bedürfnisgerechtem Wohnraum abfinden. Speziell für ambulante Wohnangebote ist dies eine erhebliche Herausforderung, da sie kaum über Wohnraum verfügen, der z. B. rollstuhlgängig ist. Für die Klientel in den ambulanten Angeboten zieht dies zwei Autonomieeinschränkungen nach sich. Kommt es zu körperlichen Einschränkungen, die eine Platzierung erforderlich machen, erfolgt diese meist in Institutionen mit einem stationären Wohnangebot. Diese sind besser darauf ausgelegt, sowohl hinsichtlich der Räumlichkeiten als auch bezüglich der Pflege. Dies führt dazu, dass neben der bestehenden körperlichen Einschränkung noch zusätzlich eine Autonomieeinschränkung in der Lebensführung besteht. Die Klientel muss sich dann einerseits mit dem Verlust von Mobilität auseinandersetzen, andererseits aber auch mit den Anpassungen, die für ein Leben in stationärem Rahmen notwendig sind.

Auf den ersten Blick scheint es erstaunlich, dass die Betriebe ihre Infrastruktur dieser Entwicklung noch nicht angepasst haben, da diese Herausforderung absehbar war. Zwei Faktoren scheinen aber dazu geführt zu haben, dass dies noch nicht geschehen ist. Als vor zehn Jahren erste wissenschaftliche Publikationen im deutschsprachigen Raum zu älteren opiatabhängigen Menschen erschienen, war der Apell teilweise dringlich, Gossop schrieb von einer besorgniserregenden Prognose für die nächsten Jahre (vgl. Gossop 2008: 1). Man ging davon aus, dass ab einem Alter von 40 Jahren aufgrund der Voralterung gesundheitliche Probleme erheblich zunehmen werden. Der Cut-Off-Wert von 40 Jahren für ältere opiatabhängige Menschen, wie ihn das EMCDDA festgelegt hat (vgl. Johnston et al. 2017: 3), scheint für die Praxis der Suchthilfeinstitutionen jedoch eher zu niedrig angesetzt worden zu sein. Es gibt vereinzelt Klient*innen, die mit altersbedingten gesundheitlichen Problemen schon ab 40 Jahren zu kämpfen haben. Bei der Klientel, welche die Expert*innen begleiten, zeigen sich die gesundheitlichen Probleme jedoch erst ab einem Alter von 50 Jahren und auch in diesen Fällen sind die körperlichen Einschränkungen noch nicht so erheblich, dass eine grosse Zahl an Personen von Mobilitätseinschränkungen betroffen ist. Entsprechend konnten für diese Personen bisher immer individuelle Lösungen gefunden werden und der Problemdruck auf die Institutionen war daher noch nicht gross. Ein weiterer Grund, aus dem die Wohninfrastruktur nur langsam angepasst wurde, besteht in den beschränkten finanziellen Möglichkeiten. Im ambulanten Bereich ist es zunehmend schwieriger geworden, geeigneten finanzierbaren Wohnraum auf dem Wohnungsmarkt in der Stadt Bern zu finden. Die Mietpreise haben sich in den letzten Jahren generell erhöht, bei den Ein- und Zweizimmerwohnungen

war die Mietpreissteigerung sogar überproportional. Zweizimmerwohnungen wurden in den letzten 17 Jahren im Durchschnitt 24.7 % teurer (vgl. Stadt Bern 2021: 3). Zugleich ist der verfügbare Wohnraum in der Stadt Bern knapp. Die Leerwohnungsziffer betrug im Jahr 2021 in der Stadt Bern 0.54 % (vgl. Statistik Stadt Bern 2021: 3), was dreimal niedriger ist als im Kanton Bern mit einer Leerwohnungsziffer von 1.61 % (vgl. Bundesamt für Statistik 2021b: o. S.). Aufgrund der steigenden Mietpreise und des kleinen Angebots entsteht ein erhöhter Konkurrenzkampf um freistehende Wohnungen, von welchem auch Institutionen der ambulanten Wohnungshilfe betroffen sind. Hinderlich sind auch die teilweise bestehenden gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber opiatabhängigen Menschen («gefährlich, unberechenbar, ungesellig und verrückt» (Conner/Rosen 2008: 246)). Dadurch wird das Finden von geeignetem Wohnraum in dieser Konkurrenzsituation zusätzlich erschwert.

Als erfolgreiches Beispiel dafür, wie eine Antwort auf die Wohnungsknappheit gefunden werden kann, ist die Aktiengesellschaft Wohnsinn zu nennen. Diese Organisation wurde von drei im Suchtbereich tätigen Institutionen gegründet (Verein Wohnen Bern, Stiftung Contact und Stiftung Sinnovativ). Die Organisation erwirbt Liegenschaften und Wohnungen im Raum Bern und stellt diese sodann Menschen zur Verfügung, die «praktisch kaum je die Chance [hätten], eine eigene, bezahlbare Wohnung zu mieten» (Wohnsinn Bern 2021: o. S.). Dadurch werden die Institutionen selbst auf dem Wohnungsmarkt aktiv und können so ein Angebot schaffen, das sich einer Gewinnmaximierungslogik entzieht.

Die befragten Personen sind sich bewusst darüber, dass der Wohnraum angepasst werden muss, und berücksichtigen bei der Wohnungssuche Aspekte der Barrierefreiheit. Die Barrierefreiheit ist aber nicht das einzige Kriterium, welches für ein altersgerechtes Wohnen mit einbezogen werden muss. Nach Pardini bedarf es vielmehr eines altersgerechten Wohnumfelds. Dazu gehören z. B. die Schaffung von Orientierungsmöglichkeiten, quartierbezogene Dienstleistungsangebote im Bereich Gesundheit und Versorgung, geschützte Aufenthaltsmöglichkeiten und der Zugang zum öffentlichen Verkehr. Diese Themen können die Suchthilfeinstitutionen nicht allein lösen, da sie gesamtgesellschaftlich bearbeitet und allen älteren Menschen zur Verfügung gestellt werden müssen. Konkrete Vorschläge für die Umsetzung altersgerechter Wohnquartiere fehlen aber bisher (vgl. Pardini 2018a: 190). In diesem Zusammenhang besteht die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und der Sozialarbeitenden der Suchthilfeinstitutionen im Speziellen darin, sich auch politisch für die Bedürfnisse der Klientel einzusetzen. Rieger bezeichnet das anwaltschaftliche Handeln als Mittel der politischen Interessensvertretung als «Herzstück der Sozialen Arbeit» (Rieger 2003: 96). Er meint damit, dass sich Sozialarbeitende auf allen politischen Ebenen für soziale Gerechtigkeit einsetzen sollen. In diesem Zusammenhang kann es verkürzt formuliert z. B. darum gehen, altersgerechten Wohnraum in unterschiedlichen

politischen Debatten und Ebenen einzufordern, allenfalls mit genossenschaftlichen Bauvorhaben in Kontakt zu treten und aktiv Wohnraum an die Klientel zu vermitteln.

Die Herausforderung, adäquaten Wohnraum für die Klientel zur Verfügung zu stellen, besteht aber nicht nur in baulichen Massnahmen, sondern auch in der Handhabung, wie mit legalen und illegalem Suchtmittelkonsum innerhalb der Institution umzugehen ist. Speziell im stationären Bereich ist dieses Thema eine beträchtliche Herausforderung. Aktuell gibt es in der Stadt Bern keine Möglichkeit, im stationären Kontext mit gesundheitlich bedingter Mobilitätseinschränkung illegale Substanzen in einem geschützten Rahmen zu konsumieren. Im Albatros ist der Konsum in dem dafür zur Verfügung gestellten Konsumraum möglich, die Institution verfügt aber nicht über die notwendigen baulichen Massnahmen, um mobilitätseingeschränkte Personen aufnehmen zu können. In den Institutionen Haus Felsenau und Lorrainehof finden Menschen die notwendigen Räumlichkeiten, der Konsum illegaler Substanzen ist dort jedoch nicht erlaubt. Für die Menschen in solchen Institutionen besteht die einzige Möglichkeit, unter hygienischen und legalen Bedingungen zu konsumieren, im Aufsuchen einer Kontakt- und Anlaufstelle (vgl. Schori/Wollschläger 2019: 4). In Anbetracht der zunehmenden Leistungsminderungen und körperlichen Eingeschränktheit der Klientel ist es offen, ob dies für alle Klient*innen möglich sein wird, oder ob diese nicht einfach ausserhalb ihrer Wohninstitutionen konsumieren werden. Dies würde zur Situation führen, dass sich vor allem besonders verletzte Personen einem risikoreichen Konsum in der Öffentlichkeit aussetzen müssten. In der vom Bund vorgegebenen Drogenpolitik werden unter dem Punkt «Schadensminderung» folgende Ziele definiert: «Ausweichen auf weniger riskante oder weniger schädigende Verhaltensweisen», «soziale Integration erhalten» und «Überlebenshilfe bieten» (Bundesamt für Gesundheit 2022: o. S.). Mit einer strikten Umsetzung abstinenter Wohnangebote wäre das Erreichen dieser Ziele gefährdet. Die Institutionen im stationären Bereich müssen Überlegungen anstellen, in welcher Form sie einen allfälligen Konsum bei älteren Personen in ihrer Institution ermöglichen wollen. Ein pragmatischer Umgang mit der Frage des Konsums innerhalb der Institutionen unter Berücksichtigung der Schadensminderung und der bestehenden Stigmatisierung opiatabhängiger Menschen ist wünschenswert. Der Fachverband Sucht hat dazu in kooperativer Arbeit ein Konzept entwickelt, wie mit einer konsumakzeptierenden Haltung ein würdevoller Umgang und eine angemessene Behandlung in Alterszentren gewährleistet werden können (vgl. Fachverband Sucht 2019: 14).

Die Herausforderung «bedürfnisgerechter Wohnraum» besteht also darin, dass ambulante Wohnangebote mehr altersgerechten Wohnraum in der Stadt Bern zur Verfügung stellen und die stationären Wohnangebote pragmatische Lösungen finden, wie sie älteren

opiatabhängigen Menschen einen risikoarmen Konsum illegaler Substanzen im Sinne der Schadensminderung ermöglichen können.

5.2 Herausforderung «Ausreichend Pflegeplätze innerhalb der Stadt Bern»

Benötigen opiatabhängige Menschen aufgrund von körperlichen Gebrechen mehr Pflege, kann diese aktuell über die Regelversorgung der bestehenden Altersheimangebote abgedeckt werden. Es besteht derzeit keine Lücke im Versorgungsangebot. Eine Platzierung in einer Institution innerhalb der Stadt Bern ist aber nicht immer möglich, weshalb es zu Platzierungen innerhalb des Kantons kommt. Die Folge ist, dass ältere opiatabhängige Menschen, die ihr Leben in der Stadt Bern verbracht haben, ihr bekanntes Umfeld verlassen müssen. Es besteht die Gefahr, dass es dadurch zu einer Verschärfung der sozialen Isolation kommt.

Für Altersheime besteht aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein gewisses Risiko, dass durch die Aufnahme einer hohen Zahl an Personen mit Suchtmittelabhängigkeit eine Segregation ihres Angebots entstehen kann und dass das Altersheim nicht mehr von Menschen, die keine Suchtmittelabhängigkeit haben, aufgesucht wird. Dies kann auf Altersheime abschreckend wirken, was den Druck auf die Altersheime, die solche Plätze anbieten, zusätzlich erhöht. Unter Umständen kann dies auch dazu führen, dass bestehende Angebotsmöglichkeiten von den Institutionen nicht aktiv beworben werden und so den Suchthilfeinstitutionen in geringerem Mass bekannt sind, als es z. B. beim Altersheim Solina in Spiez oder beim Wohn- und Pflegeheim Lorrainehof der Fall ist. In den Gesprächen mit den Expert*innen wurde klar, dass hier ein Informationsdefizit besteht. Die bestehenden Angebote waren nicht allen Akteuren im gleichen Ausmass bekannt. Für die generelle Unterbringung von Menschen mit einer Suchterkrankung gibt es für die Stadt Bern und Umgebung einen online verfügbaren Wohnführer der Wohnkonferenz, der übersichtlich die bestehenden Angebote auflistet (vgl. Verein Wohnkonferenz Bern 2022: o. S.). Eine einfache und schnelle Lösung wäre es, wenn das bestehende Angebot des Wohnführers um Institutionen, die altersgerechte Wohnmöglichkeiten anbieten, erweitert werden könnte. Dadurch wäre sichergestellt, dass die notwendigen Informationen den beteiligten Sozialarbeitenden in den Institutionen zur Verfügung stehen.

Mittelfristig wird die Zahl pflegebedürftiger opiatabhängiger Menschen weiter zunehmen. Spezialisierte Angebote, z. B. der Lorrainehof Bern, dessen Klientel mehrheitlich an einer Abhängigkeitserkrankung leidet, führen schon heute Wartelisten und sind teilweise überbelegt. Dieser Trend wird sich verschärfen, was auch den Druck auf Institutionen in der Regelversorgung erhöht, Menschen mit einer Suchterkrankung aufzunehmen. Parallel zu dieser Entwicklung erfolgt eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, welche sich nur wenig von den Bedürfnissen älterer opiatabhängiger Menschen unterscheidet.

Mit dem gesellschaftlichen Wandel haben sich auch die Bedürfnisse der Durchschnittsbevölkerung in Bezug auf Fragen zum Alter individualisiert. Durch diese neuen Bedürfnisse sind neue Versorgungslösungen erforderlich (vgl. Pardini 2018b: 98). Auch Menschen in der Durchschnittsbevölkerung wollen so lange wie möglich selbst in ihrer Wohnung leben. Es findet zudem nach Kwiatkowski/Tenger eine «Entfamilisierung» statt. Die Bedeutung der Kernfamilie, in traditioneller Hinsicht, ist erheblich zurückgegangen. Dies hat zur Folge, dass Betreuungsaufgaben, welche früher die Familien übernommen haben, immer mehr durch Professionelle ausgeführt werden. Zugleich ist aber auch ein Gegentrend beobachtbar, der eine Rückbesinnung auf die Gemeinschaft zur Folge hat. Dieser Gegentrend ist die Folge der beträchtlichen Individualisierung und Entfamilisierung (vgl. Kwiatkowski/Tenger 2016: 12). Die Menschen wollen vermehrt individualisierte Lösungen, bei denen sie bedarfsgerechte Dienstleistungen beziehen können, was zur Folge hat, dass ein entsprechend erhöhter Bedarf nach serviceorientierten Dienstleistungen besteht. Eine standardisierte Unterbringung in einem Altersheim wird immer häufiger in Frage gestellt. Damit serviceorientierte Dienstleistungen wirtschaftlich angeboten werden können, bedarf es nach Pardini Verbundlösungen. Dies bedeutet eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit einzelner Akteure, die im Bereich der Altershilfe tätig sind. In einem grösseren Verbund mehrerer Institutionen kann ein breiteres serviceorientiertes Angebot zur Verfügung gestellt werden. Dadurch ist es möglich, besser auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, sodass ein nahtloser Übergang zwischen den einzelnen Phasen des Alters gewährleistet werden kann (vgl. Pardini 2018b: 104).

Diese gesamtgesellschaftliche Entwicklung gilt auch für die Versorgung älterer opiatabhängiger Menschen. Der Umgang mit Abhängigkeit und den daraus entstehenden Herausforderungen z. B. in Fragen des Konsums illegaler Substanzen in Altersheimen muss durch kooperative Zusammenarbeit bewältigt werden. Im Idealfall entstehen im Austausch zwischen den Institutionen der Suchthilfe und den Alterszentren innovative Lösungen, bei denen das Wissen zu Abhängigkeit und Pflege hybridisiert werden kann. Die bestehenden Infrastrukturen von Alterswohnungen in den Altersheimen könnten z. B. von ambulanten Wohnangeboten der Suchthilfe in Kooperation mit diesen Alterszentren in einem gemeinsamen Projekt genutzt werden. Dadurch könnten Dienstleistungen der Pflege mit Dienstleistungen der Suchthilfe kombiniert werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Damit wäre gewährleistet, dass auch opiatabhängige Menschen möglichst lange in ihrer Wohnung leben können und nicht auf stationäre Angebote angewiesen sind, was sich auch positiv auf die Kosten auswirken würde.

Problematisch ist, dass die Leistungen ambulanter Wohnangebote der Suchthilfe aktuell nur eingeschränkt über die Ergänzungsleistungen abgerechnet werden können. Im Kanton Bern

können bei der EL pro Stunde 25 CHF, jedoch maximal 4800 CHF im Jahr für die Betreuung und Hilfe im Haushalt verrechnet werden (Kanton Bern 2022: Abs. Art. 17 Abs. 7). Dieser Betrag ist für die ambulanten Wohnangebote der Suchthilfe nicht ausreichend, um ein fachlich adäquates Angebot bereitstellen zu können. Es ist abzusehen, dass in Zukunft vermehrt opiatabhängige Menschen das Rentenalter erreichen oder eine IV-Rente erhalten werden, die sodann auf EL angewiesen sind. Wie die Expert*innen berichteten, besteht die Gefahr, dass Personen in solchen Fällen in stationäre Einrichtungen, welche von der EL abgedeckt werden, umplatziert werden müssen. Damit kann der Sozialdienst diese nach dem Subsidiaritätsprinzip von der Sozialhilfe ablösen. Letztendlich führt dies zwar zu geringeren Kosten für die Sozialhilfe, jedoch ist davon auszugehen, dass sich die Kosten insgesamt erhöhen, da ambulante Angebote i. d. R. günstiger sind als stationäre. Nicht nur in finanzieller Hinsicht ist dieses Vorgehen problematisch, sondern es widerspricht auch den Bedürfnissen der Menschen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu leben.

Es stellt sich die Frage, ob es in der Stadt Bern eines spezialisierten stationären Angebots im Sinne eines Altersheims für abhängige Menschen für die letzte Phase des Lebens bedarf, in der intensive Pflege notwendig wird. Diese Frage ist offen und kann nicht eindeutig mit einem Ja oder Nein beantwortet werden. Neben fachlichen Fragen (mögliche Stigmatisierung, Segregation etc.) ist auch fraglich, ob dies in der aktuellen politischen Situation im Kanton Bern finanziert werden würde. Eine spezialisierte Institution widerspricht bis zu einem gewissen Grad auch dem oben beschriebenen Trend des Bedarfs nach mehr Kooperation und Verbundlösungen bestehender Institutionen. Es wäre sinnvoller und wohl auch kostengünstiger, wenn die bestehenden stationären Institutionen der Suchthilfe in der Stadt Bern ihr Angebot in Kooperation mit Institutionen der Altenhilfe weiterentwickeln würden. Insbesondere im Hinblick auf die grundsätzliche Transformation im Suchtbereich (siehe Herausforderung 5.5) wäre dies eine Chance für stationäre Angebote, ihr bestehendes Angebot zu erweitern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aktuell dem Bedarf noch nachgekommen werden kann. Je nachdem, wie alt die aktuelle Klientel wird, kann hier aber Bedarf entstehen, der von den bestehenden Angeboten der Altershilfe nicht mehr getragen werden kann.

Die Herausforderung «Pflegeplätze innerhalb der Stadt Bern» besteht darin, dass für Menschen, die eine intensive Pflege benötigen, weiterhin genügend Plätze in der Regelversorgung bereitgestellt werden können. Zugleich bedarf es für die Zeit vor der Notwendigkeit intensiver Pflege neuer Lösungen, welche den individuellen Bedürfnissen älteren opiatabhängiger Menschen entsprechen. Auch ältere opiatabhängige Menschen wünschen dem gesamtgesellschaftlichen Trend entsprechend individualisierte Lösungen, bei denen sie so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben können. Damit diese Lösungen

angeboten werden können, bedarf es einer intensiveren Vernetzung und Kooperation von Institutionen der Suchthilfe und der Altershilfe sowie der Bereitstellung der benötigten finanziellen Mittel durch den Kanton und die Stadt.

5.3 Herausforderung «Soziale Isolation»

Die soziale Isolation bei älteren opiatabhängigen Menschen ist eine Herausforderung, welche in der Fachliteratur häufig erwähnt wird (Degkwitz/Zurhold 2008, Vogt/Eppler/Ohms/et al. 2010, Roe et al. 2010, Smith/Rosen 2009). Die Befragung der Expert*innen hat auch für die Stadt Bern ergeben, dass diese Herausforderung in der Praxis besteht. Menschen mit einer langjährigen Opiatabhängigkeit haben oftmals keinen Kontakt mehr zu ihrer Familie, und wenn Kontakt besteht, ist dieser aufgrund der Abhängigkeit und der damit zusammenhängenden Schuldgefühle oft belastet (vgl. Roe et al. 2010: 1974). Ältere opiatabhängige Menschen distanzieren sich zunehmend von der Drogenszene, da sich einerseits ihr Konsumverhalten verändert und sie andererseits Mühe mit dem Verhalten und den Sitten der jüngeren Generation haben (vgl. Anderson/Levy 2003: 762). Dies führt schlussendlich dazu, dass sich ältere opiatabhängige Menschen zunehmend isolieren und keine sozialen Kontakte ausserhalb des professionellen Settings mehr pflegen. Die Expert*innen erleben diese in der Forschung festgestellten Ergebnisse in ihrer täglichen Arbeit. Die Menschen zögen sich in ihren Wohnraum zurück und würden in sozialer Isolation leben. Besonders prekär ist die Situation bei Menschen, die eine eigene Wohnung haben. In diesen Fällen besteht die Gefahr, dass unter Umständen tagelang kein Kontakt zu anderen Menschen gepflegt wird.

Der Umgang mit dieser Herausforderung ist komplex und es scheinen aktuell noch keine generellen Lösungen dafür gefunden worden zu sein. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit versuchen, die Teilhabe an der Gesellschaft u. a. mit der Teilnahme an Arbeitsintegrationsprojekten zu fördern. Dieses Vorgehen ist teilweise aber nur schwierig umsetzbar, da durch körperliche Leistungsminderung die Teilnahme an diesen Projekten verhindert wird. Weitere Ansätze dafür, wie mit der Herausforderung umgegangen werden kann, sind das niederschwellige Aufsuchen betroffener Personen. Dies kann z. B. durch ambulante Angebote (Wohnhilfe/Spitex) geschehen. Durch das Einbeziehen verschiedener Institutionen in die Begleitung älterer opiatabhängiger Menschen (z. B. Sozialdienst, OAT, Wohnbegleitung, Spitex) kann auch die Gefahr reduziert werden, dass jemand unbemerkt über längere Zeit tot in der Wohnung verbleibt. Diese Art, zu sterben, ist nicht nur für die Betroffenen unwürdig, sondern löst auch im Helfernetz grosse Betroffenheit aus, wie die Gespräche mit den Expert*innen zeigten.

Aus den Befragungen ging hervor, dass positive Erfahrungen damit gemacht wurden, wenn Büroräumlichkeiten von Suchthilfeinstitutionen nahe bei den Wohnungen liegen und eine

Kultur der offenen Türe herrscht. Betroffene können dann einfach den Kontakt zu Sozialarbeitenden suchen und mit ihnen ins Gespräch kommen. Für ambulante Wohnangebote stellt sich die Frage, ob diese ihre Besuchsfrequenz über die Woche besser verteilen können. Unter Umständen wäre es sinnvoll, kürzere, aber dafür häufiger Besuche einzuplanen.

In der Stadt gibt es in verschiedenen Quartieren Treffpunkte, welche über die Vereinigung Berner Gemeinwesenarbeit organisiert sind. Diese fördert aktiv das Zusammenleben der Bevölkerung in den Quartieren. Die Treffpunkte stehen allen Menschen zur Verfügung (vgl. Vereinigung Berner Gemeinwesenarbeit 2022: o. S.). Auf individueller Ebene können die Institutionen der Suchthilfe betroffene Menschen auf solche Angebote aufmerksam machen und sie mit ihnen aufsuchen. Dadurch können allenfalls neue Begegnungsräume erschlossen werden. Ein förderlicher Faktor ist, dass sich der Suchtmittelkonsum mit zunehmendem Alter zu stabilisieren scheint und nicht mehr so stark im Vordergrund steht, wie die Expert*innen in der Praxis beobachten. Dies kann eine mögliche Integration vereinfachen. Eine generelle Lösung stellt dieses Vorgehen aber nicht dar. Suchtmittelabhängige Menschen werden in der Gesellschaft nach wie vor stigmatisiert (vgl. Conner/Rosen 2008: 260f). Insbesondere bei älteren abhängigen Menschen kann sich der jahrelange Konsum illegaler Substanzen auch äusserlich zeigen. Aufgrund von Vorurteilen können ältere abhängige Menschen auf Widerstand stossen, wodurch eine Integration unmöglich gemacht oder zumindest erschwert wird.

Für die komplexe Herausforderung «soziale Isolation» gibt es keine einfachen Lösungen. Eine Wechselwirkung von unterschiedlichen Faktoren führt dazu, dass sich ältere abhängige Menschen zurückziehen und mit einer gesellschaftlichen Integration Schwierigkeiten haben. Für die Sozialarbeitenden bedeutet dies, dass in jedem individuellen Fall darauf geachtet werden muss, ob eine Integration erwünscht ist und in welcher Form diese umgesetzt werden kann.

5.4 Herausforderung «Alter und Sterben»

Das Thema Tod und Sterben scheint gesellschaftlich aufgeladen zu sein. Verschiedene Gründe wie die Erosion traditioneller Riten, die Verlagerung des Sterbens in das Spital oder die Abnahme von Primärerfahrungen in Bezug auf den Tod führen nach Feldmann dazu, dass Begriffe wie «Verdrängung» und «Tabu» im Zusammenhang mit dem Sterben immer häufiger Verwendung finden (vgl. Feldmann 2010: 59). Für Feldmann ist nicht abschliessend klar, ob es sich dabei tatsächlich um gesellschaftliche Verdrängung und ein Tabu handelt, oder ob nicht vielmehr eine neue Vielfalt und individuelle Verborgenheit vorliegt, welche sich in einer Rationalisierung des Todesthemas in der Gesellschaft zeigen (vgl. ebd.: 77). Die Befragungen

im Rahmen dieser Arbeit ergaben, dass die Themen Alter und Sterben eine Herausforderung darstellen, welcher aktuell nur ungenügend begegnet wird.

In den Gesprächen mit der Klientel scheint eine erhebliche Zurückhaltung zu bestehen, den Alterungsprozess und die damit einhergehenden Veränderungen bis hin zum Tode zu thematisieren. In den Gesprächen mit den Expert*innen konnte eine Überforderung dahingehend festgestellt werden, wie dieses Thema würdevoll bearbeitet werden kann. Dies führt dazu, dass das Thema ausgeklammert und nicht besprochen wird. Angesichts dessen, dass gerade in der Suchthilfe aufgrund von Überdosierungen mit Todesfolge Sterben ein vertrautes Thema darstellt, erscheint dies paradox. Für die Klientel wäre es wesentlich, wenn altersbezogene Themen besprochen werden können. Dazu gehören z. B. veränderte körperliche Bedingungen in Bezug auf die Menge beim Konsum illegaler Substanzen, das Ausfüllen einer Patientenverfügung oder das Erfassen von Wünschen in Bezug auf die letzte Lebensphase. Dabei geht es primär nicht darum, dass die Sozialarbeitenden die Aufgaben einer palliativen Sterbebegleitung übernehmen, sondern darum, dass sie in dieser Phase des Lebens adäquate Beratungsinhalte bieten und die Auseinandersetzung mit dem Thema nicht scheuen. Ein konstruktiver Umgang mit diesem Thema durch die Sozialarbeitenden trüge auch dazu bei, dass die Klientel eine realistische Einschätzung ihrer Situation entwickeln und sich frühzeitig mit Sinnfragen auseinandersetzen kann, die zu dieser Lebensphase gehören.

Der Grund, aus dem das Thema Alter und Sterben mit der Klientel nur wenig besprochen wird, kann neben der gesellschaftlichen Verborgenheit des Themas auch darin bestehen, dass die Klientel altersmässig auch von den begleitenden Fachpersonen noch als «jünger» erlebt wird. Es besteht die Möglichkeit, dass die Voralterung durch die Sozialarbeitenden nicht richtig eingeschätzt wird. Das heisst, dass neben der Klientel selbst auch die Fachpersonen dem numerischen Alter mehr Bedeutung beimessen als der eigentlichen körperlichen Gesundheit. Das numerisch niedrige Alter und die damit verbunden Assoziationen werden noch nicht mit dem Thema Alter, Sterben und Tod in Verbindung gebracht. Da es sich um ein neues Phänomen handelt, fehlt nicht nur der Klientel, sondern auch den Fachpersonen eine entsprechende Referenz, um dieses Phänomen adäquat einordnen zu können.

Die mangelnde Auseinandersetzung zwischen Sozialarbeitenden und Klientel zeigt sich auch darin, dass die Institutionen bisher keine Konzepte in Bezug auf Alter und Sterben in ihren Betrieben entwickelt haben. Dies führt zur Situation, dass in jedem Einzelfall neu reagiert wird und der Handlungsspielraum nicht konzeptionell abgesteckt ist. Dadurch wird im Team auch keine gemeinsame Haltung entwickelt, wie mit dem Thema umgegangen werden kann. Durch die fehlende Haltung und Auseinandersetzung im Team wird das Thema zusätzlich in den Hintergrund gedrängt, was es für die Einzelperson erschwert, einen adäquaten Umgang zu finden.

Die Expert*innen äusserten in den Gesprächen, dass es ihnen an Fachwissen im Bereich Alter fehle. Dies liege vor allem daran, dass in ihrer Ausbildung in der Sozialen Arbeit das Thema Alter generell zu kurz gekommen sei. Spezifisches Wissen zu suchtspezifischen Themen im Alter fehle vollständig. Positiv kann hervorgehoben werden, dass alle Institutionen, denen die befragten Personen angehören, ihren Mitarbeitenden Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten. Diese können sowohl intern als auch extern besucht werden und werden auch finanziell unterstützt. Eine Möglichkeit, die Auseinandersetzung mit dem Thema Alter und Sterben zu fördern, wäre das Veranlassen interner Workshops zum Thema, auch in Kooperation mit Institutionen aus der Altershilfe. Damit könnte eine Auseinandersetzung mit dem Thema begonnen werden, wodurch im besten Fall die Hemmungen der Sozialarbeitenden, über das Thema zu sprechen, reduziert werden.

In den Institutionen der Suchthilfe arbeiten insbesondere im Wohnbereich wenig bis keine Menschen mit pflegerischem Hintergrund. Neben der individuellen Ausbildung des Personals stellt die Vernetzung und Kooperation z. B. mit einer palliativen Spitex eine Möglichkeit dar, das fehlende Wissen in den Institutionen zu kompensieren. Pflegerische Aufgaben werden in den meisten Institutionen schon heute durch externe Partner ausgeführt. Die Zusammenarbeit mit der Spitex wurde als erfolgreich und professionell beschrieben. Dennoch ist es aktuell noch nicht möglich, in den jeweiligen Institutionen auch zu sterben. Die Institutionen kommen an ihre Grenzen, wenn der Pflegebedarf zu hoch wird. Insbesondere bei stationären Angeboten stellt sich die Frage, ob sich dies mit einer Erweiterung des Personals und einer Anpassung des Konzepts vermeiden liesse. So könnten die betroffenen Personen bis zu ihrem Tod in ihrem vertrauten Umfeld bleiben und müssten nicht nochmals umplatziert werden. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch nochmals, wie relevant die Behandlung von Fragen zu Alter und Sterben mit der Klientel ist. Durch ein frühzeitiges Erfassen von Wünschen und Bedürfnissen können Notplatzierungen, die allenfalls auf Widerstände stossen, vermieden werden. Die Klientel kann so in Fragen des Alterns eine selbstbestimmte Position einnehmen. Der letzte Lebensabschnitt kann in Kooperation mit der Klientel gestaltet werden. Dadurch wird auch der Druck auf die Sozialarbeitenden gemindert, schwere Entscheidungen ohne Miteinbeziehung der Betroffenen fällen zu müssen, weil es in der Situation nicht mehr anders möglich ist.

Die Herausforderung «Alter und Sterben» besteht darin, dass das Personal fachlich noch zu wenig vorbereitet ist auf die neuen Bedürfnisse der Klientel. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Alter und Sterben fällt den Sozialarbeitenden schwer und es fehlen die notwendigen Konzepte in den Institutionen, damit die Fachpersonen eine gemeinsame Haltung entwickeln können. In der Begleitung der Klientel wird es zunehmend darum gehen, wie diese auf ihrem letzten Lebensabschnitt begleitet werden können und welche Bedürfnisse sie für diesen

Lebensabschnitt für sich formulieren. Dazu gehört, das Thema Alter und Sterben nicht zu tabuisieren, sondern es anzusprechen, und auf mögliche Sorgen und Ängste einzugehen. Im weiteren Sinne gehört zu dieser Herausforderung auch, ob und wie sich die Institutionen weiterentwickeln können, damit Sterben in der Institution möglich ist.

5.5 Herausforderung «Grundlegende Transformation»

Die Gesamtzahl der Klientel wird in den nächsten Jahren kontinuierlich abnehmen, da mehr opiatabhängige Menschen sterben und weniger Menschen mit einer Opiatabhängigkeit hinzukommen. Diese suchtpolitisch erfreuliche Entwicklung wird zu einer grundlegenden Transformation in den Institutionen der Suchthilfe führen. Diese Transformation wird auf zwei Ebenen stattfinden:

1. Die Institutionen müssen die Transformation ihrer Klientel von jung zu alt und die damit einhergehenden Herausforderungen antizipieren und ihr Angebot entsprechend anpassen, damit dieser Gruppe von Klientel die bestmögliche fachliche Hilfestellung in dieser Lebensphase zur Verfügung steht.
2. Die bestehenden Angebote müssen längerfristig dahingehend weiterentwickelt werden, dass sie auf dem Markt weiterhin eine Nachfrage abdecken können.

Die Reduktion der Gesamtzahl der Klientel wird zur Folge haben, dass auch der Bedarf nach institutionellen Lösungen gesamthaft abnehmen wird, da anderenfalls ein Überangebot in der Versorgung entsteht. Es ist davon auszugehen, dass, wenn dies eintreten wird, die staatlichen Leistungsaufträge entsprechend nach unten angepasst werden, was mit entsprechenden finanziellen Folgen für die Institutionen und die Anzahl Mitarbeitenden in diesen Institutionen verbunden ist. Bei einer Reduktion der Gesamtzahl der Klientel und gleichbleibender Institutionslandschaft besteht die Gefahr, dass es zu einem Verteilungskampf zwischen den Institutionen kommt. Im besten Fall werden sich dann innovative Entwicklungen und Konzepte durchsetzen, mit denen auf die neue Situation reagiert wird. Im schlechtesten Fall werden aus Kostengründen Leistungen innerhalb der Institutionen heruntergefahren und es wird auf Kosten der Klientel gespart.

Zugleich ist aber auch festzuhalten, dass die von der Gesellschaft konsumierten Substanzen gewissen Trends unterliegen und es nicht auszuschliessen ist, dass opiathaltige Substanzen wieder an Beliebtheit gewinnen werden. Insbesondere bei Jugendlichen scheint der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente immer beliebter zu werden. Dazu gehören neben Benzodiazepinen (z. B. Xanax) auch opiathaltige Medikamente (z. B. Codein). Bei Jugendlichen steht der Konsum von Medikamenten nach Alkohol und Cannabis an dritter Stelle (vgl. Tini/Bilke-Hentsch 2020: 28). In der letzten HSBC-Studie 2018, mit welcher alle vier Jahre u. a. die Konsumgewohnheiten von Schweizer Jugendlichen und Kindern

untersucht werden, gaben 4 % der 15-Jährigen an, schon einmal Medikamente eingenommen zu haben, um psychoaktive Effekte zu erleben. Der Gebrauch anderer Substanzen wie Kokain oder Heroin wurde dabei nur vereinzelt angegeben (vgl. Delgrande Jordan et al. 2019: 20).

Es ist unklar, ob sich der erhöhte Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente, z. B. opiathaltigen Hustensafts, bei jungen Menschen durchsetzen wird und daraus eine neue Generation von Abhängigen entsteht, oder ob dies nur ein kurzfristiger Trend ist, der mit Hilfe gezielter Präventionsangeboten aufgehalten werden kann. Da es sich um ein neues Phänomen handelt, gibt es entsprechend auch noch wenig Forschung zum Thema und es ist schwierig, abzusehen, wie verbreitet dieser Konsum ist (vgl. Tini/Bilke-Hentsch 2020: 32).

Im europäischen Raum wird die Herausforderung im Bereich des Drogenkonsums vor allem bei den Substanzen Cannabis und Kokain gesehen. Bei Cannabis wird ein seit Jahren zunehmender THC-Gehalt festgestellt. Das gleiche gilt für Kokain, welches immer höhere Reinheitsgehalte mit den damit verbundenen gesundheitlichen Schädigungen aufweist (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2021: 16ff). Diese Trends sind auch in der Schweiz beobachtbar. Cannabis ist immer noch die am meisten konsumierte illegale Substanz in der Schweiz. In den letzten Jahren konnte eine Zunahme des Kokainkonsums in der Gesamtbevölkerung festgestellt werden. Der Reinheitsgrad hat zwischen 2011 und 2016 deutlich zugenommen und liegt nun bei fast 80 % (vgl. Sucht Schweiz 2022: 28f).

Der Konsum von Substanzen reicht weit in die Geschichte der Menschheit zurück. Welche Substanzen konsumiert wurden, hing neben der Verfügbarkeit und Kenntnis der einzelnen Substanzen immer auch mit gesellschaftlichen Werten und Haltungen zusammen, die im stetigen Wandel sind (vgl. Reymann 2018: 15f). Entsprechend schwierig ist es, Konsumtrends vorauszusehen und auf dieser Basis eine längerfristige Prognose für die Institutionen der Suchthilfe in der Stadt Bern abzugeben. Dennoch zeichnet sich eine grundlegende Transformation des Hilfeangebots in der Suchthilfe ab. Diese Herausforderung müssen die Institutionen in ihrer längerfristigen strategischen Planung bearbeiten. Den veränderten Bedürfnissen einer ältergewordenen opiatabhängigen Klientel können die Institutionen der Suchthilfe in der Stadt Bern mit gezielten Anpassungen des bestehenden Angebots gerecht werden. Längerfristig wird es aber einer grundsätzlichen Anpassung und Neuausrichtung der institutionellen Angebote bedürfen, damit diese auf dem Markt bestehen können.

6 Fazit und Ausblick

Als vor 30 Jahren in den Schweizer Städten die offenen Drogenszenen für Leid und Elend sorgten, war nicht abzusehen, dass der Umgang mit älteren opiatabhängigen Menschen zu einer Herausforderung werden würde. Dank der erfolgreichen Vier-Säulen-Politik der Schweiz hat sich die Situation sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft zum Besseren gewandelt. Opiatabhängige Menschen können aufgrund unterschiedlicher Unterstützungsleistungen in verschiedenen Bereichen in würdevolleren Verhältnissen leben und älter werden. Als überraschend erwies sich jedoch, dass die Alterung bei einigen Betroffenen deutlich schneller voranschreitet als bei der Durchschnittsbevölkerung. Die Voralterung kann zwischen 10 und 20 Jahren betragen. Der würdevolle Umgang mit dem Alter und eine bedürfnisgerechte Betreuung stellen für die Institutionen der Suchthilfe in der Stadt Bern die nächste anstehende Herausforderung dar.

Die Institutionen der Suchthilfe in der Stadt Bern befinden sich in einem Prozess der materiellen und ideellen Transformation. Die materielle Transformation besteht in der altersgerechten Umgestaltung von Räumen. Aufgrund von Mobilitätseinschränkungen müssen Räume angepasst werden. Dazu gehören Wohnräume, aber auch der Zugang zu Angeboten wie Anlauf- und Beratungsstellen. Dabei müssen knappe finanzielle Ressourcen für Umbauten und die Neuanmietungen von Wohnungen sinnvoll eingesetzt werden. Die ideelle Transformation besteht in der Schaffung des Bewusstseins, dass sich die Anforderungen an die Betreuung der Klientel und deren Bedürfnisse verändern. Würdevolles Altern bis hin zum Tod sind neue Themen für die Suchthilfe und in gewissem Sinne auch für die Soziale Arbeit. Diese Themen dürfen nicht aus Scham bei der Begleitung der Klientel ausgeklammert werden. Sie sollen auch nicht dramatisiert und mit einem neu entstehenden Aktivismus der Klientel aufgezwungen werden. Das Ziel ist es, einen bedarfsgerechten und würdevollen Umgang mit älteren opiatabhängigen Menschen zu finden. Sinnvoll und hilfreich für die Sozialarbeitenden wäre es, wenn die Institutionen dafür einen konzeptuellen Rahmen schaffen und das Thema in internen Weiterbildungen zur Sprache bringen würden. Damit wird gewährleistet, dass der Austausch und die Behandlung des Themas Alter und Tod nicht nur zwischen den Betreuungspersonen und der Klientel stattfinden, sondern auch zwischen den Angestellten der Sozialen Arbeit selbst. Damit können die Institutionen eine professionelle Haltung entwickeln. Daraus könnte eine ideale Grundlage entstehen, damit opiatabhängige Menschen möglichst lange in ihrem aktuellen Wohnsetting leben können. Handlungskonzepte mit klaren Kriterien erleichtern es den Sozialarbeitenden auch, den Übergang in ein Altersheim zu gestalten und schaffen auch für die Klientel Sicherheit und Orientierung. Die ideelle Transformation beinhaltet aber auch, lieb gewonnene Lösungen der sozialen Integration zu hinterfragen und neue Ansätze zu finden. Durch die Leistungsminderung der Klientel ist es

unmöglich, Menschen über die Arbeitsintegration am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Die Herausforderung für die Soziale Arbeit besteht darin, herauszufinden, wie mit der steigenden sozialen Isolation der Klientel umgegangen werden kann. Es zeichnet sich ab, dass dafür individuelle Lösungen mit der Klientel auf Basis ihres Bedarfs gesucht werden müssen. Formen des regelmässigen niederschweligen Kontakts sollen angedacht werden, insbesondere für Menschen, die allein in einer Wohnung leben. Bestehende Arbeitsintegrationsprojekte sollen so gestaltet werden, dass diese mit Mobilitätseinschränkungen aufgesucht werden können und dass die Arbeit den Leistungen der Klientel angepasst wird. Die grosse Herausforderung besteht darin, sinnstiftende Tätigkeiten zu finden, damit es für die alternde Klientel eine Motivation gibt, diese aufzusuchen.

Die Transformation der Suchthilfe richtet sich aber nicht nur nach innen, sondern auch nach aussen. Neue Kooperationen mit neuen Kooperationspartnern der Altenhilfe sollen gesucht und gefestigt werden. Dabei geht es um die Hybridisierung des Wissens der Sucht- und Altenhilfe. Im Verbund verschiedener Institutionen können bedarfsgerechte Lösungen angeboten werden, durch die ein nahtloser Übergang gewährleistet wird. Dabei geht es darum, herauszufinden, welche Organisation welche Leistungen anbietet und wie das unterschiedliche Fachwissen transferiert werden kann. Im idealen Fall entstehen daraus neue bedarfsgerechte Angebote, die über die bestehenden Angebote der Suchthilfe hinausgehen. Institutionen der Altenhilfe können mit dem Fachwissen der Suchthilfe entlastet werden, z. B. in Fragen des Konsums legaler und illegaler Substanzen. Durch die Nutzung bestehender Infrastruktur, z. B. von Alterswohnungen, werden die finanziellen Ressourcen der Suchthilfeinstitutionen geschont.

Durch diese neuen Kooperationen werden aber auch Fragen aufgeworfen, etwa jene, wie Sozialarbeitende ihre Expertise in die Altenhilfe einbringen können. Diese allgemein gültige Frage stellt sich in der Suchthilfe konkret. Es muss herausgefunden werden, wie Altersheime mit abhängigen Menschen umgehen. Es ist zu ermitteln, welchen fachlichen Bedarf Altersheime im Umgang mit abhängigen Menschen haben und wie Sozialarbeitende dazu beitragen können, einen allfälligen Bedarf zu decken. Auch stellt sich die Frage nach der Gestaltung gelingender Kooperationen zwischen Alten- und Suchthilfe.

Aktuell können für opiatabhängige Menschen, die intensiver Pflege bedürfen, noch über das Regelsystem genügend Plätze gefunden werden. Diese liegen jedoch nicht immer in einem städtischen Gebiet, was für die betroffene Person mit bedeutenden Einschnitten verbunden sein kann. Mittelfristig stellt sich die Frage, ob die Stadt Bern ein spezialisiertes Angebot in diesem Bereich benötigt. Insbesondere für Menschen, die es nicht gewohnt sind, in grösseren Gruppen mit verbindlichen Strukturen zu leben, können sich solche Settings als belastend erweisen. Hier wird in den kommenden Jahren die Frage aufkommen, wie hoch der Bedarf für

eine solche Institution tatsächlich sein wird. Es ist zu beurteilen, ob bestehende Institutionen ihr Konzept so verändern können, dass sie ein solches Angebot machen können.

Die Suchthilfe ist eng verknüpft mit gesellschaftlichen Konsumtrends. Wie diese in den nächsten Jahren gestaltet sein werden, kann höchstens abgeschätzt werden. Es ist sinnvoll, wenn diese Trends auch von wissenschaftlicher Seite verfolgt und untersucht werden, damit frühzeitig entsprechende Massnahmen geplant werden können. In diesem Zusammenhang stellen sich die Fragen, welche Bedeutung der Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente bei jungen Menschen hat, welche Auswirkungen der Gelegenheitskonsum von Kokain nach sich zieht und wie sich das Konsumverhalten hinsichtlich Cannabis bei einer allfälligen staatlichen Regulierung verändert.

Die Suchthilfeinstitutionen haben ereignisreiche Jahre hinter sich. In den 1990er Jahren wurde Pionierarbeit geleistet und drängende gesellschaftliche und individuelle Problemlagen konnten entschärft oder gelöst werden. Es zeigte sich im Alltag immer deutlicher, welche Konzepte der professionellen Hilfe sich im Alltag bewährten und welche verbesserungswürdig waren. Darauf folgte eine Phase der Konsolidierung institutioneller Angebote. Die Suchthilfeinstitutionen sind mittlerweile routiniert und ihre Hilfestellungen haben sich bewährt. Dies zeigt sich auch in der öffentlichen Wahrnehmung. Es besteht aktuell kein Handlungsdruck in Bezug auf den Konsum illegaler Opiate mehr. Betrachtet man die Städte heute, sind Szenen, wie es sie in den 1990er Jahren gab, beinahe undenkbar geworden. In den nächsten Jahren werden auf die Suchthilfeinstitutionen neue Herausforderungen zukommen. Es ist wünschenswert, dass sie diesen Herausforderungen mit dem gleichen Elan und mit der gleichen Innovationskraft begegnen können, die sie zu Beginn der Opiatkrise in den 1990er Jahren in der Schweiz demonstrierten. Daraus werden neue Konzepte und Handlungsstrategien für ältere opiatabhängige Menschen entstehen, durch welche die erfolgreiche Symbiose von Sucht- und Altenhilfe ermöglicht werden wird.

7 Literaturverzeichnis

AHVG (2021). Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG). URL: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/63/837_843_843/de [Zugriffsdatum: 29. November 2021].

Anderson, Tammy/Levy, Judith (2003). Marginality among older injectors in today's illicit drug culture: assessing the impact of ageing. In: *Addiction*. 6. Jg. (Volume 98). S. 761–770.

Ayres, Rachel/Eveson, Lynne/Ingram, Jennifer/Telfer, Maggie (2012). Treatment experience and needs of older drug users in Bristol, UK. In: *Journal of Substance Use*. (17–1). S. 19–31.

Bachi, Keren/Sierra, Salvador/Volkow, Nora/Goldstein, Rita/Alia Klein, Nelly (2017). Is biological aging accelerated in drug addiction? In: *Behavioral Sciences*. (Volume 13). S. 34–39.

Bachmann, Alwin/Gotsmann, Linda/Wenger, Jonas (2019). Sucht im Alter: Frühzeitig erkennen und gemeinsam handeln. In: *Sucht Magazin*. (5). S. 12–17.

Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2013). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Beracochea, Daniel (2006). Antegrade and retrograde effects of benzodizepines on memory. In: *Scientific World Journal*. (16–6). S. 1460–1465.

Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz (2020). *Grundbedarf für den Lebensunterhalt (GBL)*. URL: <https://handbuch.bernerkonferenz.ch/stichwoerter/stichwort/detail/grundbedarf-fuer-den-lebensunterhalt-gbl/> [Zugriffsdatum: 14. Juni 2022].

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.

Böhm, Carmen (2019). Klinische Sozialarbeit und Soziale Ausschließung. In: Thiessen, Barbara/Dannenbeck, Clemens/Wolff, Mechthild (Hg.). *Sozialer Wandel und Kohäsion. Ambivalente Veränderungsdynamiken*. Wiesbaden: Springer VS. S. 239–256.

Bojack, Barbara/Brecht, Elke/Derr, Christina (2010). *Alter, Sucht und Case Management*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag.

Bregger, Andrea (2014). *Wohnen im Alter mit einer Substitution. Eine qualitative Untersuchung ambulanter Wohnunterstützungsangebote für Substitutionsklientinnen und -klienten in den Städten Olten und Solothurn*. FH Bern, FH Zürich, FH Luzern, FH St.Gallen.

van den Brink, Wim/Haasen, Christian (2006). Evidence-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*. 51. Jg. (10). S. 635–646.

Bundesamt für Gesundheit (2019). *Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden. Richtlinien mit settingspezifischen Factsheets*. Bern: Info Drog.

Bundesamt für Gesundheit (2021a). *Suchtmonitoring Schweiz. Opioide*. URL: <https://www.suchtmonitoring.ch/de/3.html> [Zugriffsdatum: 21. September 2021].

Bundesamt für Gesundheit (2021b). *Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit*. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html> [Zugriffsdatum: 14. September 2021].

Bundesamt für Gesundheit (2021c). Durchschnittsalter beim Eintritt in ein Pflegeheim, 2019. URL: https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/15703_7294_4424_7264/24571.html [Zugriffsdatum: 03. November 2021].

Bundesamt für Gesundheit (2022). Vier-Säulen-Politik. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html> [Zugriffsdatum: 10. Mai 2022].

Bundesamt für Statistik (2020). Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2019. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.14817268.html> [Zugriffsdatum: 08. November 2021].

Bundesamt für Statistik (2021a). Alterung der Bevölkerung. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html> [Zugriffsdatum: 04. November 2021].

Bundesamt für Statistik (2021b). Leerwohnungsziffer (Kantone/Politische Gemeinden) | Karte. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/18704433> [Zugriffsdatum: 10. Mai 2022].

Chalupny, Heidi (2010). Dank euch werden wir alt, aber wo sollen wir leben? Über pflegebedürftige Drogenkonsumierende in Langzeitinstitutionen. Berner Fachhochschule Soziale Arbeit. Bern.

Conner, Kyaien/Rosen, Daniel (2008). "You're Nothing But a Junkie": Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population. In: *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. (8–2). S. 244–264.

Degkwitz, Peter/Zurhold, Heike (2008). Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Hamburg: Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung.

Delgrande Jordan, Marina/Schneider, Eva/Eichenberger, Yvonne/Kretschmann, Andrea (2019). La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2018 et évolutions depuis 1986. Résultats de l'étude Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC). Lausanne: Addiction Suisse.

Deutsch, Mona (2016). Drogenkonsumräume. Der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen im gesellschaftlichen Kontext. Uni Graz. Graz.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2017). DIMDI - ICD-10-GM Version 2018. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f10-f19.htm> [Zugriffsdatum: 04. November 2021].

Dürsteler-MacFarland, Kenneth M./Herdener, Marcus/Strasser, Johannes/Vogel, Marc (2011). Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In: Vogt, Irmgard (Hg.). *Auch Süchtige altern*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. Verlag für angewandte Wissenschaften. S. 93–136.

Dürsteler-MacFarland, Kenneth M./Kowalksi, Roland/Bloch, Nicole/Wiesbeck, Gerhard/Kraenzlin, Marius/Stohler, Rudolf (2011). Patients on injectable diacetylmorphine maintenance have low bone mass. In: *Drug and Alcohol Review*. (30). S. 577–582.

Dürsteler-MacFarland, Kenneth M./Vogel, Marc (2010). Substitutionsbehandlungen kommen in die Jahre – die PatientInnen auch. In: *Sucht Magazin*. (3). S. 29–33.

- Ebert, Kristin/Sturm, Sabine (2006). „Alte Junkies“: Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens? In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work. (3). S. 19–30.
- Egli, Thomas (2007). Alternde Drogensüchtige: ein junges Problem. In: Spectra. (66). S. 2.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021). Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Fachverband Sucht (2017). Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer. Problemanalyse aus Sicht von Fachpersonen der Suchthilfe, des Altersbereichs und der medizinischen Grundversorgung.
- Fachverband Sucht (2019). Konzept: Genuss, Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in Alterszentren.
- Feldmann, Klaus (2010). Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2. überarbeitete. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Blasius, Jörg (Hg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. S. 473–488.
- Frei, Adrian/Rehm, Jürgen (2005). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen: eine Metaanalyse bisheriger Studien. In: Bundesamt für Gesundheit (Hg.). Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1999-2001. Bern. S. 125–129.
- Gemeinderat der Stadt Bern (2018). Wohnstrategie mit Massnahmen. Wohnstadt der Vielfalt. Bern: Stadt Bern.
- Gmel, Gerhard/Labhart, Florian/Maffli, Etienne (2020). Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz. Resultate der Erhebung 2019. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gossop, Michael (2008). Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem. London: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).
- Grella, Christine/Lovinger, Kathrine (2012). Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. In: Addictive Behaviors. (12). S. 306–312.
- Gremmiger, Simone (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In: Mezzera, Tanya/Krebs, Marcel/Mäder, Roger (Hg.). Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 17–20.
- Gutwinski, Stefan/Bald, Lena Karoline/Heinz, Andreas/Müller, Christian/Schmidt, Ane Katrin/Wiers, Corinde/Bermppohl, Felix/Galliant, Jürgen (2013). Substitutmitgabe bei Opiatabhängigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt. 110. Jg. (23.24). S. 405–412.
- Hamilton, Alison/Grella, Christine (2009). Gender Differences Among Older Heroin Users. In: J Women Aging. (21–2). S. 111–124.
- Han, Beth/Gfroerer, Joseph/Colliver, James (2010). Associations Between Duration of Illicit Drug Use and Health Conditions: Results from the 2005–2007 National Surveys on Drug Use and Health. In: Annals of Epidemiology. Volume 20. Jg. (Issue 4). S. 289–297.

Helferich, Cornelia (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hoffmann, Elke/Romeu Gordo, Laura/Nowossadeck, Sonja/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (2014). Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Berlin: Deutsches Alterszentrum für Altersfragen.

Höpflinger, François (2018). Zur Entwicklung der Gerontologie in der Schweiz. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Entwicklung-GerontologieCH.pdf> [Zugriffsdatum: 28. September 2021].

Höpflinger, François (2021). Zur Geschichte des Alters in der Schweiz. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Geschichte-des-Alters.pdf> [Zugriffsdatum: 04. November 2021].

Hser, Yih-Ing/Gelberg, Lillian/Hoffman, Valerie/Grella, Christine/McCarthy, William/Anglin, Douglas (2004). Health Conditions Among Aging Narcotics Addicts: Medical Examination Results. In: Journal of Behavioral Medicine. (27–6). S. 607–622.

Infodrog (2021). Alter und Sucht. URL: <https://www.infodrog.ch/de/themen/alter-und-sucht.html> [Zugriffsdatum: 10. November 2021].

IV Bern (2022). Geld- & Sachleistungen. URL: <https://www.ivbe.ch/de/prozesse/geldleistungen.html> [Zugriffsdatum: 14. Juni 2022].

Johnston, Lauren/Liddell, Dave/Browne, Katie/Priyadarshi, Saket (2017). Responding to the needs of ageing drug users. Luxemburg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Kanton Bern (2022). Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. EV ELG. URL: <https://www.belex.sites.be.ch/frontend/versions/1169> [Zugriffsdatum: 06. Juni 2022].

Koordinationsstelle Sucht der Stadt Bern (2014). Massnahmeplan Suchtpolitik. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.

Kruse, Andreas (2017). Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Wiesbaden: Springer VS.

Kuckartz, Udo (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Kwiatkowski, Marta/Tenger, Daniela (2016). Fluid Care. Nachfragemarkt versus Wohlfahrtsstruktur. Zürich: Gottlieb Duttweiler Institute.

Labhart, Florian/Kretschmann, Andrea/Maffli, Etienne (2019). Nationale Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten. Ergebnisse 2018. Lausanne: Sucht Schweiz.

Labhart, Florian/Nyfeler, Monika/Maffli, Etienne (2021). Substitutionsstatistik Stadt Bern. Bern: Kantonsarztamt Kanton Bern. Unveröffentlichte Statistik.

Laging, Marion (2020). Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 2. aktualisierte. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Liebold, Renate/Trinczek, Rainer (2009). Experteninterview. In: Kühl, Stefan/Strodtholz, Petra/Taffertshofer, Andreas (Hg.). Handbuch Methoden der Organisationsforschung.

Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 32–56.

Maffli, Etienne/Krizic, Ivo/Delgrande Jordan, Marina/Labhart, Florian/Eichenberger, Yvonne/Gmel, Gerhard (2021). act-info Jahresbericht 2019. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Nationale Substitutionsstatistik (2021a). Nationale Substitutionsstatistik. Allgemeine Informationen. URL: https://www.substitution.ch/de/nationale_substitutionsstatistik.html [Zugriffsdatum: 14. September 2021].

Nationale Substitutionsstatistik (2021b). Jährliche Statistik Substitution Schweiz 1999. URL: https://www.substitution.ch/de/jaehrliche_statistik.html&year=1999&canton=ch [Zugriffsdatum: 14. September 2021].

Nationale Substitutionsstatistik (2021c). Jährliche Statistik Substitution Schweiz 2020. URL: https://www.substitution.ch/de/jaehrliche_statistik.html&year=2020&canton=ch [Zugriffsdatum: 14. September 2021].

Ott, Alewijn/Slooter, Arjen/van Broeckhoven, Christine/Hofman, A./Breteler, MM./van Harkskamp, F./Witte mann, J./van Dujin, C. (1998). Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. In: *The Lancet*. (351). S. 1840–1843.

Pardini, Riccardo (2018a). Lebensgestaltung im Alter. Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme. Zürich: Seismo Verlag. S. 177–199.

Pardini, Riccardo (2018b). Who cares? Akteure in der Alterspflege und -betreuung. Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme. Zürich: Seismo Verlag. S. 64–108.

Reed, Brian/Butelman, Eduardo/Yuferov, Vadim/Randesi, Matthew/Kreek, Mary (2014). Genetics of Opiate Addiction. In: *Current Psychiatry Reports*. S. 1–12.

Reymann, Andy (2018). Drogen in vormodernen Gesellschaften. In: Bröckling, Ulrich (Hg.). *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS. S. 15–27.

Rieger, Günter (2003). Anwaltschaftliches Handeln - Ein Herzstück Sozialer Arbeit. In: *Soziale Arbeit*. (Jhg. 52). S. 96–104.

Roe, Brenda/Beynon, Caryl/Pickering, Lucy/Duffy, Paul (2010). Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. *Journal of Advanced Nursing*. Jg. (66–9). S. 1968–1979.

Rudin, Miriam/Caynak, Dilaver (2012). Sucht im Alter – Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver Substanzen. Hochschule Luzern. Luzern.

Salava, Petra (2017). Ältere substituierte Suchtkranke in Wien. Eine Bedarfserhebung tagesstrukturierender Angebote unter der Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte. In: Stöver, Heino/Jamin, Daniela/Padberg, Christina (Hg.). *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. Verlag für angewandte Wissenschaften. S. 291–307.

Scherbaum, Norbert/Bonnet, Udo (2018). Neurobiologie der Opioidabhängigkeit. In: *Schmerz*. 6. Jg. (32). S. 483–494.

Scholten, Willem/Simon, Oliver/Maremmani, Icro/Wells, Christoph/Kelly, John Francis/Hämmig, Robert/Radbruch, Lukas (2017). Access to treatment with controlled medicines rationale and recommendations for neutral, precise, and respectful language. In: Public Health. (Volume 153). S. 147–153.

Schori, Dominique/Wollschläger, Melanie (2019). Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen. Jahresbericht 2019. Ein Projekt der Kontakt- und Anlaufstellen Schweiz und von Infodrog. Bern: Infodrog.

Schroeter, Klaus/Knöpfel, Carlo (2020). Soziale Arbeit für ältere Menschen in der Schweiz. In: Aner, Kirsten/Ute, Karl (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. S. 95–105.

Schweizer Eidgenossenschaft (2021a). Das Alterseinkommen. Einfache Antworten zum Leben in der Schweiz. URL: <https://www.ch.ch/de/pensionierung/rente-berechnen/> [Zugriffsdatum: 29. November 2021].

Schweizer Eidgenossenschaft (2021b). Merkblatt Ergänzungsleistungen zur AHV und IV. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Schweizer Gesundheitsobservatorium (2021). Drogentote. URL: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/drogentote> [Zugriffsdatum: 05. Oktober 2021].

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2020). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020.

Smith, Mary Lindsey/Rosen, Daniel (2009). Mistrust and Self-Isolation: Barriers to Social Support for Older Adult Methadone Clients. In: Journal of Gerontological Social Work. (52). S. 653–667.

Solina Spiez (2022). Über die Stiftung Solina. URL: <https://www.solina.ch/de/stiftung/ueber-die-stiftung-solina.html> [Zugriffsdatum: 06. Juni 2022].

Statistik Stadt Bern (2021). Statistik Stadt Bern. Zählung der leer stehenden Wohnungen und Arbeitsräume in der Stadt Bern am 1. Juni 2021. Bern: Abteilung Aussenbeziehungen und Statistik (Austa).

Sucht Schweiz (2020). Produktion und Konsum von Opioiden in der Schweiz. URL: <https://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/de/opioide/portraet.html> [Zugriffsdatum: 21. September 2021].

Sucht Schweiz (2022). Schweizer Suchtpanorama 2022. Digitaler Wandel und Sucht: Hier tobt der «Wilde Westen» mitten unter uns.

Tini, Elvira/Bilke-Hentsch, Oliver (2020). Problematischer Medikamentenkonsum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Sucht Magazin. (6). S. 28–33.

Uchtenhagen, Ambros (2013). Sucht im Alter: Erreichtes und offene Fragen. In: Sucht Magazin. (2). S. 4–9.

Verein Hepatitis Schweiz (2021). Hepatitis C. URL: <https://hepatitis-schweiz.ch/formen/hepatitis-c> [Zugriffsdatum: 02. November 2021].

Verein Wohnkonferenz Bern (2022). WOK Bern: Wohnführer. URL: <https://www.wohkonferenz.ch/wok/wohnfuehrer.html> [Zugriffsdatum: 31. Mai 2022].

Vereinigung Berner Gemeinwesenarbeit (2022). Quartierzentren und -Treffe. URL: <https://www.vbgbern.ch/die-vbg/quartierzentren-und-treffe> [Zugriffsdatum: 17. Mai 2022].

Vogt, Irmgard (2009). Süchtige Alte und ihre Versorgung. In: Sucht Magazin. (3). S. 29–32.

Vogt, Irmgard/Eppler, Natalie/Kuplewatzky, Nina/Simmedinger, Renate (2010). Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung Frankfurt.

Vogt, Irmgard/Eppler, Natalie/Ohms, Constance/Stiehr, Karin/Kaucher, Margarita (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. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung Frankfurt.

Wohnsinn Bern (2021). Wohnsinn Bern | 4 Wände für alle. URL: <https://wohnsinnbern.ch/> [Zugriffsdatum: 10. Mai 2022].

Wolf, Julia (2010). Die stille Sucht? Eine ethische Perspektive zur Sucht im Alter. In: Sucht Magazin. (3). S. 4–9.

Wolter, Dirk K. (2011). Drogenabhängigkeit und Demenz. In: Vogt, Irmgard (Hg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. Verlag für angewandte Wissenschaften. S. 63–91.

8 Abbildungen

Icon Social Isolation by Freepik - Flaticon: <https://www.flaticon.com/free-icons/isolation> [Zugriff 06.06.2022]

Icon Transformation by Freepik - Flaticon: <https://www.flaticon.com/free-icons/transformation> [Zugriff 06.06.2022]

Icon Aging by Freepik - Flaticon: <https://www.flaticon.com/free-icons/adult> [Zugriff 06.06.2022]

Icon Disabled by Freepik - Flaticon: <https://www.flaticon.com/free-icons/disabled> [Zugriff 06.06.2022]

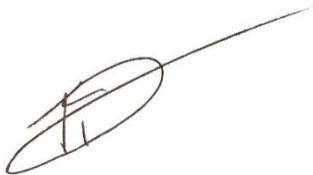
Icon Nursing Home by Freepik - Flaticon: <https://www.flaticon.com/free-icons/retirement-home> [Zugriff 06.06.2022]

9 Anhang

9.1 Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterthesis selbständig und ohne unerlaubte Hilfe sowie ausschliesslich unter der Nutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Bern, 26.07.2022

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'TK' inside an oval, with a long horizontal line extending to the right.

Thomas Koller