



Fachhochschule Frankfurt am Main -
University of Applied Sciences

Institut für Suchtforschung

ISFF

Irmgard Vogt, Natalie Eppler, Nina Kuplewatzky, Renate Simmedinger

**Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation
und ihre Zukunftsvorstellungen**

Abschlussbericht, März 2010



**Executive
Agency for
Health and
Consumers**

Das EU-Projekt SDDCARE 2006-346 „Senior Drug Dependents and Care Structures“ wird finanziell von der Executive Agency for Health and Consumers, EAHC, gefördert. Die in dieser Publikation vertretenen Standpunkte obliegen der alleinigen Verantwortlichkeit der Autoren/ Autorinnen und geben nicht unbedingt die Meinung von EAHC wieder. Weder EAHC noch im Namen von EAHC tätige Personen sind verantwortlich für die Nutzung der vorliegenden Informationen.

Vorwort

Bei der Durchführung dieser Studie waren uns viele Institutionen und Personen behilflich, bei denen wir uns an dieser Stelle bedanken wollen. Wir bedanken uns bei der Fachhochschule Frankfurt am Main für die Unterstützung und bei der Executive Agency for Health and Consumers, EAHC, für die partielle Finanzierung. Wir bedanken uns bei allen Institutionen, die uns bei der Rekrutierung und Durchführung der Interviews mit älteren Drogenabhängigen unterstützt haben, insbesondere bei Juliana Fritz, Frau Birgit Wichelmann-Werth und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Cafés Fix in Frankfurt am Main sowie bei dem Träger des Cafés, dem Verein für Arbeits- und Erziehungshilfe VAE, e.V., bei den Malteser Werken gGmbH, der Integrativen Drogenhilfe, dem Vorstandvorsitzenden Prof. Dr. Hans-Volker Happel und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Projekt Rotlintstrasse, der AIDS-Hilfe Frankfurt und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projekts La Strada, dem Diakonischen Werk in Darmstadt-Dieburg und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Projekt scentral. Unser besonderer Dank geht an die 20 älteren Drogenabhängigen, die sich bereit gefunden haben, an den Interviews teilzunehmen und uns ihre Sicht der Dinge zu erklären. Ohne ihre Bereitschaft, aktiv und produktiv an den Gesprächen mitzuwirken, hätten wir diese Studie nicht durchführen können.

Inhaltsverzeichnis

• 1. Hintergrund und Kontext der Studie	04
• 2. Methodisches Vorgehen	07
2.1 Qualitatives Interview und quantitativer Fragebogen	07
2.2 Stichprobe, Rekrutierung und Durchführung	07
2.3 Auswertungsverfahren	09
• 3. Die Stichprobe im Überblick	10
• 4. Ausgewählte Ergebnisse der qualitativen Interviews	20
4.1 Soziale Kontakte	20
4.2 Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung	29
4.3 Drogenkonsum	35
4.4 Gesundheitszustand und Versorgung bei Krankheit	39
4.5 Leben im Alter	45
4.6 Wünsche an die Zukunft	53
• 5. Zusammenfassung und Ausblick	55
• Literaturverzeichnis	61

1. Hintergrund und Kontext der Studie

Ältere Menschen, die illegale Drogen konsumieren und von ihnen abhängig sind, sind bislang eher wenig in Erscheinung getreten und sind daher eher selten Gegenstand der Forschung. Folglich weiß man recht wenig über die aktuellen Lebensbedingungen von älteren drogenabhängigen Frauen und Männern (mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Vogt, 2009) und über ihre Vorstellungen und Wünsche hinsichtlich ihrer Zukunft. Immerhin geben die nicht repräsentativen Studien von Fuhrmann (2005 und 2009) erste Hinweise darauf, wie die älteren Nutzer und Nutzerinnen (40 Jahre und älter) einiger Drogenhilfeeinrichtungen in München in den nächsten Jahren ihr Leben gestalten wollen.

Bemerkenswert ist zunächst, dass in beiden Studien ein Großteil der Befragten angibt, dass sie „Veränderungen anstreben“. Es ist also keineswegs so, dass langjährige ältere Drogenabhängige bereits resigniert haben und keine Wünsche mehr haben. Das Gegenteil ist der Fall, die Liste der Wünsche nach Veränderung ist lang (vgl. Oslin et al., 2002; Satre et al., 2003, 2004). Bei vielen steht der Wunsch nach Veränderung der persönlichen Beziehungen im Vordergrund. Ein Großteil der Befragten würde aber auch sehr gerne wieder einer beruflichen Tätigkeit nachgehen oder, wenn das nicht realisierbar ist, Angebote zur Tagesstrukturierung wahrnehmen. Das spricht dafür, dass die 40- bis 50jährigen und älteren Drogenkonsumenten und –konsumentinnen gerne „mittendrin“ im normalen Alltagsleben sein wollen. Wie andere Aussagen in diesen beiden Studien zeigen, sind aber ihre Chancen, dort anzukommen, eher gering.

In den Befragungen von Fuhrmann (2005, 2009) wurden auch die gesundheitlichen Beschwerden und die Zukunftsvorstellungen der älteren Klientel thematisiert. Wenig überraschend sind die Antworten der Befragten zu ihrer Gesundheit: viele geben an, dass sie unter mehreren Krankheiten leiden, von denen sie sich wiederum viele im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum „erworben“ haben. Das weist darauf hin, dass es sich um eine Klientel handelt, die gesundheitlich angeschlagen ist und daher möglicherweise schon in naher Zukunft professionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und bei der Versorgung im Krankheitsfall braucht. 2005 meinen 31% der von Fuhrmann Befragten, dass es in ihrem Umfeld Personen gibt, die im Alter für sie da sind; 2009 sagt das fast jeder Zweite (48%). Allerdings gehen nur einige wenige davon aus, dass sie von diesen Personen im Notfall tatsächlich auch versorgt werden. Aus Sicht der Befragten gibt es also Menschen, auf die sie sich beziehen und mit denen sie auch im Alter Kontakt haben werden, aber diese übernehmen nicht Versorgungs- und Pflegeleistungen. Die Vermutung liegt nahe, dass es sich also nicht um Familienmitglieder handelt, sondern um Freunde und Bekannte, zu denen man Kontakt hält, aber auf die man im Krankheits- und Pflegefall nicht zurückgreifen kann.

Auf die Frage, wie die Unterstützung „von Seiten der Drogenhilfe“ aussehen könnte, wenn sie „körperlich und geistig nicht mehr in der Lage sein“ sollten, für sich allein zu sorgen, antwortet eine vergleichsweise große Gruppe mit Hinweisen auf Sterbebegleitung, Sterbehilfe oder sagt einfach, dass sie sich dann den „goldenen Schuss“ setzt, um ihr Leben zu beenden. Eine kleinere Gruppe wünscht sich zu beiden Befragungszeitpunkten das Zusammenleben mit akuten oder ehemaligen Drogenkonsumenten und –konsumentinnen in einer Wohngemeinschaft. Immerhin 1/4 (2005) bzw. 1/3 (2009) der Befragten kann sich vorstellen, im Alter und bei Hilfebedürftigkeit in einem „normalen“ Altenpflegeheim zusammen mit „normalen“ alten Menschen zu leben. Diejenigen, die sich das nicht vorstellen können, weisen darauf hin, dass es zu viele Unterschiede zwischen ihnen und „normalen“ alten Menschen gibt. Erwähnt werden Unterschiede im Lebensrhythmus von drogenkonsumierenden und „normalen“ Alten, wobei angenommen wird, dass die Drogenkonsumenten und –konsumentinnen oft tags schlafen und nachts aktiv sind und die anderen umgekehrt tags aktiv sind und nachts schlafen. Ebenso sollen sich beide Gruppen hinsichtlich ihrer Lebenserfahrungen und ihrer alltäglichen Bedürfnissen unterscheiden. Dazu kommen aus Sicht der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen noch die typischen Vorurteile der „Normalen“ gegenüber den Drogenabhängigen (Levy & Anderson, 2005; Rosen et al., 2008), zu denen auch die Angst vor Ansteckung (z.B. mit HCV oder mit HIV) gehört. Das, so meinen viele, führt zu Unverträglichkeiten beider Gruppen im Alltag.

Besonders ausgeprägt sind die Abgrenzungen von den normalen Alten bei denjenigen, die auch im Alter weiter (viele) Drogen nehmen wollen. Diese Personen können sich nicht vorstellen, ohne Drogen zu leben. Dazu zählen sowohl Drogen, die auf dem Schwarzmarkt erworben werden, als auch Medikamente zur Behandlung von Opiatabhängigkeit wie Methadon, Buprenorphin oder Diamorphin (und in den USA auch medical marijuana, vgl. Marijuana Policy Project, 2008). Die Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit ist für diese Gruppe von älteren Drogenkonsumenten und –konsumentinnen Teil ihres Selbstkonzeptes, von dem sie sich weder trennen können noch wollen (Noller, 1989; Vogt, 1998).

Smith & Rosen (2009) haben zudem die sozialen Beziehungen von älteren drogenabhängigen Frauen und Männern (Durchschnittsalter 58,4 Jahre), die an einem Methadonprogramm teilnehmen, mit einer qualitativen Studie genauer untersucht. Sie stellen fest, dass die Mehrzahl ihrer Befragten tiefes Misstrauen gegenüber den meisten anderen Menschen hat, wobei die Hintergründe verschieden sind. Einige haben sehr schlechte Erfahrungen gemacht mit Familienmitgliedern und guten Freunden, von denen sie sich in wichtigen Situationen im Leben verraten gefühlt haben. Andere haben wichtige Familienmitglieder und Freunde verloren; einige davon sind an Alterskrankheiten gestorben,

andere an einer Überdosis Drogen und wieder andere sind umgebracht worden. Die Befragten sind mit diesen Verlusten nicht fertig geworden; sie haben sich vielmehr zurückgezogen und leben isoliert. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass es viele Ursachen für Vereinsamung im Leben von älteren Drogenabhängigen geben kann.

In Weiterentwicklung der hier referierten Studien haben wir eine qualitative leitfadengestützte Untersuchung mit älteren Drogenabhängigen geplant. Die Drogenabhängigen sollten selbst zu Wort kommen und über ihre Lebenssituation berichten, über ihre Erfahrungen im Kontakt mit anderen Menschen, über ihre Gesundheit und über ihre Vorstellungen vom Leben im Alter. Die Ergebnisse dieser Befragungen werden hier kurz zusammengefasst, wobei wir insbesondere die Aussagen darstellen, die sich auf soziale Kontakte und Netzwerke, Erfahrungen von Ablehnung und Ausgrenzung, den Drogenkonsum und die gesundheitliche Lage sowie auf das Leben im Alter beziehen. Unser Interpretationsrahmen erstreckt sich über die Darstellung einschlägiger Aussagen hinaus auch auf Überlegungen, welche Folgerungen daraus für die aktuelle und die zukünftige Versorgung dieser Personengruppe zu ziehen sind. Wir gehen darauf in den Kapiteln 4 und 5 ein.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Qualitatives Interview und quantitativer Fragebogen

Wir haben qualitative Interviews mit 20 älteren Drogenabhängigen durchgeführt. Aus pragmatischen Gründen haben wir uns dabei für leitfadengestützte Gespräche entschieden. Wir haben in mehreren Durchgängen einen Leitfaden entwickelt und diesen in Probeinterviews eingesetzt und auf seine Praktikabilität hin überprüft. Zentrale Themen des qualitativen Interviews sind folgende:

- die aktuelle Lebenssituation¹,
- die sozialen Kontakte,
- Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung,
- der Drogenkonsum,
- die Gesundheit und die Versorgung im Krankheitsfall,
- das Leben im Alter,
- die Zukunftsperspektiven.

Der Interviewleitfaden dient generell zur Strukturierung des Gesprächs. Er ist von den Interviewern und Interviewerinnen so gehandhabt worden, dass sowohl Formulierung als auch Reihenfolge der Fragen dem Interviewverlauf angepasst worden sind. Alle 4 Interviewer und Interviewerinnen (3 Mitarbeiterinnen, 2 Mitarbeiter), die an dieser Studie mitgearbeitet haben, sind entsprechend geschult worden (Helfferich, 2004).

Im Anschluss an das Gespräch wurde noch ein kurzer quantitativer Fragebogen vorgelegt, den die Interviewten allein oder – was meist der Fall war – zusammen mit dem Interviewer, der Interviewerin ausgefüllt haben. Das Ausfüllen dauerte etwa 10 Minuten und ist problemlos abgelaufen.

2.2 Stichprobe, Rekrutierung und Durchführung

Insgesamt haben wir 20 Interviews mit älteren Drogenkonsumenten und –konsumentinnen durchgeführt.

¹ Wie bereits erwähnt, werden die Aussagen zur aktuellen Lebenssituation in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

Bei der Stichprobe handelt es sich um ein „convenience sample“. In einem ersten Schritt haben wir die Institutionen, in denen wir die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner rekrutieren wollten, angeschrieben, und wir haben uns bei diesen die Erlaubnis eingeholt, in ihren Räumen Besucher und Besucherinnen anzusprechen. Wir haben den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen vor Ort den Sinn und Zweck der Studie erklärt und sind von diesen bei der Rekrutierung der älteren Drogenabhängigen und bei der Durchführung der Interviews tatkräftig unterstützt worden. Eine Vorauswahl seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen fand jedoch nicht statt, die Interviewerinnen und Interviewer haben in den Einrichtungen Besucher und Besucherinnen angesprochen und sie gefragt, ob sie für eine Stunde an dieser Untersuchung mitwirken wollen. Wenn die Angesprochenen Interesse an der Teilnahme an einem Interview signalisierten, wurde dieses vor Ort durchgeführt, je nach Gegebenheiten in einem eigenen Raum oder in einer ruhigen Ecke der Einrichtung.

Wir haben die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen vor allem in Kontaktläden für (problematische) Drogenkonsumenten und –konsumentinnen, in Methadonvergabestellen und in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen gesucht und für die Gespräche gewinnen können.

Zu Beginn jedes Interviews hat der Interviewer, die Interviewerin den Interviewten ein Einleitungstext vorgelesen, in dem sowohl einige Hinweise auf den Inhalt des Gesprächs mitgeteilt werden als auch die formalen Rahmenbedingungen geklärt werden. Dazu gehören Versicherungen zur Vertraulichkeit und zur Wahrung der Anonymität im Umgang mit den personalen Daten und Gesprächsinhalten. Mit einer Einwilligungserklärung bekräftigen die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen ihre Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen. Zugleich verpflichten sich die Interviewer und Interviewerinnen damit, die Datenschutzbedingungen strikt einzuhalten. Alle Interviews wurden in den Städten Frankfurt und Darmstadt durchgeführt; alle wurden auf Tonband aufgenommen. Die durchschnittliche Dauer der Gespräche lag bei 60 Minuten. Alle Interviews sind transkribiert worden unter Berücksichtigung von Dialekt und sprachlichen Einschüben wie „äh“ usw..

Es ist an dieser Stelle bereits darauf hinzuweisen, dass die Stichprobe, die wir gezogen haben, mit einiger Wahrscheinlichkeit typisch ist für Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, die (häufige) Besucher, Besucherinnen von niedrighschwelligen Einrichtungen oder Kontaktläden sind. Man kann daher die Ergebnisse nur mit großer Vorsicht über diese Gruppe hinaus verallgemeinern auf alle älteren (problematischen) Drogenkonsumenten und –konsumentinnen oder ehemalige Drogenabhängige. Es ist durchaus denkbar, dass die große Gruppe von Personen, die niedrighschwellige

Einrichtungen der Suchthilfe meidet bzw. die überhaupt keine Kontakte zur Suchthilfe hat, zu wichtigen Fragen ganz andere Meinungen hat. Die Ergebnisse dieser Studie beleuchten daher nur das Milieu einer ausgewählten Gruppe von Drogenkonsumenten und -konsumentinnen; sie spiegeln nicht die gesamte Bandbreite der Meinungen von drogenkonsumierenden Menschen wider, insbesondere nicht von denjenigen Menschen, die zurzeit in Deutschland im höheren Lebensalter sind, Opioide oder andere für die illegale Drogenszene typische psychoaktive Substanzen nehmen, aber keinerlei Kontakt zur Suchthilfe haben.

2.3 Auswertungsverfahren

Die Daten und Antworten, die mit dem quantitativen Fragebogen erhoben worden sind, sind in eine SPSS-Maske übertragen und entsprechend ausgewertet worden. Die wichtigsten Ergebnisse sind in Kapitel 3 zusammengestellt.

Wir haben uns bei der Auswertung der qualitativen Interviews am Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse orientiert (Mayring, 2007). Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden aus dem Korpus der Ursprungstexte die Informationen ausgewählt, die für die Beantwortung der Untersuchungsfragen relevant sind (vgl. Gläser & Laudel, 2006, S 191-192), hier also Fragen nach den Sozialen Kontakten (4.1), den Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung (4.2), dem Drogenkonsum (4.3), dem Gesundheitszustand und der Versorgung im Krankheitsfall (4.4), dem Leben im Alter (4.5) und den Zukunftsperspektiven (4.6).

Sehr verkürzt und etwas pauschal gesagt handelt es sich bei der qualitativen Inhaltsanalyse um eine systematische und intersubjektiv überprüfbare Textanalyse, die mit Kategorienschemata arbeitet, um Aussagen zu klassifizieren und systematisch zu ordnen. Das Endprodukt ist die Herausarbeitung von typischen Aussagen bzw. Mustern zu den gewählten Kategorien. Wir haben für unsere Analysen die im vorhergehenden Absatz zusammengestellten Kategorien verwendet. Die verschiedenen Aussagemuster, die auf diesem Wege herausgearbeitet werden, sind die Grundlage für weitergehende Interpretationen und Schlussfolgerungen hinsichtlich den sozialen und gesundheitlichen Lebensbedingungen von älteren Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, ihren Hoffnungen, Ängsten und Befürchtungen für die Zukunft, das Leben im Alter und ihren Wünschen an eine menschenwürdige Versorgung.

3. Die Stichprobe im Überblick

Wie bereits dargestellt, haben die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen nach dem Gespräch einen kurzen quantitativen Fragebogen ausgefüllt. Die wichtigsten demografischen Daten zur Kennzeichnung der Stichprobe sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tabelle 1: Demografische Angaben der Stichprobe

Angaben zur Stichprobe		Total (N=20)	Prozentangaben
Geschlecht	Männlich	14	70%
	Weiblich	6	30%
Alter	Spannbreite	45-61 Jahre	
	Mittelwert	52,0 Jahre ($\pm 3,83$)	
Nationalität	Deutsch	18	90%
	Andere	2	10%
Familienstand	Ledig	10	50%
	Verheiratet	2	10%
	Geschieden	6	30%
	Verwitwet	2	10%
Lebensform	Allein lebend	19	95%
	Mit Partner/in	0	
	Mit Kindern	0	
	Mit Eltern	1	5%
Wohnung	Eigene Wohnung	11	55%
	Eigenes Zimmer	2	10%
	Mit Eltern	1	5%
	Betreutes Wohnen	2	10%
	Notunterkunft/ auf der Straße	4	20%

70% der Interviewten sind männlich, 30% weiblich. Das entspricht dem Geschlechterverhältnis in Kontaktläden für (problematische) Drogenkonsumenten in Großstädten (vgl. Simmedinger & Vogt, 2009). Das Durchschnittsalter entspricht mit 52 Jahren der Zielsetzung der Studie. Die meisten Interviewpartner und Interviewpartnerinnen haben einen Deutschen Pass, was Migrationserfahrungen jedoch nicht ausschließt. Die Gruppe der Ledigen mit 50% ist ebenso groß wie die Gruppe derjenigen, die mindestens einmal verheiratet waren. Allerdings sind aktuell nur noch 2 Personen verheiratet, und keine

der befragten Personen lebt noch mit dem Ehepartner, der Ehepartnerin zusammen. 19 Personen leben allein, nur 1 Person lebt mit ihren Eltern zusammen. Die Untersuchungsgruppe unterscheidet sich in dieser Hinsicht von den Ergebnissen der älteren Opioid-Konsumenten/ Opiod-Konsumentinnen und Abhängigen (45 Jahre und älter), die im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation 2007 detailliert untersucht worden sind (im Folgenden: BADO-Dok; Verthein et. al., 2007, S. 55)². Dieser stellt dar, dass nur 54,9% der Opioidkonsumenten und –konsumentinnen (45 Jahre und älter), die im Hamburger ambulanten Hilffsystem registriert sind, allein leben. Dieser Unterschied sollte jedoch nicht überbewertet werden, da unsere Stichprobe mit N=20 sehr klein ist.

14 der Interviewten leben in sicheren Unterkünften (eigene Wohnung, eigenes Zimmer, bei den Eltern), 6 eher in prekären Wohnsituationen. In der Stichprobe der BADO-Dok leben 7,3% in prekären Wohnsituationen, weitere 7,6% sind in einer Haftanstalt „untergebracht“ (vgl. ebd. S. 54).

Tabelle 2: Angaben zur Schul- und Berufsbildung und zum aktuellen Einkommen

Angaben zur Stichprobe		Total (N=20)	Prozentangaben
Schulabschluss	Kein Schulabschluss	1	5%
	Hauptschule	11	55%
	Realschule	6	30%
	Fachhochschulreife	1	5%
	Anderes	1	5%
Berufsausbildung	Nicht abgeschlossen	13	65%
	Abgeschlossen	7	35%
Einkommens- quellen	ALGI	1	5%
	ALGII	8	40%
	Sozialhilfe	7	35%
	Rente/Pension	4	20%

Die Daten zur Schul- und Berufsbildung zeigen, dass zwar die meisten der Interviewten einen Schulabschluss haben, aber nur gut ein Drittel eine Berufsausbildung. Aktuell

² Der Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation bezieht sich auf alle Personen mit Opiat- bzw. Opioidkonsumproblemen, die in Einrichtungen, die an dieser Dokumentation beteiligt sind, ambulante Hilfen im Raum Hamburg in Anspruch nehmen. Die Klientel der ambulanten Drogenhilfe des Stadtstaates Hamburg erhalten einen Code, der ihre Anonymität bewahrt, es aber möglich macht, die – anonymisierten – Personen im Hilfenetzwerk zu identifizieren und ihren Weg im Hilffsystem zu verfolgen. Diese Gruppe teilt viele Ähnlichkeiten mit der Stichprobe unserer Studie, worauf hier nicht ausführlich eingegangen wird.

erwerbstätig ist keiner der Befragten. Vielmehr belegen die Daten zum Einkommen, dass 4 Personen bereits berentet und 7 Personen in die Sozialhilfe eingegliedert sind. Über die Hälfte der Interviewten steht also dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung. 9 Personen sind als arbeitssuchend gemeldet und erhalten daher Arbeitslosengelder (ALGI oder ALGII). Wir haben auch nach illegalen Einkünften gefragt. 5 Personen gaben an illegale Einkünfte zu haben.

14 (70%) der Interviewten erhalten ärztlich verordnete Opiate und Opioide. 2 Personen erhalten ärztlich verordnetes Diamorphin (Heroin), 11 Personen Methadon und 1 Person ein anderes Opiat. 6 Personen erwerben ihre Drogen hauptsächlich auf dem illegalen Markt; sie erhalten zum Zeitpunkt des Interviews keine Substitutionsmedikation.

Alle Befragten konsumieren eine Vielzahl von psychoaktiven Substanzen. An erster Stelle steht der Konsum von Zigaretten; 19 Personen sind Raucher und Raucherinnen mit einem durchschnittlichen Konsum von 15 Zigaretten pro Tag. 12 Personen sagen, dass sie Cannabis konsumieren. 9 Personen trinken Alkoholisches. Dazu kommt noch eine Vielzahl weiterer Substanzen, von denen die meisten auf dem illegalen Markt erworben werden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Angaben zum Konsum von (illegalen) Drogen

Substanzen	N	täglich	wöchentlich	seltener	Davon i.v. Konsum
Amphetamin (Speed)	2	2			1
Kokain	9	2	1	6	4
Crack	6	2	2	2	2
Heroin	11	5	2	4	4
Codein	1	1			
Methadon etc.	0				
Benzodiazepine	9	5	3	1	1
Barbiturate	1	1			
Cannabis	12	8		4	

Untersucht man bei den 14 Personen, die in medikamentöser Behandlung sind und ein Opioid erhalten, den sogenannten Beigebrauch, ergibt sich, dass 7 von ihnen zusätzlich zum ärztlich verordneten Medikament noch illegale erworbenes Heroin nehmen. Insgesamt genommen ist festzuhalten, dass alle 14 Personen eine oder mehrere der in Tabelle 3 genannten Substanzen konsumieren.

Fragt man nach der Hauptdroge, erhält man unterschiedliche Antworten. Zählt man aus, welche Stoffe mit welcher Häufigkeit genannt werden, stehen an den ersten 2 Stellen Heroin mit 10, Kokain und Crack mit 4 Nennungen. Aus der Sicht der Interviewten sind das die Stoffe, die für sie besonders wichtig sind, die sie als ihre Hauptdrogen bezeichnen. Allerdings sagen einige der Befragten auch, dass sie nicht nur eine, sondern mehrere Hauptdrogen haben. 5 sagen, dass sie zwei Hauptdrogen haben, 3 geben 3 Hauptdrogen an. Nur Heroin allein als Hauptdroge nennen 5 Personen, nur Methadon 1 Person. Kokain oder Crack allein als Hauptdroge nennen 2 Personen. Die Antworten auf die Frage nach der/den Hauptdrogen belegen, dass in dieser Altersgruppe Opiate und Opioide die Hauptdrogen sind, allein oder in Kombination mit weiteren (illegalen) Stoffen.

Bemerkenswert sind die Angaben der Befragten zu den Haftzeiten. 17 Personen (85 %) berichten von Hafterfahrungen; die Angaben zur durchschnittlichen Haftdauer liegen bei 68 Monaten, wobei die Spannbreite von 6 bis zu 192 Monaten reicht. Wir nehmen an, dass sich die Haftzeiten negativ auf das Sozialverhalten und das soziale Netzwerk auswirken, da die Umgangsformen unter Häftlingen oft sehr rau sind und dadurch die sozialen Netzwerke durch die Haftzeit gefährdet werden. Wir haben allerdings keine empirischen Daten, um diese Annahmen zu überprüfen.

Wir haben im Fragebogen auch nach Krankheiten und gesundheitlichen Störungen gefragt und folgende Antworten erhalten.

Tabelle 4: Selbstangaben zu körperlichen Krankheiten

Aktuelle körperliche Krankheiten	Nennungen	
	Total (N=20)	Prozentangaben
Lebererkrankung/ HV-A/B/C	12	60%
Zahnerkrankungen	7	35%
Herz-Kreislauserkrankungen	4	20%
Venenerkrankungen	4	20%
HIV/AIDS	3	15%
Lungenerkrankung/ TBC	4	20%
Arthritis, Arthrose	1	5%
Krebs	1	5%
Nieren-Blasenerkrankung	1	5%
Osteoporose	1	5%
Andere Erkrankungen	4	20%

Die Belastungen der Interviewten mit körperlichen Erkrankungen sind insgesamt betrachtet hoch. An den ersten Stellen stehen die Hepatitis-Infektionen und Lebererkrankungen. Von den 12 Personen, die Lebererkrankungen angeben, sagen 11 (55%), dass sie eine (chronische) Hepatitis-Infektion A/B und vor allem C haben. An zweiter Stelle stehen Erkrankungen der Zähne. Der Anteil der HIV/AIDS-Erkrankten an der Stichprobe ist mit 15% vergleichsweise hoch.

Fasst man die Angaben zu den körperlichen Krankheiten zusammen, ergibt sich, dass immerhin 3 Befragte angeben unter keinerlei Krankheiten zu leiden. 17 Befragte haben zusammengenommen 44 Krankheiten (Spannweite: 1 – 7), im Durchschnitt also 2 Krankheiten (SD 2,2). 7 Personen haben 3 und mehr Krankheiten. Die Tatsache, dass 95% der Interviewten rauchen und 45% mehr oder weniger häufig Alkoholisches konsumieren, verschärft die gesundheitliche Lage vor allem derjenigen, die Lebererkrankungen wie chronische HV-C-Infektionen sowie Lungenerkrankungen haben³.

In der BADO-Dok werden keine Krankheiten erhoben. Vielmehr schätzen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Einrichtungen die körperlichen Beeinträchtigungen der Klientel nach den Kategorien „gar nicht“, „wenig“, „mittel“, „erheblich“ und „extrem“ ein (vgl. Verthein et al., 2007, S. 41ff). Nach den Angaben der Mitarbeiter/innen der Suchthilfeeinrichtungen sind 12% der Personen, die 45 Jahre und älter sind, gar nicht beeinträchtigt, 25% wenig, 33 % mittel und 32% erheblich bzw. extrem beeinträchtigt. Wie weit sich das mit unserer Erhebung von Selbstangaben von Krankheiten deckt, ist schwer einzuschätzen. Immerhin liegen bei den älteren Hamburger Drogenkonsumenten die Angaben zu Hepatitis-C-Infektionen bei 54% (vgl. Verthein et al., 2007, S. 56), ein Ergebnis, das vergleichbar ist mit unseren Befunden.

Wir haben auch nach psychischen Störungen gefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 zusammengestellt.

³ Peles et al. (2010) weisen darauf hin, dass die häufigsten Todesursachen in ihrer Gruppe von älteren Methadonpatienten, die sie seit 15 Jahren betreuen, Krebserkrankungen sind: Leberkreberkrankungen als Folge von hepatischen Erkrankungen, Lungenkrebs als Folge des Zigarettenkonsums usw. Todesfälle als Folge von Überdosis oder von AIDS sind dagegen eher selten.

Tabelle 5: Selbstangaben zu psychische Störungen

Psychische Krankheiten	aktuell		jemals	
	Total (N=20)	Prozent- angaben	Total (N=20)	Prozent- angaben
Depressionen	7	35%	9	45%
Ängste/ Panikstörungen	6	30%	6	30%
Schwere Vergesslichkeit	5	25%	4	20%
Wahnvorstellungen	3	15%	4	20%
Ess-Störungen	2	10%	2	10%
Suizidgedanken	2	10%	9	45%
Selbstmordversuche	-	-	11	55%

Alle Klientinnen und Klienten dieser Studie haben 1 psychische Störung: sie sind alle drogenabhängig. Das war das Kriterium, nach dem wir die Stichprobe ausgesucht haben. Darüber hinaus geben 11 der Befragten eine oder mehrere weitere psychische Störungen an (Spannweite 1-5), im Durchschnitt weitere 1,45 Erkrankungen (SD 0,51). Die häufigsten psychischen Störungen, die die Interviewten nennen, sind Depressionen, Ängste und Panikstörungen, sowie schwere Vergesslichkeit. Angaben zu schwerer Vergesslichkeit könnten Hinweise auf eine beginnende Demenz sein. Aktuell haben nur 2 Befragte Suizidgedanken, aber 9 geben an, dass sie diese früher gehabt haben und 11 Personen sagen, dass sie wenigstens einen Selbstmordversuch unternommen haben. Geht man davon aus, dass Suizidgedanken und Suizidversuche Unterkategorien von Depressionen sind, so wird deutlich, dass Depressionen zu den Haupterkrankungen der befragten Personen gehören.

Beim Vergleich mit den Ergebnissen der BADO-Dok (Verthein et al., 2007, S.56ff) ist wiederum zu berücksichtigen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Institutionen der Suchthilfe die psychischen Belastungen der Klientel einschätzten. Danach haben 5% der älteren Klientinnen und Klienten gar keine psychischen Beschwerden, 22% wenig, 37% mittlere aber 36% erhebliche bis extreme. Der Anteil derjenigen, die nach Angaben der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unter Ängsten leiden, liegt bei 16%, und derjenigen mit Depressionen bei 21% (Verthein et al., 2007, S. 41ff). Altersbezogene Entwicklungen lassen sich nicht feststellen. Die Selbstangaben in unserer Studie liegen mit 30% bei den Ängsten und 35% bei den Depressionen deutlich höher. Die starke Belastung unserer Stichprobe mit diesen psychischen Störungen (Saß et al., 2003) wird unterstrichen durch den hohen Anteil derjenigen (45%), die mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. In der BADO-Dok liegen die entsprechenden Angaben für die Gesamtstichprobe bei 32% und für die

Personen, die 45 Jahre alt und älter sind, bei 30% (vgl. Verthein et. al., 2007, S. 41 und S. 56). Es gibt also erhebliche Unterschiede zwischen unserer sehr kleinen Stichprobe und der sehr viel größeren Stichprobe der BADO-Dok, die sich ja nicht nur auf Personen bezieht, die niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe nutzen.

Betrachtet man die psychischen und körperlichen Erkrankungen zusammen, so ergibt sich, dass 3 der Befragten keine körperlichen Beschwerden angeben. Sie haben aber, wie alle von uns Befragten, eine psychische Störung, nämlich Drogenabhängigkeit. 6 der Drogenabhängigen geben nur körperliche Erkrankungen an, 11 Personen geben eine oder mehrere körperliche und – neben der Drogenabhängigkeit - mindestens eine weitere psychische Störung an.

Die wenigen Personen – insgesamt 3 der Befragten – die (bislang) keine Gefängnisstrafe abgesessen haben, sind insgesamt betrachtet etwas gesünder als die 17 Personen mit Hafterfahrungen. 2 der 3 Nichtinhaftierten sind bzw. waren nicht an Hepatitis A,B,C erkrankt. Das deutet darauf hin, dass die Inhaftierung für i.V. Drogengebraucher und Drogengebraucherinnen ein hohes Risiko hinsichtlich der Infizierung mit diesen und anderen chronischen Erkrankungen (z.B. HIV) darstellt, da die entsprechenden Präventionsangebote wie Spritzentausch in Hafteinrichtungen in der Regel nicht vorhanden sind. Wir konnten bei dieser Stichprobe (N=17) jedoch keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Haftdauer und der Anzahl der Krankheiten feststellen.

Wie die Daten zu den Krankheiten insgesamt ausweisen, handelt es sich um eine Personengruppe, die gesundheitlich hoch belastet ist (Beynon et al., 2010). Es ist davon auszugehen, dass viele körperliche Erkrankungen in engem Zusammenhang mit den psychischen Störungen stehen, sich also gegenseitig bedingen und möglicherweise auch verstärken. Die Interviewten sind sich dieser Belastungen bewusst. Aber das Wissen um eigene Krankheiten und Störungen bedeutet nicht automatisch, dass man sich auch krank und behindert fühlt, wie manche Aussagen in den qualitativen Interviews belegen.

Wir haben zudem die Subskala des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ, Fahrenberg et al., 2000) zur Erhebung der Qualität und der Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten eingesetzt. Die Antwortskala pro Item ist 7-stufig und läuft von (1) „sehr unzufrieden“ bis (7) „sehr zufrieden“. Der Summenscore der von uns befragten Personen beträgt 28,3 (\pm 7,2). Dieser Wert weicht signifikant ab von dem Summenscore der Normstichprobe in der

Altersklasse 49-55 Jahren mit 36,7 bei den Männern⁴. In vorhergehenden Studien haben wir dieses Instrument auch bei Befragungen von alkoholabhängigen Männern/Vätern eingesetzt (Vogt & Fritz, 2008). Vergleicht man den Summenscore der Normstichprobe mit den Ergebnissen der Stichprobe von alkoholabhängigen Männern/Vätern und der hier untersuchten Stichprobe von älteren Drogenabhängigen, dann ergeben sich jeweils signifikante Differenzen. Die Stichprobe der älteren Drogenabhängigen ist demnach mit ihren sozialen Kontakten und ihrer Einbindung in soziale Aktivitäten bei weitem unzufriedener als die Normstichprobe, sowie die der alkoholabhängigen Männer/Väter.

Tabelle 7: Vergleich der Summenscores

Studien	Altersspanne	Summenscore	Signifikanz*
FLZ, Eichstichprobe Männer	14->75	36,97 (SD 6,05)	
Ältere Drogenabhängige	45-61	28,3 (± 7,2)	p= 0,000
Alkoholabhängige Männer/Väter	27-72	33,86 (±1,53)	p= 0,000

* bezogen auf den Mittelwert der Normstichprobe

Pro Item haben wir die zudem den Mittelwert berechnet. Vergleicht man diese Werte mit der – im Altersdurchschnitt jüngeren - Stichprobe von alkoholabhängigen Vätern (vgl. Vogt & Fritz, 2008), so ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede bei 4 Items.

⁴ Vgl. Fahrenberg/Myrtek 2000, S, 75ff.

Tabelle 8: Angaben zur Zufriedenheit mit sozialen Kontakten

Zufriedenheit mit*	Min.	Max.	Mittelwert (SD)	Alkoholabhängige Männer/Väter** Mittelwert (SD)	Sig.
Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich...	1	7	4,15 (±1,631)	4,89 (±1,45)	0,048
Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich...	1	6	4,00 (±1,654)	4,8 (±1,60)	0,063
Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich...	1	7	4,20 (±1,609)	5,06 (±1,4)	0,022
Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche, etc.) bin ich...	1	6	3,55 (±1,572)	4,43 (±1,69)	0,011
Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich...	2	7	4,05 (±1,731)	4,6 (±1,59)	0,098
Wenn ich daran denke, wie oft ich unter Leute komme, bin ich...	1	6	4,25 (±1,682)	4,84 (+-1,575)	0,154
Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde bin ich...	1	6	4,10 (±1,774)	5,24 (+-1,36)	0,011

*7-stufige Schätzskala von 1="sehr unzufrieden" bis 7="sehr zufrieden"

Die älteren Drogenabhängigen sind im Vergleich zu den alkoholabhängigen Männern/Vätern signifikant unzufriedener mit ihren Kontakten zu ihrem Freunden, Bekannten und Nachbarn. Das gilt auch für ihr eigenes soziales Engagement und für ihre Erwartungen an Hilfen durch ihre Freunde. Hinsichtlich aller anderen Items unterscheiden sich die Stichproben nicht signifikant; alkohol- und drogenabhängige Menschen sind mit ihren sozialen Kontakten zu Verwandten nicht sonderlich zufrieden, auch nicht mit ihren Aktivitäten hinsichtlich der Suche nach sozialen Kontakten oder ihrem sozialen Engagement.

Zusammengefasst lässt sich die Stichprobe also folgendermaßen charakterisieren: Die Interviewten sind im Durchschnitt 52,0 Jahre alt; sie leben fast alle allein, 70% in sicheren Wohnverhältnissen, 30% in unsicheren (davon 20% auf der Straße); sie sind nicht erwerbstätig, sondern leben von Transferleistungen; sie haben eine hohe Belastung mit chronischen körperlichen (hepatische Infektionen und Lebererkrankungen, Zahnproblemen und anderen Krankheiten) und psychischen Krankheiten (neben Drogenabhängigkeit vor allem mit Depressionen und Ängste) und sind mit ihren sozialen Kontakten zu Verwandten,

Nachbarn, Nachbarinnen und Freunden, Freundinnen, aber auch mit ihrem eigenen Engagement und ihren eigenen sozialen Aktivitäten tendenziell unzufrieden.

4. Ausgewählte Ergebnisse der qualitativen Interviews

4.1 Soziale Kontakte

In diesem Abschnitt werden die Aussagen der Interviewten zu ihren sozialen Kontakten näher betrachtet und es wird die Qualität der Beziehungen, die sie zu Familienangehörigen zu Partnern, Partnerinnen und zu Freunden, Freundinnen haben, genauer untersucht. Wie bereits gezeigt worden ist leben 19 der 20 Interviewten allein, 4 zudem auf der Straße bzw. in Notunterkünften. Es ist also zu vermuten, dass viele von ihnen oft auch allein sind und möglicherweise unter Einsamkeit leiden.

5 der Interviewpartner und -partnerinnen sagen, dass sie heute keine nennenswerten sozialen Kontakte mehr haben, was die folgenden Interviewausschnitte exemplarisch verdeutlichen:

„Nee, ich bin immer mit mir alleine beschäftigt. Mehr oder weniger, das ist... ich hab' keine sozialen Kontakte momentan“ (Interview 10, m).

„Also, wie gesagt äh, seit dem Tod meiner Frau hab ich mich eigentlich vollkommen zurück gezogen und äh, leb eigentlich ziemlich isoliert und äh, ich hab oberflächliche Bekannte aber keine Freunde. Ich besuche auch niemanden oder ich wünsche auch nicht dass mich jemand besucht.“ (Interview 48, m).

13 Befragte haben keinen Kontakt mehr zu Familienmitgliedern oder zu Verwandten, wie die folgenden Zitate zeigen:

„C: Keine, also meinen Vater kenne ich nicht und meine Mutter ist tot.

I: Und Geschwister? Hast du Geschwister?

C: Äh zwei Brüder.

I: Mit denen irgendwie Kontakt?

C: Keinen Kontakt.

I: Ähm noch irgendwie Verwandte oder so? Manchmal hat man ja Kontakt mit einer Tante oder so?

C: Nein, gar nicht“ (Interview 3, w).

Die Drogenabhängigkeit wird von einigen als Grund für die schwierige Beziehungsgestaltung zur Familie benannt:

„Ich hab auch total den Kontakt zu meiner Familie, hab ich abgebremst, weil ich hab noch 'n Bruder, der is Unternehmer, wie's halt eben so is: Einer ist das schwarze Schaf und der andere ist (...) sehr reich. Aber ich komm mit dem nicht zurecht. Dann hab ich noch ne Schwester, die ist Amerikanerin, die ist in Amerika, die ist auch gut situiert und so ne, aber, die hat mir wahrscheinlich, die hat's mir zwar nie gesagt, aber ich hab immer so das Gefühl, dass sie mir den Vorwurf macht, dass ich halt eben drogenabhängig geworden bin, im Gefängnis war und so. Für sie war das halt so ne Sache, zu sagen, mein Bruder ist im Gefängnis, ist drogenabhängig oder so, ja, da hab ich keinen Kontakt, ne“ (Interview 13, m).

Wie aus dieser Aussage hervorgeht, gehen die Interviewten davon aus, dass die Familienmitglieder ihnen Vorwürfe wegen ihrer Drogenabhängigkeit machen. Würden sie mit den Geschwistern in Kontakt treten, müssten sie damit rechnen, dass sie abgelehnt werden, weil diese sich schämen „solche Geschwister“ zu haben. Aus der Sicht dieser Interviewten ist es für sie besser, gar keinen Kontakt zu den Familienangehörigen zu suchen. Manche suchen stattdessen den Kontakt zu Freunden auf der Drogenszene, andere schotten sich ganz ab und wollen gar keine Kontakte haben.

Es gibt aber auch Interviewpartner und -partnerinnen, die ihre Beziehungen zur Familie noch aufrechterhalten haben. So geben 7 der Befragten an, Kontakte zu Familienangehörigen zu haben:

„Ja, hab' ich auch Kontakt. Zu meiner Schwester. Ich hab ne Schwester, die ist jünger als ich. Die seh' ich auch einmal in der Woche, meine Eltern auch“ (Interview 7, w).

Die Beziehungsintensität ist jedoch sehr unterschiedlich, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Vater tot, Mutter Altersdemenz. Schwester wohnt in R.. Die andere Schwester, mit der hab' ich kein Kontakt. Und die andere [Hintergrundgeräusch] gute Schwester, mit der ich noch Kontakt habe, auch zu wenig zurzeit, die arbeitet schon für drei, die kann ich also auch net um aktuelle, aktuellen Beistand irgendwie bitten“ (Interview 14, m).

Hinsichtlich der Kontakte zur Herkunftsfamilie lässt sich zusammenfassend feststellen, dass diese bei der Mehrheit der Interviewten gar nicht bestehen, bei einigen sehr brüchig sind und nur bei einigen wenigen relativ eng sind. Es sind im Übrigen eher die drogenabhängigen Frauen, die noch gute Kontakte zu Familienangehörigen haben; die drogenabhängigen Männer fühlen sich von ihren Familienangehörigen stark ausgegrenzt und reagieren darauf selbst mit Kontaktabbruch und Abschottung.

Als nächstes sollen nun die Kontakte der Interviewten zu den eigenen Kindern betrachtet werden. Von den 20 Befragten haben 7 keine Kinder. Von den 13 Personen, die Kinder haben, haben 4 keinen Kontakt zu diesen. Immerhin haben 9 der Befragten relativ regelmäßige Kontakte mit ihren Kindern. Untersucht man die Aussagen zu den Kontakten zu den eigenen Kindern genauer, stellt man jedoch fest, dass die Beziehungsintensität sehr unterschiedlich ist. Etliche Väter und Mütter haben lediglich telefonische Kontakte zu den Kindern, einige wenige haben immerhin ein vergleichsweise enges Verhältnis zu diesen.

Typisch für relativ gute Kontakte zu den Kindern sind folgende Aussagen:

„Q: Ich hab eine Tochter, äh, uneheliche Tochter. und eine Enkeltochter und ein Enkelsohn. Ich bin sehr glücklich.

I: Hast du Kontakt zu deiner Tochter?

Q: Ich hab, äh, Kontakt. Kann ich auch, äh, sagen, enge Kontakt. Sie wohnt auch nicht so weit von mir, äh, ich seh sie fast täglich, äh, geh ich auch sie her und mit Kindern, mit Kindern spielen, das macht mir am meisten Spaß. Also, schon. Äh, früher, ähm, hab ich kaum Kontakt gehabt mit meiner Tochter, aber die letzte vier Jahr, äh, wir haben schon jetzt neue Kontakt aufgebaut und die Wärme haben wir ja jetzt, äh, wir spüren die Wärme. Ich bin sehr glücklich“ (Interview 42, m).

„I: Okay. Hast du Kinder?

B: Vier Stück.

I: Hast du Kontakt zu denen?

B: Ja, zu einer nur. Zur jüngsten. Die andern sind erwachsen“ (Interview 40, w).

„Mein Sohn wohnt in der Nähe wir sehen uns regelmäßig wir haben Kontakt, meine Enkelkinder kommen also zu mir jetzt am Wochenende und so“ (Interview 41, w).

Exemplarisch für einen loseren Kontakt zu den eigenen Kindern stehen die folgenden 3 Beschreibungen:

„I: Du hast vorhin gesagt, du hast Kinder?

J: Ich hab drei Kinder mit zwei Frauen, ja.

I: Hast du da noch Kontakt?

J: Naja, zu meiner kleinen Tochter von der N, hab' ich wenig Kontakt, sehr wenig Kontakt und zu meinen großen Kindern, P is' fünfundzwanzig, der R is' dreiundzwanzig hab' ich

besseren Kontakt zu denen. (...) Also meine großen Kindern, nein, die, äh, da is' immer noch en Kontakt, nen telepathischer Kontakt, äh und nen Telefonkontakt“ (Interview 36, m).

I: Hast du mit denen Kontakt? Zu deinen Kindern?

C: Zu meiner Kleinen, Letzten ja. Die ist jetzt 32, die habe ich so zwar wenig, sporadisch, aber öfters.

I: Dann seht ihr euch auch mal?

C: Nee, wir haben uns eine Weile jetzt auch schon nicht gesehen.

I: Und sonst?//

C: (unterbricht) //Ja, aber sie hat sich hier jetzt wieder gemeldet, weil ich mich nicht gemeldet habe“ (Interview 3, w).

„H: Und sonst war ich mal verheiratet, hab 'nen Sohn. Aber der ist erwachsen, selbstständig. Meine Frau ist wieder verheiratet. Äh, ja, Geburtstag, Weihnachten gibt's da mal Telefonate, aber sonst mehr nicht.

I: Hm und der Kontakt, ähm, zum Sohn, wie sieht der z//

H: [unterbricht] Dürftig. Telefonate zwo, drei mal im Jahr vielleicht.

I: Ist da 'nen Bestreben den Kontakt zu intensivieren?

H: Nee, der is', der geht seinen eigenen Weg. Also von mir aus nee, eigentlich nich', weil da is' ne// vom, vom, weiß net. Der hat studiert, hat sein Lehrerjob und äh, geht so seinen eigenen Weg. Also von mir will er nichts und, und da ist auch kein großes Beispiel oder irgendwie ne, nee. Wir telefonieren so zwo, dreimal im Jahr. Mehr net“ (Interview 15, m).

Bei den Personen, die keinen Kontakt zu ihren Kindern haben, wird deutlich, dass sie dies gerne ändern würden, aber wenig Chancen sehen, das umzusetzen. Es ist auch ungewiss, ob die Kinder Kontakt mit diesen Vätern und Müttern haben wollen; auch das hindert diese daran, den Kontakt zu ihren Kindern zu suchen.

„F: Ja, ich hab' 'n Sohn, aber, ähm, der lebt bei der Mutter.

I: Und wie kommt ihr da in Kontakt zueinander? Oder?

F: Keinen.

I: Und hast du vor da, äh, was, äh, was dran zu ändern?

F: Längerfristig schon, aber, äh, im Moment, äh, ist des nicht ganz möglich.

I: Und willst du darüber reden, was dich daran hindert? Oder?

F: Ja, es wird nix bringen. Also der hat 'n paar Brüder, und, ähm, lebt in vollkommen anderen Sozialstrukturen als ich“ (Interview 14, m).

„A: Meine Kinder, also meine Tochter hab' ich, äh, so meine Tochter, mein So//, mein Sohn hab' ich jetzt den Kontakt hatten wir gehabt auch so. Fand ich ja ganz toll. Meine Tochter hab' also seit ich weggegangen bin damals, äh, hier nach Stadt F, hab' sie nie mehr g//, hab' ich auch niemand gesehen mehr, also meine Tochter net mehr gesehen seit dem. Also sie will damit mit mir nichts zu tun haben, außer mein Sohn jetzt, ne.

I: Und äh, könntest du dir vorstellen wieder mehr Kontakt aufzunehmen?

A: Ja, ich hab's probiert, ja. Also wie gesagt ich hab' alles probiert. Aber irgendwie is', is' schon, da is' schon, da is' zu viele Sachen sind da passiert, denk' ich. Äh, das is' irgendwie schwierig, aber auch immer wichtig irgend so, die, den Kontakt zueinander zu finden. Wir sind uns eigentlich mehr fremd geworden und überhaupt für mich waren das mehr fremde Leute als irgendwie, das Familie. Ob das jetzt die Eltern waren, meine, meine Schwester, Bruder oder so. Ja, fremde Leute für mich mittlerweile, ja“ (Interview 6, w).

Auch bei den Interviewpartnern und -partnerinnen, die aktuell relativ viel Kontakt zu ihren Kindern haben, deutet sich an, dass diese Beziehungen in der Vergangenheit belastet waren.

„I: Mmh. (bestätigend) Und mit deiner Tochter, wie würdest du sagen, wie eng, wie herzlich ist euer Verhältnis?

Q: Ja, unsere Verhältnisse ist ok, ich liebe mein Tochter, und ich spür auch, dass sie mich, äääh, gerne mag. Wie gesagt, Anfang hab ich kaum Kontakte gehabt, bis ihre, es war 6. Lebensjahr, wo ich sie intensiv gesehen und kennengelernt hab, äh äh äh war sie ja schon zweifache Mutter, äh, einfache Mutter erst, ne. Aber wie gesagt, die letzte vier, über vier Jahre, haben wir engen Kontakt. Ja.

I: Und mit den Enkelchen?

Q: Ooch, die sind goldig, meine Enkelchen, die sind, ich liebe Kinder, äh, sowieso, allgemein. Kinder sind, äh, für mich, die was Wertvollste in diese Planet. Meine Enkelkinder natürlich noch mehr.

I: Und die gehen auch, die lieben dich auch?

Q: Die lieben mich auch, die kriegen, äh, nach und nach mehr Gefühl für mich, weil, äh, immer Kontakt da sein, solange der Kontakt abgebrochen ist, die Kinder, äh, können schnell vergessen, ist ganz klar. Deswegen ich versuche immer, enge Kontakt, äh, bleiben, und was ich nicht für meine Tochter getan habe, äh, tun konnte, äh, versuche ich für meine Enkel, äh, Enkelkinder.... das ist, äh, schönste Seite in meinem Leben“ (Interview 42, m).

Der Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Ausgestaltung des Kontakts zeigt sich auch in dem folgenden Beispiel:

„Jetzt wir tun ja jetzt nicht regelmäßig besuchen, aber wir haben guten Kontakt, also wenn dann kommen sie mich mal besuchen jetzt wo ich ne Wohnung hab, vorher auch wie ich ne Wohnung hatte, oder ich bin mal zu denen hingefahren, aber ich bin halt seltener weg, weil sie wussten, dass ich halt nicht groß wo hinfahr. Ich braucht ja immer meine Drogen, ich bin halt immer hier so geblieben, wo meine Drogen sind. Aber das wussten meine Kinder also das war nicht irgendwie dass da, auch wenn wir, paar von meinen Mädchen wir uns nicht regelmäßig sehen, sind wir doch äh, halten wir doch zusammen also“ (Interview 41, w).

Es wird andererseits aber auch deutlich, dass die Beziehungen zu den Kindern motivieren können, das eigene Konsumverhalten zu verändern:

„I: Siehst du deine Kinder oft?

D: Ja. Ich seh' die oft.

I: Wie viele hast du denn?

D: Ich hab', äh, eigentlich drei. Das heißt, äh, zwei leibliche. Die A. B. C. [Drei Vornamen] Die is' jetzt dreizehn, sieht genauso aus wie ich. Nur nicht mit so 'ner dicken Nase. Und dann ist der D. Das ist mein, das ist der erste Sohn aus meiner ersten Ehe. Äh, und der ist jetzt, äh, zweiunddreißig. Ja. Und 'n Kopf größer wie ich. Und 'n richtig langer Schlacks. Wie die, die heutige Generation eben halt sich verändert. Gell. Ja. Und kommt auch mich besuchen. Is', der is' genau das Gegenteil von mir geworden. Nich'? Und, ähm, ich bin auch froh drüber. Irgendwie. Weil, ich möchte den Jungen auch nicht irgendwo auf 'ner Szene sehen. Da wo es mit harten Drogen abgeht. Und so was alles. Na ja. Die A. B. ist gefestigt genug. Das weiß ich. Und die weiß auch, äh, selbst mit dreizehn, äh, was ich gemacht hab', und, äh, wie es mir geht und alles Mögliche. Und das war auch 'n Grund mit, noch mal zusätzlich dazu, mich von alle dem abzuwenden und deswegen bin ich jetzt hier in Behandlung“ (Interview 45, m).

Hinsichtlich der Kontakte zu den eigenen Kindern kann man zusammenfassend feststellen, dass nur einige wenige Väter und Mütter enge Kontakte zu ihren Kindern (und Enkelkindern) haben, alle anderen eher lose Kontakte. Auch sind die Kontakte in den meisten Fällen durch den Drogenkonsum der Elternteile bestimmt. Einerseits wollen die Kinder mit den drogenabhängigen Elternteilen keinen Kontakt, andererseits gibt es Hinweise darauf, dass die Väter und Mütter sich wegen ihrer Drogenabhängigkeit schämen und auch darum nur lose Kontakte zu den Kindern suchen. Dazu kommt, dass die kontinuierliche Versorgung mit Drogen die Beweglichkeit der Elternteile einschränkt. Gelegentlich wird ein engerer Kontakt möglich, wenn die Kinder erwachsen sind bzw. wenn die Elternteile ihren Drogengebrauch

kontrollieren können, wenn sie z.B. in einer Substitutionsbehandlung sind. Die Chance, den Kontakt mit den Kindern zu verbessern, beschreiben einige wenige als Motivation, den Drogenkonsum und die eigene Lebenssituation zu verändern. Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass die Beziehungen zu den Kindern bei den Befragten durch den Drogengebrauch belastet sind.

Wir haben festgestellt, dass 1 Mann eine Partnerin hat, aber nicht mit dieser zusammenlebt. 3 Frauen geben an, einen Partner zu haben, sie leben aber ebenfalls nicht mit diesem zusammen. Die Gründe, warum die Frauen nicht mit ihren Partnern zusammenleben, sind sehr unterschiedlich. In einem Fall beispielsweise ist der Partner gerade inhaftiert:

„I: Und du hast gesagt, du hast auch ´n Partner.

C: Ja.

I: Ähm, der is' grad' aktuell, äh, in Haft, hast du gesagt?

C: Inhaftiert is' er. Ja“ (Interview 6, w).

In einem anderen Fall ist der Partner wohnungslos:

„I: Okay. Wohnt ihr auch zusammen?

B: Äh, nein, er ist (...) obdachlos“ (Interview 40, w).

Es sind also eher von außen aufgezwungene Gründe und Umstände, die dazu führen, dass die Paare nicht zusammenleben: Gefängnisaufenthalte, Wohnungslosigkeit. Kriminalität und Armut macht offenbar einsam. Das scheint Frauen stärker zu treffen als Männer.

Die Mehrzahl der Befragten, die keine feste Bindung an einen Partner oder eine Partnerin hat, wünscht sich dies durchaus:

„Nein. Also 'ne Patnerin hab' ich nich'. Das schon seit Jahren nich' mehr. Was natürlich auch bedauerlich is' in gewisser Hinsicht“ (Interview 38, m).

„J: Mit der großen Liebe war's dann irgendwie vorbei. Ich kann nur sagen, das war eine, eine der letzten und größten Liebesbeziehungen, die ich in meinem Leben hatte. Muss ich ganz ehrlich sagen.

I: Hast du zur Zeit 'ne Partnerin?

J: Nee, leider nich', sonst würd' ich nen besseren Halt haben“ (Interview 36, m).

Allein zu sein, keine Partnerin zu haben, ist für viele drogenabhängige Männer negativ besetzt: sie bedauern es, keine Partnerin zu haben, sie vermissen die Liebe, die sie mit einer Partnerschaft verbinden. Allein gelassen fühlen sie sich ungeliebt und verlieren den Halt.

Alles in allem genommen haben nur wenige Befragte funktionierende Kontakte und Beziehungen mit Personen aus der Herkunftsfamilie, zu den eigenen Kindern oder zu einer Partnerin, einem Partner. Die Beziehungen zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie oder der eigenen Familie leiden offenbar stark unter dem Drogenkonsum der Interviewten. Es bleibt zunächst einmal offen, wer die Kontakte abgebrochen hat. Sie haben sich jedenfalls über die Jahre stark verflüchtigt. Die meisten der Befragten haben auch keine feste Partnerschaft. Nur wenige berichten von Partnerschaften. In diesen Fällen fällt die Drogenabhängigkeit nicht negativ ins Gewicht, da die Partnerinnen und Partner ebenfalls Drogenkonsumprobleme haben. Dennoch ist auch bei denen, die eine Partnerschaft haben, die Beziehung eher lose. In manchen Fällen ist das von außen aufgezwungen, in anderen Fällen hat das aber auch andere Hintergründe.

Untersucht man die Angaben zu Kontakten in- und außerhalb der Drogenszene, ergibt sich folgendes: 1 Person sagt, dass sie überhaupt keine sozialen Kontakte hat. 4 Personen (2 Männer und 2 Frauen) geben an, dass sie keine Kontakte zu anderen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen haben. 12 Personen haben ausschließlich Kontakte zu anderen (problematischen) Drogenkonsumenten und -konsumentinnen. 3 Personen haben sowohl Konsumenten, Konsumentinnen als auch Nicht-Konsumenten, Nicht-Konsumentinnen im Freundeskreis.

„I: Und sind das auch, äh, Drogenkonsumenten?“

J: Ja. Entweder noch aktuell oder ehemals, aber, äh, ja. Das ist einfach immer so die einzige Schiene, wo man sich kennenlernt. Halt über Substitution oder wo man halt ab und zu mal regelmäßiger hingehht“ (Interview 36, m).

„I: Mit denen Du Deine Zeit verbringst, sind das auch Leute die konsumieren?“

A: Ja, mhm (zustimmend).

I: Schon, also ausschließlich auch?“

A: Naja ich kenn kein, ich kenne gar keine anderen drüben, wirklich nur das ist nicht. Da bin ich zu lang dabei, dafür“ (Interview 9, m).

Die Kontakte beschränken sich häufig nur auf Personen, die entweder auf der „Scene“ oder in den entsprechenden Hilfseinrichtungen der Drogenhilfe getroffen werden:

„Ja leider ich hab nicht so viel Kontakt. Ich fühl mich irgendwie hier, ich fühl mich irgendwie hier wie ein frei Gefängnis in Stadt A, äh, soviel Aktivitäten hab ich nicht außer Schach spielen und in Einrichtung Z. Kaffee trinken kommen oder zum Essen ab und zu mal, äh, also ansonsten nicht so großartige Aktivitäten“ (Interview 42, m).

I: Okay. Hast du Freunde//

T: [unterbricht] //Nein.

I: // oder Bekannte mit denen du viel zusammen bist?

T: Nein.

I: Hast du gar nich' und Bekannte, Freunde die auch dann eher aus 'em Drogenmilieu, die Drogen nehmen?

T: Hm. Teils, teils. Is' ein, ein Mann, der arbeitet hier in der Schreinerwerkstatt, ne und der is', hat aber auch sonst, sonst auch nichts mit Drogen zu tun. Der nimmt zwar Methadon, aber wenn der Feierabend hat, geht er sofort nach Hause. Und ansonsten (3) der Arzt da drüben halt in der Vergabestelle, ne“ (Interview 37, m).

Die meisten Kontakte sind aber sehr oberflächlich:

„Nee, ich bin immer mit mir alleine beschäftigt. Mehr oder weniger das ist (3) ich hab' keine sozialen Kontakte momentan. Jetzt, wo du das ansprichst - da wird mir das eher noch jetzt bewusst so also das ist alles nur oberflächlich. Das hat sich schon mal im Park vielleicht, unter vielleicht mit jemandem 'n Gespräch mehr oder weniger sinnvoll ist, aber so Kontakte, die äh, ähm , (3) über das Oberflächliche hinausgehen also da kann ich sagen: Im Moment nicht, ne ... leider nicht, nein. Ne?“ (Interview 10, m).

Diese wenigen Beispiele sind exemplarisch für die Sichtweise der Befragten: Sie bewegen sich in einem Umfeld, in dem überwiegend andere drogenkonsumierende Personen verkehren. In diesem Umfeld finden sie auch am ehesten Partner und Partnerinnen. Viele erwarten auch nicht mehr, dass sie Kontakte zu Personen außerhalb des Drogenmilieus finden. Ob sie das bedauern oder ob es ihnen eher gleichgültig ist, lässt sich aus diesen Zitaten nicht ablesen. Deutlich wird jedoch eine starke Resignation: man trifft immer die gleichen Menschen an denselben Orten, man ist „zu lang dabei“ um noch andere kennen zu lernen – man hat es irgendwie hinter sich. Mit der Resignation gekoppelt sind Gefühle der Vereinsamung und des Allein seins.

Fasst man die Aussagen zu den sozialen Kontakten zu Familienangehörigen, Freunden,

Freundinnen und Bekannten unter dem Gesichtspunkt: Hilfen im Krankheitsfall und im Alter zusammen, wird deutlich, dass die Situation für die meisten Befragten sehr schwierig ist. Die hier zitierten Aussagen belegen, dass die meisten Befragten ohnehin nur wenige soziale Kontakte haben. Sie unterstreichen damit die Ergebnisse des FLZ, die ausweisen, dass die Befragten tendenziell mit allen ihren sozialen Kontakten unzufrieden sind (vgl. unter 3). Diese Unzufriedenheit begründet sich also damit, dass es sehr wenige soziale Kontakte gibt, und dass diejenigen, die noch bestehen, sich im Wesentlichen auf solche zu anderen (problematischen) Drogenabhängigen beschränken. Diese trifft man regelmäßig im Milieu oder an den Versorgungsknotenpunkten; es ist dann, wie ein Befragter sagt, wie im „Frei-Gefängnis“: man ist nicht im Gefängnis, bewegt sich aber wie dort in einem engen Zirkel zu immer gleichen Zeiten usw. Die meist nur losen sozialen Kontakte reichen nicht aus für weitergehende Unterstützungen etwa im Krankheitsfall oder gar, wenn Pflege nötig ist. Nur einige wenige der Befragten haben gute Beziehungen zu Angehörigen und guten Freunden, Freundinnen. Aus den Aussagen unserer Interviewpartner und –Interviewpartnerinnen ist – von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht abzulesen, ob diese Beziehungen und Bindungen stark genug sind für die Übernahme der Verantwortung bei der Versorgung im Krankheits- und Pflegefall.

4.2 Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung

Erfahrungen mit Stigmatisierung, Ausgrenzung, Isolation und Diskriminierung durchziehen als Subtext alle Interviews. Wir haben die Kategorie Diskriminierung und Ausgrenzung in die folgenden Subkategorien unterteilt: Beschreibungen Ablehnung/Diskriminierung und Ausgrenzung, Reaktionen auf Ablehnung, Ablehnung/Diskriminierung innerhalb der Drogenszene und Interaktion und Diskriminierung. Wir beginnen mit Zitaten, die Ablehnung/Diskriminierung und Ausgrenzung beschreiben.

"Ich meine, das is' halt immer dann, ja, wie gesagt, ne finanzielle Sache is' das hauptsächlich und das hat viel mit finanziell zu tun, denk ich mal. Äh, wenn man also jetzt zum Beispiel nix hat oder so was und dann wird man schon irgendwie immer so, mehr so beiseite geschoben" (Interview 6, w).

"Wenn ich in n' normales Geschäft geh oder äh äh essen gehen möcht oder was, manchmal werde ich in aller Öffentlichkeit gefragt, ob ich überhaupt Geld hab oder ich werd überhaupt nicht rein gelassen" (Interview 8, w).

"Ich wach's raus aus der Drogensucht. Sehr schwierig, weil, ziemlich wenig Kontakte zu Normalbürger. Man ist halt, man wird halt ganz schön, wie heißt das, ganz schön, gedisst⁵ will ich nicht sagen, wie nennt man das? Wird ganz schön (...) ausgegliedert. Ja, ausgegliedert, ausgeschlossen aus der Gemeinschaft und aus nachbarschaftlichen Verhältnissen und so weiter. Man wird sofort vorverurteilt. Ooh, Junkie, weg. Man hat keine Chance" (Interview 40, w).

„Wie's halt eben so is: Einer ist das schwarze Schaf und der andere ist... sehr reich... Dann hab ich noch ne Schwester, die ist Amerikanerin... die hat's mir zwar nie gesagt, aber ich hab immer so das Gefühl, dass sie mir den Vorwurf macht, dass ich halt eben drogenabhängig geworden bin, im Gefängnis war und so.

Naja gut..., ich hätte das Problem vielleicht, wenn ich versucht hätte, jetzt, in die normale Gesellschaft einzukehren - ich hab nichts vorzuweisen. In dem Sinne, ja. Dann müsste ich eigentlich irgendwann mal über mich reden, und wenn die Leute erfahren, dass du drogenabhängig warst, und im Knast und dies alles, ne, dann ziehen sie sich zurück, ne das ist klar. Hab ich mir gesagt, das brauch ich mir nicht anzutun.... wenn ich bei den Leuten zu Hause war, dass sie alles abgeschlossen haben und so ne, und, das will ich mir nicht antun, da bin ich lieber alleine“ (Interview 13, m).

"Ja, jetzt ergibt sich das natürlich über mein Hobby, also sprich über die Sucht. Ne. Dass ich da irgendwo am Rand der Gesellschaft rummach'. Ne. Und dann sind halt die Plätze auch vorgegeben, wo man sich jetzt, äh, aufhält...

Dass man nicht alleine, dass man sieht, dass man nicht alleine ist mit dem Problem... was weiß ich, soziale, äh, Ausgrenzung, Verelendung, Vereinsamung. Dass da vielleicht was gemacht wird, aber, ähm. Hm“ (Interview 14, m).

„Äh... solange wie ein Mensch kein grünes Licht sieht, denkt er immer, äh ach, äh, ich bin jetzt ganz allein, ich bin jetzt, äh äh äh, rausgeschmissen, ich, ich kann nix und ich, äh, den Negativ denken, das macht, äh, das macht, äh, Wahnsinn. Da kommste keinen Schritt, äh, vorwärts, und bleibst da wo de bist oder sogar zurück. (...) die Einsamkeit macht ja krank. Die... allein zu sein, ausgestoßen zu fühlen, das ist das, das macht, äh, krank“ (Interview 42, m).

Die Interviewten beschreiben eindrücklich, was passiert, wenn ältere Drogenkonsumentinnen und –konsumenten versuchen mit der „Normalbevölkerung“ in Kontakt zu kommen oder sie

⁵ Der im hessischen Dialekt verwendete Begriff „gedisst“ ist abgeleitet vom englischen „direspect“.

öffentliche Plätze wie Restaurants besuchen usw.. Sie erfahren häufig negative Zuschreibungen wie „arm sein“, „unzuverlässig sein“. Als „Junkies“ sind sie als Kunden in Geschäften, Restaurants oder auch als Besucher bei Privatpersonen unerwünscht. Bedienungsdienstleistungen scheuen sich nicht öffentlich zu fragen, ob sie ihre Bestellung auch bezahlen können und sogar Familienangehörige schließen Räume ab und verstecken ihre Wertsachen, wenn sie zu Besuch kommen. Sie sind an vielen Orten nicht erwünscht, sie sollen diese nicht betreten. Sie fühlen sich „beiseite geschoben“, „ausgliedert“ und „ausgeschlossen“. Unfreundliche Behandlungen gehören offenbar zum Alltag von problematischen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen. Sie sehen und wissen, dass die „Normalbevölkerung“ die Handtaschen und die Geldbeutel fester fassen und die Türen und die Schubladen abschließen, wenn ihnen ein Junkie in die Nähe oder gar ins Haus kommt. Die älteren Drogenabhängigen nehmen sehr genau wahr, dass sie überall auf Vorurteile treffen, weil sie süchtig und Junkies sind. Die „Normalbevölkerung“ schottet sich von ihnen ab – und in Reaktion darauf – ziehen sie sich zurück and den “Rand der Gesellschaft“, an die Plätze, die ihnen „vorgegeben“ sind. Indirekt weisen die Zitate darauf hin, wie schmerzlich es ist als „Junkie“ stigmatisiert und an den Rand der Gesellschaft gedrängt zu werden (Connor & Rosen, 2008).

Die Reaktionen auf Stigmatisierungen (Gofman, 1963) sind je nach Selbstdefinition des Interviewpartners, der Interviewpartnerin unterschiedlich. Diejenigen, die sich selbst als „Junkies“ definieren scheinen weniger Probleme damit zu haben an den Rand der Gesellschaft gedrängt zu werden und sich an Plätzen aufzuhalten, an denen sich „Junkies“ treffen, dealen und ihr eigenes soziales Leben führen.

Aber die Aussagen der Interviewten sind auch ambivalent. Sie fordern, dass „da vielleicht etwas gemacht wird“, um der Ausgrenzung von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten aus dem Alltagsleben und der Gesellschaft zu begegnen. Sie selbst unternehmen aber wenig, um aus der Isolation auszubrechen. Das spiegelt sich u.a. in den Aussagen zu den familiären Kontakten, die ein Bindeglied zur „Normalgesellschaft“ sein könnten – wenn sie denn bestehen würden und entsprechend gepflegt würden.

[Der Sohn] „der geht seinen eigenen Weg....Also von mir will er nichts und, und da ist auch kein großes Beispiel oder irgendwie ne“ (Interview 15, m).

[Die Tochter] “Also sie will damit mit mir nichts zu tun haben...” (Interview 6, w).

Besteht eine Partnerschaft, so gibt es wenigstens die Chance des Paarzusammenhalts. Dieser geht jedoch verloren, wenn sich das Paar trennt oder wenn ein Partner stirbt.

„Also, wie gesagt äh, seit dem Tod meiner Frau hab ich mich eigentlich vollkommen zurück gezogen und äh, leb eigentlich ziemlich isoliert und äh, ich hab oberflächliche Bekannte aber keine Freunde. Ich besuche auch niemanden oder ich wünsche auch nicht dass mich jemand besucht. Ich lass z.B. niemanden in meine Wohnung rein oder ich geh gar nicht an die Tür wenn's klingelt, also ich geh grundsätzlich nicht an die Tür, wenn's klingelt“ (Interview 48, m).

Wie bereits gesagt, ziehen sich viele derjenigen, die sich zur Seite gedrängt und aus der Gesellschaft ausgegrenzt fühlen, von öffentlichen Plätzen und Kontakten mit anderen Menschen zurück, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

„Ausgeschlossen? Ich meine, ich schließe mich vielleicht selber aus, weil ich gar keinen Bock habe dabei zu sein. Das hat nichts mit Arroganz zu tun. Mir, mir äh äh ich habe so viele Probleme mit meiner Gesundheit und so, dass ich gar keinen Bock habe groß jetzt irgendwo, irgendwo dabei zu sein. Ich lebe mein Leben was ich noch zu leben habe und bin ich weg ja, also ich will einfach nur noch meine Ruhe haben. Habe kein Bock auf die Faxen hier und so, echt nicht“ (Interview 3, w).

Andererseits scheint es aber auch nicht immer einfach zu sein, sich in die Drogenszene zu integrieren.

„Was mir mit HIV halt im Weg liegt, weil ich offen damit umgeh. Und dann wird man ausgegrenzt. Ja. Ja. Das' scheißegal auf der Szene mittlerweile genauso wie wie äh über-überall. Weil es hat sich schwer geändert. Das ist halt auch die Zeit wo ich dann gesagt hab ich muss raus aus der Szene. Ich hab damit nichts mehr zu tun, weil diese Anfeindungen sind so schwierig. Ich versteh die Vorurteile (...) bei offenem Umgang mit HIV oder mit Drogen, ich versteh die Vorurteile, die auch Drogenleute haben. Weil ich denke, auf der Szene sind auch viele Moralapostel gelandet. (. ..) grad die Leute auf der Szene kriegen das sofort mit. Die sehen den Unterschied, an der Haut, an allem. Und die sprechen einen halt offen drauf an. Man wird auch da ausgegrenzt. (...) Es ist halt schwierig geworden. Das ist die Doppelmoral die sich gebildet hat, weil viele Drogenabhängige, die sich infizieren, geben das ja noch nicht mal zu, die verheimlichen das“ (Interview 40, w).

Die Ablehnung durch das eigene Milieu und die eigene Szene verschärft die Lage der Betroffenen. Die Interviewte beschreibt eine Moralisierungskultur und Doppelmoral innerhalb der Drogenszene, die das Leben von Menschen mit chronischen Infektionskrankheiten erschwert. Diese Interviewpartnerin sieht nur noch einen Ausweg, eben den, „raus aus der Szene“. Da viele Drogenabhängige aber kaum noch Kontakte zur „Normalgesellschaft“ haben, also auch zu Menschen, die keine Substanzkonsumprobleme haben, wird es sehr schwierig werden, aus der Szene auszusteigen.

Aber nicht alle Interviewten fühlen sich so stark ausgegrenzt und an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Manche haben eigene Strategien, um Ausgrenzung und Vereinsamung zu überwinden.

„I: Fühlst Du Dich denn hier auch manchmal ausgeschlossen von anderen Menschen?

C: Nee, eigentlich weniger. Also, jetzt hier nich' unbedingt, ja ... (hustet) weil, ... ich sag' mal so: Ähm, ... hier gibt's halt auch immer noch so, ... ich zähl' mich ja manchmal schon zu den Altjunkies, ja ... und die, die sind ja auch teilweise auch hier unterwegs, ja also ... ich kenne, ... ich hatte Leute, die äh ... in der Grundschule hier in A sind, ja!? Und ähm ... mein Arzt, mein Hausarzt ist auch Substitutionsarzt, ähm, da sind viele Leute, die 50 und älter sind, ja, die halt auch zehn Jahre lang schon substituiert werden“ (Interview 11, m).

„I: Ja. Kennst du, oder hast du in deinem Alter manchmal so Situationen, wo du dich ausgeschlossen von, von den anderen fühlst? Also fällt dir da irgend ´ne Situation ein?

D: Nee, nee, gar nicht. Weil Kontakt krieg', kann ich sofort bekommen. Also da seh' ich keine Schwierigkeiten für mich. Ich kann auch auf die Menschen zugehen, wenn ich Lust hab'. Ob das jetzt die Kassiererin beim REWE ist oder, äh, ob das jetzt, äh, irgendwie ´ne Frau is', äh, wo mir was dran gefällt. Äh, da kann ich genauso drauf zugehen eben, wie, wie auf, auf Männer oder, oder was. Weil man hat immer en, en, en Punkt, wo man drüber sprechen kann“ (Interview 45, m).

„I: Gibt´s denn auch manchmal Situationen wenn, wo Du Dich von anderen Menschen ausgeschlossen fühlst?

A: Nee, kann ich eigentlich nicht behaupten. Das kommt darauf an wie DU auf die Leute zugehst. Also es gibt da diesen schönen Spruch: So wie Du reinrufst, so schallst auch hinaus. Ne, gut es gibt, es gibt natürlich auch Arschlöcher, klar. Aber ich mein, hmm, normalerweise fühl ich mich nicht ausgeschlossen“ (Interview 9, m).

Diejenigen, die leicht in Kontakt mit anderen Menschen kommen und sich gerne unterhalten, fühlen sich häufig nicht so abgelehnt und ausgegrenzt wie diejenigen, die weniger gesellig und eventuell. auch unterhaltsam sind. Allerdings schwingt auch in diesen Aussagen eine gewisse Ambivalenz mit. Zwar hilft Kontaktfreudigkeit bei der Kontaktaufnahme, weil es „immer en Punkt, wo man drüber sprechen kann“ gibt und weil es darauf ankommt, wie man selbst auf die Leute zugeht – aber manche Menschen sind „auch Arschlöcher“: mit diesen scheint die Kontaktaufnahme nicht zu funktionieren. Und dann bleibt man irgendwie am Ende doch im Milieu hängen, beim Haus- und Substitutionsarzt, bei den Altjunkies, und dort wird daran erinnert, dass man einer stigmatisierten Subgruppe angehört.

Die hier zusammengestellten Aussagen beleuchten sehr deutlich, wie sich die „Normalgesellschaft“ von den Drogenabhängigen abgrenzt, wie Diskriminierung in Szene gesetzt wird und wie sie funktioniert. Im Drogenmilieu selbst finden entsprechende Prozesse statt, auch hier wird abgegrenzt und diskriminiert. Im Endergebnis führen diese Prozesse zu klaren Hierarchisierungen: die dominierende Gruppe bestimmt die Regeln und definiert, wer dazu gehört und wer ausgeschlossen wird. Das ist auch im Drogenmilieu so: die dominierende Gruppe grenzt sich ab gegen HIV-Positive und – noch stärker – gegen AIDS-Kranke, die entsprechend angefeindet werden.

Je nach Sachlage und Temperament reagieren die Betroffenen: Einige ziehen sich zurück, wollen gar nicht mehr Teil der „Normalgesellschaft“ oder des Drogenmilieus sein, sondern verweigern den Kontakt. Diese Personen leben dann ganz isoliert, wie unter 4.1 dargestellt. Erfahrungen von Diskriminierung und Vereinsamung überschneiden sich, wie man an den Aussagen der Interviews 3, 13 und 48 ablesen kann. Smith & Rosen (2009) weisen in ihrer Studie ausdrücklich auf die besondere Bedeutung von Verlusterfahrungen bei Drogenabhängigen hin. Das bezieht sich nicht nur auf den Tod eines geliebten Menschen, sondern auch auf die Trennung oder Scheidung von einem langjährigen Partner, einer Partnerin und andere Formen der Separation und des Abbruchs von Kontakten. Wir konnten das im Abschnitt (4.1) im Zusammenhang mit den Distanzierungen der Kinder oder der Enkelkinder zeigen.

Zusammengefasst ergibt sich also, dass das Leben von älteren Drogenabhängigen geprägt ist von Erfahrungen mit Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung (vgl. Conner & Rosen, 2008; Goffman, 1963). Allerdings gehen nur etwa die Hälfte der Befragten explizit auf diese Erfahrungen ein. Bei den meisten sind diese Erfahrungen verpackt in andere Äußerungen; sie stellen den Subtext dar, nicht die Explikation. Immerhin weisen einige darauf hin, dass man selbst den Kontakt mit anderen aufnehmen muss, dass man selbst auf

andere zugehen muss – allerdings auch wieder auf die Gefahr hin, dass man von den anderen abgelehnt wird.

4.3 Drogenkonsum

Wie in Kapitel 3 beschrieben, haben wir ältere Personen befragt, die aktive Drogenkonsumenten sind und neben verschreibungspflichtigen Opioiden auch noch viele andere legale und illegale psychoaktive Stoffe nehmen. Wir beschränken uns in diesem Abschnitt auf die Aussagen der Interviewten zu ihren Hoffnungen und Wünschen bezüglich des zukünftigen Konsums von Opioiden und anderen illegalen Stoffen. Hier lassen sich 3 Gruppen voneinander unterscheiden. Eine relative große Gruppe (10 Personen) sagt, dass sie in Zukunft (und im Alter) gerne drogenfrei leben würden, eine etwas kleinere Gruppe (6 Personen) möchte in den folgenden Jahren (und Jahrzehnten) weiterhin mit Opioiden versorgt werden und eine dritte, vergleichsweise kleine Gruppe (4 Personen) will an den Konsumgewohnheiten wenig ändern.

Wir stellen hier einige typische Aussagen zur ersten Gruppe zusammen, also von Personen, die „das auf Null runterzukriegen“ und „clean“ leben wollen.

„Ich kann mir nicht nur 5-10 Jahre vorstellen sondern ich stell mir schon vor dass ich ganze Leben, mein Rest des Leben, äh, clean zu bleiben“ (Interview 42, m).

„I: Okay. Ähm, was denkst du denn, wie dein Drogenkonsum in fünf oder zehn Jahren aussehen wird?“

B: Ja, ich hoff', dass ich jetzt nochmal ähm ... ne Chance hab', oder zumindest äh... einen Weg finde, das fast auf Null runterzukriegen, weil ich ja so Phasen auch schon gehabt hab'. Ich hab' mal sieben Jahre gar nichts konsumiert“ (Interview 10, m).

Die Befragten machen auch Angaben dazu, was ihnen helfen könnte drogenfrei zu leben:

„I: Was denkst du denn, wie dein Drogenkonsum in fünf oder zehn Jahren aussieht?“

T: Wenn ich noch lebe, ich hab' Hepatitis C ne und äh, äh, aktiv, hohe Virenlast und wenn, wenn ich noch lebe, kann's sein das ich dann völlig clean bin, ne.

I: Was müsste denn passieren, dass du in deinem Leben drogenfrei wirst oder keine Drogen mehr nimmst?“

T: 'Ne Beziehung wär' möglich. Aber das müsste 'ne Frau sein, die auch absolut sauber is', ne und ähm, ja, phph, was sonst (5) ich wüsst' nich', was sich so ändern könnte in meinem Leben. Ich hab' fi//, finanzielle nur ganz wenig Möglichkeiten“ (Interview 37, m).

„I: Was denkst Du, wenn ... wie in fünf bis zehn Jahren Dein Drogenkonsum aussehen wird?

C: Ähm, ich hoffe mal, dass ich bis in zehn Jahren wieder schon eine Weile clean bin.

I: Und, was müsste sich jetzt verändern in Deinem Leben, damit Du es schaffst irgendwie drogenfrei zu leben?

C: Es ist schwierig, also verändern, also, erst mal muss es sich ähm, muss ich selber gucken, dass ich meine Lebenssituation so verändere, dass ich erstmal wieder für mich irgendwo auch so 'nen Rückzugspunkt hab' einfach, 'ne Wohnung, wo ich ja auch meine Ruhe habe und wo ich mich jetzt zurückziehen kann, obwohl ich nicht eigentlich unbedingt jemand bin, der gerne alleine ist, aber ähm es ist schon wichtig, seinen Platz zu haben wo man sich von niemandem 'was vorschreiben lassen muss, nicht Rechenschaft ablegen muss - und das ist halt so eine betreute Wohngemeinschaft ist halt auch so ein Ding, ähm man muss an Gruppen teilnehmen, man muss äh, wenn man's Wochenende irgendwo anders übernachten will, muss ich dann Bescheid sagen, man muss dann am Ende noch fragen, ob es geht und alles, das das also ich seh' das nicht unbedingt als sinnvoll für mich oder ich, ich denke nicht, dass ich das brauche“ (Interview 11, m).

I: Ja. Fällt dir denn irgendwas ein, was sich ändern müsste so in deinem Alltag oder in deinem Leben, damit, damit du sagen könntest, dann bin ich in zehn Jahren drogenfrei? Komplett.

D: Ja. Durch die neue Wohnung, die ich jetzt bekommen hab'. Also durch 'n, praktisch is' das für mich wieder 'n neuer Lebensanfang. So nehm' ich das einfach. Äh, weil, Camping gibt's nur einmal im Leben. Und ich glaub', dass das eben halt auch meinem Alter, äh, mehr entspricht. Ich brauch' nur noch die Heizung aufdrehen und dann hab' ich's warm. Ich brauch' kein Holz mehr hacken. Also, äh, sechzig Jahre bleiben einem, äh, auch im (...) hängen. Also es geht nichts an einem spurlos vorüber. Das ist ganz klar. Ich freu' mich darüber, dass ich mich noch so lange so gerade halten konnte. Dass ich eben auch noch 'n bisschen frisch in de Birne bin und, äh, dass ich, äh, nicht so schlimm neben de Schuhe stehe. Also ich will nicht sagen, dass, äh, das nicht alles irgendwie auch 'n bisschen Spuren hinterlassen hat, aber ich bin soweit eigentlich ganz zufrieden. Ich werd' erstmal weiter Subutex nehmen. Und dann als Nächstes versuch' ich die Benzos raus zu kriegen. Was noch mal wieder 'n ganz anderer Aspekt ist. Ja? Und, äh, früher, wo ich Entzüge gemacht hab', hab' ich versucht, so schnell wie möglich alles rauszukriegen, irgendwie, und genauso schnell bin ich auch wieder umgefallen dann hinterher. Und dieses Mal haben wir uns so

abgesprochen, die Ärztin und ich, dass, äh, dass ich mir auch ruhig ´n bisschen Zeit lassen kann. Und alles. Und ich sehe es ja auch an, dass, dass sie mir auch vertraut“ (Interview 45, m).

Diese Interviewten setzen darauf, dass sie noch einmal eine Chance bekommen, ihr Leben zu ändern und ihren Konsum von Opioiden und von anderen illegalen Stoffen aufzugeben. Als hilfreich für Veränderungen nennen sie eine „Beziehung“, die aber an Bedingungen geknüpft ist, eine eigene Wohnung und ein selbstbestimmtes Leben. Auch hinsichtlich des Vorgehen bei der Reduktion bestimmter Stoffe, wie z.B. einem Medikamentenentzug, fordern sie ein hohes Maß an Selbstbestimmung ein.

Überschneidungen mit der zweiten, weniger optimistischen Gruppe, werden sichtbar. Diese Befragten halten einen Ausstieg auch aus dem ärztlich verordneten Drogenkonsum für wenig wahrscheinlich.

„Mmh, das kann ich mir im Moment nicht. Also gar nichts, ohne Methadon kann ich mir nicht vorstellen“ (Interview 44, m).

„I: Was denkst du wie dein Drogenkonsum in fünf oder zehn Jahren aussehen wird?

C: Boah, das weiß ich net. Metha, denk ich immer noch“ (Interview 41, w).

„Im Moment“ und auch auf etwas längere Sicht brauchen sie Opiode (Methadon, Subutex) zum Leben und zum Überleben.

Die dritte Gruppe unterscheidet sich deutlich von diesen beiden anderen Gruppen: Sie verstehen sich als „Morphinisten“, als Konsumenten, Konsumentinnen aller möglichen legalen und illegalen Drogen, auch von Haschisch. Der Drogenkonsum bestimmt (auch) ihre Identität; sie definieren sich über diesen (Noller, 1989; Vogt, 1998).

„Aber, ob ich, ich werde nie, äh, (3) auf Opiate verzichten. Also was, ich würde mich so als Morphinisten einstufen. Ja? Also ich bin Morphinist und werd' es bleiben. Bis, bis ich sterbe. Ja?“(Interview 12, m).

“Nein. drogenfrei geht nich' bei mir. Das glaub' ich nich'. Ich mein', ich werd' immer schon, halt,so mein Hasch rauchen. Nur die zeitlichen Abstände, die da vielleicht da zwischen, dass kann ich nich' sagen, ob ich es jeden Tag brauche. Aber ich werde sagen, nein, ich werde nie aufhören.“ (Interview 38, m).

Sie sind „Morphinisten und werden es bleiben“, sie werden immer „Hasch rauchen“, sie werden „nie“ damit aufhören. Sie räumen jedoch auch ein, dass es Veränderungen in den Konsummustern geben kann, die sie ursächlich mit dem Alter in Verbindung bringen, nicht mit Veränderungen in ihren Einstellungen zum Konsum ihrer bevorzugten Drogen.

Manche meinen, dass der Konsum von Haschisch eine besondere Rolle spielt.

I: Was müsste sich ändern, dass du, dass es dir leichter oder dass du clean werden...//

A: // Haschisch müsste äh müsste legalisiert werden wie in wie in Holland.

I: Und du denkst mit nur Haschisch äh könntest du äh vom Metha auch lassen?

A: Ja. Ich denke viele Leute könnten dann viel eher die Drogen weglassen, die harten Drogen. Viel mehr, das wär einfacher“ (Interview 40, w).

An anderer Stelle (vgl. Kapitel 3, Tabelle 3, S. 12) haben wir dargestellt, dass 12 der 20 Befragten neben allen anderen Stoffen Haschisch rauchen, 8 davon täglich. Diese Ergebnisse decken sich mit der Einschätzung dieses Interviewten, dass der Konsum von Haschisch für viele (ältere) Drogenkonsumenten und –konsumentinnen wichtig ist. Viele US-amerikanische Staaten haben darauf reagiert mit der Einführung von medical marihuana als verschreibungsfähiger Substanz (Aggarwal et al., 2009; Marijuana Policy Project, 2008). In Deutschland ist der Zugang zu Haschisch und Marihuana weitgehend blockiert. Ob eine leichtere Zugänglichkeit zu Haschisch oder Marihuana dazu beitragen könnte, dass dann „viele Leute... viel eher die harten Drogen weglassen“, ist ungewiss. Die amerikanischen Daten geben keinen Anlass zu entsprechenden Einschätzungen (Hser et al., 2007a und b).

Zusammengefasst hat man es nach diesen Ergebnissen also mit 3 sehr unterschiedlichen Gruppen von älteren Drogenkonsumenten und –konsumentinnen zu tun. Eine erstaunlich große Gruppe wünscht sich ein Leben ohne Abhängigkeit von Opioiden, eine zweite, etwas kleinere Gruppe denkt, dass sie mit Opioiden als Medikamente alt wird, und eine dritte kleine Gruppe definiert sich über den Drogenkonsum.

Es liegt auf der Hand, dass für die erste Gruppe, die sich den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit wünscht, entsprechende Ausstiegsangebote entwickelt werden sollten. Dabei ist das Setting ebenso zu berücksichtigen wie das methodische Vorgehen (Geyer, 2008; Heuft et al., 2006). Bislang gibt es in der deutschen Drogenhilfe wenige bis keine Ansätze, die sich auf die beraterische und psychotherapeutische Behandlung älterer Drogenabhängiger spezialisiert haben. Es gibt auch keine abstinenzorientierten Programme

oder Konsumreduktionsprogramme, die das Alter der Personen, die damit angesprochen werden sollen, berücksichtigt. Die Drogenhilfe ist weitgehend auf jüngere Altersgruppen, also Drogenkonsumenten, Drogenkonsumentinnen und Drogenabhängige zwischen 25 und 35 Jahren, fixiert. Hier liegt Handlungsbedarf vor.

Die zweite Gruppe, also Personen, die mit Opioiden alt werden wollen, stellen im Prinzip keine besonderen Anforderungen an die Hilfeeinrichtungen – sieht man davon ab, dass die Substitutionsbehandlung als Vorbereitung einer Abstinenzbehandlung konzipiert ist, und dass die Versorgung dieser Klientel in manchen Einrichtungen technische Probleme mit sich bringt (Vogt et al., 2010).

Die dritte Gruppe, die immer weiter alle möglichen legalen und illegalen Drogen nehmen möchte, stellt für die Versorgung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit ein Problem dar. Die Wünsche dieser Klientel sind mit den Realitäten in vielen Einrichtungen der Drogenhilfe und in Altenpflegeheimen nicht kompatibel; Lösungen sind hier vorerst nicht in Sicht.

4.4 Gesundheitszustand und Versorgung bei Krankheit

Nach den Fragebogenergebnissen haben 3 Personen angegeben, unter keinerlei Krankheiten und psychischen Störungen (außer – selbstverständlich – der Drogenabhängigkeit) zu leiden. Analysiert man die Aussagen dieser 3 Personen in den Interviews zum Thema Gesundheit, ergibt sich ein etwas differenziertes Bild.

„I.: Wie gesund fühlst du dich zur Zeit?

B: Ja, ja, eigentlich schon noch gesund, ja. (lachen)

I.: Und hast du aktuell irgendwelche Krankheiten//

B: //Nein.

I: die du mit dir rumschleppst?

B: Nein“ (Interview 7, w).

„I.:Wie gesund fühlst du dich zur Zeit?

Q.: Ich fühl mich sehr gesund, äh, geistig aber körperlich bin ich net so, ich bin einfach, faul geworden. Ich mach kein Sport, eigentlich, dass ich machen müsste. Ich hab 10 Kilo Übergewicht, ich trage jeden Tag 10 Kilo, äh, an mir und und, äh, die sinnlos, äh, sinnlose Dinge einfach kann ich nicht da wegschaffen, das ärgert mich, eigentlich. Ja.

I.: Hast du irgendwelche Erkrankungen, mit denen du zu kämpfen hast?

Q. : Gott sei Dank nich, Gott sei Dank nicht. Aber, ich bin jetzt seit, äh, lange lange nicht mehr im normale Untersuchung, ich hätt gerne, äh, schon, äh, mich untersuchen lassen, äh, obwohl das ist auch wirklich nicht so einfach is als Hartz, äh, Hartz IV-Empfänger, ich muss jedes Mal 10 Euro, äh, bezahlen, also, ich bin zufrieden“ (Interview 42, m).

„I.: Okay. Wie sieht's denn mit deiner Gesundheit momentan aus?

H.: Nich' gut. Ich sag' doch gerade halt, wenn meine Gesundheit soweit, dass ich wieder besser laufen könnte und so, mein Gleichgewicht halten und so.

I.: Was is' das für 'ne Krankheit?

H.: Da muss ich zum Neurologen (3). Ich stell' mich kurz hin, damit du's siehst. Du siehst, wenn ich laufe. (...) Du siehst, wenn ich laufe, hab' ich immer so mit nen Abdriften dabei. (...) Ja, also mein Gesundheitszustand, der muss sich gebessert werden. Das sind Sachen, die dazu, zu beitragen, um mir dann für mich persönlich 'ne Struktur in meinen Tagesablauf, insofern rein zu kriegen, aber es is' jetzt für die Gesellschaft zu tun. Ich möchte gar kein Geld dafür verdienen. Ich würd' gern im Tierheim arbeiten. Ich möcht' was mit Menschen zu tun haben oder mit Tieren, mit Lebewesen. Ich kann gar nich' mehr als Bäcker arbeiten. Das geht nich' mehr. Ich kann nich' mehr schwer arbeiten“ (Interview 38, m).

Zwei dieser drei Personen beschreiben sich als gesund, allerdings moniert einer davon sein Übergewicht und seine Faulheit. Die dritte Person, die nach dem Fragebogen beschwerdefrei ist, leidet aber unter etwas unklaren Störungen des Gleichgewichts und gibt selbst an, dass Besuche beim Neurologen anstehen.

Diese Beispiele zeigen wiederum, dass die Übergänge zwischen verschiedenen Positionen fließend sind. Faktisch haben nahezu alle der Befragten in irgendeiner Weise mit den gesundheitlichen Folgen ihres bisherigen Lebensstils zu tun.

8 Befragte sagen explizit, dass sie unter körperlichen Krankheiten leiden und sich beeinträchtigt fühlen.

„O: Ja, zum Beispiel, ich war ja drei Monate im Krankenhaus zur Krebsbehandlung und dann bin ich entlassen worden und dann stand ich also von ärztlicher Seite, stand ich praktisch auf mich selber gestellt. Ich hab den künstlichen Darmausgang, da kümmert sich kein Mensch drum, ich hab den Port, da kümmert sich kein Mensch drum. Ja, äh, was da irgendwann passieren soll, weiß ich nicht. Weiß ich nicht, ob der zurück verlegt werden kann, oder äh überhaupt irgendwann, ich weiß es nicht. Und das sagt mir auch keiner.

I.: Was ist das für ein Port, den du hast?

O: Das, das ist ein Port äh, das ist halt ein Zentralzugang, der ist fest implantiert, ist ein Zentralzugang zum Herz und da ist ähm, die Chemotherapie durchgegangen. (...) Ja. Und den kann man nach ein paar Monaten rausmachen lassen, hat mir der Arzt im Krankenhaus gesagt, aber man kann ihn auch ein Leben lang drin lassen, weil er behindert nicht, er stört nicht und ja, ich hab mich halt entschlossen, dass der drin bleibt. (...) Hab ich für mich entschlossen, ja, weil, wenn mal irrendwas ist, hat man gleich einen Zugang. Weil ich hab auch schon einen Herzinfarkt gehabt und, und Wasser in der Lunge, also wenn da mal was ist, dann hab ich irgendwie einen direkten Zugang“ (Interview 44, m).

„I.: Kommen wir zum Thema Gesundheit. Wie gesund fühlst du dich zurzeit?

H.: Geht. Ja, also ich nehm' meine Medis für, für 'en HIV regelmäßig und damit, da hab' ich meine Nebenwirkungen Durchfall, Haare, Haut und so nen Kram. Aber des, äh, ich hat noch nie so 'ne hohe Helferzahl gehabt. Also mir geht's gut damit. Ja und wenn ich die richtig schön regelmäßig nehme, keine Tage auslass und so, dann funktioniert das. Ja. Dann is' das eigentlich okay. Ich nehm' die halt mitten in der Nacht, weil oder kurz vorm Einschlafen, weil's mir immer schlecht wird oder Durchfall und dann überpenn' ich das und morgens is' dann wieder okay. Dann komm' ich gut über den Tag und nehm' die halt immer nur nachts, ne. Aber sonst, ich fühl mich nicht fit, ich bau' keine Kondition mehr auf, das ist alles so d//, Kraft hab' ich keine mehr. Das is' so in den letzten Jahren verloren gegangen, ne. Ich war sonst immer früher sportlich, Leichtathletik und so, das hab' ich immer gern gemacht. Aber, äh, das is', da is' so komplett die Luft raus, ne. Also da is' spazierengehen, nen bisschen Fahrrad fahren, das war's. Ja, das langt“ (Interview 15, m).

Die Krankheiten und die Nebenwirkungen des – notwendigen - Medikamentenkonsums werden von den Befragten als Belastungen erlebt, insbesondere erschweren sie die Teilhabe am öffentlichen Leben, auch das Ausüben von Freizeitaktivitäten.

Einige Befragte leiden sowohl unter körperlichen als auch unter psychischen Störungen. Obwohl die körperlichen Probleme und Beeinträchtigungen in einem Fall erheblich sind, sind es die psychischen Störungen, die diesem Befragten sehr viel stärker zusetzen.

"Ich bin zwar 60 % schwer behindert einmal der HEP C, dann hat ich äh, ne Operation an der Wirbelsäule gehabt. Da hab ich zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel hab ich keine Bandscheibe, sondern das ist verknorpelt und dann hab ich auf dem linken Auge nur 5 % Sehkraft noch, ne. Also daher kommen die 60 % Schwerbehinderung, ne. Aber es ist nicht so das mich das im Alltag jetzt großartig beeinträchtigen (...). Und ich hab so und so mit Depressionen zu tun. Und Depressionen, das ist ne ganz üble Sache aus zweierlei Gründen,

man sieht es dir nicht an. Und wenn Du jetzt z.B. ein Bein gebrochen hast, ne, wird keiner von dir erwarten, dass du hundert Meter rennen tust, ne. Aber wenn Du halt seelisch krank bist und dann, wenn man das nicht sieht und funk, funktionierst auch, dann sagt man auch "Stell Dich doch nicht so an." oder "Das ist doch alles nicht so wild." Aber seelischer Schmerz der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“ (Interview 48, m).

„Und, und, jetzt durch diese Pillen, die, äh, ich bin, äh, ´n sehr angstbesetzter Mensch. Also ich habe, soweit ich mich einschätze, äh, leide ich nicht an mangelndem Selbstbewusstsein, sondern an, äh, mangelndem Selbstwert. Ja? Und, wie ich sage, manchmal so Phantomängste, die ich habe. Also ich habe Angst, äh, vor irgendwelchen Dingen, die, die, äh, ich brauch’ so ´n, so ´n Sicherheitsgefühl um mich. Möchte’ am Liebsten schon immer alles so genau wissen, was nachher passiert, dass ich des so, mich nichts überraschen kann. Ja? Äh, bloß, diese Ängste, sind so, so, äh, irrational zum Teil und so unbegründet, ja, dass ich manchmal dann auch aus diesen Situationen, wenn sie dann gelaufen sind, da rausgehe und mich frag’, G., warum hast das wieder bis zum letzten Tag rausgezögert, warum hast du dir so ´n Kopf gemacht, ja, warum machst du dir, wie gesagt, dann drei Wochen, äh, äh, Gedanken, oder zwei Wochen Gedanken, du wirst völlig irre im Kopf. Nimmst dann dementsprechend auch wieder mehr Pillen, um des, äh, äh, abzudämpfen“ (Interview 12, m).

Wie diese Beispiele zeigen, erleben diese Befragten ihre psychischen Leiden als bei weitem einschränkender und belastender als ihre körperlichen Beeinträchtigungen, über die man offenbar ganz sachlich reden kann und die einen der Befragten „im Alltag nicht großartig beeinträchtigt“. Depressionen und Ängste beeinträchtigen dagegen sehr. Im einen Fall trägt das sicherlich auch zu der Vereinsamung bei, die dieser Interviewte beklagt, wahrscheinlich auch zu seinen Erfahrungen mit Ausgrenzung und Diskriminierung (vgl. unter 4.2, S. 28). Im Fortgang der Interviews zeigt sich, dass es diese Klienten sind, die sich überhaupt nicht vorstellen können, den Opioidkonsum zu beenden. Offenbar bringen die Opioide eine gewisse Erleichterung bei den psychischen Störungen, die aber möglicherweise nicht ausreicht. Lintzeris und Mitarbeiter (2007) haben gezeigt, dass der Konsum von Benzodiazepinen die Wirkungen von Methadon und Buprenorphin verstärkt sowohl hinsichtlich der Wirkungsdauer als auch des Grads der Sedierung. Es ist daher durchaus denkbar, dass viele Drogenabhängige, die unter Depressionen leiden, einmal mehr zur Selbstmedikation entsprechende Mittel einsetzen, die sie sich – alten Gewohnheiten folgend – auf dem Schwarzen Markt besorgen. Dies trifft auch auf Interviewpartner 12 zu, der täglich illegal erworbene Benzodiazepine konsumiert.

Schwere Krankheiten machen manchen Befragten erst richtig bewusst, wie wertvoll die Gesundheit ist.

„Mhm, ich hab, ich bin todkrank geworden durch 'ne Tuberkulose-Meningitis, hab im Rollstuhl gesessen, bin fast gestorben und danach, ändert man sein Ver-, wenn man leben will ändert man sein Verhalten“ (Interview 40, w).

„Äh, (zögernd) ja, gesünder leben. Die Hepatitis C weg, wegbekommen. Und, ähm, ja, im Ganzen halt gesünder leben, also meine Wirbelsäulenproblematik in den Griff bekommen, äh“ (Interview 14, m).

Wenn man weiterleben will, muss man auch als Drogenabhängiger seine Krankheiten „in den Griff bekommen“ und so leben, dass man eine Überlebenschance hat. Man muss sein Verhalten ändern, „wenn man leben will“. Hier klingt an, dass es im Leben von Drogenabhängigen sehr oft um Leben und Tod geht, und dass es auch an einem selbst liegt, ob man weiterlebt oder nicht. Dazu kommt, dass diese Interviewte HIV-positiv ist und das auch nicht verheimlicht. Ihre Krankheitserfahrungen hängen sehr eng mit ihren Erfahrungen von Diskriminierungen durch die „Normalgesellschaft“ und durch die Drogenabhängigen selbst (vgl. unter 4.2, S. 29) zusammen, ja sie bedingen sich gegenseitig.

Fragt man direkt nach, ob es Menschen gibt, die den Befragten im Krankheitsfall helfen und sie versorgen könnten, stellt man einmal mehr fest, dass die meisten auf sich allein angewiesen sind.

„I: Und hast du Menschen, die sich um dich kümmern, wenn du Hilfe brauchst//

I: //Nö.

N: ähm, wenn du krank bist, die Dich pflegen könnten?

I: Nee. Also nee. Konkret möcht' ich da niemand fragen. Würd' mir eh schwer fallen. Aber, also weiß ich nich'. Gott sei Dank net notwendig und wenn's mal soweit wäre, weiß ich nich', an wen ich mich da wenden könnte...“ (Interview 15, m).

Die Mehrzahl der Befragten haben keine Familienangehörigen oder Partner oder Partnerinnen, die sich im Krankheitsfall um sie kümmern würden. Die Mehrzahl hat auch keine Freunde, Freundinnen, die wenigstens einmal vorbeischauchen und bei Bedarf Hilfe mobilisieren würden.

Immerhin gibt es 5 Befragte, die sagen, dass sie im Bedarfs- und Krankheitsfall Unterstützung von Familienangehörigen, der Partnerin oder von Freunden erhalten könnten.

„I: Ähm, gibt es Menschen die sich um dich kümmern würden wenn du Hilfe brauchen würdest zum Beispiel wenn du jetzt richtig...?“

Cc: Ja, mein Sohn. Also meine Kinder, also mein Sohn der will ja schon seit Jahren, dass ich zu dem hinzieh aber das will ich nicht.

I: Aber der wäre für dich da?

Cc: Jaja“ (Interview 41, w).

Diese Interviewte steht in regelmäßigem Kontakt mit ihren Kindern und besonders mit diesem Sohn (vgl. 4.1, S. 24). Sie sagt, der Sohn „will ja schon seit Jahren“, dass sie zu ihm zieht, aber sie will das nicht, wahrscheinlich auch darum, weil sie auf Opioide (und andere Drogen?) nicht verzichten will (vgl. 4.3, S. 35).

Wer keine privaten Hilfenetzwerke hat, tut gut daran, sich andere Sicherheitsnetze aufzubauen.

„I: Und hast du Menschen, die sich um dich kümmern würden, wenn du Hilfe brauchst? Wenn du zum Beispiel krank bist oder ähm, Pflege brauchst?“

C: Ja, ähm, is' halt das Einzige, is' da mit der Frauenberatungsstelle, deswegen bin ich ja da wieder zurück gegangen, weil da hab' ich auch gesagt, da ich immer (...) ziemlich offen, dass ich Hilfe brauch und froh, äh, weil alleine“ (Interview 6, w).

Diese Interviewte dockt ganz bewusst an professionelle Hilfesysteme an, in diesem Fall an eine Einrichtung der Drogenhilfe.

Die Einschätzungen der Befragten hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Belastungen sind gemischt. Es erstaunt, dass viele trotz erheblicher und schwerer (chronischer) Erkrankungen sagen, dass sie damit zurecht kommen, dass es ihnen „gut damit“ geht. Offenbar gelingt es vielen, die Schwere der gesundheitlichen Erkrankung aus dem Bewusstsein auszublenden. Es ist auch denkbar, dass die Opioide, die die meisten der Befragten täglich nehmen, dazu beitragen, dass sie die körperlichen Belastungen weniger stark wahrnehmen, sondern sich – z.B. nach einem Schuss – durchaus „gut“ fühlen. Einige Befragten erleben jedoch psychische Störungen wie Depressionen und Ängste als außerordentlich belastend. In diesen Fällen prägen die psychischen Störungen den Alltag, machen einsam und empfindlich gegenüber Diskriminierungen (Smith & Rosen, 2009). In diesen Fällen trägt der

Opioid- und Haschischkonsum wenig dazu bei, die Auswirkungen der psychischen Störungen zu mildern.

Bedenkt man, dass die überwiegende Mehrzahl der Befragten nicht nur allein lebt, sondern auch über wenige soziale Kontakte verfügt, dann erscheinen die Einschätzungen über eine Versorgung im Krankheitsfall alles in allem genommen einigermaßen realistisch. 14 Personen sagen, dass es für sie im Krankheitsfall vermutlich nur eine institutionell organisierte Unterstützung geben wird. Nur 5 Personen meinen, dass sie Unterstützung durch nahe stehende Personen, (Kinder, andere Familienangehörige, Partner, Partnerin) erhalten können. Diese Befunde sprechen dafür, dass auf die Drogenhilfe erhebliche Belastungen zukommen, wenn sich der Gesundheitszustand dieser Klientel mit zunehmendem Alter weiter verschlechtert.

4.5 Leben im Alter

Im Folgenden arbeiten wir heraus, welche Angebote für ältere und hilfebedürftige Menschen die Befragten schon kennen, welche Angebote aus der Sicht der Drogenabhängigen fehlen und welche Wünsche sie im Bezug auf die Gestaltung des Lebensabends haben.

Die Mehrheit der Befragten (14 Personen) gibt an, keine Einrichtungen mit speziellen Angeboten für ältere Drogenabhängige zu kennen:

„I: Okay, und wenn du an die Drogenhilfeeinrichtungen denkst, die du besuchst, ähm, stellen die irgendwelche besonderen Angebote für ältere Drogenabhängige bereit, zur Verfügung?

C: Nee, des, also, so, wie du sagst, da is', liegt einiges im Argen. Ja.

I: Das heißt, du kennst auch speziell keine Einrichtungen für Drogenabhängige, ähm, die älter sind?

C: Nee, also ich kenn', ehrlich gesagt, auch net. Also gut, es gibt schon, ähm, so genannte Altjunkies, aber, also nee, da gibt's, da gibt's nix. Also zumindest is' mir nix bekannt“ (Interview 8, w).

Einigen wenigen sind vom Hörensagen Einrichtungen für HIV- und AIDS-Kranke bekannt:

„Ne, ne. Ich weiß zwar das es hier so äh Häuser gibt, aber das sind mehr Hospiz für Leute die denn halt schon im Endstadium von HIV oder so sind“ (Interview 48, m).

Kurz: nur sehr wenige Befragte wissen überhaupt etwas über Einrichtungen für ältere, kranke und hilfebedürftige Drogenabhängige, sie kennen diese jedoch nicht, sondern haben nur von diesen gehört. Für ihr eigenes Leben haben diese Einrichtungen zunächst einmal keine Bedeutung.

Fragt man ältere Drogenabhängige danach, wie sie im Alter gerne leben und wohnen wollen, erhält man eine Fülle von Antworten. Einige wünschen sich ein Leben zusammen mit Familienangehörigen, andere ein Leben allein in einer Wohnung oder einem Zimmer, dritte in einer losen Gemeinschaft wie im Betreuten Einzelwohnen, wieder andere hätten gern mehr Kontakt und bevorzugen eine Wohngemeinschaft.

Sechs Befragte würden im Alter gern mit Familienmitgliedern bzw. einem Partner, einer Partnerin zusammenleben.

"Ja, also ich würd' gern wieder 'ne eigene Wohnung haben mit meinem Freund" (Interview 8, w).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (15 Personen) möchte so lange wie überhaupt möglich in der eigenen Wohnung/ dem eigenen Zimmer leben.

"Also ich würde am Liebsten so lange wie möglich äh, alleine wohnen" (Interview 48, m).

Sie ziehen das Leben alleine demjenigen in Gesellschaft mit anderen vor, auch wenn das mit Stress verbunden sein kann, wie in den nächsten Aussagen deutlich wird.

„B: Ich denke viele sind überfordert mit dem Alleine-Wohnen, weil man wird, je älter man wird als Drogenabhängiger, desto mehr steht man alleine da und ich denke, damit sind die meisten überfordert. Vor allen Dingen können die meisten Alleinesein gar nicht ertragen und da wär betreutes Wohnen genau der richtige Ansatz meiner Meinung nach. Einfach betreutes Einzelwohnen. Ja, keine WG's, sondern Einzelwohnen. Oder so wie in Stadt B, ähm in Stadt B die AIDS-Hilfe und, wie heißt das noch, Hilfsdienst, vom Hilfsdienst und so weiter, so Sachen müssten mehr.

I: Was machen die, ich kenn den Hilfsdienst nicht?

B: Äh, die machen zum Beispiel auch diese äh Haushaltshilfe für HIV-Leute und so weiter. Und sowas müsst es auch geben für betreutes Einzelwohnen von Drogenabhängigen. Wär' genau das Richtige" (Interview 40, w).

„Ja, hm, des is' 'ne Budgetfrage. Ne. Also. Erstmal. Vielleicht mehr, ähm, ja, also aufsuchen, aufsuchende Sozialarbeit, im Bereich von Betreuung, also so Betreuung zu Hause. Das

vielleicht ausbauen, des Programm. Ja, ansonsten vielleicht so was, ähm, vermehrt angehen wie diese KISS, dieses Projekt. Ne. Dass Leute sich Gedanken machen, äh, vielleicht auch mal 'n Film zusammen gucken, äh, was se sich da täglich antun, oder äh, ja, auch so, hm, dass man nicht alleine, dass man sieht, dass man nicht alleine ist mit dem Problem hoch dosieren und, äh, was weiß ich, soziale, äh, Ausgrenzung, Verelendung, Vereinsamung. Dass da vielleicht was gemacht wird, aber, ähm. Hm“ (Interview 14, m).

In beiden Aussagen wird deutlich, dass das „Alleine-Wohnen je älter man wird als Drogenabhängiger, Drogenabhängige umso schwieriger wird, weil es auch bedeutet, dass man allein gelassen wird und vereinsamt. Man wünscht sich etwas mehr Leben in einer losen Gemeinschaft, das sich im Betreuten Einzelwohnen einstellen kann. Zusätzlich erwähnt eine Interviewte die AIDS-Hilfe, die „für HIV-Leute und so weiter“ Hilfsdienste anbietet. Diese Interviewte ist selbst HIV-positiv (vgl. 4.2. S. 30), und kennt daher den besonderen Wert dieser Angebote.

Einige andere wollen stärker eingebunden sein und wünschen sich eine Wohngemeinschaft.

„Äh, schon Wohngemeinschaft, aber nicht mit wildfremden Leuten, also das kann ich mir eigentlich nicht vorstellen. Ich möchte die Leute schon vorher kennen und so...

„I: Wenn du jetzt eine kreieren könntest, wie sollte so eine Drogenhilfeeinrichtung speziell für ältere aussehen? Was sollten die anbieten vor allen Dingen?

O: Mh, ja ich find sowieso, dass das, dass man das ein bisschen trennen sollte, also, für Leute die aufhören, oder aufhören wollen und Leute, die bewusst weiter konsumieren wollen. Dass man das irgendwie ein bisschen trennen sollte. Ja“ (Interview 44, m).

„Äh, was ich problematisch finde sind so Altersheime für ältere Drogenabhängige. Weil ich weiß nicht die Voraussetzungen die da für die Gemeinschaft äh, gelten müssten um da ein einigermaßen erträgliches Leben zu haben äh, ich weiß nicht ob man das so auf die Reihe kriegt. Weil wenn ich mir vorstell, dass ich dann, was weiß ich mittags im Speisesaal am Tisch sitz und dann nabelt neben mir einer ab und fällt mit dem Kopf in den Suppenteller rein, weil 20 Rohypnol gefressen hat, ne. Äh, das, das äh, also wenn, könnt ich mir schon vorstellen, aber es müsste so Grundvoraussetzungen geben, dass die Leute substituiert sind. Aber Beige-, Beigebrauchsfrei sind äh, wie auch sonst üblich Gewaltfreiheit und, und auch Androhung von Gewalt müsste verboten sein. Und es dürfte halt wie gesagt nicht so ausarten, dass da die Leute rappeldicht rumlaufen, weil das ist dann nicht schön, wenn man da zusammenwohnt. Ich weiß nicht ob das zu realisieren ist“ (Interview 48, m).

In beiden Aussagen spiegelt sich wider, dass es sehr auf die Zusammensetzung der Wohngemeinschaft ankommt. Nicht alle vertragen sich mit allen, daher müsste man „die Leute schon vorher kennen“, man müsste sie trennen nach solchen, die „aufhören oder aufhören wollen“ und solchen, die „20 Rohypnol“ fressen usw., weil es sonst zu unerfreulichen Ereignissen kommen kann, wenn „einer Mittags mit dem Kopf in den Suppenteller fällt“ usw. Es müsste auch garantiert sein, dass die „Androhung von Gewalt verboten“ ist und Gewaltfreiheit eingefordert wird. Die Befürworter und Befürworterinnen von Wohngemeinschaften haben offenbar klare Vorstellungen davon, mit welchen Leuten man zusammenleben kann und mit welchen eher nicht.

Die folgende Aussage weist darauf hin, dass Regeln in Wohngemeinschaften durchaus positive Erfolge haben können.

„Also ich halte jetzt das System, was, äh, das is' natürlich sehr schwierig, weil ich, äh einerseits, äh, schimpfe über, äh, äh, zu viel, äh, Druck oder, äh, Überwachung, oder was auch immer. Ja? Auf der anderen Seite hab' ich festgestellt, dass ich, ich hab' auch in, in der F. dann gewohnt. Lange. Also über zwei Jahre. Und, äh, das hat mir schon gut getan, allein zu wissen, das ist 'ne Überwachung da. Ich darf nicht. Ja? Und hat mich dann schon gehindert, dann auch was zu nehmen. Ja? (...) Ja, schon, äh, was ganz, ganz wichtig ist, äh, woran es oft eben krankt, ist, Einzelzimmer. Ja? Also man kann, äh, ich, ich merk's ja, ich komm ja mit mir selber schon nicht klar. Und dann, wenn dann noch irgend//, also wenn in 'ner Beziehung mit 'ner Frau ist, geht des. Ja? Aber, äh, also nicht, dass man dann da irgendwelche Schlafsäle oder wie hier Dreibettzimmer, oder so. Weil, vor allem, weil da besteht dann doch auch immer wieder die Gefahr, dass man sich gegenseitig hochschaukelt. Jetzt sagen wir mal, ich hab' nix, will auch nix, hab' auch gar kein Bock drauf, aber kommt dann einer in mein Zimmer und hat dann was. (...) Und darum denk ich auch, dass man eben diese Leute, dass man eben Einzelzimmer hat, ja, dass jeder auch, äh, seinen Rückzugsraum hat. Also, dass, wenn er sagt, okay, ich, ich bin jetzt, sag' ich mal, gefährdet, oder was auch immer, aber ich will meine Ruhe, dass der dann auf sein Zimmer gehen kann und in Ruhe dort, äh, sich damit auseinandersetzen oder auch nicht auseinandersetzen tut“ (Interview 12, m).

Neben Kontrollen, die in manchen Wohngemeinschaften stärker ausgebaut sind als in anderen, sind Einzelzimmer für die Bewohner und Bewohnerinnen wichtig als „Rückzugsräume“, in denen man seine Ruhe hat.

Etwas quer zu diesen Aussagen liegt der Wunsch eines Interviewten nach öffentlichen

Orten, an denen sich ganz unterschiedliche Gruppen begegnen können.

„Q: Beispiel, äh... warum gibt's denn eigentlich nicht... so eine Ort in Stadt A? Wo die Menschen in meine Situation, äh... dahingehen kann, etwas, äh, für sich was tun kann, für Zukunft... ne, das kann auch n Verein sein, das kann n Club sein, das kann irgendwo... äh... dafür sollte die Stadt etwas investieren. Stell dir mal vor, in Stadt A gibts so eine, äh, Saal wo die Menschen, äh... sportliche Aktivitäten üben kann, miteinander. Äh, etwas, äh... was spielen kann, äh... sich verbessern kann. Und das muss auch nicht ne Kneipe sein, das muss auch nicht ne Café sein, das muss nicht ne Diskothek sein, wo man dann lauter Geld, äh, äh, ausgeben muss...sowas fehlt einfach.

I: Wenn du jetzt sagst "Menschen in deiner Situation", meinst du Hartz IV-Empfänger oder meinst du Ex-User?

Q: Beide! Beide! Beide. Weil beide, äh, sind, äh... beide Menschen brauchen Hilfe. Hartz IV-Empfänger braucht auch Hilfe und die, die die die Drogen hinter sich haben oder das Leben von vorne anfangen wollen, äh, die brauchen auch Hilfe. Ich könnte mir schon vorstellen, dass ich, äh, so lange wenn ich keine Arbeit hab, keine, äh Beschäftigung hab, könnte ich mir schon vorstellen, äh, geh ich hin und da spiele ich zum Beispiel Schach, spiel ich da Instrument mit anderen Menschen äh, die Menschen näher, äh, kennenlernen, Kontakt zu knüpfen und was positiv zu erleben, was was Schönes zu erleben, weil die Positivität, äh, ist äh, ist die größte Medikament in meinem Auge für die Menschen, die Drogenkarriere hinter sich haben. Positivität. Äh... solange wie ein Mensch kein grünes Licht sieht, denkt er immer, äh ach, äh, ich bin jetzt ganz allein, ich bin jetzt, äh äh äh, rausgeschmissen, ich, ich kann nix und ich, äh, den Negativ denken, das macht, äh, das macht, äh, Wahnsinn. Da kommste keinen Schritt, äh, vorwärts, und bleibst da wo de bist oder sogar zurück. Aber die Positivität, äh, s, gibt neue Gefühl, gibt selbst, äh, selbstbewusst, und sowas fehlt. (...) Aber so eine, äh, Stelle, viele, vielseitige Aktivitäten, äh... das Leben neue anzufangen, Kraft sammeln, Kontakt, äh, knüpfen, und Ideen tauschen... man fühlt sich dann wie in eine Familie. Das ist auch ein Familienleben, weil du hast enge Kontakt, äh, enge, äh, Freunde, enge Bekannte, äh.. . die Einsamkeit macht ja krank. Die... allein zu sein, ausgestoßen zu fühlen, das ist das, das macht, äh, krank. Deswegen, sowas fehlt einfach in Stadt A. In meine Meinung“ (Interview 42, m).

Fasst man die verschiedenen Aussagen der Befragten zusammen, schälen sich mehrere Optionen heraus. Wer eine eigene Behausung hat, möchte dort wohnen bleiben, so lange es eben geht. Die meisten Befragten möchten aber gerne Kontakt mit anderen Menschen haben. Das ist relativ einfach bei den wenigen, die an ihre Familie angeschlossen sind oder die mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben wollen. Viele wollen zwar nicht

ganz allein sein und ganz alleine leben, aber der Kontakt mit den anderen soll eher lose sein, mit relativ wenig Verpflichtungen und genügend Raum zum Rückzug in das eigene Zimmer. Einige signalisieren, dass sie mehr Kontakt vertragen, aber nicht mit jedermann und jederfrau. Sie wünschen sich eine Wohngemeinschaft mit Menschen, die in einer ähnlichen Lebenslage sind wie sie selbst, z.B. nur noch Opiode nehmen (und hin und wieder Haschisch rauchen), aber keine anderen Drogen. Darüber hinausgehende Kontakte sind erwünscht, aber nicht für alle wichtig.

Abweichend von allen den bislang dargestellten Aussagen wünscht sich eine Interviewte folgendes.

„I: und was glaubst du, welche Angebote Drogenhilfeeinrichtungen speziell für ältere Drogenabhängige anbieten könnten?“

C: Oh, vielleicht, hmmm, äh (3), schwer zu sagen, vielleicht wirklich, äh, irgendwas vermitteln, wo sie umsonst an guten Stoff kommen ja, wie das Heroinprogramm oder so. Äh, erwarte ich und vielleicht für die es wollen auch Methadon, ja“ (Interview 8, w).

Die Drogenhilfe, so meint sie, soll für Drogenabhängige „irgendwas vermitteln, wo sie umsonst an guten Stoff kommen“. Sie erwähnt in diesem Zusammenhang das Heroinprogramm und wünscht sich für die anderen ein entsprechendes Methadonprogramm. Die Drogenhilfe soll dafür sorgen, dass es Drogen für alle, die sich das wünschen, „umsonst“ gibt.

Fragt man weiter danach, ob sich die Interviewten ein Leben in einem ganz normalen Altersheim vorstellen können, bejahen das immerhin zwölf Befragte.

I: Und kannst du dir vorstellen, ähm, in 'nem ganz normalen Altersheim zu leben, zusammen mit Menschen, die//

H: [unterbricht] //solang' die Leute mich akzeptieren, die mich in Ruhe lassen. Ja. Also ich mach' keinen, ich bin kein Krakeler. Ich seh' nen bisschen anders aus. Aber äh, ich leb' eigentlich auch ganz normal, wie die anderen auch.

I.: Also auch, wenn die Leute wenig oder kaum Erfahrung mit Drogen selbst haben, illegale Drogen?

H.: Das würd' mich net interessieren. Ich bin da keiner Überzeugung. Ich will niemanden überzeugen von irgendwas. Also das muss aber auch keiner wissen von mir aus, ja und ich renn' da nich' in der Gegend rum und posaun' das rum. Also wenn mich jemand akzeptiert, wie er mich sieht, dann hab' ich da auch kein Problem mit, ne. Und das is' nen Medikament.

Das nehm' ich, wie die anderen auch. Ich nehm' ja auch noch andere Medis, ja. Und das verändert mich net, äh, denk' ich jedenfalls net, dass, ich häng' net an der Decke rum und krieg' nichts mehr geregelt. Ich mach' mein Haushalt und, und versorg' mich, ess' vernünftig und seh' da keinen großen Unterschied, ja“ (Interview 15, m).

I.: Könntest du dir vorstellen, in nem ganz normalen Altersheim zu leben? Mit Menschen die wenig oder keine Erfahrungen mit illegalen Drogen haben?

Q.: Ja, ich kann mir alles vorstellen, also, äh, phh, aber, ob das, äh, ob das mich, äh, freut, das is wieder was anderes. Ich hätt gerne, äh, Zuhause älter werden, Zuhause mit, mit meinen Kindern, mit meinen Enkelkinder, äh, älter werden, und, so, äh glücklich sein und glücklich sterben können. (...) Aber wenn das nicht geht, wenn die Möglichkeit nicht hab, dann äh, natürlich Altersheim, kann ich auch mit Menschen leben. Anders bleibt ja nicht übrig, irgendwie“ (Interview 42, m).

„I: Kannst Du Dir denn auf der anderen Seite ähm, vorstellen in nem normalen Altersheim ähm, normal (...) also mit Menschen die dann ja auch gar keine oder fast gar kein Kontakt irgendwie mit Drogen hatten oder haben?

A: Das könnt ich mir in sofern vorstellen, dass das halt so ne reine Zweckgemeinschaft wäre dann, wo man sein eigenes Zimmer hat, ne. Wo man die Tür hinter sich zu machen kann und ansonsten so ja, eigentlich miteinander größer nichts zu tun hat, ne. Außer halt sich mal zu unterhalten oder vielleicht gibt's ja gemeinsame Interessen mit irgendjemandem, wo man dann oder man geht mal zusammen spazieren und so was kann ich mir eher vorstellen schon“ (Interview 48, m).

Wichtig ist den Befragten, dass ihnen ohne Vorurteile begegnet wird und sie nicht als Drogenkonsumenten und –konsumentinnen betrachtet werden, sondern als „normale Menschen“ die ein Medikament einnehmen (vgl. Interview 15). Das Altersheim ist zwar nicht die erste Wahl des Wohn- und Lebensortes, wird aber als Alternative in Betracht gezogen. Wichtig ist den Befragten weiterhin, einen Rückzugsraum zu haben und ein Stück Privatsphäre, etwa im eigenen Zimmer.

In Zusammenhang mit Fragen nach dem Zusammenleben mit normalen Alten werden auch Vorurteile gegenüber diesen deutlich.

„Was halt da auch fehlt, die könnten ein bisschen mehr so Freizeitangebote machen, oder so. Das wäre vielleicht noch eine Idee. (...) Aja, vielleicht mal spazieren gehen oder oder,

was weiß ich äh, ins Kino gehen oder, oder grillen oder sowas. Ja irgendwie sowas. Ich mein so, so mit normalen älteren komm ich eh nicht zurecht ne. Die sind mir zu spießig, zu zu tratscherig irgendwie. Komm ich nicht mit zurecht“ (Interview 44, m).

„Normale Ältere sind „zu spießig, zu tratscherig“, darum kommt man mit ihnen nicht zurecht. Es erstaunt dann allerdings, dass die Vorschläge für gemeinschaftliche Freizeitangebote für Drogenabhängige ebenfalls ziemlich „spießig“ sind: Spazieren gehen, ins Kino gehen, gemeinsam Grillen.

Insgesamt sind es sechs Befragte, die sich nicht vorstellen können, in einem Altersheim zu leben. Exemplarisch dafür ist auch folgende Aussage.

„I: Ja kannst du dir das selber vorstellen in so einem normalen Altersheim zu leben?

C: In einem ganz normalen? Nein: Nein, weil äh, ich mein Leben lang immer andere Probleme hatte als sie und ich kann mich da nicht hinsetzen und reden, dass der Nachbar sowieso die Zipperlein hat und was weiß ich. Das ist dann nicht mehr so mein Ding, weißte“ (Interview 3, w).

Alles in allem genommen meint die Mehrheit der Befragten, dass man mit normalen Alten in einem Altersheim zusammenleben kann, aber die Schnittmenge an gemeinsamen Interessen ist für einige eher gering. Je geringer diese Schnittmenge gesehen wird, umso eher lebt man neben einander her, aber auch das kann ein verträgliches Zusammenleben sein. Eine Minderheit hat Vorurteile gegen normale Alte und will nicht mit diesen zusammenleben. Sie sehen keine gemeinsamen Interessen und Schnittmengen, sie finden die normalen Alten „zu spießig“ und „zu tratschig“.

Zusammengenommen ergibt sich somit ein facettenreiches Bild der Vorstellungen der Interviewpartner und –partnerinnen zum Leben in der Zukunft und im Alter. Es gibt eine relativ große Gruppe von Personen, die so lange wie möglich allein in der eigenen Wohnung/ im eigenen Zimmer leben möchte. Eine zweite, etwas kleinere Gruppe, möchte gerne mit anderen zusammenleben, am besten mit Familienangehörigen und Partnern bzw. Partnerinnen oder mit anderen Personen, die man kennt. Nach den Vorstellungen der Befragten ist bei Einrichtungen zum Betreuten Wohnen und noch mehr bei Wohngemeinschaften darauf zu achten, dass die Personen, die zusammen leben sollen, zueinander passen. Ex-User und stabilisierte Drogenkonsumenten sollen nicht mit aktiven Drogenkonsumenten zusammengewürfelt werden (vgl. Fuhrmann, 2005, 2009). Das Zusammenleben mit aktiven Drogenkonsumenten im Alter ist für sehr viele Befragten keine

attraktive Perspektive.

Die Ergebnisse zur Fragen nach dem Leben in einem „normalen“ Altersheim sind erstaunlich. Wir finden eine große Gruppe, die sich ein Zusammenleben mit anderen alten Menschen durchaus vorstellen kann, und eine viel kleinere Gruppe, die das rundweg ablehnt. Ob ein Zusammenleben von vergleichsweise jungen (ehemals) Drogenabhängigen bzw. medikamentös stabilisierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen mit vergleichsweise alten, oft pflegebedürftigen Menschen realistisch ist, sollte man jedoch in Modellprogrammen prüfen.

4.6 Wünsche an die Zukunft

Es wurde bereits auf die körperlichen und psychischen Krankheiten der Befragten hingewiesen. Die gesundheitlichen Belastungen machen sich auch in Äußerungen hinsichtlich der eigenen Lebensperspektive bemerkbar. Es gibt eine Gruppe von Interviewpartnern und -partnerinnen, die für sich keine oder nur mehr begrenzte Zukunftsperspektiven sehen (3 Personen):

„I: Ja. Also es is' die Frage wie sieht's erstmal in fünf oder zehn Jahren aus? Wie denkst du sieht's da aus?“

J: In fünf oder zehn Jahren (5) bin ich nich' mehr am Leben... Also ich warte selber auf meinen Tod, ja. Ich denke ich bin nah dran. Ich bin froh, weil dann hab' ich's hinter mir. Das könnte mir, es könnte mir noch Schlimmes passieren und wenn, ähm, falls ich doch noch mal in den Knast muss oder dann werde ich mich dann selbst umbringen" (Interview 36, m.)

Einige Befragte sind tatsächlich so krank, dass ihre Lebensperspektive sehr kurz ist. Die Einschätzungen der Befragten scheinen in allen Fällen sehr realistisch zu sein.

Es gibt aber auch einige Befragte, deren Ängste von Krankheit und Tod etwas vager sind.

„Also, ich hoffe, dass ich zum einen gesund bleib, ne. Ich hab die Hepatitis C und äh, ja da hab ich schon manchmal so ne unterschwellige Angst äh, weil es gibt da so von der Weltgesundheitsorganisation so Statistiken dass z.B. weltweit mehr Leute an Hepatitis C sterben als an HIV, ne. Das macht dann schon Angst, aber ansonsten in 5-10 Jahren. Ich hoffe wie gesagt dass ich gesund bleib, dass ich äh, noch lang die Möglichkeit hab irgendwie zu arbeiten, ne“ (Interview 48, m).

Andere haben Wunschträume und wollen noch möglichst lange leben.

I: Hast du denn irgendeinen Wunschtraum, irgendwas was du unbedingt noch mal machen willst oder irgendwas, was du, weißte, halt ´n Wunschtraum? Gibt's da was?

D: Wunschtraum ja. Wirklich drogenfrei, unabhängig zu sein im Leben und, äh, ´n bisschen mehr verdienen, dass ich mir wieder ein Wohnmobil erlauben kann, wo ich dann damit durch die Weltgeschichte reise. (...) Ja, das hab' ich früher auch viel gemacht“ (Interview 45, m).

I.: Wenn du jetzt noch mal an die Zukunft denkst, gibt es da was ganz Spezielles, was du gerne noch mal machen würdest, so ne Art Wunschtraum oder noch so n ganz großes Ziel in deinem Leben, was du immer schon machen wolltest, aber noch nie gemacht hast?

Q: Ja, äh... also, Wunsch, schon. Ich hätt' gerne Drachen geflogen, das ist meine... eine Traum. Obwohl dass ich Höhenangst habe. Aber Drachenfliegen hätt' ich mir gewünscht. Ansonsten, äh, in meinem Leben, meine Zukunft wünsche ich mir, dass ich mit meine Musik jetzt, äh, was erreichen kann, äh, mit Musik leben, mit Menschen leben. Äh was für die Menschen hinterlassen kann, also eine Lied, ein CD, ein Kassetten, wo ewig bleibt, das ist meine Ziel und Wunsch, grade“ (Interview 42, m).

„(...) ich möchte eigentlich noch fünfzig Jahre leben oder am liebsten noch zweihundert Jahre (lacht), oder so. Ja? Weil so schnell stirbt sich's nämlich auch nicht, ja, oder so einfach“ (Interview 12, m).

Insgesamt genommen überwiegen beim Reden über das Leben in der Zukunft die positiven Aussagen. Etliche Befragte haben noch Ziele und Wünsche, die sie gerne umsetzen würden. Deutlich wird, dass eine finanzielle Unabhängigkeit, eine erfüllende Tätigkeit und eine Verbesserung der Gesundheit wichtige Kriterien sind für positive Zukunftsperspektiven. Viele der Befragten hoffen noch, ihre Wünsche umsetzen zu können und ihr derzeitiges Leben zu verbessern. Andere Interviewte sind in dieser Hinsicht aber nicht sehr optimistisch. Sie erwarten nicht, dass sie noch viele Jahre leben werden. Und wenn es diese Jahre noch geben sollte, dann erwarten sie nicht, dass diese gut sein werden. Bei der Mehrheit der Befragten kommt jedoch eine unbändige Lebenslust zum Vorschein, die für problematische Drogenkonsumenten und -konsumentinnen typisch ist.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Wir haben in dieser Studie mit 20 älteren Drogenabhängigen (14 Männer und 6 Frauen) zwischen 45 und 61 semi-strukturierte Interviews durchgeführt. Alle Personen wurden in Einrichtungen der (niedrigschwelligen) Drogenhilfe in Frankfurt am Main und Umgebung rekrutiert. Alle 20 Interviewpartner und -partnerinnen sind aktive Konsumenten und Konsumentinnen verschiedener illegaler und legaler psychoaktiver Substanzen. Die semi-strukturierten Interviews dauerten im Durchschnitt 60 Minuten; sie wurden alle wörtlich transkribiert. Daran schloss sich für ca. weitere 10 Minuten das gemeinsame Ausfüllen eines kurzen, quantitativen Fragebogens an. Diese Materialien sind die Grundlagen der hier vorgelegten Ergebnisse.

Die Stichprobe lässt sich folgendermaßen charakterisieren: Die Interviewten sind im Durchschnitt 52,0 Jahre alt. 19 von ihnen leben allein, lediglich 1 Person lebt mit den Eltern zusammen. Das Leben allein schlägt offenbar durch und bestimmt alle sozialen Beziehungen, mit denen die Befragten tendenziell unzufrieden sind. Die Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews unterstreichen diesen Befund.

70% haben sichere Wohnverhältnisse, d.h. sie sind im Besitz einer Wohnung (11 Personen) oder eines Zimmers (2 Personen) bzw. leben mit ihren Eltern zusammen (1 Person). 30% der Interviewten haben eher unsichere Wohnverhältnisse; davon leben 2 Personen im Betreuten Wohnen und 4 Personen (20%) auf der Straße. Keiner der Interviewten ist zum Zeitpunkt des Interviews erwerbstätig. 9 Personen sind als arbeitssuchend gemeldet und erhalten Arbeitslosengelder, 7 Personen leben von Sozialhilfe und 4 Personen sind berentet. Einige wenige (5 Personen) geben an, dass sie ihr Einkommen mit Einkünften aus illegalen Geschäften aufbessern.

Hafterfahrungen haben 17 (85%) der Interviewten; die durchschnittliche Haftdauer liegt bei 68 Monaten (Spannbreite: 6 - 192 Monate). Es ist zu vermuten, dass die lange Zeit, die viele Befragte in Haft verbracht haben, sich negativ auf ihre Gesundheit und auf ihre sozialen Beziehungen ausgewirkt hat.

Alle Interviewten haben gesundheitliche Belastungen durch ihre Drogenabhängigkeit. 17 Befragte geben darüber hinaus weitere körperliche Krankheiten an; im Durchschnitt 2 Krankheiten (insbesondere Lebererkrankungen und Zahnerkrankungen). 11 Personen geben an, unter zusätzlichen psychischen Störungen zu leiden, im Durchschnitt zusätzliche 1,5 Störungen (insbesondere Depressionen und Ängste). Diese Ergebnisse entsprechen den

Befunden von Rosen et al. (2008). Die Befragten erleben ihre gesundheitlichen Beschwerden sehr unterschiedlich, wie ihre Darstellungen in den qualitativen Interviews belegen.

Die Aussagen der Interviewten zu ihren sozialen Kontakten machen deutlich, dass die sozialen Netzwerke, über die sie verfügen, sehr dünn sind. 5 Personen sagen, dass sie überhaupt keine nennenswerten sozialen Kontakte verfügen. Einige von ihnen kapseln sich bewusst von anderen ab. In einigen Fällen steht der Wunsch, keine Kontakte zu anderen zu haben, im Zusammenhang mit dem Verlust wichtiger Menschen, wodurch schwere Depressionen ausgelöst worden sind. Einer der Interviewten sagt dazu „Aber seelischer Schmerz der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Nur mit der Einnahme von noch mehr Pillen lassen sich die seelischen Schmerzen aushalten – aber das führt zu noch mehr Einsamkeit, weil man dann gar nicht mehr ansprechbar ist. Die Interviews weisen darauf hin, dass sich diese Personen in einem Teufelskreis befinden, aus dem es keinen Ausweg mehr zu geben scheint – und dann ist es besser, sich gleich ganz abzukapseln und alle Kontakte mit anderen zu meiden. Ähnliche Ergebnisse berichten auch Smith & Rosen (2009), die auf die besondere Bedeutung von Verlusterfahrungen, nicht nur durch den Tod geliebter Menschen, sondern auch durch Trennung, Scheidung und andere Formen der Separation von wichtigen Bezugspersonen bei Drogenabhängigen aufmerksam machen.

8 Befragte haben keinen Kontakt mehr zu Familienmitgliedern oder Verwandten, oft wegen ihres Drogenkonsums. 7 Personen haben noch Kontakt zu ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern, aber diese sind in vielen Fällen eher dünn, weil sie durch die Drogenabhängigkeit der Elternteile und den damit verbundenen Lebensstil belastet sind. Davon weichen nur die Mitteilungen einiger weniger Frauen und Männer ab, die sagen, dass sie ihre Kinder und Enkelkinder regelmäßig sehen. Aber auch hier spielt der Drogenkonsum der Mütter und Väter in die Beziehungen zu den Kindern und Enkelkindern hinein, weil er einerseits eine Gefahr für die Jüngeren und Jüngsten darstellt und weil er andererseits die Mobilität der Mütter und Väter einschränkt. Die Mütter und Väter fühlen sich an die Orte gebunden, an denen sie ihren Drogennachschub bekommen; ihre nicht-abhängigen Kinder mit ihren Familien sind beweglich, ziehen an andere Orte und lassen ihre Eltern „zurück“. Etliche Väter und Mütter bedauern zwar, dass sie nur wenig Beziehungen zu ihren Kindern und Enkelkindern haben, unternehmen aber auch nicht viel, das zu ändern.

Auch die Beziehungen zu anderen Menschen - Partnerinnen, Partnern und Freunden, Freundinnen - sind eher dünn und lose. Nur 4 Personen sagen, dass sie einen Partner bzw. eine Partnerin haben, und alle leben wegen widriger Umstände (Partner in Haft,

wohnungslos usw.) nicht mit diesem zusammen. 16 Personen haben keine feste Partnerin bzw. Partner; sie leben allein und bedauern das. Sie vermissen die Liebe, die sie mit einer Partnerschaft verbinden, ebenso die Unterstützung und den Halt. Ein Befragter bringt das auf den Punkt: „sonst würd' ich nen besseren Halt haben“. Auch die Beziehungen zu Freunden sind eher sporadisch und lose. So gesehen wundert es nicht, dass die Befragten auch an anderer Stelle (im quantitativen Fragebogen) angeben, dass sie mit ihren sozialen Kontakten eher unzufrieden sind (vgl. unter 3, S. 17). Die sozialen Kontakte beschränken sich im Wesentlichen auf solche zu anderen Drogenabhängigen und zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Suchthilfe. Man trifft sich im Milieu und an den Versorgungsknotenpunkten, an denen man seine tägliche Dosis Methadon, Buprenorphin oder Heroin abholt, und wo man auch „seinen“ bzw. einen Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin der Institution trifft. Es ist, wie ein Befragter sagt, wie im „Frei-Gefängnis“: man ist nicht im Gefängnis, bewegt sich jedoch fast ausschließlich in immer gleichen Bahnen zu immer gleichen Zeiten und trifft dort die „Mit-Häftlinge im Frei-Gefängnis“.

Diese Befunde unterscheiden sich von den Ergebnissen von Fuhrmann (2005, 2009), was u.a. daran liegen kann, dass in diesen Stichproben jeweils auch Personen befragt worden sind, die aktuell keine illegalen Drogen und keine Opioide nehmen, und die sich als „Abstinente“ neu sozial verorten. Dazu gehört es, soziale Kontakte (neu) anzuknüpfen und zu verstärken, und das ist offenbar einer relativ großen Zahl der in diesen beiden Studien Befragten gut gelungen.

Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung durchziehen wie ein Subtext alle Interviews. Besonders demonstrative Beispiele dazu erwähnen jedoch nur 8 Interviewte. Dabei sind die Ab- und Ausgrenzungen durchaus gegenseitig: man grenzt sich ab, weil man ohnehin weiß, dass man ausgegrenzt wird (vgl. Conner & Rosen, 2008; Levy & Anderson, 2005). Dazu kommen Diskriminierungs- und Ausgrenzungsprozesse im Milieu selbst, z.B. gegenüber HIV-positiven Drogenabhängigen. Einige Befragte meinen jedoch, dass es nicht nur an den andern, sondern auch an einem selbst liegt, wenn man ausgeschlossen und einsam ist: wer kontaktfreudig ist, bekommt, so sagen sie, immer Kontakt: „weil man hat immer en Punkt, wo man drüber sprechen kann“.

Spricht man mit den Interviewten über ihren aktuellen und zukünftigen Drogenkonsum, erhält man Antworten, die sich zu 3 Gruppen bündeln lassen. Eine erstaunlich große Gruppe wünscht sich ein Leben ohne Abhängigkeit von Opioiden. Diese Befragten wünschen sich Hilfen beim Ausstieg und Unterstützung beim Leben ohne Drogen. Dieses Ergebnis bestätigt die Befunde von Fuhrmann (2005, 2009): eine relativ großen Gruppe von älteren

Drogenabhängigen ist motiviert, den Konsum von bestimmten Drogen – u.a. illegalem Heroin und anderer illegaler Substanzen - ganz aufzugeben oder zumindest stark zu reduzieren. Einige aus dieser Gruppe signalisieren auch, dass sie gerne den Konsum aller Opioiden beenden würden, dass sie aber zum aktuellen Zeitpunkt keinen Weg sehen, wie sie dieses Ziel realisieren können.

Eine zweite, etwas kleinere Gruppe denkt, dass sie mit Opioiden als Medikament alt wird. Dabei geht es stets um kontrollierten und stabilisierten Konsum, allerdings in Kombination mit dem Konsum anderer Drogen wie z.B. Haschisch.

Eine dritte, recht kleine Gruppe, definiert sich über den Drogenkonsum: „Also, ich bin Morphinist und werd' es bleiben“. Dazu passt der Wunsch, dass die Drogenhilfe etwas anbieten soll „wo sie [die Drogenabhängigen] umsonst an guten Stoff kommen“.

Wie die Ergebnisse der quantitativen Befragung ergeben haben, sind die gesundheitlichen Belastungen aller Personen hoch. Die Antworten auf entsprechende Fragen im semi-strukturierten Interview belegen zudem, dass auch 2 der 3 Personen, die keine körperlichen Krankheiten angeben, unter diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden: sie sind übergewichtig, haben Rückenprobleme usw. Aber auch viele, die unter einer ganzen Reihe von körperlichen Krankheiten und Behinderungen leiden, neigen dazu, diese eher kleinzureden nach dem Motto „Aber es ist nicht so, dass mich das im Alltag jetzt großartig beeinträchtigt“. Offenbar gelingt es vielen, die Schwere der gesundheitlichen Erkrankung aus dem Bewusstsein auszublenden. Es ist auch denkbar, dass die Opioiden, die die meisten der Befragten täglich nehmen, dazu beitragen, dass sie die körperlichen Belastungen weniger stark wahrnehmen. Psychische Störungen wie Depressionen und Ängste erleben manche Befragte jedoch als außerordentlich belastend. In diesen Fällen prägen die psychischen Störungen den Alltag, machen einsam und sehr empfindlich gegenüber Diskriminierungen. Auch der Konsum von Opioiden oder von Haschisch bringt nur teilweise Erleichterung (wohl aber der zusätzliche Konsum von Benzodiazepinen, vgl. Lintzeris et al., 2007).

Wir haben uns bei der Auswertung der semi-strukturierten Interviews u.a. darauf konzentriert, die Sicht der Befragten zum Leben im Alter und bei der Unterstützung im Krankheits- und Pflegefall herauszuarbeiten. Dazu gehören auch Fragen nach der Versorgung im Krankheitsfall und im Alter. Bedenkt man, dass die überwiegende Mehrzahl der Befragten allein lebt und zudem über wenige soziale Kontakte verfügt, dann passt es durchaus, wenn die Mehrzahl der Befragten sagt, dass sie im Krankheitsfall niemanden hat, der sich um sie kümmert. 14 Personen sagen, dass es für sie im Krankheitsfall vermutlich

nur eine institutionell organisierte Unterstützung geben wird. Nur 5 Personen meinen, dass sie Unterstützung durch nahe stehende Personen, (Kinder, andere Familienangehörige, Partner, Partnerin) erhalten können. Diese Befunde sprechen dafür, dass auf die Drogen- und Altenhilfe erhebliche Belastungen zukommen, wenn sich der Gesundheitszustand dieser Klientel mit zunehmendem Alter weiter verschlechtert.

Die Antworten auf Fragen danach, in welcher Umgebung und mit welchen Menschen sie im Alter zusammenleben wollen ergeben ein facettenreiches Bild. Ansatzweise lassen sich drei Gruppen voneinander unterscheiden: Eine Gruppe von Personen will so lange wie möglich in der eigenen Wohnung/ im eigenen Zimmer allein leben. Wenn das nicht mehr möglich ist, wünscht sich diese Gruppe nur lose Kontakte zu anderen und Wohnorte wie das Betreute Wohnen/ Einzelwohnen (mit Einzelzimmern und minimalen Anforderungen an Gemeinschaftliches). Eine zweite Gruppe möchte gerne mit anderen zusammenleben, am besten mit Familienangehörigen und Partnern bzw. Partnerinnen oder mit anderen Personen, die man kennt. Neben den familiären Wohnformen, die wohl eher Wunschphantasien als reale Chancen sind, wünschen sich diese Personen das Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft mit ausgewählten Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen (vgl. dazu auch Fuhrmann, 2005, 2009). Diejenigen, die fast nur noch Medikamente wie Methadon oder Buprenorphin nehmen, wollen nicht auf engem Raum zusammenleben mit Drogenabhängigen, die (noch immer) alle möglichen legalen und illegalen Drogen nehmen. Vielmehr wünscht man sich Wohngemeinschaftsmitglieder, die ähnlich stabilisiert sind im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Und diejenigen, die viele verschiedene Drogen nehmen, können sich ein Zusammenleben mit ehemaligen Abhängigen oder Stabilisierten ebenfalls nicht vorstellen.

Schließlich gibt es eine auch eine erstaunlich große Gruppe von ehemaligen Drogenabhängigen und stabilisiert mit einem Medikament (z.B. Methadon) lebenden Menschen, die sich ein Zusammenleben mit anderen alten Menschen in einem Altenpflegeheim durchaus vorstellen kann. Das passt ganz gut zu den Befunden von Fuhrmann (2005, 2009). Auch in diesen Studien sagen etwa 1/4 bzw. 1/3 der Befragten, dass für sie bei Hilfebedürftigkeit ein Leben in einem „normalen“ Altenpflegeheim durchaus denkbar ist.

Nimmt man alles zusammen, dann sollte man bei Planungen zur Unterbringung von älteren und betreuungsbedürftigen Drogenkonsumenten und –konsumentinnen auf deren eigene Wünsche und Vorstellungen achten. Wer keinen Kontakt zu anderen sucht bzw. diesen nicht aushalten kann, dem ist mit einem Angebot in einer Wohngemeinschaft nicht gedient. Wer

das Zusammenleben mit alten Menschen strikt ablehnt, wird sich in einem Altenpflegeheim kaum wohlfühlen.

Man wird also mit verschiedenen Wohnangeboten experimentieren müssen. Dazu gehören auch Modellprojekte für das Zusammenleben von vergleichsweise jungen (50- bis 60-jährigen) Drogenkonsumenten und –konsumentinnen mit vergleichsweise alten, oft pflegebedürftigen Menschen (zwischen 70 und 90 Jahren) unter einem Dach bzw. in zwei Etagen oder in benachbarten Häusern mit Gemeinschaftsverpflegung und Gemeinschaftsangeboten zur Freizeitgestaltung und anderer Aktivitäten für beide Personengruppen.

Literaturverzeichnis

- Aggarwal, S. K., Carter, G. T., Sullivan, M. D., ZumBrunnen, C., Morrill, R. & Mayer, J. D.** (2009): Medicinal use of cannabis in the United States: historical perspectives, current trends, and future directions. *Journal of Opioid Management*, 5 (3), 153–68.
http://students.washington.edu/sunila/JOM_5-3-03.pdf
- Beynon, C., McVeigh, J., Hurst, A. & Marr, A.** (2010): Older and sicker: changing mortality of drug users in treatment in the North West of England. *International Journal of Drug Policy*, doi: 10.1016/j.drugpo.2020.01.012.
- Conner, K. O. & Rosen, D.** (2008): „You’re nothing but a junkie“: multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 244-264.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E.** (2000): Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen, Hogrefe.
- Fuhrmann, K.** (2005): Umfrage zur speziellen Situation von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten über 40 Jahre. München, Condrops.
- Fuhrmann, K.** (2009): Umfrage zur Situation älterer OpiatkonsumentInnen in München. München, Condrops (unveröffentlicht).
- Geyer, D.** (2008): Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkranker. *Sucht aktuell*, 15, 31-35.
- Gläser, J. & Laudel, G.** (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden, VHS-Verlag.
- Gofman, E.** (1963): *Stigma*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Helfferich, C.** (2004): *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden, Leske & Budrich.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H.** (2006): *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und der Alterspsychotherapie*. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Hser, Y.-I., Longshore, D. & Anglin, M. D.** (2007a): The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31, 515-547. DOI:10.1177/0193841X07307316;
<http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/515>.

- Hser, Y.-I., Huang, D., Chou, C.-P. & Anglin, M. D.** (2007b): Trajectories of heroin addiction: growth mixture modelling results based on a 33-year follow-up study. *Evaluation Review*, 31, 548-563. DOI:10.1177/0193841X07307315; <http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/548>.
- Levy, J. A. & Anderson, T.** (2005): The drug career of the older injector. *Addiction Research & Theory*, 13, 245-258.
- Lintzeris, N., Mitchell, T. B., Bond, A. J., Nestor, L. & Strang, J.** (2007): Pharmacodynamics of diazepam co-administrated with methadone or buprenorphine under high dose conditions in opioid dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2/3), 187-194.
- Marijuana Policy Project** (2008): State by State Medical Marijuana Laws. http://www.mpp.org/assets/pdfs/download-materials/SBSR_NOV2008_1.pdf.
- Mayring, P.** (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Aufl. Weinheim, Beltz.
- Noller, P.** (1989): *Junkie-Maschinen*. Wiesbaden, DVU.
- Oslin, D., Pettinati, H. & Volpicelli, J.R.** (2002): Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 10 (6), 740-747.
- Peles, E., Schreiber, S. & Adelson, M.** (2010): 15-year survival and retention of patients in a general hospital-affiliated methadone maintenance treatment (MMT) center in Israel. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2), 141-148.
- Rosen, D., Smith, M.L. & Reynolds, C.F.** (2008). Characteristics and needs of older adult methadone clients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), 488-497.
- Saß, H. Wittchen, H.-U. & Zaudig, M.** (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen, Hogrefe.
- Satre, D. D., Mertens, J. R., Arean, P. A. & Weissner, D.** (2003): Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 520-530.
- Satre, D. D., Mertens, J. R., Arean, P. A. & Weissner, D.** (2004): Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in managed care program. *Addiction*, 99, 1286-1297.
- Simmedinger, R. & Vogt, I.** (2009): *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008. Dokumentationszeitraum 01.01-31.12.2008*. Frankfurt, ISFF.

- Smith, M. L. & Rosen, D.** (2009): Mistrust and self-isolation: barriers to social support of older adult methadone clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 25(7), 653-667.
- Verthein, U., Neumann, E., Buth, S. & Martens, M.-S.** (2008): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg*. Hamburg, Eigenverlag.
http://www.bado.de/dokumente/2007/BADO-Statusbericht_2007_WWW.pdf.
- Vogt, I.** (1998): Frauen, illegale Drogen und Armut: Wiederholungszwänge im Elend. In: Henkel, D. (Hrsg): *Sucht und Armut*. Opladen, Leske & Budrich, S. 191-208
- Vogt, I.** (2009): Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger. Ein Literaturbericht. *Suchttherapie*, 10, 17-24.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M.** (2010): *Ältere Drogenabhängige in Deutschland*. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (unveröffentlicht).
- Vogt, I. & Fritz, J.** (2006a): Alkoholabhängige Mütter und ihre Gefühle gegenüber ihren Kindern. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 38, 17-38.
- Vogt, I. & Fritz, J.** (2006b): Alkoholabhängige und nicht-abhängige Mütter und ihre Gefühle und Einstellungen gegenüber ihren Kindern, Partnern und Vertrauenspersonen. Abschlussbericht. Frankfurt, ISFF (unveröffentlicht).
- Vogt, I. & Fritz, J.** (2008): Alkoholabhängige Väter und ihre Beziehungen zu ihren Kindern und ihre Familien. Abschlussbericht. Frankfurt, ISFF (unveröffentlicht).