

Wohnen im Alter mit einer Substitution

Eine qualitative Untersuchung ambulanter Wohnunterstützungsangebote für Substitutionsklientinnen und -klienten in den Städten Olten und Solothurn



Master in Sozialer Arbeit – Bern, Luzern, St.Gallen, Zürich

Wohnen im Alter mit einer Substitution

Eine qualitative Untersuchung ambulanter Wohnunterstützungsangebote für Substitutionsklientinnen und -klienten in den Städten Olten und Solothurn

Studierende: Andrea Bregger

Studienbeginn: Februar 2012

Fachbegleitung: Prof. Dr. Matthias Riedel

Abgabedatum: 10. Januar 2014

Abstract

Die Zahl der Substitutionsklientinnen und -klienten über 45 Jahren hat sich in den letzten Jahren stark erhöht. In der Heroingestützten Behandlung liegt der Anteil bei rund 40% und bei der Substitutionsgestützten Behandlung mit Methadon bei rund 50%. Es wird davon ausgegangen, dass die Substitutionsklientinnen und -klienten aufgrund ihres Lebensstils rund 20 Jahre ‚vorgealtert‘ sind. Dies führt dazu, dass die körperlichen und psychischen Beschwerden bereits mit 45 Jahren zunehmen. Somit steigt auch der Bedarf an Unterstützung im Wohnbereich. Momentan fehlen aber der Klientel angepasste Konzepte von ambulanten Wohnunterstützungsangeboten. Diese Arbeit untersucht die Erfahrungen ambulanter Unterstützungsangebote im Wohnbereich von Spitex und Suchthilfe in den Städten Solothurn und Olten mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten, wie der Allgemeinzustand der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten beschrieben werden kann und welche ambulanten Angebote es benötigen würde, um das selbstständige Wohnen für diese Klientel weiterhin zu ermöglichen. Dazu wurden vier Experteninterviews mit den Leitungspersonen des Begleiteten Wohnens der Suchthilfe und der Spitex der Städte Solothurn und Olten geführt. Zudem wurde je eine Gruppendiskussion mit den Teams der Spitex und mit den Teams des Begleiteten Wohnens der Suchthilfe geführt. Die Daten wurden anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Resultate zeigen, dass der Allgemeinzustand der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sehr unterschiedlich ist. Als äusserst wichtig für die Betreuung werden gut qualifiziertes Personal mit Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und eine gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure im Betreuungsnetz bezeichnet. Zukünftig benötigt es engere Betreuungsangebote mit individuell zusammenstellbaren Dienstleistungen im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich.

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich während der Entstehung dieser Master-Thesis unterstützt haben. Ein Dankeschön an die Expertinnen und Expertinnen der Spitex und der Suchthilfe die mir ihre Zeit für die Interviews und Gruppendiskussionen zur Verfügung gestellt haben und mich an ihrem Wissen und an ihren Erfahrungen teilhaben liessen.

Speziell bedanke ich mich bei Prof. Dr. Matthias Riedel für die Fachbegleitung dieser Master-Thesis. Den konstruktiven und wertschätzenden Austausch habe ich sehr geschätzt.

Abschliessend bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, die mir während des gesamten Prozesses motivierend zur Seite gestanden sind. Speziell danke ich Peter, Christine und Michael für die kritischen Anmerkungen und die spannenden Diskussionen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit	3
1.2.	Zielsetzung.....	4
1.3.	Konkrete Fragestellung	4
1.4.	Aufbau der Arbeit.....	4
2.	Stand der Theorie und Forschung	6
2.1.	Abhängigkeitserkrankung.....	6
2.1.1.	Ursachen von Abhängigkeitserkrankung.....	7
2.1.2.	Opiatabhängigkeit	7
2.1.3.	Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung	8
2.2.	Substitutionsgestützte Behandlung in der Schweiz	9
2.2.1.	Methadongestützte Behandlung.....	10
2.2.2.	Heroingestützte Behandlung.....	11
2.3.	Substitution im Alter	13
2.3.1.	Somatische Situation	14
2.3.2.	Psychische Situation	16
2.3.3.	Soziale Situation	16
2.3.3.1.	Soziale Kontakte	17
2.3.3.2.	Wohnsituation.....	18
2.3.4.	Konsumverhalten	18
2.3.5.	Versorgungsspezifische Situation.....	19
2.3.6.	Zukunftsperspektiven Leben im Alter	20
2.3.7.	Lösungen / Empfehlungen.....	21
2.3.7.1.	Somatische Situation	21
2.3.7.2.	Psychische Situation	22
2.3.7.3.	Soziale Situation	22
2.3.7.4.	Versorgungssituation	22

2.4.	Projekt Intensiv Betreutes Wohnen der AIDS-Hilfe Bremen.....	23
2.4.1.	Hintergründe	23
2.4.2.	Rahmenbedingungen	24
2.4.3.	Erkenntnisse	24
3.	Methodik.....	26
3.1.	Gütekriterien	26
3.2.	Datenerhebung	28
3.2.1.	Auswahl der Stichprobe	28
3.2.1.1.	Angebot Spitex	30
3.2.1.2.	Angebot Begleitetes Wohnen	31
3.2.2.	Auswahl der Erhebungsinstrumente.....	32
3.2.2.1.	Experteninterview	32
3.2.2.2.	Gruppendiskussion	33
3.2.2.3.	Leitfaden.....	35
3.2.3.	Durchführung der Erhebung.....	36
3.2.4.	Reflexion der Datenerhebung	38
3.3.	Datenauswertung.....	39
3.3.1.	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	39
3.3.2.	Auswertung mit QDA-Software.....	46
4.	Darstellung der Ergebnisse.....	47
4.1.	Beschreibung der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten	47
4.1.1.	Alter	47
4.1.2.	Allgemeinzustand (somatische und psychische Situation)	47
4.1.3.	Verhalten	49
4.1.3.1.	Allgemeines Verhalten	49
4.1.3.2.	Kooperation.....	51
4.1.4.	Soziales Netz.....	53
4.1.5.	Tagesstruktur.....	54
4.1.6.	Wohnsituation.....	54

4.1.7.	Konsumverhalten	56
4.2.	Beschreibung der institutionellen Ebene	56
4.2.1.	Anforderung an Personal	57
4.2.1.1.	Herausforderungen	57
4.2.1.2.	Umgang mit Schwierigkeiten.....	59
4.2.2.	Anschlusslösung Begleitetes Wohnen.....	60
4.2.3.	Aufgabe / Grenze BeWo und Spitex.....	60
4.2.4.	Finanzierung	61
4.2.5.	Zusammenarbeit	62
4.2.5.1.	Akteure	62
4.2.5.2.	Gestaltung der Zusammenarbeit.....	62
4.3.	Zukunftsentwicklungen	64
4.3.1.	Bedarf	64
4.3.1.1.	Bedürfnisse der Klientel	64
4.3.1.2.	Bedarf aus Sicht von BeWo und Spitex	65
4.3.2.	Anforderungen an Alters- und Pflegeheime	66
4.3.3.	Rahmenbedingungen Zukunftsangebot	67
5.	Diskussion der Ergebnisse	69
5.1.	Beschreibung der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten	69
5.1.1.	Somatische Situation	69
5.1.2.	Psychische Situation	70
5.1.3.	Soziales Netz.....	71
5.1.4.	Tagesstruktur.....	71
5.1.5.	Wohnsituation.....	72
5.1.6.	Konsumverhalten	73
5.1.7.	Zusammenfassung.....	73
5.2.	Erfahrungen mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten	75
5.2.1.	Verhalten der Klientel	75
5.2.2.	Herausforderungen für das Personal	77

5.2.2.1.	Herausforderungen für das Begleitete Wohnen	77
5.2.2.2.	Herausforderungen für die Spitex.....	78
5.2.3.	Grenzen der Angebote	79
5.2.3.1.	Grenzen des Begleiteten Wohnens.....	79
5.2.3.2.	Grenzen der Spitex	79
5.2.4.	Zusammenfassung.....	80
5.3.	In Zukunft benötigte Angebote	81
5.3.1.	Bedarf	81
5.3.1.1.	Bedürfnisse der Klientel	82
5.3.1.2.	Bedarf im Versorgungssystem.....	82
5.3.2.	Zusammenarbeit	83
5.3.3.	Rahmenbedingungen	84
5.3.4.	Zusammenfassung.....	87
6.	Schlussfolgerung.....	89
6.1.	Gestaltungsempfehlungen für die Region Solothurn und Olten.....	89
6.2.	Fazit für die Soziale Arbeit.....	90
6.3.	Ausblick	91
	Literaturverzeichnis.....	92
	Anhang A: Zusammenstellung der Gruppendiskussionen	XCVI
	Anhang B: Leitfaden	XCVII
	Anhang C: Diagnostische Kriterien Abhängigkeit.....	XCVIII
	Anhang D: Beispiel für Vorgehen bei der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse: Kategorie Tagesstruktur.....	XCIX
	Anhang E: Finanzierung Dienstleistungen.....	C

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl Personen in der Methadongestützten Behandlung in der Schweiz 1993-2009 ..	10
Abbildung 2: Anzahl Klientinnen und Klienten in der HeGeBe	12
Abbildung 3: Verteilung des Alters der HeGeBe-Patientinnen und Patienten	12
Abbildung 4: Psychosoziale Folgen der Opiatabhängigkeit.....	17
Abbildung 5: Altersverteilung BeWo der Perspektive 2012.....	32
Abbildung 6: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell.....	41
Abbildung 7: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse	43
Abbildung 8: Zusammenarbeit Akteure	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenauswahl der Organisationen	29
Tabelle 2: Kategoriensystem	45
Tabelle 3: Fazit Fragestellung a	75
Tabelle 4: Fazit Fragestellung b	81
Tabelle 5: Rahmenbedingungen für mögliche Angebote.....	85
Tabelle 6: Fazit zum Bedarf in Fragestellung c	87
Tabelle 7: Gestaltung der Zusammenarbeit.....	88
Tabelle 8: Diagnostische Kriterien.....	XCVIII
Tabelle 9: Finanzierung Dienstleistungen	C

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BeWo	Begleitetes Wohnen
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	International Classification of Diseases
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
SuGeBe	Substitutionsgestützte Behandlung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Die demographische Alterung setzt sich in der Schweiz von Jahr zu Jahr fort. Im Jahr 2011 ist die Zahl der 65-jährigen und älteren Personen auf 17,2% gestiegen (vgl. Bundesamt für Statistik, 2012, S.2). Diese Entwicklung, ist auch in der Substitutionsgestützten Behandlung (SuGeBe) zu beobachten. In der Heroingestützten Behandlung (HeGeBe) sind im Jahr 2012 1578 Substitutionsklientinnen und -klienten angemeldet. Während im Jahr 1994 noch 78% aller HeGeBe-Klientinnen und -Klienten unter 35 Jahre alt gewesen sind, sind es 2012 nur noch 16%. Dagegen ist der Anteil an Klientinnen und Klienten, die mindestens 45 Jahre alt sind, stetig gestiegen und lag im Jahr 2012 bei 40% (vgl. Hiltebrand, Dickson-Spillmann, Bolliger & Schaub, 2013, S.3f). Dieselbe Entwicklung zeigt sich laut Hälgl und Dürsteler-MacFarland auch in der SuGeBe mit Methadon. Am Ende des Jahres 2011 befanden sich rund 18'000 Personen in Behandlung. In der nationalen Methadonstatistik erfolgt allerdings keine Ausdifferenzierung der Alterskategorien ab 40 Jahren. Der Anteil der Methadonbezügerinnen und -bezüger über 40 liegt jedoch in den meisten Kantonen bei rund 50% (vgl. Hälgl & Dürsteler-MacFarland, 2013, S.30). Ebenfalls in der EU haben sich der Anteil Substitutionsklientinnen und -klienten über 40 Jahren zwischen 2002 und 2005 von 8.6% auf 17,6% mehr als verdoppelt (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2008, S.1).

Der stetige Anstieg kann laut Maffli und Delgrande Jordan mit der Entwicklung der ‚Heroinepidemie‘ in der Schweiz in Zusammenhang gebracht werden. Denn diese hat 1970 begonnen und Anfang der Neunziger ihren Höhepunkt erreicht. Folglich wird die erste grosse betroffene Altersgruppe gegenwärtig ein Alter von 40 bis 60 Jahren erreicht haben (vgl. Maffli & Delgrande Jordan, 2010, S.18). Wolter betont, dass ein Überleben durch die Entwicklungen in der Suchtpolitik in den letzten Jahrzehnten trotz Suchterkrankung und fortgesetztem Konsum über viele Jahre oder Jahrzehnte möglich ist (vgl. Wolter, 2011, S.215).

In dieser Arbeit stehen ältere Substitutionsklientinnen und -klienten im Fokus. Aber wie wird nun ‚alt‘ definiert? Laut Bojak, Brecht und Derr gibt es keine einheitliche Definition des ‚Alters‘ beziehungsweise des ‚Alters‘, denn dieses Phänomen kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Die verbreitetste Bestimmung des Alters erfolgt durch die Anzahl der gelebten Jahre. Dies wird als kalendarisches oder chronologisches Alter bezeichnet. Denn dieser Begriff ist messbar und somit wichtig zur Markierung verschiedener Lebensabschnitte (vgl. Bojak et al., 2010, S.13). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert das jeweilige chronologische Alter wie folgt:

- Alternde Menschen: 50-60 Jahre
- Ältere Menschen: 61-75 Jahre
- Alte Menschen: 76-90 Jahre
- Sehr alte Menschen: 91-100 Jahre
- Hochaltrige: über 100 Jahre (vgl. WHO, 1994; zitiert nach Bojak et al., 2010, S.14)

Diese Definition kann in dieser Weise für Substitutionsklientinnen und -klienten nur bedingt übernommen werden. Denn laut Vogt sind Substitutionsklientinnen und -klienten bereits mit 40 Jahren mit unterschiedlichsten gesundheitlichen Beschwerden konfrontiert und der Unterstützungsbedarf nimmt stark zu (vgl. Vogt, 2011b, S.5). Hälg und Dürsteler-MacFarland gehen davon aus, dass Substitutionsklientinnen und -klienten rund 20 Jahre ‚vorgealtert‘ sind (vgl. Hälg & Dürsteler-MacFarland, 2013, S.30). Die Autorin hat sich aufgrund dieser Definition dafür entschieden, sich bei der Definition am Bundesamt für Statistik zu orientieren, welches für Statistiken im HeGeBe eine Altersgruppe ab 45 Jahren definiert. So werden in dieser Arbeit alle Substitutionsklientinnen und -klienten über 45 Jahren als ‚älter‘ bezeichnet.

Laut Hälg und Dürsteler-MacFarland nehmen die altersbedingten Begleiterkrankungen bei substituierten Klientinnen und Klienten zu. Dies aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und dem Phänomen des ‚Vorgealtertseins‘ bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Somit setzen körperliche Erkrankungen meist früher und teilweise ausgeprägter ein als bei nicht Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im selben Alter. Es scheint so, dass Gesundheitsprobleme durch den jahrelangen illegalen Substanzkonsum und den damit verbundenen Risiken dazu führen, dass ‚normale‘ altersbedingte körperliche und psychische Funktionseinbussen sich verschärfen (vgl. Hälg & Dürsteler-MacFarland, 2013, S.30f).

Vogt betont, dass der Lebensstil im Drogenmilieu mit erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen verbunden ist und deshalb die medizinische Behandlung besonders wichtig wird (vgl. Vogt, 2011a, S.51). Dürsteler-MacFarland, Herdener, Strasser und Vogel beschreiben unterschiedlichste klientelspezifische Problemlagen. Dabei wird die zunehmende Hilfsbedürftigkeit von Substitutionsklientinnen und -klienten als zentrales Problem beschrieben. Weil diese den Autonomiebestrebungen der Betroffenen oftmals diametral entgegengesetzt ist. Dies unterscheidet sich nicht von der Allgemeinbevölkerung, doch ist er bei Substitutionsklientinnen und -klienten verschärft. Denn die meisten verfügen nur über ein sehr dünnes soziales Netz und dieser Konflikt tritt meist früher auf. Zudem haben viele Klientinnen und Klienten negative Erfahrungen gemacht mit dem Unterstützungssystem und so besteht grosse Angst davor, auf andere Menschen angewiesen zu sein (vgl. Dürsteler–MacFarland et

al., 2011, S.103). Die Alterung unter den Substitutionsklientinnen und -klienten und die damit verbundenen neuen Herausforderungen sind erst seit kurzem erkannt worden. Dies bedeutet, dass ein erheblicher Nachholbedarf an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zu dieser Thematik zu konstatieren ist (vgl. ebd., S.98).

Laut Höpflinger sind Wohnform und Wohlbefinden im Alter stark miteinander verbunden. Zudem wird Wohnen als Grundbedürfnis bezeichnet (vgl. Höpflinger, 2009, S.13). Die Ergebnisse von Befragungen von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten ergeben, dass sie so lange wie möglich selbstständig in ihren Wohnungen leben möchten (vgl. Kapitel 2.3.6). Zudem spricht Leune den ambulanten Einrichtungen eine zentrale Stellung im Versorgungssystem der Suchthilfe zu. Denn der überwiegende Teil der Suchthilfe wird in ambulanten Arbeitsfeldern angeboten. Dazu wird auch das ambulante Betreute Wohnen gezählt. Dieses dient der Stabilisierung, Orientierungshilfe und der Krisenintervention für die unterstützungsbedürftigen Menschen mit einer Substitution (vgl. Leune, 2002, S.33).

Durch die Tätigkeit der Autorin im SuGeBe der Stadt Solothurn in der Sozialberatung, ist das Thema der Unterstützung in der Wohnung von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten immer wieder aufgetaucht. Denn die bisherigen Angebote des Begleiteten Wohnens der Suchthilfen (BeWo) und die ambulante Unterstützung der Spitex sind nicht auf die Thematiken von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten eingestellt. Aus den Empfehlungen von Vogt, Eppler und Kuplewatzki geht hervor, dass es unter anderem neue Konzepte für neue Wohnformen und Wohnunterstützungsangebote für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten benötigt (vgl. Vogt et al., 2010c, S.2-5). Auch Degwitz und Zurhold geben an, dass das Bedürfnis nach ambulanter Unterstützung vorhanden ist, entsprechende Konzepte und spezialisierte Angebote fehlen bisher. Einzig im stationären Bereich sind bereits Konzepte für ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung vorhanden (vgl. Degwitz & Zurhold, o. J., S.69-72). Diese praxisorientierte Problemstellung und die bestehende wissenschaftliche Lücke im Forschungsfeld, hat dazu geführt, dass die Autorin die ambulante Unterstützung im Wohnen von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten als Grundlage für die vorliegende Masterthesis ausgewählt hat.

1.1. Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit im Suchtbereich wird von Hüttemann, Rügger und Wüsten als ein jahrelanges Praxisfeld der klinischen Sozialarbeit bezeichnet (vgl. Hüttemann et al., 2013, S.326). Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind laut Rosenhagen oftmals die ersten unter den professionellen Helferinnen und Helfer die Kontakt mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben. In allen Angeboten des Suchthilfesystems sind Sozialarbeitende tätig und übernehmen unterschiedliche Aufgaben (vgl. Rosenhagen, 2005, S.83). Zudem übernehmen Sozialarbeitende die Aufgabe der Sozialbera-

tung in der SuGeBe und sind da ein Teil des interdisziplinären Behandlungsteams aus Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit (vgl. Krebs, 2006, S.155). Auch sind die Professionellen der Sozialen Arbeit immer mehr in der Arbeit mit älteren Menschen tätig und steuern dort einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Selbstständigkeit der älteren Menschen bei (vgl. Zippel & Kraus, 2011, S.16). Vor diesem Hintergrund wird sichtbar, dass die Thematik der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten eine zunehmende Wichtigkeit für die Soziale Arbeit hat und der Bereich des Wohnens in die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit fällt.

1.2. Zielsetzung

Die Autorin hat sich aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse räumlich auf den Kanton Solothurn beschränkt (siehe Kapitel 2.3). Bis anhin bestehen die Forschungsarbeiten - wenn überhaupt - vorwiegend aus Untersuchungen in grösseren Städten und Kantonen der Schweiz (Beispiel: Bern, Basel). Es fehlen Ergebnisse und Problemlösungsansätze für kleinere Städte und Kantone, bei denen das Angebot und die Ressourcenvielfalt beschränkter sind und die Anzahl der Betroffenen tiefer ist. Zudem verfügt die Autorin durch ihre Tätigkeit in der Stadt Solothurn über spezifische Kenntnisse des Versorgungssystems des Kantons, was den Zugang zum Forschungsfeld erhöht.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist das Forschungsfeld zu erweitern und Handlungsempfehlungen für das Versorgungssystem von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten der Städte Solothurn und Olten abzugeben. Dabei soll herausgefunden werden, wie die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten momentan von den Betreuungspersonen im ambulanten Bereich wahrgenommen werden.

1.3. Konkrete Fragestellung

Um diese Zielsetzung zu erreichen und aufgrund der dargestellten Problemstellung hat die Autorin folgende Fragestellungen für die vorliegende Arbeit festgehalten:

- a) Wie ist der Allgemeinzustand von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zu beschreiben?
- b) Welche Erfahrungen machen die befragten ambulanten Angebote der Städte Solothurn und Olten in der Arbeit mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten?
- c) Welche ambulanten Angebote benötigt es aus Sicht von Expertinnen und Experten aus Spitex und Suchthilfe in den Städten Solothurn und Olten, um substituierte Personen im Alter das selbstständige Wohnen auch bei eingeschränktem Allgemeinzustand zu ermöglichen?

1.4. Aufbau der Arbeit

Um diese Fragestellungen zu beantworten, wird nach dem einleitenden Kapitel, in Kapitel zwei der bisherige Stand der Theorie und der Forschung dargestellt. Dabei wird die Abhängigkeitserkrankung genauer definiert, die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung beschrieben, die Spezifika der Opi-

tabhängigkeit erläutert und auf die Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eingegangen. Da sich diese Arbeit auf Substitutionsklientinnen und -klienten beschränkt, wird die SuGeBe sowohl mit Methadon als auch mit Heroin genauer erläutert. Danach werden die Problemlagen der Substitution im Alter erläutert und die bisherigen Erkenntnisse dargestellt. Daraufhin wird ein ‚Best-Practice‘-Projekt aus Deutschland kurz vorgestellt. Im Kapitel drei wird das methodische Vorgehen genauer beschrieben wobei der Fokus auf die Datenerhebung und die Datenauswertung gelegt wird. In Kapitel vier werden die Ergebnisse anhand des erarbeiteten Kategoriensystems dargestellt. Anschliessend werden in Kapitel fünf diese Ergebnisse anhand der Fragestellungen der Arbeit diskutiert und die Fragestellungen beantwortet. In Kapitel sechs wird ein Fazit für die Soziale Arbeit gezogen, die Handlungsempfehlungen für Solothurn und Olten dargestellt und ein Ausblick für zukünftige Themen wird gemacht.

2. Stand der Theorie und Forschung

In diesem Kapitel wird der Stand der Theorie und der Forschung erläutert. Dazu wird zuerst in den Begriff der Abhängigkeit eingeführt, um danach die SuGeBe genauer erläutern zu können. Weiter werden die Themen der Substitution im Alter dargestellt, wobei eine Verbindung der Theorie mit aktuellen Forschungsergebnissen gemacht wird. So entsteht ein Überblick über die Problemstellungen der Substitution im Alter. Daraufhin wird das Projekt intensiv Betreutes Wohnen aus Bremen vorgestellt und die bisherigen Erkenntnisse aus diesem Projekt erläutert.

2.1. Abhängigkeitserkrankung

Die Abhängigkeit lässt sich auf den Begriff ‚Sucht‘ zurückführen und dieser geht auf das Verb ‚sich sehen‘ zurück. Dies bedeutet krank sein und war ursprünglich die Bezeichnung für jede körperliche Krankheit, die nicht durch Unfälle oder Verletzungen herbeigeführt wurde. 1950 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals den Suchtbegriff definiert. Seither hat sich die Definition immer wieder gewandelt. Im Jahr 1964 ist der Suchtbegriff in der Diagnostik durch die Begriffe der Abhängigkeitserkrankung und des schädlichen Missbrauchs ersetzt worden. Seitdem unterscheidet die WHO unterschiedliche Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Haasen, Kutzer & Schäfer, 2010, S.267). Es wird zwischen der psychischen Abhängigkeit, das heisst dem übermächtigen und unwiderstehlichen Verlangen, eine bestimmte Substanz wieder einzunehmen, und körperlicher Abhängigkeit, die durch Dosissteigerung und das Auftreten von Entzugsserscheinungen gekennzeichnet ist, unterschieden. Insgesamt handelt es sich bei Abhängigkeitserkrankungen also um ein zwanghaftes Bedürfnis und ein Angewiesen sein auf bestimmte Substanzen (vgl. Niekrens, 2012, S.33). Zur objektiven Diagnostik einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung werden die Kriterien des ICD-10 (International Classification of Diseases) berücksichtigt. Laut dieser Definition liegt eine substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung vor, wenn bei einem Menschen drei oder mehr der folgenden Kriterien zusammen mindestens einen Monat lang Bestand haben:

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch. Das heisst über Beginn, Ende oder Menge des Konsums.
3. Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird. Der Konsum zielt auf eine Milderung oder Vermeidung von diesen Entzugssymptomen ab.
4. Durch den Aufbau einer Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz.

5. Aufgeben oder vernachlässigen anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche zugunsten des Substanzgebrauches. Ein hoher Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanz, deren Konsum oder der Regeneration der Folgen vom Konsum.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutiger schädlicher Folgen (psychisch, physisch und/oder sozial) (vgl. Deimel, 2013, S.18f).

2.1.1. Ursachen von Abhängigkeitserkrankung

Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen näher auf unterschiedliche Theorien zu den Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen einzugehen. Aus diesem Grund wird nur kurz auf das multifaktorielle Ursachenmodell eingegangen. Laut Lüscher resultieren aus der inter- und multidisziplinären Auseinandersetzung mit der Thematik der Abhängigkeit eine Fülle von Annahmen und Erklärungsmodelle. Teilweise ergänzen sich die Theorien. Es gibt aber auch Theorien, die von unterschiedlichen Annahmen und Zielen ausgehen. Deshalb wird häufig von einem multifaktoriellen Ursachenmodell im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen ausgegangen. Dies im Wissen, dass nicht eine Theorie die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung erklären kann oder ein Faktor allein zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung führt. Zudem wird die Inhomogenität der Gruppe der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung beachtet, auf die jeweils unterschiedliche Theorien und Typologien passen. So wird angenommen, dass mehrere Faktoren gleichermassen zu einer Sucht führen und dass es individuell unterschiedliche Entwicklungen und Verläufe gibt. Das bedeutet, dass von einem Konzept einer alles erklärenden Theorie abgewichen wird und die vorhandenen Theorien zur Abhängigkeit gleichermassen für die Erklärung einer Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung und deren Aufrechterhaltung herangezogen werden (vgl. Lüscher, 2010, S.19).

2.1.2. Opiatabhängigkeit

Unter dem Begriff ‚Opiate‘ werden Substanzen verstanden, die unterschiedliche Herkunft haben können: Sie können aus dem Saft der Mohnpflanze gewonnen werden (Rohopium). Ausserdem können sie halb- beziehungsweise vollsynthetisch hergestellt werden oder sie können im Körper von Menschen oder Säugetieren gebildet werden (Endorphine) (vgl. Deimel, 2013, S.18). Heroin ist ein halbsynthetisches Opiat, das aus Morphin hergestellt wird. Dabei wird die aus dem Rohopium gewonnene Morphinbase mit Essigsäureanhydrid gekocht. Die so hergestellte Substanz hat die chemische Bezeichnung Diacetylmorphin. Aufgrund der heroischen Wirkung erhielt sie den Namen Heroin (vgl. Purcell-Riederer, 2010, S.9 f.). Die körpereigenen Endorphine wirken, ähnlich wie die dem Körper von aussen zugefügten Opiate, Schmerz lindernd. Opiate rufen durch die Aktivierung des Dopaminsystems Glücksgefühle hervor. Zudem reduziert die Einnahme von Opiaten die Atmung. Die körpereigenen Endorphine haben die Funktion bei Verletzungen Schmerzen zu lindern und so die Flucht beziehungsweise den Kampf zu ermöglichen. Sie haben aber eine deutlich kürzere Wirkungszeit als

die eingenommenen Opiate und haben daher nur ein sehr geringes Abhängigkeitspotenzial. Die regelmäßige Einnahme von Opiaten kann zu einem Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 führen (vgl. Deimel, 2013, S.18).

Nachdem Opium und opiumhaltige Mischungen für Jahrtausende als Heilmittel gedient hatten, wurde Heroin erstmals 1874 vom Engländer C. R. A. Wright im Chemielabor hergestellt und wenig später von der chemischen und pharmazeutischen Industrie in Deutschland (Bayer, 1898) und der Schweiz (Basler Chemie) in grossen Mengen produziert und als gängiges Arzneimittel vermarktet (Sucht Schweiz, 2013, Heroin, ¶1).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es unter dem Einfluss moralischer, medizinischer und politischer Vorstellungen zu einer Verschärfung der Drogenpolitik gegen Opium und die mit ihm verwandten Substanzen. Der medizinische Nutzen des Heroins wurde in Frage gestellt und seine soziale Schädlichkeit betont. Unter dem Druck internationaler Abkommen zur Drogenkontrolle wurde Heroin mehr auch in der Schweiz 1924 verboten und dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) unterstellt (vgl. ebd., ¶2).

Ende der achtziger Jahre entstanden in mehreren Schweizer Städten offene Drogenszenen, in denen sich eine wachsende Anzahl von Menschen mit einer schweren Opiatabhängigkeit bewegte und dem hohen Risiko von HIV-Infektion, Beschaffungskriminalität und Prostitution aussetzten. Im Rahmen der gesetzlichen Ausnahmeregelungen für Heroin wurde 1994 ein wissenschaftlicher Versuch zur ärztlichen Heroinverschreibung gestartet. Neben anderen Massnahmen (wie Spritzenabgabe, Einrichten von Anlauf- und Kontaktstellen) wurde 1999 mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin begonnen. Die so genannte HeGeBe gelangte nach vielen kontroversen Diskussionen im Juni 1999 als dringlicher Bundesbeschluss zur Abstimmung und wurde vom Volk deutlich angenommen. Mit dem revidierten Betäubungsmittelgesetz, welches im November 2008 in einer Volksabstimmung gutgeheissen wurde, ist die HeGeBe nun langfristig gesetzlich verankert (vgl. ebd., ¶3). Deshalb wird im folgenden Kapitel 2.2 genauer auf die SuGeBe in der Schweiz eingegangen.

2.1.3. Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung

In der Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung unterscheidet Veltrup zwei Vorgehensweisen: den akzeptierenden und den abstinenzorientierten Ansatz. Der akzeptierende Ansatz hat das primäre Ziel, das gesunde Überleben von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zu sichern. Um dieses Ziel zu erreichen stehen medizinische und sozialarbeiterische Interventionen im Vordergrund. Der abstinenzorientierte Ansatz hingegen hat den totalen Verzicht auf jeglichen Konsum von illegalen oder legalen Drogen zum Ziel (vgl. Veltrup, 2002, S.233).

Nachfolgend werden ausgewählte Aspekte in der Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung aufgeführt. Es handelt sich dabei um Auszüge und vor diesem Hintergrund besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit, sondern es wird auf die für diese Arbeit relevanten Aspekte fokussiert.

In der Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist die Frustrationstoleranz laut Fengler eine wichtige Eigenschaft. Denn durch die Erfahrungen mit Kontakt und Kontaktabbruch, Erfolg und Misserfolg und vielen anderen Belastungen ist es wichtig, eine Frustrationstoleranz entwickeln zu können. Nicht, dass sich Mitarbeitende nicht mehr emotional berühren lassen sollen, sondern dass die Affekte nicht zu überstürztem Handeln veranlassen oder den Mitarbeitenden gar handlungsunfähig machen würden (vgl. Fengler, 2002, S.529). Zudem besteht laut Günther ein Kooperations-Dilemma. Dieses beginnt bei der Frage der Einsichtsfähigkeit und Behandlungsbereitschaft von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die Ambivalenz der Klientinnen und Klienten hinsichtlich „Zulassen von Fremdkontrolle“ einerseits und „Beharren und Vertrauen auf Selbstkontrolle“ andererseits, erfordert Geduld von den Unterstützenden aus dem Versorgungssystem. Dies kann zu Konflikten führen (vgl. Günther, 2008, S.58). Dazu ergänzt Vogt, dass Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung die Betreuungspersonen zu Beginn des Kontaktes prüfen. Das heisst sie beurteilen, wie stark sich die Betreuungspersonen engagieren, wie gut sie sich gegenseitig verstehen und auch wie stark sich die Betreuungspersonen manipulieren lassen. Dies kann oftmals zu Konflikten mit dem Auftrag und der Haltung der Institution führen. Diesen Schwierigkeiten kann mit einer klaren Haltung der Institution und der einzelnen Betreuungsperson begegnet werden. Zudem ist der Austausch im Team und die stetige Reflexion des Handelns der einzelnen Betreuungspersonen wichtig (vgl. Vogt, 2004, S.159ff).

2.2. Substitutionsgestützte Behandlung in der Schweiz

Unter einer Substitutionsbehandlung wird der ärztlich verordnete Ersatz einer illegal konsumierten Droge durch ein legales Medikament bei Menschen mit einer Opiatabhängigkeit verstanden. Erfolgreiche Substitutionsbehandlungen führen zu einer Reduktion oder zur vollständigen Aufgabe des Gebrauchs von Strassen-Heroin und oder anderen Drogen, Verminderung von Beschaffungskriminalität, Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens, Ermöglichung und Erleichterung der sozialen Integration und Verminderung übertragbarer Krankheiten (vgl. Purcell-Riederer, 2010, S.14). Die Substitutionsbehandlung soll demnach zur Schadensminderung und vor allem zur Stabilisierung der Klientinnen und Klienten beitragen (vgl. Deimel, 2013, S.69). Die Substitution alleine ist noch keine Behandlung, sondern lediglich der Austausch des Suchtmittels durch ein Medikament. Wenn die Substitution in ein Behandlungskonzept mit geeigneten psychosozialen Massnahmen eingebettet wird, ergibt sich eine SuGeBe. Somit wird die Kernaufgabe der SuGeBe ersichtlich: es ist eine Behandlung für Menschen mit einer Opiatabhängigkeit, in der eine medizinische und eine

psychosoziale Behandlung stattfindet (vgl. ebd., S.73). In der SuGeBe wird zwischen zwei Behandlungen nach den Substitutionsmitteln Methadon und Heroin unterschieden. Folgend werden diese Behandlungsarten näher erläutert.

2.2.1. Methadongestützte Behandlung

Methadon ist ein vollsynthetisch hergestelltes Opioid mit stark schmerzstillender Wirksamkeit. Seit den 1960er Jahren wird Methadon als Substitutionsmittel gegen körperliche Entzugerscheinungen bei Heroinabhängigkeit eingesetzt. Seit 1975 besteht in der Schweiz die gesetzliche Grundlage zur Behandlung von Menschen mit einer Opiatabhängigkeit mit dem Substitutionsmittel Methadon. Fast 90% der heutigen Substitutionsbehandlungen sind Substitutionsbehandlungen mit Methadon. Substitutionsbehandlungen mit Methadon müssen von den kantonalen Behörden (Kantonsarzt beziehungsweise Kantonsärztin¹) bewilligt werden. Etwa 60% der Substitutionsbehandlungen mit Methadon werden durch die Hausärztinnen und Hausärzte und die verbleibenden 40% ambulant oder stationär durch Spitäler, psychiatrische Dienste und spezialisierte Institutionen durchgeführt. Die Abgabe des Substitutionsmittels kann an Apotheken delegiert werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG), o.J., Substitutionsgestützte Behandlung, ¶12ff). In der Abbildung 1 wird die Anzahl Personen in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon von 1993 bis 2009 ersichtlich. Im Jahr 2009 wurden rund 18'000 Personen in einer solchen Behandlung.

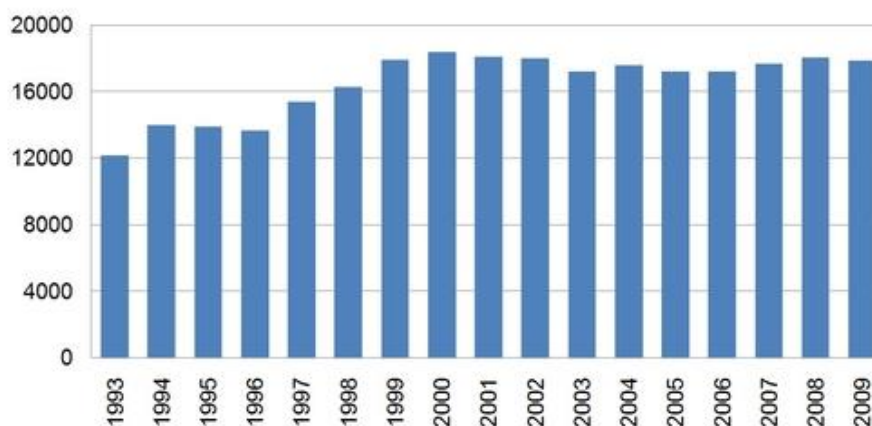


Abbildung 1: Anzahl Personen in der Methadongestützten Behandlung in der Schweiz 1993-2009 (vgl. BAG, o.J., Substitutionsgestützte Behandlung, ¶1)

Im Kanton Solothurn haben 777 Personen im Jahr 2011 an einer Substitutionsbehandlung mit Methadon teilgenommen. Dies entspricht einer Erhöhung von 14 Prozent seit 2003 (vgl. Sozialbericht, 2013, S.310).

¹ Auf der Verwaltungsebene angestellte Ärztin oder angestellter Arzt mit unterschiedlichen Funktionen u.a. die Bewilligung für die Methadonabgabe bei Hausärztinnen und Hausärzten.

2.2.2. Heroingestützte Behandlung

In der Schweiz wird in etwa 8% der Substitutionsbehandlungen Diacetylmorphin eingesetzt. Diacetylmorphin ist halbsynthetisch hergestelltes Opiat und wird Heroin genannt (vgl. Kapitel 2.1 und 2.1.2). Mit der diacetylmorphingestützten Behandlung (Heroingestützte Behandlung, HeGeBe) werden Menschen mit einer schweren Opiatabhängigkeit behandelt, die mit anderen therapeutischen Angeboten nicht erreicht werden können. Das BAG ist zuständig für Bewilligungen, Aufsicht und Kontrolle sowie Information rund um die HeGeBe (vgl. BAG (o.J.), Substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin (Heroin), ¶1).

Die HeGeBe beinhaltet eine strikt reglementierte und kontrollierte Verabreichung von Diacetylmorphin, eingebettet in eine umfassende ärztliche Behandlung und psychosoziale Betreuung. (vgl. ebd., ¶2). Die Ziele der HeGeBe entsprechen jenen der Behandlung mit anderen Substitutionsmitteln: Eine dauerhafte therapeutische Einbindung, ein risikoarmer Konsum psychoaktiver Substanzen, die Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes und der sozialen Integration, die Schaffung von Bedingungen für die Abstinenz sowie die Distanzierung von der Drogenszene und die Verhinderung der Beschaffungskriminalität (vgl. ebd., ¶3).

Die HeGeBe wird seit 1994 wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Ergebnisse der Behandlung zeigen konstant eine Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der sozialen Situation der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Zudem ist eine starke Reduktion der Delinquenz festzustellen (vgl. ebd., ¶4).

Die Aufnahmekriterien für die HeGeBe sind wie folgt: Mindestalter 18 Jahre, schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren, mindestens zwei abgebrochene oder erfolglos absolvierte Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten Methode und Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich (vgl. ebd., ¶5).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl Klientinnen und Klienten in der HeGeBe seit 1994. Seit 2002 hat sich die Anzahl zwischen 1400 und 1600 Klientinnen und Klienten stabilisiert (vgl. Hiltebrand et al., 2013, S.4).

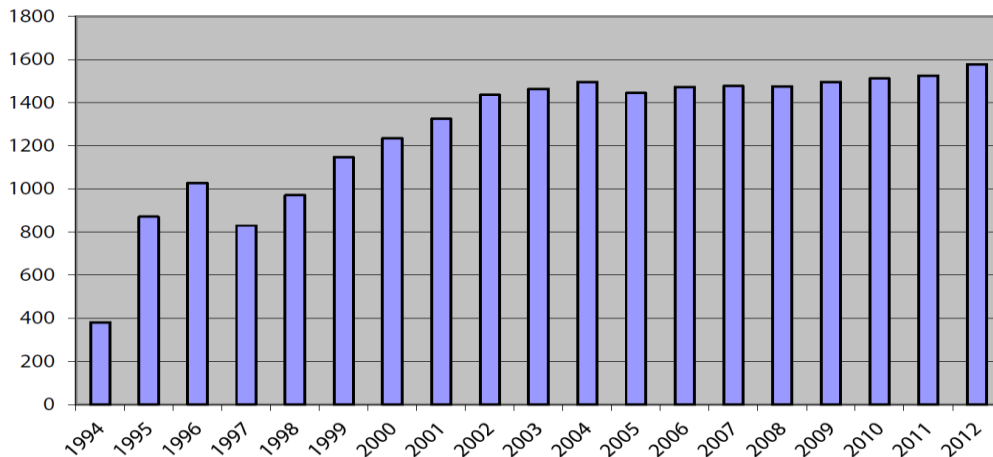


Abbildung 2: Anzahl Klientinnen und Klienten in der HeGeBe (vgl. Hildebrand et al., 2013, S.4)

Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der Klientinnen und Klienten in der HeGeBe für die Jahre 1994 bis 2012. Während im Jahr 1994 noch 78% aller Klientinnen und Klienten in der HeGeBe unter 35 Jahre alt waren, sind es aktuell nur noch 16%. Dagegen ist der Anteil an Klientinnen und Klienten, die mindestens 45 Jahre alt sind, stetig gestiegen und liegt im Jahr 2012 bei 40% (vgl. Hildebrand et al., S.5).

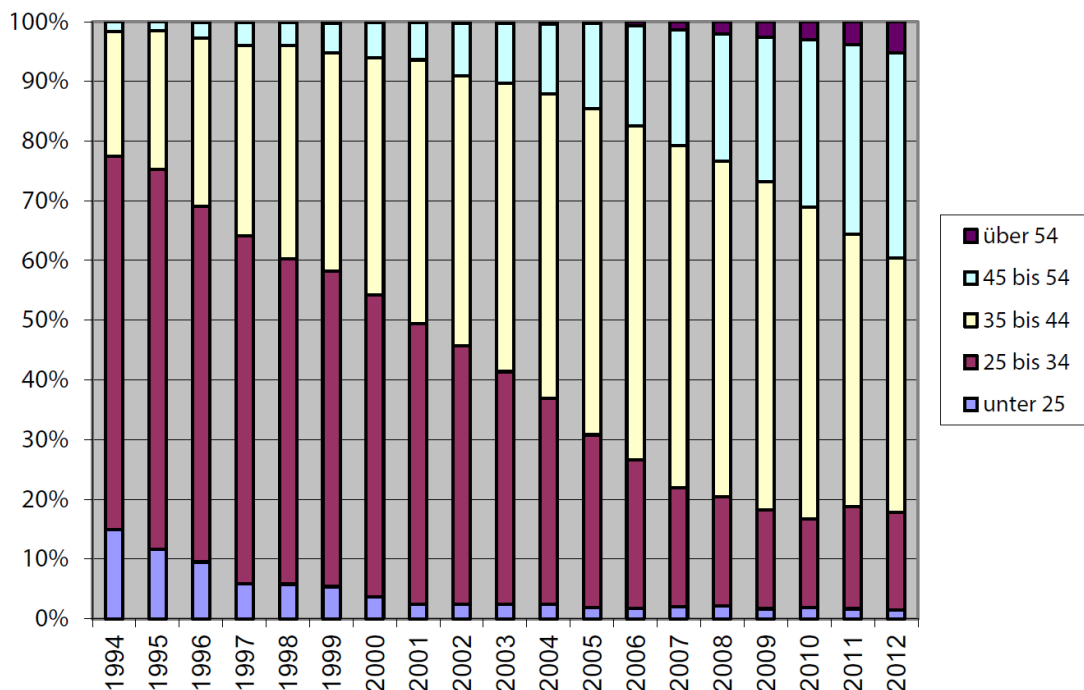


Abbildung 3: Verteilung des Alters der HeGeBe-Patientinnen und Patienten (vgl. Hildebrand et al., 2013, S.5)

Im Kanton Solothurn gibt es zwei SuGeBe-Zentren, eines in der Stadt Olten und eines in der Stadt Solothurn. Beide zusammen hatten im Jahr 2011 75 Personen in der HeGeBe (vgl. Sozialbericht, 2013, S.311).

2.3. Substitution im Alter

Das Älterwerden ist ein komplexer Prozess, der von verschiedensten Faktoren und Vorgängen abhängt und sich individuell sehr unterschiedlich bemerkbar macht. Neben biologischen und kognitiven, sozialen und emotionalen umfasst das Altern oft auch finanzielle Veränderungen. Diese können die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen nachhaltig beeinträchtigen. Klientinnen und Klienten in einer SuGeBe sind davon nicht ausgenommen. Im Gegenteil, ein beträchtlicher Teil wirkt infolge des häufig langjährigen Opiatkonsums und damit assoziierten Lebensstils ‚vorgealtert‘ und leidet frühzeitig an chronischen Erkrankungen und Invalidität. Hinzu kommen oft psychosoziale Probleme (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.100).

Deshalb wird in diesem Kapitel die Situation der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten näher beleuchtet, indem die somatische, die psychiatrische, die soziale Situation und die Versorgungssituation erläutert werden. Zudem werden auch das Konsumverhalten und die Zukunftsperspektiven beschrieben. Weiter werden mögliche Lösungsvorschläge und Empfehlungen dargestellt. In diesem Kapitel werden die aktuellen Theorien mit vorliegenden Ergebnissen von folgenden empirischen Projekten verbunden:

- *Projekt der Europäischen Union ‚Senior drug dependents and care structures‘ (SDDCare):* Das EU Projekt SDDCare hat zum Ziel, eine Wissensbasis über die Zahl, die Lebensumstände und die Gesundheitssituation von älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zu erarbeiten und mehr über ihre Behandlungs- und Versorgungsbedürfnisse zu erfahren, sowie Richtlinien und Empfehlungen für die Praxis zu entwickeln (SDDCARE, 2010, Einleitung, ¶12). Dazu wurden in Deutschland im Rahmen dieses Projektes im Jahr 2009 die qualitativen Interviews mit 20 Betroffenen durchgeführt (vgl. Vogt, Eppler, Kuplewatzky & Simmedinger, 2010a, S.7)
- *Studie ‚Ältere Drogenabhängige in Deutschland‘:* Im Rahmen dieser Studie wurden im Jahr 2010 je 15 leitfadengestützte Interviews mit älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in Berlin und im Raum Frankfurt am Main geführt (vgl. Vogt, Eppler, Ohms, Stiehr & Kaucher, 2010b, S.11).
- *Studie Hamburg ‚Die Bedarfe älterer Konsumentinnen illegaler Drogen‘:* 51 aktive und ehemalige Drogenkonsumierende ab einem Alter von 45 Jahren wurden 2008 mittels eines standardisierten Fragebogens befragt und in einem Interview mit offenen Fragen interviewt (vgl. Degkwitz & Zurhold, o. J., S.14)
- *Bachelorarbeit ‚Illegale Sucht im Alter – wenn Junkies in die Jahre kommen‘:* Diese Arbeit hat sich für die Bedürfnisse älterer Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung interessiert und diese anhand von qualitativen Interviews erfasst. Es wurden im Jahr 2010 vier betroffene

Personen und zwei Fachpersonen aus dem HeGeBe St.Gallen befragt (vgl. Purcell-Riederer, 2010, S.6).

- *Bachelorarbeit ‚Dank euch werden wir alt, aber wo sollen wir leben?‘*: In dieser Arbeit wurde anhand eines Fragebogens an 21 stationäre Pflegeheime im Kanton Bern versendet, um den Bestand an substituierten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zu erheben. Es wurden zudem mit zwei Fachpersonen aus dem Akutspital der Stadt Bern und drei Fachpersonen aus Pflegeheimen aus dem Kanton Bern Interviews geführt, um die Bedürfnisse älterer substituierter Drogenkonsumentinnen und -konsumenten und deren soziales Umfeld zu erfragen. Gleichzeitig wurden drei Interviews mit Drogenkonsumentinnen und -konsumenten geführt, welche bereits in einer Langzeitpflegeinstitution wohnen (vgl. Calupny, 2010, S.26ff).
- *Bachelorarbeit ‚Sucht im Alter – Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver Substanzen‘*: In dieser Arbeit wurden anhand eines Fragebogens potentielle Nutzende spezieller Wohnformen für alternde Drogenkonsumentinnen und -konsumenten im Kanton Basel-Stadt zu ihren Bedürfnissen an Wohnformen befragt. Es wurden 104 standardisierte Fragebögen ausgewertet (vgl. Rudin & Caynak, 2012, S.52).

Die Projekte sind anhand ihrer Relevanz für die Fragestellung ausgewählt worden. Dabei liegt der Fokus klar auf dem deutschsprachigen Raum, denn die Voraussetzungen der Substitution sind im angelsächsischen Raum kaum vergleichbar mit den Rahmenbedingungen, die in der Schweiz vorhanden sind (K. Dürsteler-MacFarland, persönliche Kommunikation, 17.10.2013).

2.3.1. Somatische Situation

Zu den deutlich höheren Raten an Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C oder HIV bestehen häufig andere chronische körperliche Erkrankungen, die eine dauernde medizinische Behandlung erfordern. Deshalb haben ältere im Vergleich zu jüngeren Substitutionsklientinnen und -klienten einen schlechteren Gesundheitszustand. Dabei stehen Erkrankungen wie Arthritis, Bluthochdruck, chronischen Lungenerkrankungen, Magengeschwüre bzw. Reizdarm, Herzprobleme, Leberzirrhose und Diabetes im Vordergrund. Auch die Todesursache unterscheidet sich bei älteren und jüngeren Substitutionsklientinnen und -klienten. Es existieren Ergebnisse von Studien die zeigen, dass unter 40-jährige Substitutionsklientinnen und -klienten zu rund 50% an direkt mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehenden Ursachen gestorben sind, während dies bei älteren nur bei rund einem Viertel der Fall war. Zudem nimmt, wie auch bei der Allgemeinbevölkerung, die Sturzgefahr zu. Diese geht mit einer verringerten Knochendichte einher, welche bei Menschen mit einer Opiatabhängigkeit, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, stärker zunimmt. Dazu kommen Gefässerkrankungen der Beine durch den intravenösen Drogenkonsum, welche zu verminderter körperlicher Aktivität und zunehmender Immobilität führen. Zudem führen schlechtere Venenverhältnisse und Sehprobleme dazu,

dass die intravenöse Applikation des Substituts erschwert wird (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.106f).

In Befragungen von Betroffenen wird diese Situation teilweise bestätigt. In der SDDCare Studie in Deutschland beschreiben Betroffene die gesundheitliche Belastung unterschiedlich. Viele geben an, trotz erheblicher und schwerer (chronischer) Erkrankungen gut damit zu Recht zu kommen. Offenbar gelingt es vielen, die Schwere der gesundheitlichen Erkrankung aus dem Bewusstsein auszublenden. Es wird festgestellt, dass dies auch mit dem Opiatkonsum zusammenhängen könnte, dass dieser die körperlichen Belastungen als weniger stark wahrnehmbar erscheinen lässt (vgl. Vogt et al., 2010a, S.42). Ähnliche Ergebnisse erhalten Vogt et al. in einer Studie mit Betroffenen in Berlin und Frankfurt am Main. Denn eine zum Teil recht hohe Belastung mit unterschiedlichen Leiden wie Wirbelsäulenprobleme, Einschränkung der Sehkraft, chronische Lebererkrankungen, Zahnprobleme, Nebenwirkungen von Medikamenten zur Behandlung von HIV/AIDS wird bei mehr als der Hälfte der Betroffenen als nicht sehr beeinträchtigend erlebt. Vielmehr werden die Leiden als unvermeidliche Belästigungen hingenommen. Nur in wenigen Fällen dominiert die schlechte gesundheitliche Situation den Alltag (Vogt et al., 2010b, S.76).

Eine quantitative Studie von Degwitz und Zurhold in Hamburg zeigt ein ähnliches Bild. Auch hier gibt nur ein kleiner Teil der Befragten an, unter keinen körperlichen Beschwerden zu leiden. Etwa 80% der Befragten leiden unter körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen. Unter den genannten Beschwerden werden Erkrankungen der Gelenke am häufigsten genannt. Die zweithäufigste Erkrankung sind Erkrankungen der Atemwege, von denen ein Viertel der befragten Älteren berichtete. Die Hälfte der Befragten ist Hepatitis C positiv. Zudem ist ein erheblicher Anteil der Befragten HIV-infiziert. Nach subjektiver Einschätzung sind rund ein Viertel der Befragten in ihrem gegenwärtigen Leben durch körperliche Erkrankungen beeinträchtigt (vgl. Degkwitz & Zurhold, o.J., S.51f).

Die Sicht von Fachpersonen, welche mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zusammenarbeiten, wird in einer kleineren Erhebung im Raum St. Gallen in der Schweiz von Purcell-Riederer beschrieben. Als Folgen des jahrelangen Konsums von illegalen Drogen werden eine Vielzahl somatischer Schädigungen genannt (Lungenerkrankungen, Endokarditis, Embolien und Thrombosen, chronisch-venöse Insuffizienz, offene Beine, Atembeschwerden und Folgeerscheinungen der Infektionskrankheiten HIV und Hepatitis C). Wenn Klientinnen und Klienten zusätzlich noch Alkohol konsumieren kommt es oftmals zu Leberzirrhosen und alkoholischer Hepatitis. Zudem treten dann auch vermehrt Schädigungen des Gehirns ein und so wird die kognitive Leistungsfähigkeit eingeschränkt. All diese Erkrankungen haben auf die Gesundheit massive Auswirkungen und oftmals auch tödliche Folgen. Zudem wird betont, dass viele ältere Substitutionsklientinnen und -klienten verwaarloosen und ihre eigene Hygiene vernachlässigen (vgl. Purcell-Riederer, 2010, S.30).

2.3.2. Psychische Situation

Dass Menschen mit einer Opiatabhängigkeit häufig unter chronischen psychischen Erkrankungen leiden, verändert sich im Alter nicht. Auch können in diesem Lebensabschnitt psychiatrische Störungen neu auftreten, gerade im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren wie Vereinsamung, soziale Marginalisierung und zunehmende körperliche Beschwerden. Als wichtigste Erkrankungen werden affektive Erkrankungen wie Depressionen genannt, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Diese prägen nicht nur die Beziehungsmuster im sozialen Umfeld, sondern auch die in der psychotherapeutischen Beziehung, was entsprechende Kenntnisse der behandelnden Personen voraussetzt. Dazu kommen neurokognitive Auffälligkeiten wie Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit oder der Psychomotorik (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.107f).

Die Befragten der Studie in Deutschland erleben psychische Störungen wie Depressionen und Ängste als ausserordentlich belastend. Auch werden diese psychischen Erkrankungen sehr häufig genannt. Daraus folgt, dass die Befragten ihre psychischen Leiden als bei weitem einschränkender und belastender erleben als ihre körperlichen Beeinträchtigungen (vgl. Vogt et al., 2010a, S.42). Aus der Befragung in Frankfurt am Main geht ebenfalls hervor, dass Depressionen und Angststörungen sowie Panikattacken die am meisten verbreiteten psychischen Erkrankungen sind. Einerseits wird von den Befragten beschrieben, wie ein verstärkter Substanzkonsum psychische Störungen auslösen beziehungsweise verstärken kann, andererseits werden Selbstmedikationsstrategien deutlich. Das heisst die Betroffenen setzen selbst psychoaktive Substanzen ein zur Milderung ihrer psychischen Leiden. Depressionen und Ängste können zudem mit sozialem Rückzug assoziiert sein (Vogt et al., 2010b, S.83). Auch in einer Studie in Hamburg zeigt sich ein ähnliches Bild. So werden auch hier Depressionen und Angstzustände als häufigste psychische Erkrankungen genannt. Dazu werden noch Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und Einsamkeit als Beschwerden beschrieben. Aber grundsätzlich leiden 80% der Befragten unter mindestens einer psychischen Erkrankung. Zudem hatten fast die Hälfte der Befragten im letzten Jahr Selbstmordgedanken. Psychische Beschwerden haben offenbar einen starken Einfluss auf das gegenwärtige Leben. So gibt die Hälfte der Befragten an, sich durch die psychischen Beschwerden erheblich oder extrem belastet zu fühlen. Nur ein kleiner Teil bestätigt, im letzten Monat gar nicht oder lediglich wenig unter den psychischen Beschwerden zu leiden (vgl. Degkwitz & Zurhold, o.J., S.54). Die Erhebung bei Fachpersonen im Raum St. Gallen unterstützt die oben genannten Aussagen (vgl. Purcell-Riederer, 2010, S.31).

2.3.3. Soziale Situation

Deimel geht von multifaktoriellen Problemlagen bei Menschen mit einer Opiatabhängigkeit aus. Er betont dabei, dass die unterschiedlichen Faktoren nicht nur Folge der Erkrankung sind, sondern auch den Beginn der Erkrankung begünstigen und deren weiteren Verlauf und die Genesung der Betroffene

nen massiv beeinflussen (vgl. Deimel, 2013, S.27). In der folgenden Abbildung 4 werden die sozialen Folgen der Opiatabhängigkeit dargestellt:

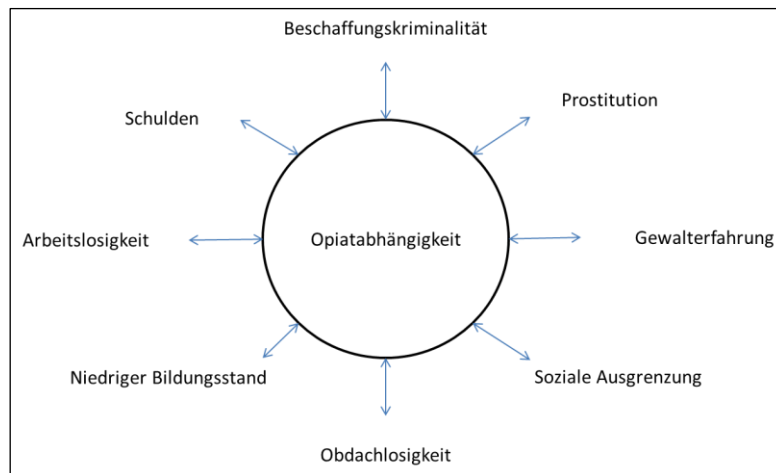


Abbildung 4: Psychosoziale Folgen der Opiatabhängigkeit (vgl. Deimel, 2013, S.27)

Es wird ersichtlich, dass unterschiedliche Faktoren in Wechselwirkung mit der Opiatabhängigkeit stehen. Durch den Eintritt in ein SuGeBe oder HeGeBe sollten diese Faktoren verringert werden können. Welche sozialen Themen für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten immer noch ein Thema sind und wie sie erlebt werden wird nachfolgend dargestellt.

2.3.3.1. Soziale Kontakte

Vogt et al. haben im Rahmen ihrer Studie in Deutschland die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zu ihrer Herkunftsfamilie befragt. Hinsichtlich der Kontakte zur Herkunftsfamilie wird festgestellt, 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 eher die Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die noch gute Kontakte zu Familienangehörigen haben; die Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung fühlen sich von ihren Familienangehörigen stark ausgegrenzt und reagieren darauf selbst mit Kontaktabbruch und Abschottung (vgl. Vogt et al., 2010a, S.20). Auch der Kontakt zu Kindern und Enkelkinder wird durch den Drogenkonsum stark belastet und die meisten haben wenn, dann nur losen Kontakt zu ihren Kindern (vgl. ebd., S.25f). Grundsätzlich sind auch die sozialen Kontakte eher lose oder dann in der ‚Szene‘ selbst. Die meist nur losen sozialen Kontakte reichen nicht aus für weitergehende Unterstützung, beispielsweise im Krankheitsfall. Nur einige wenige Befragte haben gute Beziehungen zu Angehörigen und guten Freundinnen und Freunden. Es ist aber meistens aus den Aussagen nicht zu erkennen, ob diese Beziehungen für die Übernahme der Verantwortung bei der Versorgung im Krankheits- oder Pflegefall stark genug wären (vgl. ebd., S.29). Grundsätzlich machen ältere Substitutionsklientinnen und -klienten nach Vogt et al. Erfahrungen mit Diskriminierung und Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Umfeld. Konkrete Beispiele erwähnen aber weniger als die Hälfte der Befragten. Dabei sind die Ab- und Ausgrenzungen durchaus gegenseitig: man

grenzt sich ab, weil man ohnehin weiss, dass man ausgegrenzt wird. Dazu kommen Diskriminierungs- und Ausgrenzungsprozesse im Milieu selbst, beispielsweise gegenüber HIV-positiven Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Einige Befragte meinen jedoch, dass es nicht nur an den andern, sondern auch an einem selbst liegt, wenn man ausgeschlossen und einsam ist. Dies führt dazu, dass die Befragten sich sozial isoliert fühlen (vgl. ebd., S.57).

Diese Ergebnisse zeigen sich auch in der Erhebung in Frankfurt am Main durch Vogt et al. Ergänzend wird festgehalten, dass von einigen als Grund für den Beziehungsabbruch mit den Mitgliedern der Herkunftsfamilie der Drogenkonsum genannt wird. Dazu kommen negative Erwartungen an Kontakte mit Familienangehörigen und Erfahrungen der Stigmatisierung durch die Eltern und andere Familienangehörige (vgl. Vogt et al., 2010b, S.59). Degwitz und Zurhold ergänzen in ihren Erhebungen in Hamburg, dass die sozialen Beziehungen im Alter abnehmen. Demzufolge ist die Lebenssituation zunehmend davon geprägt, auf sich alleine gestellt zu sein. Bei einem Teil der interviewten älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung waren die eigenen Eltern bereits tot oder ein Elternteil pflegebedürftig. Todesfälle in der Familie, der Verlust des Partners und fehlende Kontakte zu den eigenen Kindern führen zur Vereinsamung. Viele Interviewten verfügen nur noch zu wenigen Menschen gute und verlässliche Beziehungen. Die dadurch bedingte soziale Isolation begründet oftmals den Rückzug von der Aussenwelt (vgl. Degwitz & Zurhold, o.J., S.46). Die soziale Isolation und Vereinsamung der älter werdenden Substitutionsklientinnen und -klienten verfestigt sich. In Verbindung mit fehlendem Zugang zu Arbeit, wenigen tragfähigen Partnerschaften (mit Suchtproblemen), wenigen weiteren (drogenfreien) Beziehungen und zusätzlich dem Rückgang der Bedeutung der Szenekontakte verschärft sich die Isolation. Die Älteren haben gerade bei Beziehungen durchgängig erhebliche Teilhabestörungen sowie eine entsprechend geringe Zufriedenheit beziehungsweise Lebensqualität (vgl. ebd., S.34). Zudem fehlt ihnen meist ein Tag-Nacht-Rhythmus, was zu einem vermehrten Rückzug vom sozialen Leben führt (Purcell-Riederer, 2010, S.31).

2.3.3.2. Wohnsituation

Mehr als die Hälfte der Befragten der Studie in Hamburg geben an, allein zu leben. Lediglich 20% mit ihrem Lebenspartner oder ihrer Lebenspartnerin. Die Art des Zusammenlebens besteht bei den meisten bereits seit über 10 Jahren. Dabei leben die befragten Frauen häufiger als die befragten Männer in einer Partnerbeziehung. In den weitaus meisten Fällen weisen die jeweiligen Partnerinnen und Partner eine Drogenproblematik auf. Die Partner der Frauen haben zudem oftmals Alkoholprobleme (vgl. Degwitz & Zurhold, o.J., S.44).

2.3.4. Konsumverhalten

In der deutschlandweiten Studie erwähnen viele ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung den Wunsch nach einer Veränderung in ihren Konsummustern. Sei dies eine Reduktion des Beikon-

sums oder die Erreichung einer Abstinenz (vgl. Vogt et al., 2010a, S.34). Die Befragten der Studie in Frankfurt am Main und Berlin werden bei der Auswertung in drei Gruppen älterer Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eingeteilt: Eine grosse Gruppe wünscht sich ein Leben ohne Abhängigkeit von Opiaten, eine zweite, etwas kleinere Gruppe denkt, dass sie mit Opiaten als Medikamente alt wird, und eine dritte kleine Gruppe definiert sich über den Drogenkonsum (vgl. Vogt et al., 2010b, S.73).

2.3.5. Versorgungsspezifische Situation

Auch das Versorgungssystem alternder substituierter Personen ist laut Dürsteler-MacFarland et al. mit vielfältigen Problemen konfrontiert. Die oben genannten Problemlagen fordern flexiblere Rahmenbedingungen von Behandlungs- und Betreuungsangeboten. Da aber alternde substituierte Personen erst in letzter Zeit von der Ausnahme zur Regel wurden, haben solche Anpassungen noch nicht stattgefunden. Besonders in den folgenden Punkten wird eine Anpassung in Zukunft als notwendig bezeichnet:

Substitution- und Medikamentenmitgabe: Mit zunehmender Immobilität ist es Klientinnen und Klienten nicht mehr möglich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen einzuhalten, sprich, dass sie regelmässig die Substitute abholen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.112).

Ambulante häusliche Pflege: Bei pflegebedürftigen Substitutionsklientinnen und -klienten, die mit ambulanter Unterstützung noch in der Lage wären, selbstständig zu wohnen, stossen die Versorgungsmöglichkeiten oftmals an ihre Grenzen. Denn meist sind die Pflegefachpersonen der ambulanten Pflegedienste (in der Schweiz Spitex) zwar in der Behandlung von älteren Menschen ausgebildet, es fehlen jedoch Kenntnisse im Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Allgemeinen und Klientinnen und Klienten mit einer Opiatabhängigkeit im Speziellen. Dies kann zu Missverständnissen und Konflikten führen, welche nicht selten einen Abbruch der Betreuung zur Folge haben. Dies wird auf die vielerorts vorhandenen, gegenseitigen Vorurteile zurückgeführt. Oder aber auch in Zusammenhang mit unberechtigten Ängsten der Pflegenden im Umgang mit der Abgabe der Substitutionsmedikamenten (vgl. ebd., S.113).

Eine quantitative Befragung in Alters- und Pflegeheime in der Schweiz im Kanton Bern hat ergeben, dass lediglich eine Institution bereits Erfahrung mit substituierten Bewohnerinnen und Bewohner hat. Diese seien alle mit Methadon substituiert. Die restlichen Institutionen die geantwortet haben können sich vorstellen älter Substitutionsklientinnen und -klienten aufzunehmen. Eine Institution legt das Pensionsalter als Eintrittskriterium fest (vgl. Chalupny, 2010, S.25). Eine Befragung von Fachpersonen in derselben Erhebung hat ergeben, dass es schwierig ist, einen Platz in einem Alters- und Pflegeheim für ältere Drogenkonsumierende zu finden. Es gäbe nur vier Institutionen im Kanton,

welche theoretisch die entsprechende Klientel aufnehmen würde. Oftmals scheitert eine Platzierung in der Praxis an unterschiedlichen Faktoren (Beispiel zu hohe Kosten einer Therapie (HIV)). Bei einer Platzierung stelle die Methadonsubstitution keinerlei Probleme dar. Hingegen sei die Platzierung mit einer Heroinsubstitution mit mehr Schwierigkeiten verbunden und es gäbe nur eine Institution im Kanton Bern, welche solche Substituierte aufnimmt. Die Fachpersonen schlagen vor, dass eine spezialisierte Institution für das entsprechende Klientel geschaffen werden sollte, denn die Platzierung in bestehende Alters- und Pflegeheime wird als nicht geeignete Lösung empfunden (vgl. ebd., S.26ff). Die Fachpersonen aus Alters- und Pflegeheimen schildern ihre Erfahrungen mit älteren Substituierten unterschiedlich. Das Einhalten der Heimstrukturen stellt die grösste Herausforderung dar und benötigt viel Geduld von allen Beteiligten und offene Gespräche. Es seien aber grundsätzlich Aufnahmen von methadon- und heroinsubstituierten Personen möglich, es müsse die Einzelsituation betrachtet werden. Die Meinungen über die richtige Institutionsform gehen unter den Fachpersonen auseinander. Es werden die separaten und spezialisierten Institutionen gleichermaßen als nötig bezeichnet, wie die Möglichkeit in bestehende Institutionen platzieren zu können. Es brauche aber spezifische Weiterbildung des Pflegepersonals damit eine adäquate Betreuung möglich wird (vgl. ebd., S.29f).

2.3.6. Zukunftsperspektiven Leben im Alter

In der deutschlandweiten Befragung werden unterschiedliche Vorstellungen vom Leben im Alter festgehalten. Es gibt eine grosse Gruppe von Personen, die so lange wie möglich allein in der eigenen Wohnung beziehungsweise im eigenen Zimmer leben möchte. Eine zweite, kleinere Gruppe, möchte gerne mit anderen zusammenleben, am besten mit Familienangehörigen und Partnerinnen beziehungsweise Partnern 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. Ehemalige und stabilisierte Drogenkonsumenten sollen nicht mit aktiven Drogenkonsumenten zusammenleben müssen. Das Zusammenleben mit aktiven Drogenkonsumenten im Alter ist für sehr viele Befragten keine attraktive Perspektive (vgl. Vogt, Eppler, Kuplewatzky & Simmedinger, 2010, S.52). Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen in Frankfurt am Main. Bezüglich des Lebens im Alter steht eine möglichst lange Aufrechterhaltung der Führung eines autonomen Lebens im jetzigen Umfeld im Zentrum. Wenn dies aber nicht mehr möglich ist, werden die unterschiedlichsten Wohnformen genannt, bis hin zum Leben im Alters- und Pflegeheim (vgl. Vogt, Eppler, Ohms, Stiehr & Kaucher, 2010, S.146).

Auch aus der Befragung in Hamburg geht hervor, dass sich die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten von ihrem zukünftigen Leben mehrheitlich erhoffen, so lange wie möglich eigenständig zu leben und sich in der eigenen Wohnung selbst zu versorgen. Sofern professionelle Hilfen erforderlich

werden, wird eine ambulante häusliche Unterstützung und Pflege bevorzugt. Für einige der Befragten ist es überdies vorstellbar, ein Angebot des betreuten Wohnens anzunehmen. Die Einstellung dazu, ob die Versorgung von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten durch die Suchthilfe oder die Alterspflege erfolgen soll, unterscheidet sich stark. Zugleich herrscht Einigkeit darüber, dass das Personal qualifiziert und im Umgang mit Menschen mit Suchtproblemen geschult sein soll. Alters- und Pflegeheime werden mehrheitlich abgelehnt und stellen folglich aus subjektiver Sicht keine akzeptable Perspektive dar (vgl. Degkwitz & Zurhold, o. J., S.69-72).

In einer quantitativen Befragung von älteren Drogenkonsumentinnen und -Konsumenten in der Stadt Basel wird festgestellt, dass 36% der Befragten sich vorstellen kann in ein Alters- und Pflegeheim einzutreten, wenn es ihr Gesundheitszustand erfordert. 45% der Befragten möchten gerne alleine, mit dem Partner beziehungsweise der Partnerin oder mit anderen Familienmitgliedern zusammen wohnen. Der Einzug ins Alters- und Pflegeheim können sich 58% der Befragten vorstellen, wenn sie zumindest in ihrem Zimmer konsumieren könnten. Der Konsum im Alters- und Pflegeheim wird als eher wichtig bis extrem wichtig bezeichnet (vgl. Rudin & Caynak, 2012, S.61f). Aus der Befragung in Bern gehen ähnliche Ergebnisse hervor. So wird die Akzeptanz der anderen Bewohnerinnen und Bewohner im Alters- und Pflegeheim gegenüber dem Konsum von den älteren Substitutionsklientinnen und -klienten als Voraussetzung für ein gelingendes Miteinanderleben bezeichnet. Die Möglichkeit zur Substitution wird zudem als wichtiges Bedürfnis bezeichnet. Auch die Möglichkeit zum Nebenkonsument, egal welcher Substanz wird von den interviewten Personen als Bedürfnis bezeichnet (vgl. Chalupny, 2010, S.38).

2.3.7. Lösungen / Empfehlungen

In der Literatur und in den genannten Forschungsberichten werden für die oben geschilderten Probleme und Schwierigkeiten Lösungsvorschläge oder Empfehlungen abgegeben. Diese werden nachfolgend thematisch aufgelistet.

2.3.7.1. Somatische Situation

Multiple Erkrankungen mit komplexer Medikation und potentielle Medikamenteninteraktionen schlagen Dürsteler-Mac-Farland et al. die enge Zusammenarbeit mit Fachspezialistinnen und -spezialisten vor und nur so viele Medikamente wie nötig und dabei so wenige wie möglich zu verschreiben. Für die komplexen komorbiden Problemlagen und das Thema Sterben sollen Ausbildungs- und Weiterbildungsangeboten für Ärztinnen und Ärzten jeder Fachrichtung gefördert werden. Für die Betreuung zuhause während Krankheits- oder postoperativen Genesungsphasen wird die aufsuchende Pflege durch Substitutionsanbietenden, die Mobilisierung sozialer Netzwerke und Nutzung professioneller Dienstleistenden als Lösung genannt. Zudem soll die Vernetzung von Angeboten ambulanter und stationärer medizinischer Hilfe mit suchtmmedizinischen Angeboten angestrebt werden.

Weiter soll in die Weiterbildung der Mitarbeitenden aller betroffenen Berufsgruppen investiert werden. Dabei sollten Themen wie medikamentöse Behandlung von geriatrischen Krankheiten, Medikamenteninteraktionen, Umgang mit Krisensituationen und Sterbebegleitung gelehrt werden (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2010, S.115).

2.3.7.2. Psychische Situation

Aufgrund der neurokognitiven Einschränkungen braucht es von den Substitutionsanbietenden laut Dürsteler-MacFarland et al. engere Abgabeintervalle, die Abgabe im Dose, die Wahl von Medikamenten mit einmaliger täglicher Einnahme und die Reduktion von neurokognitiv einschränkender Medikation (vgl. ebd., S.115).

2.3.7.3. Soziale Situation

Als Unterstützung bei der eingeschränkten Wohnkompetenz aufgrund Pflegebedürftigkeit soll laut Dürsteler-MacFarland et al. Aufklärungs- und Vernetzungsarbeit durch Substitutionsanbietenden im Bereich des betreuten Wohnens und der regulären Versorgungseinrichtungen für ältere und pflegebedürftige Klientinnen und Klienten gemacht werden (vgl. ebd., S.115).

2.3.7.4. Versorgungssituation

Als Lösungen für die veränderte Situation in der Substitutions- und Medikamentenabgabe nennen Dürsteler-MacFarland et al. gemeinnützige Fahrdienste, welche Klientinnen und Klienten ermöglichen kann, die Abgabestelle zu erreichen. Auch Modelle der aufsuchenden Pflege durch die Behandlungsstelle sind denkbar, meist sind aber die personellen Ressourcen dafür nicht ausreichend (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.112).

Vogt et al. schlagen vor, dass die Angebote der Suchthilfe (Entwöhnung, Konsumreduktion) hinsichtlich der Besonderheiten der älteren Klientel überprüft und allenfalls überarbeitet werden sollten. Sowohl im Alters- als auch im Suchtbereich besteht Fortbildungsbedarf. Auch die Vernetzung zwischen dem Sucht- und dem Altersbereich sollte ausgebaut werden. Es werden Fort- und Weiterbildungen der Altershilfe zu Themen der Suchtmedizin und der psychosozialen Betreuung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung empfohlen. Gleichzeitig werden Fort- und Weiterbildungen in der Suchthilfe zu Themen der Gerontologie, der Gerontopsychosomatik und der Gerontopsychiatrie vorgeschlagen (vgl. Vogt et al., 2010b, S.147)

Vogt et al. machen weitere Empfehlungen für die Weiterentwicklung im Versorgungssystem von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten in Deutschland:

- Unterstützende, ambulante Hilfen und Pflegedienste und innovative Lebensorte, die sich am Konzept aus der Altenpflege orientieren sollten für die Personengruppe der älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ausgebaut werden.

- Es sollten Programme für ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entwickelt werden. Sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Es sollten zudem die Fragen der Finanzierung von zielgruppenspezifischen Behandlungen geklärt werden, insbesondere auch für Menschen, welche nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert werden können.
- Es sollten genderspezifischen Ansätzen in der Arbeit mit älteren Frauen und Männern mit einer Abhängigkeitserkrankung entwickelt werden.
- Es sollten bei der Entscheidung für eine entsprechende Behandlung die Wünsche der älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung geachtet und wenn möglich berücksichtigt werden.
- Es sollten neue Wohnformen ausgebaut (Wohngemeinschaften, Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Hausgemeinschaften), sowie neue Abteilungen in Alters- und Pflegeheimen eingerichtet werden, wobei es Programme benötigt, welche das Zusammenleben der unterschiedlichen Personengruppen optimiert.
- Die Vernetzung zwischen Sucht- und Drogenhilfe, Pflegediensten und Alters- und Pflegeheimen sollte verbessert werden.
- Die gesetzlichen Regelungen für Transport, die Lagerung in Privathaushalten und die Verabreichung von ärztlich verordneten Betäubungsmitteln sollte überprüft werden (vgl. Vogt, et al., 2010c, S.2-5).

2.4. Projekt Intensiv Betreutes Wohnen der AIDS-Hilfe Bremen

Ein ambulantes Projekt, welches versucht den, in den obigen Kapitel geschilderten, Problemen und dem Wunsch der Substitutionsklientinnen und -klienten gerecht zu werden, ist das Intensiv Betreute Wohnen der AIDS-Hilfe Bremen. Dieses wurde von dem europäischen Projekt SDDCare als Vorzeigeprojekt bezeichnet. Deshalb wird dieses Projekt an dieser Stelle kurz vorgestellt und die bisherigen Erkenntnisse erläutert.

2.4.1. Hintergründe

Menschen, denen zeitlebens in Sondereinrichtungen begegnet worden ist, werden sich nicht ausgerechnet im Alter wie selbstverständlich der allgemeinen Altersversorgung anpassen. Weil von beiden Seiten Widerstände und Vorurteile vorhanden sind. Diese Problematik hat die AIDS-Hilfe Bremen dazu gebracht, das Konzept des ‚Intensiv Betreuten Wohnens‘ zu erarbeiten. Dabei geht es darum, ältere Drogenkonsumentinnen und -konsumenten so lange wie möglich in ihren eigenen Wohnungen zu betreuen und so die Notwendigkeit und den Zeitpunkt einer stationären Pflege hinauszuzögern. Dies wird durch eine altersgerechte Hausgemeinschaft mit selbstständigen Mietverhältnissen versucht. Dabei soll die entstehende Konzentration eine intensive und engmaschige Betreuung ermöglichen. Durch die Gemeinschaftsstrukturen soll ein kostensparender Synergieeffekt erreicht werden

und gleichzeitig kann der Betreuungsstandart ausgebaut werden. Dies sollte für die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses eine konkrete Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringen (vgl. Schmidt & Jörden-Thamm, 2011, S.254).

2.4.2. Rahmenbedingungen

Folgend werden die Rahmenbedingungen des Projekts aufgelistet:

- AIDS-Hilfe als Vermieter;
- Drei Einzelbetreuungen mit unterschiedlichen Betreuungsvereinbarungen;
- Externer täglicher Pflegedienst;
- Zwei Mal pro Woche Haushaltshilfe (kochen, putzen, einkaufen);
- Bei Bedarf, aber mindestens einmal pro Woche Anwesenheit der Bezugsperson der AIDS-Hilfe;
- 24 Stunden Notfallnummer für Krisenintervention (Handynummer der Bezugsperson der AIDS-Hilfe);
- Keine Gemeinschaftseinrichtungen (vgl. ebd., S.255).

2.4.3. Erkenntnisse

Schmidt und Jörden-Thamm schildern auftretende Schwierigkeiten. Dazu gehört, dass die rechtlichen Grundlagen einer solchen Einrichtung bedacht werden müssen. Es hat gravierende Auswirkungen auf die Bewilligungsvoraussetzungen, ob eine solche Institution als stationäre Institution gilt oder noch in den ambulanten Bereich fällt. Eine Einrichtung muss alters- beziehungsweise behindertengerecht gebaut sein, damit ein solches Konzept möglich ist. Durch das Gemeinschaftshaus entstehen Ressourcen, die engmaschigere Betreuungszeiten und mehr Präsenz von Personal möglich machen. Da aber der Personalschlüssel nicht unbegrenzt erhöht werden kann, braucht es effektivere Organisation, Planung und Bündelung der Ressourcen (vgl. ebd., S.259). Die ärztliche Betreuung von Klientinnen und Klienten wird als sehr zentral für eine adäquate Behandlung beschrieben. Deshalb sind die Vernetzung und der Austausch von Seiten der Mitarbeitenden der AIDS-Hilfe wichtig. So können Klientinnen und Klienten optimal unterstützt werden, damit eine angemessene medizinische und auch psychiatrische Behandlung möglich wird. Pflegedienste bieten Grundpflege und regelmässige Wundversorgung an. An dieser Schnittstelle benötigte es laut Schmidt und Jörden-Thamm Weiterbildungen auf beiden Seiten, Damit die Suchthilfe mit dem Arbeitsfeld der Altenpflege vertraut wird und die Altenpflege mit dem Arbeitsfeld der Suchthilfe. Eine ähnliche Situation wird bei den Haushaltshilfen beschrieben. Denn diese Personen sind sehr nahe bei den Klientinnen und Klienten und treffen sie oft an. Deshalb braucht es auch die notwendige Unterstützung und den Austausch von Seiten der AIDS-Hilfe, damit diese Mitarbeitenden ihre Aufgabe entsprechend erledigen können (vgl. ebd., 260f). Schmidt und Jörden-Thamm beobachten eine Mässigung des Drogenkonsums bei der entspre-

chenden Klientel. Zudem wird eine Verschiebung des Konsums hin zu legalen Drogen und Cannabis beobachtet (vgl. ebd. 262). Trotz all dieser Schwierigkeiten und Anforderungen kommen Schmidt und Jörden-Thamm zur Erkenntnis, dass durch die enge Kooperation mit medizinischen Fachkräften, Pflegediensten und Haushaltshilfen eine weitgehende Stabilisierung der Lebenssituation erreicht werden kann und dabei wird die grösstmögliche Autonomie beibehalten. Dazu müssen alle notwendigen Hilfen im Sinne des Wohls der Klientel koordiniert, überwacht, zusammengeführt und angepasst werden. Dazu benötigt es eine klassisches Case Managements (vgl. ebd., S.259).

3. Methodik

Ziel der Datenerhebung ist es, die Hauptfragestellung und die Unterfragestellungen zu beantworten. Zudem soll eine Datengrundlage erarbeitet werden, damit erste Empfehlungen gemacht werden können, wie in den Städten Solothurn und Olten mit der Thematik der Wohnunterstützungsmöglichkeiten für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten umgegangen werden kann. Die Fragestellungen setzten sich wie bereits in Kapitel 1.3 dargestellt wie folgend zusammen:

- a) Wie ist der Allgemeinzustand von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zu beschreiben?
- b) Welche Erfahrungen machen die befragten ambulanten Angebote der Städte Solothurn und Olten in der Arbeit mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten?
- c) Welche ambulanten Angebote benötigt es aus Sicht von Expertinnen und Experten aus Spitex und Suchthilfe in den Städten Solothurn und Olten, um älteren Substitutionsklientinnen und -klienten das selbstständige Wohnen auch bei eingeschränktem Allgemeinzustand zu ermöglichen?

Weil es sich dabei um ein kaum erforschtes Feld handelt, wird ein qualitatives Design gewählt. Denn laut Kelle und Kluge ist das Ziel qualitativer Forschung Neues zu entdecken (vgl. Kelle & Kluge, 2010, S.10). Der Datenerhebung geht ein intensives Studium der vorhanden Literatur und aktuellen Forschungsergebnissen zum Thema der Substitution im Alter voraus (vgl. Kapitel 2). Daraufhin sind die Experteninterviews und Gruppendiskussionen geführt worden (vgl. Kapitel 3.2.2). Diese sind danach anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet worden (vgl. Kapitel 3.3). Nachdem im nächsten Unterkapitel ein Exkurs zu den Gütekriterien in dieser Arbeit gemacht wird. Folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens im darauf folgenden Unterkapitel. Die Datenauswertung wird im letzten Unterkapitel genauer beschrieben.

3.1. Gütekriterien

In der Literatur bestehen unterschiedliche Positionen, ob die klassischen Gütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* auf die qualitative Forschung angewendet werden können. Flick weist daraufhin, dass die Frage wie qualitative Forschung bewertet werden soll noch nicht zufriedenstellend beantwortet werden kann (vgl. Flick, 2010, S.485). Laut Helfferich greifen die Gütekriterien der standardisierten Verfahren bei qualitativen Erhebungen nicht. Dies aus dem Grund, dass die Ergebnisse immer kontextabhängig und die Versionen bei einer Wiederholung eines Interviews nie identisch sind (vgl. Helfferich, 2005, S.138). Flick versucht derweil die klassischen Gütekriterien auf die qualitative Forschung zu übertragen:

Flick legt fest, dass für die *Reliabilität* in der qualitativen Forschung das Zustandekommen der Daten dahingehend erklärt werden muss, dass überprüfbar wird, was Aussage des jeweiligen Subjekts ist und wo die Interpretation begonnen hat. Zudem muss das Vorgehen bei der Datenerhebung genau dokumentiert und expliziert werden, um die Vergleichbarkeit der Vorgehensweisen und deren Auswirkungen sichtbar zu machen. Die Reliabilität kann durch die reflexive Dokumentation des Forschungsprozesses erhöht werden. Damit wird das Kriterium der Reliabilität in Richtung der Überprüfung der Verlässlichkeit von Daten und Vorgehensweisen umformuliert (vgl. Flick, 2010, S.492). Die *Validität* stellt Flick vor die Reliabilität. Dabei besteht das Problem in der Bestimmung der Verhältnisse zwischen den untersuchten Zusammenhängen und der Version die die Forschenden davon liefern. Dafür muss geprüft werden, inwieweit die Konstruktion der Forschenden in den Konstruktionen derjenigen, die er untersucht hat begründet und inwieweit für andere diese Argumentation nachvollziehbar wird. Damit formuliert Flick das Zustandekommen der Daten als einen Ansatzpunkt für die Bestimmung der Validität (vgl. Flick, 2010, S.493). Die *Objektivität* beinhaltet, dass mehrere Forschende zu denselben Schlussfolgerungen gelangen würden. Doch Flick bemerkt, dass es bisher keine zufriedenstellenden Vorschläge gibt, wie die Objektivität als Kriterium für qualitative Forschung eingesetzt werden kann. Zudem stellt er die Anwendung der klassischen Kriterien auf die qualitative Forschung in Frage und plädiert für die Entwicklung „methodenangemessener Kriterien“ (vgl. Flick, 1987; zitiert nach Flick, 2010, S.500). Dazu führt Mayring die *Intercoderreliabilität* als inhaltsanalytische Reliabilitätsbestimmung ein. Dabei muss einerseits die gesamte Analyse von mehreren Personen durchgeführt werden und die Ergebnisse verglichen werden. Andererseits muss die oder der Forschende am Ende der Analyse nochmals das Material kodieren, ohne die ersten Kodierungen zu kennen (vgl. Mayring, 2010, S.117). Kuckartz lehnt die Gütekriterien quantitativer Forschung nicht grundsätzlich ab, sondern wählt einen Mittelweg zwischen strikter Ablehnung und blosser Übertragbarkeit. Darauf formuliert er für die qualitative Inhaltsanalyse die Gütekriterien *interne Studiengüte* (Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit) und *externer Studiengüte* (Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit) (vgl. Kuckartz, 2012, S.166).

Nach Sichtung der unterschiedlichen Position in der Literatur werden Kriterien festgelegt, die dem Umfang, den Voraussetzungen und der Methodik der vorliegenden Arbeit entsprechen. Daraufhin hat sich die Autorin für die *interne und externe Studiengüte* nach Kuckartz entschieden. Denn „Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit sind Gütekriterien, die nicht nur die inhaltsanalytische Auswertungstechnik betreffen, sondern als Gütekriterien für das gesamte Forschungsprojekt gelten“ (Kuckartz, 2012, S.167). Zudem werden die Übertragbarkeit und die Verallgemeinerung der Ergebnisse als Ziele qualitativer Forschung bestimmt. Dazu ist anzumerken, dass der Grad der Übertragbarkeit bestimmt werden muss, dieser hängt stark mit dem Kontext zusammen (vgl. ebd., S.168f). Für die *interne Studiengüte* legt Kuckartz eine Checkliste mit den wesentlichen Punkten zur Beurteilung der

internen Studiengüte vor. Daraus geht hervor, dass die Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens gegeben sein muss. Dies kann mit einer ausführlichen Dokumentation der methodischen Schritte zum Vorverständnis, der Erhebungsmethode, den Transkriptionsregeln, der Datenerfassung und der Auswertungsmethoden geleistet werden. Dazu kommen Angaben von Informationsquellen und der Transparenz über Entscheidungen und Probleme (vgl. ebd., S.166f). Diese Dokumentation findet sich in den folgenden zwei Kapiteln (vgl. Kapitel 3.2. und 3.3). Der Kontext für die Übertragbarkeit wird in Kapitel 3.2.1 genauer dargestellt und dient somit zur Bewertung der *externen Studiengüte*.

3.2. Datenerhebung

Bevor Daten erhoben werden können, muss nach Flick die Untersuchung geplant werden. Dabei geht es darum, wie die Datenerhebung konzipiert und die Auswahl empirischen Materials gestaltet werden soll, damit die Fragestellung der Untersuchung beantwortet werden. Zudem muss dies auch in der zur Verfügung stehenden Zeit und mit den vorhandenen Mitteln erreicht werden (vgl. Flick, 2011, S.173). Vor diesem Hintergrund wird in diesem Unterkapitel zuerst die Auswahl der Stichprobe beschrieben und begründet, worauf die Erhebungsinstrumente abzielen. Zudem wird die Durchführung der Erhebung beschrieben und die gesamte Erhebung reflektiert.

3.2.1. Auswahl der Stichprobe

Bei der Stichprobenbildung in der quantitativen Forschung steht die statistische Repräsentativität im Vordergrund. Wohingegen in der qualitativen Forschung die Relevanz der untersuchten Subjekte für das Thema entscheidend ist, was der inhaltlichen Repräsentativität entspricht. Um mit Ergebnissen einer qualitativen Forschung Erkenntnisse gewinnen zu können, die über den untersuchten Fall hinausreichen, erfolgt die Auswahl so, dass die Ergebnisse exemplarisch für einen Fall und in diesem Sinne generalisierbar sind. Die Stichprobe kann, vor oder während der Untersuchung, anhand bestimmter Kriterien festgelegt werden (Mayer, 2004, S.38).

Die Autorin hat sich aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse räumlich auf den Kanton Solothurn beschränkt (vgl. Kapitel 1.2 und 2.3). Wie bereits erwähnt werden bis anhin die Themen vorwiegend in grösseren Städten und Kantonen behandelt (vgl. Kapitel 2.3). Es fehlen Ergebnisse und Problemlösungsansätze für kleinere Städte und Kantone, bei denen das Angebot und die Ressourcenvielfalt minder sind und auch die Anzahl der Betroffenen tiefer ist. Die Autorin arbeitet im Kanton Solothurn und verfügt aus diesem Grund über spezifische Kenntnisse über das Versorgungssystem für ältere Menschen mit einer Opiatabhängigkeit. Zudem wird der Feldzugang dadurch ermöglicht. Denn die Machbarkeit von qualitativen Studien kann laut Maxwell noch so gut konzipiert sein, ohne Zugang zu den Teilnehmenden kann sie nicht umgesetzt werden (vgl. Maxwell, 2005, S.90).

Die Untersuchung erhebt Daten auf der Ebene der Institutionen. Dies aus dem Grund, dass bereits Erhebungen auf der Ebene der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten gemacht worden sind (vgl. Kapitel 2.3) und zudem benötigt es laut Vogt et al. neue Konzepte für Wohnformen und Wohnunterstützungsangebote (vgl. Vogt et al., 2010c, S.2-5). Da die Institutionen selbst solche Konzepte entwickeln können, sind die Institutionen und ihre Dienstleistungen direkt davon betroffen. Deshalb werden in dieser Arbeit die Betroffenen auf der Institutionsebene befragt. Die Untersuchung soll sich auf ambulante Angebote beschränken. Es gibt auch ähnliche ambulante Wohnunterstützungsangebote, welche aber stationären Institutionen angeschlossen sind. Diese werden nicht berücksichtigt, da die Voraussetzungen bei diesen bezüglich der Ressourcen (u. a. im personellen Bereich) nicht dieselben sind, wie bei rein ambulanten Dienstleistungen. Auch ist die Flexibilität für die Hin- und Rückplatzierung in den stationären Rahmen bei entsprechenden Angeboten mehr gegeben. Zudem sind die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht dieselben, wobei die stationären Angebote andere Auflagen von Seiten des Kantons für ihre Institutionen haben, als die ambulanten Angebote.

Laut dem Leistungskatalog für die Suchthilferegionen des Kantons Solothurn sind die Suchthilferegionen verpflichtet, Wohnbegleitungen anzubieten (vgl. Kanton Solothurn, 2009, S.17). Im Kanton Solothurn gibt es zwei Suchthilferegionen, sprich zwei Institutionen, welche die Wohnbegleitung anbieten: die Perspektive Region Solothurn-Grenchen und die Suchthilfe Ost (vgl. Kanton Solothurn, 2013, Ambulante Suchthilfe, ¶4). Zur Komplexitätsreduktion werden nur die Spitex der jeweiligen Städte (und nicht der umliegenden Gemeinden) berücksichtigt, womit auch die Finanzierungsfragen geklärt sind. Es werden auch nur die öffentlichen Spitex' berücksichtigt, somit können Vergleiche mit den Angeboten in anderen Städten gemacht werden (was bei privaten Organisationen komplexer wäre). In den Städten Solothurn und Olten gibt es jeweils eine Spitex, den Spitex-Verein Solothurn und die Spitex Region Olten (vgl. Spitex Verband Kanton Solothurn, 2013, Liste der Organisationen, ¶12). Somit fällt die Auswahl der Organisationen wie nachfolgend in der Tabelle dargestellt aus:

	Stadt Olten	Stadt Solothurn
Ambulantes Angebot im Altersbereich	Spitex Region Olten	Spitex Verein Solothurn
Ambulantes Angebot im Suchtbereich	Suchthilfe Ost Begleitetes Wohnen	Perspektive Solothurn Begleitetes Wohnen

Tabelle 1: Stichprobenauswahl der Organisationen (Eigene Darstellung)

Damit sowohl die strukturelle als auch die praktische Ebene in der Erhebung berücksichtigt werden können, werden die Leitungsebene sowie die ausführende Ebene mit einbezogen. Die Leitungspersonen werden bewusst nicht in die Gruppendiskussionen integriert, damit einerseits die Antworten der Mitarbeitenden nicht durch soziale Erwünschtheit gegenüber der Leitung beeinflusst werden und

andererseits dass die Leitungspersonen unbefangen bezüglich ihren Mitarbeitenden in den Interviews antworten können.

3.2.1.1. Angebot Spitex

Die Spitex Region Olten und der Spitex-Verein Solothurn sind beides gemeinnützige Non-Profitorganisationen und haben einen Leistungsauftrag mit den jeweiligen Gemeinden (vgl. Spitex Region Olten, 2013, ¶1; Spitex-Verein Solothurn, 2013, ¶16). Die beiden Spitzenorganisationen bieten folgende Leistungen an:

- *Behandlungspflege*: Beinhaltet Massnahmen der Untersuchung und Behandlung laut ärztlicher Bedarfsmeldung.
- *Grundpflege*: Allgemeine Grundpflege bei Klientinnen und Klienten, welche die Tätigkeit nicht selber ausführen können.
- *Haushilfedienst / Hauswirtschaft* (inkl. Wäschedienst): Das Team der Hauspflege und Haushilfe unterstützt Familien und Menschen aller Altersstufen, die durch Krankheit, Unfall, Altersgebrechen, Schwangerschaft, Geburt oder aus anderen Gründen vorübergehend oder für längere Zeit Hilfe benötigen. Haushilfe wird eingesetzt, wenn Selbsthilfe und andere Unterstützungsangebote nicht mehr ausreichend mobilisiert werden können. Wir achten darauf, Fähigkeiten der Kundin / des Kunden zu erhalten, zu fördern und so weit als möglich in den Einsatz mit einzubeziehen (Hilfe zur Selbsthilfe). Aufträge durch Hauspflege oder Haushilfe werden nur im Beisein der Klientel ausgeführt (vgl. Spitex Region Olten, 2013, ¶12; Spitex-Verein Solothurn, 2013, ¶12).
- Der Spitex-Verein Solothurn bietet zudem noch einen *Mahlzeitendienst* an, der täglich die Lieferung einer warmen Mittagsmahlzeit ermöglicht (vgl. Spitex-Verein Solothurn, 2013, ¶12).

Die Spitex suchen täglich bis zu dreimal eine Klientin oder einen Klienten auf um die oben erwähnten Aufgaben zu erledigen. Das Angebot besteht 365 Tage im Jahr.

Die Spitex Region Olten verfügt über 45 Mitarbeitende mit insgesamt 2600 Stellenprozenten in der Pflege (M. Gutknecht, persönliche Kommunikation, 13.11.2013). Der Spitex-Verein Solothurn beschäftigt 57 Mitarbeitende in der Pflege mit insgesamt 3450 Stellenprozent (K. Lanz, persönliche Kommunikation, 13.11.2013). Die Leitungspersonen sind jeweils nicht mehr im operativen Tagesgeschäft tätig. Es werden nach Aussagen beider Leitungspersonen keine speziellen Statistiken erhoben, woraus ersichtlich wäre, wie viele Klientinnen und Klienten eine Substitutionsbehandlung haben.

3.2.1.2. Angebot Begleitetes Wohnen

Im Leistungskatalog des Kantons Solothurn werden die Aufgaben des BeWos wie folgend beschrieben:

- Bereitstellen von Unterkunftsmöglichkeiten;
- Begleitung in eigener Wohnung;
- Anleiten und Begleiten im Alltag (Haushaltführung und Administration);
- Unterstützen beim Aufbau einer Tagesstruktur;
- Fördern der gesellschaftlichen und sozialen Integration;
- Kontakt zu Liegenschaftsverwaltung / Vermieter;
- Vernetzen/Koordinieren der Leistung mit weiteren Unterstützungsangeboten im Rahmen des Case Management² (vgl. Kanton Solothurn, 2009, S.17f).

Dafür werden mindestens einmal im Monat einen einstündigen Besuch durch die Wohnbegleiterin oder den Wohnbegleiter gemacht und maximal finden solche Besuche wöchentlich statt. Das Angebot kann in einer Wohnung, die durch die Suchthilfen angemietet ist, durchgeführt werden oder auch in Wohnungen von Klientinnen und Klienten. Voraussetzung für die Wohnbegleitung ist eine vorliegende Kostengutsprache des Sozialdienstes. Bei Menschen die Ergänzungsleistungen beziehen, kann ein wöchentlicher Besuch über die Ergänzungsleistung als krankheitsbedingte Kosten abgerechnet werden (vgl. dazu ausführlich Anhang E). Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Klientinnen und Klienten über eine Tagesstruktur verfügen (beispielsweise eine Arbeitsstelle oder einen Platz in einem Beschäftigungsprogramm). Die Wohnungen, die durch die Suchthilfen angemietet werden, können nur von Einzelpersonen bewohnt werden. (vgl. Perspektive Region Solothurn-Grenchen, 2013, Begleitetes Wohnen, ¶1ff; Suchthilfe Ost, 2013, Begleitetes Wohnen, ¶1f).

Die Suchthilfe Ost hat für das BeWo insgesamt vier Mitarbeitende mit 245 Stellenprozenten im operativen Tagesgeschäft zur Verfügung (M. Aeschbacher, persönliche Kommunikation, 20.11.2013). Die Perspektive Region Solothurn hat im BeWo insgesamt zwei Mitarbeitende mit 170 Stellenprozenten angestellt. Die Leitung ist nicht in der operativen Wohnbegleitung tätig (M. Graf, persönliche Kommunikation, 12.11.2013).

In der folgenden Abbildung 5 wird die Altersverteilung der Klientinnen und Klienten im Jahr im BeWo der Perspektive ersichtlich:

² Das Case Management ist ein separates Angebot der Suchthilfen im Kanton, welches dazu dient die unterschiedlichen Leistungen entsprechend zu vernetzen (vgl. Kanton Solothurn, 2009, S.21).

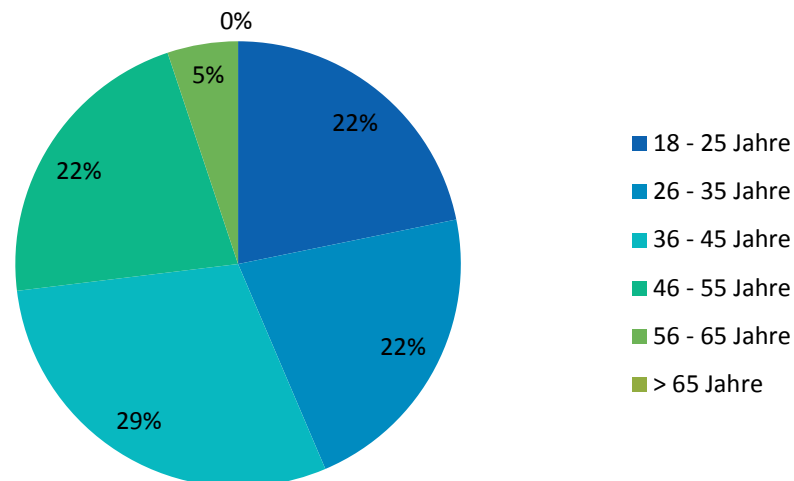


Abbildung 5: Altersverteilung BeWo der Perspektive 2012 (vgl. Perspektive Region Solothurn-Grenchen, 2012, S.1)

In dieser Abbildung wird ersichtlich, dass im Jahr 2012 bereits 27% der betreuten Klientinnen und Klienten des BeWos der Perspektive über 46-jährig sind. Die grösste Altersgruppe machen die Klientinnen und Klienten zwischen 36 und 45 Jahren aus. Da kann davon ausgegangen werden, dass sich in den nächsten Jahren die Gruppe der ab 46-Jährigen noch vergrössern wird. Der liegen bedauerlicherweise der Autorin vom BeWo der Suchthilfe Ost keine entsprechenden Daten vor.

3.2.2. Auswahl der Erhebungsinstrumente

Laut Flick gibt es unterschiedliche qualitative Methoden um verbale Daten zu sammeln. Dabei unterscheidet er drei Hauptstrategien: das Interview, welche auf Fragen und deren Antworten basieren, Verwendung von Erzählungen in einem Interview und die Möglichkeit Daten in einer Gruppe zu erheben (vgl. Flick, 2011, S.193). Weil für die Beantwortung der Forschungsfragen Erzählungen nicht geeignet sind, hat sich die Autorin gegen eine narrative Erhebungsmethode entschieden. Die Wahl der Experteninterviews und Gruppendiskussionen werden in den folgenden zwei Unterkapiteln genauer begründet. Zudem wird die Erarbeitung des Leitfadens für die beiden Methoden erläutert.

3.2.2.1. Experteninterview

Das Leitfadeninterview dient laut Mayer dem Ziel, konkrete Aussagen über einen Gegenstand zu generieren. Dem Leitfadeninterview liegt ein Leitfaden mit offen formulierten Fragen zu Grunde. Durch den konsequenten Einsatz des Leitfadens wird zum einen die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und zum anderen gewinnen die Daten durch die Fragen eine gewisse Struktur. Der Leitfaden soll sicherstellen, dass die wesentlichen Aspekte der Forschungsfrage im Interview vorhanden sind. Gleichzeitig dient er auch als Orientierung und Gerüst für das Interview und leitet die Interviewerin beziehungsweise den Interviewer (vgl. Mayer, 2004, S.36).

Eine besondere Form des Leitfadenterviews ist laut Mayer das Experteninterview. Dabei werden die Befragten anhand ihrer Rolle als Expertin und Experte eines bestimmten Handlungsfeldes ausgesucht, und weniger nach ihrer Person. Auch wird die befragte Person nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentantin beziehungsweise als Repräsentant einer Gruppe in die Untersuchung einbezogen. Als Expertin oder Experte gilt jemand, der in einem bestimmten Gebiet über ein klares und abrufbares Wissen verfügt (vgl. ebd., S.37).

Für die vorliegende Arbeit werden die jeweiligen Leitungspersonen der ausgewählten Spitex-Vereine beziehungsweise der Abteilungen des Begleiteten Wohnens der Suchthilferegionen befragt. Dies führt zu vier Experteninterviews. Die Autorin geht davon aus, dass die Leitungspersonen einen Überblick über die Situation in der Arbeit mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten haben. Zudem kann die strategische Ebene miteinbezogen werden, welche einen erweiterten Fokus zur Thematik zulässt, als wenn Mitarbeitende der operativen Ebene befragt werden. Damit aber die im Rahmen der Forschungsfrage nutzenstiftende operative Ebene miteinbezogen werden kann, werden mit den Mitarbeitenden Gruppendiskussionen geführt.

3.2.2.2. Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion ist nach Lamnek ein Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema unter der Anleitung einer Moderatorin oder eines Moderators unter Laborbedingungen. Die ermittelnde Gruppendiskussion interessiert sich für Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zum Gegenstand der Diskussion und kann dabei unterschiedliche Erkenntnisabsichten verfolgen. Sie dient dem Zweck der Informationsermittlung. Zudem ist die Gruppendiskussion ein diskursiver Austausch von Ansichten und Argumenten mit möglicher Modifikation im Verlauf der Diskussion (vgl. Lamnek, 1998, S.34). Gruppendiskussionen können unter anderem auch zur Evaluation und Optimierung von Angeboten und Dienstleistungen verwendet werden. Des Weiteren können sie zu Ideen- und Konzeptentwicklungen dienen (vgl. Kühn & Koschel, 2011, S.33).

Auf dieser Grundlage hat sich die Autorin für die Erhebung der Daten auf der operativen Ebene entschieden. Denn zum einen wird das Ziel verfolgt, explorativ die Erfahrungen in der Betreuung von substituierten Menschen im Alter zu erkunden und die entsprechenden Chancen und Grenzen der jeweiligen Angebote zu benennen. Gruppendiskussionen eignen sich nach Kühn und Koschel um ein bislang wenig exploriertes Feld kennen zu lernen und grundlegende Zusammenhänge aufzudecken (vgl. ebd., S.34). Zudem betont Lamnek den Vorteil der ‚Ergiebigkeit‘ von Gruppendiskussionen. Das heisst, dass die Menge an Äusserungen und Ideen mit vergleichsweise wenig Aufwand erzielt werden können (vgl. Lamnek, 1998, S.77). Da die Autorin über beschränkte zeitliche und personelle Ressourcen verfügt, bringt diese Methode einen weiteren Vorteil für die Befragung der Fachpersonen der praktischen Wohnbegleitung.

Es wird zwischen natürlichen und Ad-Hoc-Gruppen unterschieden. Die natürliche Gruppe ist eine Gruppe, welche auch in der natürlichen sozialen Wirklichkeit als Realgruppe existiert. Die Ad-Hoc-Gruppe ist eine Gruppe, die auf Basis von gemeinsamen Merkmalen (oder auch nur einem gemeinsamen Merkmal) zusammengestellt wurde. Sie hat vorher noch nie in dieser Zusammensetzung bestanden und wird auch nach der Diskussion nicht so weitergeführt (vgl. Kühn & Koschel, 2011, S.76.). Für die vorliegende Untersuchung ist die Mitarbeit in einem Team des BeWos einer der Suchthilfen oder der Spitex-Vereine als gemeinsames Merkmal für die Diskussionsgruppe definiert worden. Daraus folgt, dass es zu einer Mischung von zwei natürlichen Gruppen (Team BeWo Perspektiv und Team BeWo Suchthilfe Ost sowie Team Spitex-Verein Olten und Team Spitex-Verein Solothurn) zu einer Ad-Hoc-Gruppe als Diskussionsgruppe führt. Um eine Polarisierung der beiden Disziplinen in der Diskussion zu verhindern, werden die zwei Disziplinen nicht gemischt in die Gruppen eingeteilt. Es werden zwei Diskussionsgruppen gebildet, eine mit den Teams der BeWos der Suchthilfen und eine mit den Teams der Spitex-Vereine.

Lamnek definiert die optimale Anzahl Teilnehmende einer Gruppendiskussion bei neun bis zwölf Personen. Es wird betont, dass die Gruppengrösse unter Berücksichtigung der Fragestellung, Gegenstand und Erkenntnisinteresse definiert werden soll (vgl. Lamnek, 1998, S.110). Während des Rekrutierungsprozesses stellt sich heraus, dass die Bildung von Gruppen dieser Grösse nicht möglich ist. Bei den Spitex-Organisationen sind aufgrund der personellen Ressourcen zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion nicht so viele Teilnehmenden verfügbar. Dies führt dazu, dass an der Gruppendiskussion der Spitex insgesamt vier Personen teilnehmen (drei Personen vom Team Spitex-Verein Olten und eine Person vom Team Spitex-Verein Solothurn). Bei den BeWo-Teams stellt sich heraus, dass die Teams so klein sind, dass nicht die optimale Anzahl Teilnehmende für eine Gruppendiskussion rekrutiert werden kann. Die beiden Teams nehmen komplett an der Diskussion teil, was zu einer Gruppe von fünf Personen führt (zwei Personen vom Team Solothurn und drei Personen vom Team Olten). Eine genauere Auflistung der teilnehmenden Personen findet sich im Anhang A.

Rolle und Funktion der Diskussionsleitung

Die Rolle und die Funktion der Diskussionsleitung kann laut Flick unterschiedlich gehandhabt werden. Empfohlen wird die Steuerung der Diskussion durch eine Leiterin beziehungsweise einen Leiter wobei drei Formen unterschieden werden: Die *formale Leitung* beschränkt sich auf die Festlegung des Gesprächsbeginn, -ablaufs und -ende. Die *thematische Steuerung* umfasst zusätzlich die Einführung neuer Fragen und die Lenkung der Diskussion in Richtung der Vertiefung oder Ausdehnung spezifischer Themen und Teilbereiche. Die *Steuerung der Dynamik* der Interaktion geht darüber hinaus um das Ankurbeln des Gesprächs, um das Verwenden von provokativen Fragen, die Polarisierung bei schleppender Diskussion oder den Ausgleich von Dominanzverhältnissen (Flick, 2011, S.254). Die

Autorin möchte möglichst wenig eingreifen, trotzdem gibt es einige Themen und Fragen die beantwortet werden sollten. Deshalb verfolgt sie in den Gruppendiskussionen eine thematische Steuerung.

3.2.2.3. Leitfaden

Der Leitfaden dient laut Helfferich einerseits zur Rekonstruktion von subjektivem Alltags- und Expertenwissen und soll dabei maximale Offenheit gewährleisten und andererseits zur Strukturierung genau dieser offenen Erzählung dienen, damit die gewünschten Themen besprochen werden können. Zudem erleichtert die Struktur eines Leitfadens die Auswertung von Daten und ermöglicht die Verfolgung der Themen durch alle Interviews (vgl. Helfferich, 2005, S.159). Bei der Erarbeitung eines Leitfadens bedarf es laut Helfferich folgende Punkte:

1.Schritt: Fragesammlung. Dabei werden alle Fragen gesammelt, welche im Zusammenhang mit der zu beantwortenden Forschungsfrage stehen. Dabei sollten möglichst viele Fragen zusammengetragen werden.

2.Schritt: Durcharbeiten der Liste unter Aspekten des Vorwissens und der Offenheit. Dabei geht es darum, die entstandene Frageliste unter den Aspekten des bereits vorhandenen Wissens zu reduzieren. Dabei muss darauf fokussiert werden, was wirklich interessiert und wo der Erkenntniswunsch liegt. Dabei können Vorannahmen identifiziert werden und es kann Raum für komplett andere Aspekte und Zusammenhänge geschaffen werden.

3.Schritt: Durcharbeiten der Liste unter Aspekten der methodischen Eignung. Dabei werden die Fragen anhand ihrer Eignung zur Erzeugung von Erzählungen geprüft. Zudem muss beachtet werden, ob die Fragen für die interviewte Person beantwortbar sind (vgl. ebd., S.167f).

Anhand dieses Vorgehen hat die Autorin einen Leitfaden erstellt (vgl. Anhang B) der die nachfolgenden vier Themenblöcke enthält:

- Erfahrungen mit der Klientel
- Umgang mit der Klientel
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen
- Ideen für die Zukunft

Der Leitfaden dient dazu, dass alle wichtig erscheinenden Themenbereiche abgedeckt sind und dient der interviewenden Person als Orientierungshilfe. Neben der Zielgerichtetheit eines Leitfadens, werden durch einen Leitfaden den Interviewpartnerinnen und Interviewpartner viele Freiheiten zugesprochen. Es können sich dadurch während des gesamten Gesprächs interessante Aspekte ergeben, die nicht, beziehungsweise nicht in dieser Form, im Leitfaden enthalten sind. In solchen Momenten besteht die Möglichkeit, ergänzende Ad-Hoc-Fragen zu stellen (vgl. Mayring, 2010, S.70).

Für Gruppendiskussionen ist ein strikter Leitfaden nicht zwingend notwendig. Es können stichwortartig die relevanten Einzelaspekte aufgenommen werden, die den Rahmen der Diskussion vorgeben sollen (vgl. Kühn & Koschel, 2011, S.98). Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Experteninterviews mit den Gruppendiskussionen zu optimieren hat die Autorin trotzdem den Leitfaden auch für die Gruppendiskussionen benutzt. Dieser dient aber mehr als Checkliste, ob alle wichtigen Punkte in der Diskussion bereits angesprochen worden oder ob es noch Nachfragen bedarf.

3.2.3. Durchführung der Erhebung

Kontaktaufnahme

Die Autorin hat im Internet nach den zuständigen Leitungspersonen der jeweiligen Organisationen gesucht und sie dann telefonisch kontaktiert. Daraufhin wurde den Leitungspersonen ein etwas genauerer Beschrieb der Zielsetzung der Autorin und des Themas zugestellt. Die Leitungspersonen ihrerseits haben daraufhin ihre Mitarbeitenden angefragt und nach dem Interessen der Mitarbeitenden an der Teilnahme an der Gruppendiskussion gefragt. Anschliessend sind die Interviewtermine mit den Leitungspersonen vereinbart worden. Die Terminfindung für die Gruppendiskussionen gestaltete sich aufwendig. Da die Autorin als Kommunikatorin zwischen den Angeboten aus Olten und Solothurn fungiert hat und somit eine komplizierte Kommunikationskette entstanden ist. Die erschwerte Terminfindung ist durch die Sommerferienzeit noch zusätzlich verschärft worden. Doch schliesslich konnten zwei Termine festgelegt werden. Die Gruppendiskussionen fanden drei Wochen nach den Einzelinterviews statt.

Tonaufnahme

Die Aufnahme per Diktiergerät hat den Vorteil, dass die Handhabung sehr einfach ist und die Autorin anschliessend im Besitz der Interviews und Gruppendiskussionen als Audiodatei ist. Die Autorin muss so nur wenige Notizen machen und kann sich besser auf den Inhalt des Interviews und der Gruppendiskussionen konzentrieren. Die Aufnahme garantiert auch die Nachvollziehbarkeit und hält den genauen Wortlaut für die Protokollsätze in der Ergebnisdarstellung bereit. Laut Flick macht die Aufnahme den Forschungsprozess auch intersubjektiv überprüfbar. Als Nachteil der Aufnahme könnten sich, insbesondere zu Beginn des Interviews, Sprechhemmungen zeigen. Zudem kann keine nonverbale Kommunikation aufgezeichnet werden (vgl. Flick, 2011, S.372ff). Bei den durchgeführten Interviews und im Speziellen auch bei den Gruppendiskussionen hat sich die Aufnahme bewährt. Die Nachteile werden als sehr gering eingeschätzt und aus Sicht der Autorin überwiegen die Vorteile klar.

Interviewgestaltung / Gestaltung der Gruppendiskussionen

Lamnek gliedert den Ablauf von Leitfadeninterviews in vier Hauptschritte:

1. Gesprächseinstieg;
2. Allgemeine Sondierung (Abbau emotionaler Vorbehalte, thematischer Einstieg in die Befragung);
3. Spezifische Sondierung (Vertiefung des Verständnisses durch Verständnisfragen und Konfrontation);
4. Schlussbemerkung (vgl. Lamnek, 2005, S.365f).

Dementsprechend sind auch die Interviews und Gruppendiskussionen gestaltet worden. Die Interviews haben in den jeweiligen Räumlichkeiten der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen stattgefunden. Die Gruppendiskussionen haben jeweils in den zur Verfügung gestellten Räumen der Spitex Olten und der Suchthilfe Olten stattgefunden. Die Autorin konnte bei den Experteninterviews die jeweiligen Räume bereits besichtigen und sich somit Gedanken zur idealen Sitzordnung machen. Vor den jeweiligen Gruppendiskussionen sind die Tische und Stühle so arrangiert worden, dass alle Beteiligten einander anschauen konnten und nicht nur auf zwei Seiten der Tische Sitzgelegenheiten vorhanden waren. So entstand eine kreisförmige Anordnung der Beteiligten. Helfferich betont die Wichtigkeit der Ausgestaltung der Interviewsituation, dass eine möglichst vertraute Situation entstehen kann (vgl. Helfferich, 2005, S.157).

Vor den Interviews und Diskussionen fand zum Abbau emotionaler Vorbehalte immer ein allgemeiner Gedankenaustausch statt. Danach ist von Seiten der Autorin die Rahmenbedingungen geklärt und die Frage nach der Aufnahme der Gespräche gestellt worden. Anschliessend ist das Aufnahmegerät eingestellt und mit der Vorstellungsrunde die Gespräche begonnen worden. Diese dient vor allem bei Gruppendiskussionen mit Ad-Hoc-Gruppen zum gegenseitigen Kennenlernen und so werden Gemeinsamkeiten sichtbar. Dadurch soll laut Flick ein Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe entstehen damit eine angenehme Atmosphäre für die Diskussion geschaffen werden kann (vgl. Flick, 2011, S.255). Anschliessend hat die Autorin die Einstiegsfrage gestellt „Erzählen sie mir doch etwas über Ihre Erfahrungen, die Sie mit älteren Klientinnen und Klienten mit einer Suchtproblematik spezifisch einer Opiatsubstitution über 45 machen?“. Die weiteren drei Themenblöcke des Leitfadens (vgl. Kapitel 3.2.2.3) können den Schritten nach Lamnek der allgemeinen und der spezifischen Sondierung zugeordnet werden. Als Schlussbemerkung bedankte sich die Autorin bei den Interviewpartnerinnen und Interviewpartner und den Teilnehmenden der Gruppendiskussionen.

Transkription

Flick betont, dass es bei der Genauigkeit der Transkription um die Angemessenheit für den angestrebten Ertrag der Forschung geht. Die Transkriptionsregeln müssen im Verhältnis zur Forschungsfrage stehen. Wenn es wie in der vorliegenden Arbeit um die Untersuchung bestimmter Inhalte geht, ist eine zu genaue Transkription, die zum Beispiel Füllwörter aufnimmt, nicht zielgerichtet. Es sollte nur so viel und so genau transkribiert werden, wie die Fragestellung dies erfordert. Dadurch soll der Gefahr, dass durch stark differenzierte Transkriptionsregeln eine Unübersichtlichkeit der Protokolle resultiert, entgegengewirkt werden (vgl. Flick, 2011, S.379f). Vor diesem Hintergrund werden folgende Transkriptionsregeln festgelegt:

(...) = Wort nicht verstanden

((Wort)) = Geräusche, Gelächter

[] = überlappende Sprache

„Wort“= Dialekt, Fremdsprache

Füllwörter und Versprecher werden nicht transkribiert. Auch „ja“ und „mhm“, die als Bestätigung und zum Erhalten des Redeflusses ausgesprochen wurden, sind im geschriebenen Text nicht mehr vorhanden. Das Gespräch wurde von Mundart in Schriftsprache „übersetzt“, wobei wenige treffende Wörter in Anführungszeichen in Mundart belassen wurden.

3.2.4. Reflexion der Datenerhebung

Da die Autorin selbst Sozialarbeiterin ist und nicht im Pflegebereich tätig ist, ist eine natürliche Nähe zwischen der Autorin und den Befragten des BeWos entstanden. Dies weil die Autorin selbst mehr Wissen in diesem Bereich hat und zudem in der Rolle als Sozialarbeiterin mit Substitutionsklientinnen und -klienten zusammenarbeitet. Dies hat sicher einen Einfluss auf die Erhebungssituation der Interviews gehabt. Zudem hat die Gefahr bestanden, dass die Befragten aus dem Pflege- beziehungsweise Altersbereich sich belehrt fühlen könnten aufgrund der Expertise der Autorin. Dieser Gefahr hat die Autorin entgegen gewirkt, indem sie die Expertise der Pflegefachpersonen in ihrem Bereich zu Beginn der Interviews beziehungsweise der Gruppendiskussionen betonte.

Der Nachteil von kleinen Gruppen bei den Diskussionen sieht Lamnek in der geringeren Ergiebigkeit an unterschiedlichen Auffassungen und Argumenten. Gleichzeitig ist der Vorteil von kleineren Gruppen, dass sich niemand in die Anonymität flüchten kann und jeder einzelne mehr Raum hat zum sprechen (vgl. Lamnek, 2010, S.396). Auffällig war zudem, dass eine Diskussion in der Gruppe mit den BeWo-Teams viel schneller entstanden ist, als bei den Spitex-Teams. Die Gruppengröße kann als ein beeinflussender Faktor gesehen werden (Gruppengröße Spitex vier Personen, Gruppengröße BeWo fünf Personen). Durch geschickte Gesprächsführung konnte die zu Beginn bestehende Hemmschwel-

le der Spitex Gruppe jedoch im Verlaufe des Gesprächs gemildert werden. Ein Element dieser Unterschiede könnte auch darin liegen, das die Autorin während der Gruppendiskussionen festgestellt hat, dass die Mitarbeitenden des BeWos mehr Erfahrung mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten aufweisen als die Mitarbeitenden der Spitex. Bei der Spitex haben die Mitarbeitenden nach eigenen Aussagen nur punktuelle Kontakte mit einzelnen älteren Substitutionsklientinnen und -klienten. Dies kann dazu geführt haben, dass die Mitarbeitenden der Spitex über weniger Erfahrungen berichten können und sich somit auch weniger vertraut mit dem Thema gefühlt haben. Während die Mitarbeitenden der BeWos regelmässig mit der Problematik konfrontiert sind und selbst einen Entwicklungsbedarf in ihrer Arbeit feststellen (vgl. Kapitel 4.3.2).

Der Optimierungsbedarf in der exakten Fragestellung seitens der Autorin ist während der Transkription aufgefallen. Diesem ist wurde im Verlauf der weiteren Interviews und der Gruppendiskussionen entgegen getreten worden. Die Autorin hat die Fragen des Interviewleitfadens so angepasst, dass sie sich wohler fühlte diese zu stellen. Beispielsweise ist die Frage ‚Was fehlt Ihrer Meinung nach Ihrem Angebot heute für diese Zielgruppe?‘ in ‚Welche zusätzlichen Angebote in Ihrem Bereich könnten noch hilfreich sein für diese Zielgruppe?‘ umformuliert worden.

3.3. Datenauswertung

Ausgewertet werden die durch die Transkription entstandenen Textdokumente nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Zur Bewältigung umfangreichen Materials entwickelte Mayring die qualitative Inhaltsanalyse, die stark verbreitet ist. Die Methode ist ständig weiterentwickelt worden und in der aktuellen Form besteht der grundlegende Ansatz darin, „die Stärken der qualitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln“ (Mayring, 2010, S. 58). Laut Lamnek ist die Gruppendiskussion an das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse in der Auswertungsphase gebunden (vgl. Lamnek, 1998, S.65). So werden alle entstandenen Daten der vorliegenden Arbeit nach der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Analyse wird im ersten Unterkapitel beschrieben. Im zweiten Unterkapitel wird darauf eingegangen, wie die Auswertung mit einer QDA-Software gemacht wurde.

3.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine sozialwissenschaftliche Methode zur Analyse von Material aus Kommunikationssituationen (vgl. Mayring, 2010, S.12). Ein wesentlicher Unterschied zu anderen Analysemethoden ist laut Kuckartz, dass sich die qualitative Inhaltsanalyse im Speziellen mit der Auswertungsphase auseinandersetzt. Das bedeutet dass das Material bereits erhoben ist, wenn die qualitative Inhaltsanalyse beginnt (vgl. Kuckartz, 2010, S.93). Nach Mayring ist das Ziel der qualitativen Forschung, einen Gegenstand offen zu erkunden und zu beschreiben. Das Ziel der qualitativen

Inhaltsanalyse ist die Reduktion des Datenmaterials auf seine Kernelemente (vgl. Mayring, 2010, S.21). Zentrale Techniken sind dabei Folgende:

- *Einbettung des Materials in einen Kommunikationszusammenhang*: Definieren des zur Verfügung stehenden Materials sowie schildern der Entstehungssituation des Materials.
- *Systematisches, regelgeleitetes Vorgehen*: Die Inhaltsanalyse wird gezielt auf eine bestimmte Fragestellung und das vorliegende Material hin angepasst. Analyseschritte und Entscheidungen werden transparent gemacht.
- *Kategorien im Zentrum der Analyse*: Besonderes Augenmerk wird auf die Kategorienkonstruktion und -begründung gelegt.
- *Gegenstandsbezug statt Technik*: Die Anbindung am konkreten Gegenstand der Analyse ist ein besonders wichtiges Anliegen.
- *Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilotstudien*: 10-15 Prozent des Materials dient der Überprüfung der Instrumente.
- *Theoriegeleitete Analyse*: Der Stand der Forschung wird systematisch bei allen Entscheidungen hinzugezogen.
- *Einbezug quantitativer Analyseschritte*: Quantitative Analyseschritte können hinzugezogen werden. Besonders sinnvoll sind sie, wenn es um die Verallgemeinerung der Daten geht (vgl. ebd., S.48-52).

Mayring differenziert drei Grundformen des Interpretierens: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Dabei handelt es sich um drei voneinander unabhängige Analysetechniken. Je nach Forschungsfrage und Material wird die geeignete Analysetechnik ausgewählt:

- *Zusammenfassung*: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion eine Zusammenfassung entsteht, die immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
- *Explikation*: Ziel der Analyse ist es unverständliche oder diskrepante Textstellen mit Hilfe von zusätzlichem Material zu klären.
- *Strukturierung*: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern um eine Typisierung erstellen zu können (vgl. Mayring, 2010, S.65).

Zentral ist bei der qualitativen Inhaltsanalyse laut Kuckartz unter anderem ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen. Dafür wird ein konkretes Ablaufmodell der Analyse festgelegt. Dabei werden die einzelnen Analyseschritte definiert und die Reihenfolge festgelegt (vgl. Kuckartz, 2010, S.93). So legt Mayring ein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell fest:

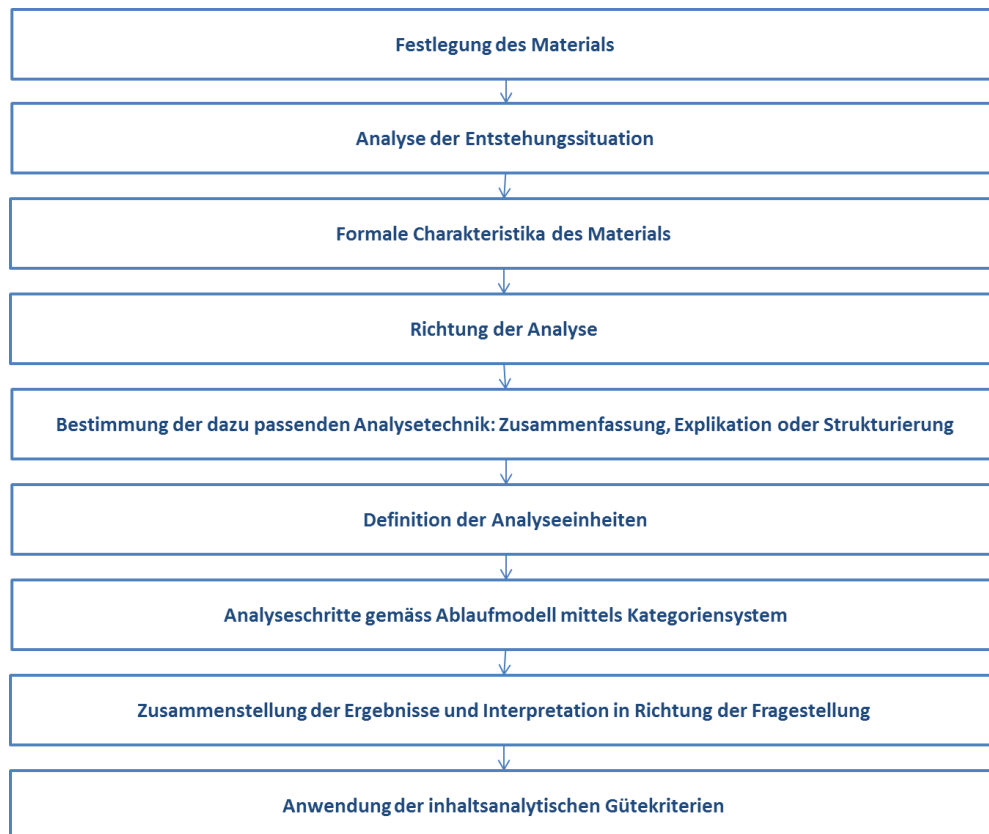


Abbildung 6: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (vgl. Mayring, 2010, S.60)

Mayring nutzt die ersten drei Schritte zur Bestimmung des Ausgangsmaterials für die Analyse. Nachfolgend werden die einzelnen Punkte kurz beschrieben und auf die vorliegende Arbeit angewendet:

Festlegung des Materials

Dabei wird definiert, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll (vgl. ebd., S.52). In der vorliegenden Arbeit wird das gesamte Material der Interviews und Gruppendiskussionen verwendet. Eine genauere Ausführung der durchgeführten Stichprobe findet sich in Kapitel 3.2.1.

Analyse der Entstehungssituation

Dafür muss die Entstehungssituation genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert worden ist (vgl. ebd., S.53). Eine ausführliche Beschreibung der Entstehungssituation findet sich in Kapitel 3.2.

Formale Charakteristika des Materials

Dabei muss beschrieben werden, in welcher Form das Material vorliegt (vgl. ebd., S.53). Die Interviews und Gruppendiskussionen wurden auf Tonband aufgenommen und danach zu einem geschriebenen Text transkribiert.

Richtung der Analyse

Hier werden die Aussagen festgelegt, die anhand des vorhandenen Materials gemacht werden sollen. Denn es kann beispielsweise der im Material behandelte Gegenstand beschrieben werden oder aber auch etwas über die interviewte Person gesagt werden. Dies muss vor der Inhaltsanalyse bestimmt werden (vgl. ebd., S.56). In den Diskussionen und Interviews beschreiben die Personen den Umgang mit der thematisierten Klientel, auftretende Schwierigkeiten und mögliche Lösungen. Die Analyse dient der Zusammenfassung der Aussagen zur Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit und als Grundlage für Gestaltungsempfehlungen.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Damit soll vorab die Fragestellung der Analyse genau definiert werden. In der Regel muss diese an die bisherigen Forschungsarbeiten angeknüpft werden und ist in Teilfragen gegliedert (vgl. ebd., S.57). Als Fragestellung der Analyse werden die Fragestellungen dieser Arbeit verwendet (vgl. Kapitel 1.3). Zur theoretischen Herleitung geben die Kapitel eins und zwei Auskunft.

Bestimmung der dazu passenden Analysetechnik

Nach Sichtung der Literatur ist für die vorliegende Arbeit die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt worden. Ziel dieser ist es eine grosse Materialmenge auf ein überschaubares Mass zu kürzen und die wesentlichen Inhalte zu erhalten (vgl. ebd. S.83). Das Verfahren der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse ermöglicht über den Weg der Paraphrasierung, Generalisierung und Abstraktion materialbasierten Kategorien zu bilden (vgl. Kuckartz, 2012, S.59). Mayring begründet dies damit, dass es bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse um die Berücksichtigung des ganzen Textmaterials und der gleichzeitigen Reduktion auf das Wesentliche geht. Dabei werden während des Analyseprozesses nur bestimmte (nach einem Definitionskriterium festgelegte) Bestandteile berücksichtigt (vgl. Mayring, 2010, S.66). Das Verfahren gelangt laut Kuckartz über den Weg der Paraphrasierung, Generalisierung und Abstraktion zu materialbasierten Kategorien (vgl. Kuckartz, 2012, S.59).

Definition der Analyseeinheiten

Bevor die zusammenfassende Inhaltsanalyse durchgeführt werden kann, müssen die Analyseeinheiten definiert werden. Diese dienen der Erhöhung der Präzision der Inhaltsanalyse. Dabei wird folgende Unterteilung der Analyseeinheiten gemacht:

- Die *Kodiereinheit* legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Kontexteinheit* legt den grössten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden (vgl. Mayring, 2010, S.59).

Als Kodiereinheit wird ein einzelnes Wort festgelegt, weil das Textmaterial teilweise auch aus Stichworten besteht (vor allem in den Gruppendiskussionen). Als Kontexteinheit wird die Aussage einer Person zu einem Thema bestimmt. Eine Aussage kann auch aus mehreren zusammenhängenden Sätzen bestehen. Die Auswertungseinheit sind die Transkriptionen der einzelnen Interviews und Gruppendiskussionen. Diese werden einzeln nacheinander ausgewertet.

Durchführung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Dafür legt Mayring ein allgemeines inhaltliches Ablaufmodell für eine Zusammenfassung fest:

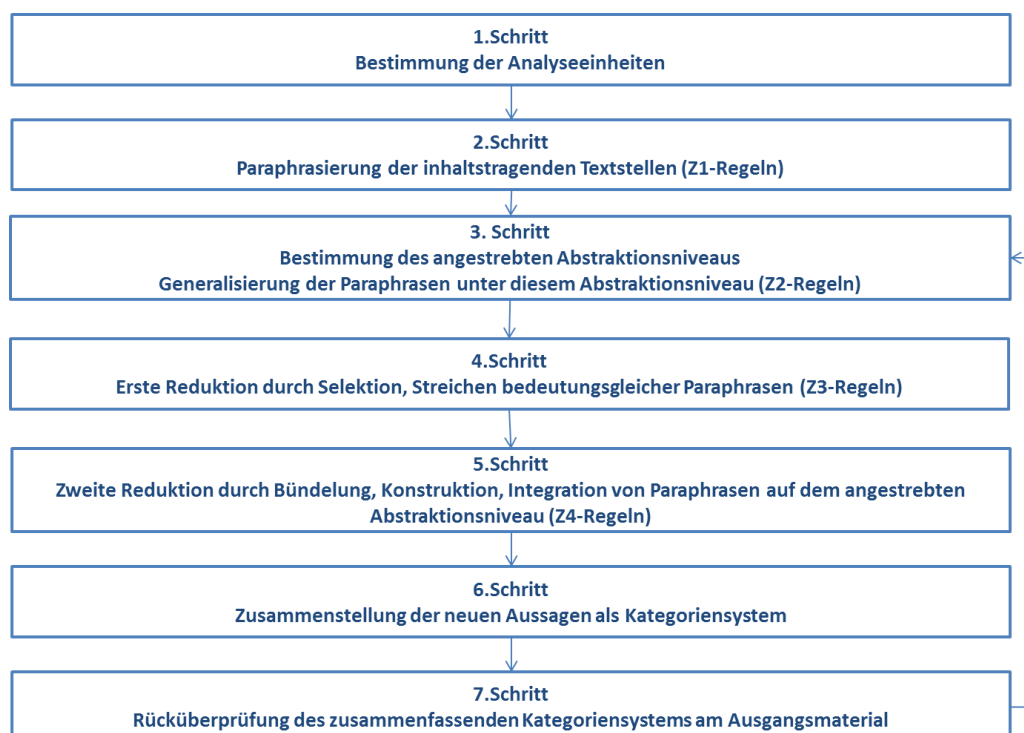


Abbildung 7: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2010, S.68)

Nun werden die Schritte eins bis sieben des abgebildeten Ablaufmodells genauer beschrieben:

Bestimmung der Analyseeinheit

Mayring beschreibt alle Schritte mit den entsprechenden Regeln detailliert:

Der erste Schritt, die *Bestimmung der Analyseeinheiten* ist bereits im entsprechenden Absatz beschrieben worden (vgl. S.47).

Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Im zweiten Schritt werden die einzelnen Kodiereinheiten in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben. Was als Paraphrasierung bezeichnet wird (vgl. Mayring, 2010, S.69). Die entsprechenden Z1-Regeln lauten wie folgt:

- Streichen aller nicht oder wenig inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen;

- Übersetzen der inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene;
- Transformieren dieser auf eine grammatikalische Kurzform (vgl. ebd., S.70).

Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus

Im dritten Schritt wird das Abstraktionsniveau der Reduktion bestimmt. Dies geschieht aufgrund des vorliegenden Materials und der vordefinierten Forschungsfragen (vgl. ebd., S.69). Das Abstraktionsniveau wird in der vorliegenden Arbeit tief gehalten, damit die Forschungsfragen detailliert beantwortet werden können. Zudem sollen die Kategorien nach Berufsgruppe und Arbeitsort differenziert dargestellt werden können. Somit müssen diese Informationen in der Reduktion erhalten bleiben.

Generalisierung der Paraphrasen

Für die Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau definiert Mayring folgende Z2-Regeln:

- Generalisieren der Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene so dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind;
- Generalisieren der Satzaussagen auf die gleiche Weise;
- Belassen der Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen;
- Theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe nehmen (vgl. ebd., S.70).

Durch die bisherigen Schritte entstehen inhaltsgleiche Paraphrasen die anschliessend im Schritt vier gestrichen werden können. Zudem können unwichtige und nichtssagende Paraphrase weggelassen werden (vgl. ebd., S.69). Die detaillierten Regeln für diesen Schritt lauten wie folgt:

- Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten;
- Streichen von Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden;
- Übernahme der Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden;
- Theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe nehmen (vgl. ebd., S.70).

Zweite Reduktion

Im Schritt fünf wird eine zweite Reduktion vorgenommen. Dabei werden mehrere, sich aufeinander beziehende und oft über das Material verstreute Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben. Dabei entsteht nun ein Kategoriensystem (vgl. ebd., S.69). Die entsprechenden Regeln sind wie folgt definiert:

- Zusammenfassen der Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase;
- Zusammenfassen der Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand;
- Zusammenfassen der Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase;
- Theoretische Vorrannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe nehmen (vgl. ebd., S.70).

Dabei wird in der vorliegenden Arbeit zwischen den allgemeinen Aussagen, die von beiden Berufsgruppen gemacht werden und übereinstimmen, den Aussagen des BeWos und den Aussagen der Spitex unterschieden.

Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Im Schritt sechs können nun die neu generierten Aussagen zu einem Kategoriensystem zusammengestellt werden. Dieses muss das Ausgangsmaterial repräsentieren (vgl. ebd., S.69).

Rücküberprüfung

Die Überprüfung des Kategoriensystems findet in Schritt sieben statt. Dabei müssen alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchganges im Kategoriensystem wiederzufinden sein (vgl. ebd., S.69). So kann in der vorliegenden Arbeit folgendes Kategoriensystem gebildet werden:

Beschreibung der Klientel	Beschreibung der institutionellen Ebene	Zukunftsentwicklung
Alter	Anforderung an Personal	Bedarf
Allgemeinzustand	<ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse der Klientel
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Herausforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf aus Sicht von BeWo und Spitex
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemein • Kooperation 	Anschlusslösung BeWo	Anforderungen an Alters- und Pflegeheime
Soziales Netz	Aufgabe/Grenze BeWo und Spitex	Rahmenbedingungen Zukunftsangebot
Tagesstruktur	Finanzierung	
Wohnsituation	Zusammenarbeit	
Konsumverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Akteure • Gestaltung der Zusammenarbeit 	

Tabelle 2: Kategoriensystem (eigene Darstellung)

Nach Abschluss dieser Schritte ist der Zweck der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse erreicht. Eine grosse Materialmenge ist auf ein überschaubares Mass gekürzt und die wesentlichen Inhalte sind erhalten geblieben.

Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung

Die Ergebnisse und Erläuterungen zum Kategoriensystem werden in den folgenden Kapiteln dargestellt und interpretiert (vgl. Kapitel 4 & 5). Bei der Durchführung der Darstellung der Ergebnisse hat sich aufgrund einer zielgerichteten Erörterung der Resultate gezeigt, dass einige Aussagen in eine andere Kategorie eingeordnet werden müssen. Dies wurde im Laufe dieses Schrittes bei Bedarf angepasst.

Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Diese sind im Kapitel 3.1 bereits erläutert und diskutiert worden.

3.3.2. Auswertung mit QDA-Software

Laut Kuckartz kann eine QDA-Software für Transskripte von offenen Interviews aller Art und auch für Gruppendiskussionen als Unterstützung bei Analyse von Daten verwendet werden (vgl. Kuckartz, 2010, S.15). Auch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist mit der QDA-Software umsetzbar, obwohl sie nicht direkt für das Paraphrasieren von Texten konzipiert ist. Die Daten können aber so vorbereitet werden, dass sie sich danach in einer mehrspaltigen Tabelle befinden, in welcher die entsprechenden Spalten für die Paraphrasierung und Generalisierungen zunächst noch leer sind. Es wird dabei die erste Paraphrasierung so vorgenommen, dass die betreffende Textstelle markiert und die Paraphrase als Code zugewiesen werden kann. Danach können die Paraphrasen organisiert werden und in einer übersichtlichen Tabelle dargestellt werden. Damit alle weiteren Schritte der Analyse durchgeführt werden können (vgl. ebd., S.96). Die Autorin hat danach die weiteren Schritte der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kapitel 3.3.1) in einer Excel-Tabelle durchgeführt. Ein Beispiel befindet sich im Anhang D.

4. Darstellung der Ergebnisse

Im diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse aus den Erhebungen bei den Spitex- und Suchthilfe-Organisationen in den Städten Solothurn und Olten. Die Ergebnisse werden immer je Berufsgruppe (Spitex und BeWo) dargestellt. Falls es übereinstimmende Aussagen aus beiden Berufsgruppen gibt, werden diese auch so gekennzeichnet. Die Gliederung erfolgt anhand des Kategoriensystems (vgl. Tabelle 2) und die einzelnen Kategorien in die drei Hauptgruppen Beschreibung Klientel (Kapitel 4.1), Organisation (Kapitel 4.2) und Zukunft (Kapitel 4.3) dargestellt.

4.1. Beschreibung der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten

In dieser Hauptgruppe werden die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten aus Sicht der Befragten beschrieben. Dazu gehören Alter, Allgemeinzustand, Verhalten, Soziales Netz, Tagesstruktur, Wohnkompetenz und ihr Konsumverhalten.

4.1.1. Alter

Bezüglich des Alters der Substitutionsklientinnen und -klienten zeigt sich ein einheitliches Bild im Bezug darauf, dass es bisher noch nicht ein sehr weit verbreitetes Thema ist, dass die Klientinnen und Klienten über 45 Jahre alt sind. Bei der Spitex sind die Substitutionsklientinnen und -klienten in der Tendenz etwas älter als im BeWo. Denn im BeWo sind sie meistens noch etwas unter 45 Jahre alt. Die Spitex beschreibt das Alter der Substitutionsklientinnen und -klienten wie im nachfolgenden Zitat:

„... also so meine Methadonleute das sind die im erwerbstätigen Alter also wirklich etwa zwischen 40 und 50 und tendenziell eigentlich was älter ist, ist nicht mehr irgendein Methadonproblem sondern ein Alkoholproblem. Also ältere, 50 55 mit Methadon haben wir nicht Es sind wirklich meistens im ja vielleicht auch 35 bis 50 55 und älter nie.“ (vgl. Transskript S1, Abs.16)

Was aus dem obigen Zitat der Spitex auch hervorgeht ist, dass Alkoholprobleme im Alter stärker verbreitet sind als die Substitution. Dies beschreiben auch beide Berufsgruppen gleich: „Wenn es um Alkohol geht, dann haben wir mehr und solche die auch massiv darüber sind, 70-Jährige, die wir betreuen. Wir haben auch einen Mann fast in diesem Alter.“ (vgl. Transskript B1, Abs.5)

4.1.2. Allgemeinzustand (somatische und psychische Situation)

Beide Berufsgruppen beschreiben den Allgemeinzustand der Substitutionsklientinnen und -klienten als sehr unterschiedlich von Person zu Person. Dies wird mit Nachdruck auch immer wieder in den Interviews und Diskussionen betont: „Aber das [der Allgemeinzustand] kann meiner Meinung nach wenn man auf einer Skala anschaut von null bis zehn die können alles sein von null bis zehn die kön-

nen da irgendwo sein die sind alle sehr sehr unterschiedlich“ (vgl. Transskript S1, Abs.37). „Also für mich kann man es nicht so generalisieren. Wir haben verschiedene Klienten“ (vgl. Transskript GB, Abs.53). Dazu kommt, dass „das sich in 24 Stunden wenn wir dann zweimal bis dreimal gehen zum Beispiel für die ‚Mediabgabe‘ sich das x-Mal ändern [kann] das kann am Morgen bei 0 sein und am Mittag bei 10 und am Abend wieder bei 0. Das ist sehr sehr unterschiedlich“ (vgl. Transskript S1, Abs.38). Dies zeigt, dass sich der Zustand auch bei der Klientin oder beim Klienten immer wieder ändern kann. Als häufige gesundheitliche Probleme werden Wunden genannt. Immer häufiger wird eine zunehmende Vergesslichkeit beobachtet. „Und was du gesagt hast mit der Demenz also mir scheint eher, also bei uns habe ich jetzt den einen oder anderen wo ich das Gefühl habe die Tendenz ist steigend also ... Alkohol“ (vgl. Transskript GB, Abs.132). Die Vergesslichkeit und teilweise auch Verwirrtheit wird auf den Alkoholkonsum zurückgeführt.

Begleitetes Wohnen

Von Seiten des BeWos wird festgehalten, dass „sie sind einfach ja sie werden eben mit 45 werden sie alt, das wo wir in der Pensionierung haben beginnt dort“ (vgl. Transskript B2, Abs.8). Es wird zudem festgestellt:

„... was der Unterschied von den älteren zu den Jungen ausmacht ist auch, dass sie über die Jahre hinweg in denen sie Alkohol konsumiert haben oder Drogen einfach auch körperlich angeschlagen sind, also gewisse Organe die angeschlagen sind und die Psyche sage ich jetzt mal auch und, dass man das bei den Jungen fällt das ein bisschen weg.“ (Transskript GB, Abs.26)

Es besteht grundsätzlich Einigkeit über den schlechten körperlichen Zustand indem sich die Substitutionsklientinnen und -klienten befinden. Speziell werden vermehrte Hepatitis-erkrankungen und Leberprobleme genannt. Der gesundheitliche Zustand führt oft dazu dass die ältere Substitutionsklientel „nicht so leistungsfähig sind, dass sie viel müde sind“ (Transskript GB, Abs.24). Zudem wird festgestellt, dass die gesundheitliche Situation genau beobachtet werden muss:

„Dann die somatischen Sachen die sind einfach auch vermehrt wo man dann auch merkt da muss man ständig darauf schauen und das braucht dann auch mehr Betreuung weil manchmal geht es dann schnell und dann sind sie dann schnell sehr krank vor allem wenn es so Hepatitis Sachen gibt und auf das schaut man dann eher bei diesen Leuten als bei den jungen.“ (Transskript B2, Abs.14)

Eine Person widerspricht dieser Tendenz, sie erlebt den Zustand der Substitutionsklientinnen und -klienten anders: „physisch würde ich behaupten bis auf kleineren ‚Bräschten‘ die man hat mit 50, ist der relativ gut“ (vgl. Transskript B1, Abs.13). Sie fügt aber auch noch hinzu, dass es oftmals bei auftretenden Beschwerden schnell zu einem allgemeinen, meist kognitiven Abbau kommt. Auch bei der

psychischen Situation widerspricht diese Person der Gesamtmeinung, indem sie sagt: „Psychisch geht es ihnen gut, weil sie noch ein soziales Netz haben“ (Transskript B1, Abs.13). Und weil „sie haben den Stress von der Gasse nicht mehr“ (Transskript B1, Abs.15). Denn grundsätzlich werden die Substitutionsklientinnen und -klienten auch als psychisch stark angeschlagen erlebt. Im Verlauf des Interviews zeigt sich aber auch von dieser Person, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zwar teilweise in einem besseren somatischen und psychischen Zustand sind als die ältere Klientel mit ausschliesslicher Alkoholproblematik, aber es ihnen doch weniger gut geht, als den jüngeren Klientinnen und Klienten des BeWos. Die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten werden als der Klientel beschrieben, „die körperlich wirklich angeschlagen sind, die dement sind, die Schäden haben vom Alkohol, die Aggressionen haben, psychische Störungen, ...“ (Transskript GB, Abs.198).

Spitex

Die Fachpersonen der Spitex erleben die ältere Substitutionsklientel als „Menschen in instabilen Situationen“ (Transskript S2, Abs.13). Von der Spitex her werden noch zusätzlich zu den oben genannten somatischen Problemen, Probleme mit der Atmung beschrieben, welche häufig beobachtet werden und Lungenentzündungen: „Das sind dann die, die ab und zu im Spital sind und wieder zurückkommen wieder gehen und zurück kommen“ (Transskript S1, Abs.36). Die gesundheitlichen Probleme führen teilweise zu einer eingeschränkten Mobilität. Deren Folgen werden wie nachfolgend beschrieben: „Ja aber der konnte auch nicht mehr raus. Der ging eigentlich nicht mehr gross raus. Ja mit dem Rollator konnte er noch raus“ (Transskript GS, Abs.24). Den psychischen Zustand beschreiben die Fachpersonen der Spitex durchgehend als sehr unterschiedlich. Was im Zusammenhang mit den unterschiedlichen somatischen und psychischen Zuständen der Substitutionsklientel betont wird ist, dass „es ... bei Menschen mit diesem Hintergrund eher häufiger [ist], aber wir haben alle diese Themen auch bei normalen Leuten“ (Transskript S2, Abs.24).

4.1.3. Verhalten

Das Verhalten wird in die Unterkategorien allgemeines Verhalten und in den spezifischen Aspekt der Kooperation unterteilt. Diese Aufteilung ergibt sich aus der Menge der Aussagen zum allgemeinen Verhalten und zur Kooperation im Speziellen.

4.1.3.1. Allgemeines Verhalten

Begleitetes Wohnen

Wie bereits der gesundheitliche Zustand wird auch das Verhalten der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten im BeWo als sehr individuell beschrieben. Teilweise ist die Klientel schon lange im BeWo und im Alter fällt auf, dass sie besser zu sich schauen. Was augenfällig ist, dass der Klientel mehr auf ihre Gesundheit achten und machen sich dazu vermehrt Gedanken machen. Dies weil „sie

kümmern sich, sie merken, dass sie beginnen müssen zu sich selber zu schauen“ (Transskript GB, Abs.36). Allgemein machen sich die Älteren mehr Gedanken über ihre Zukunft:

„Es ist eine Person der ist es klar und ihm ist es mehr als nur peinlich sondern er macht sich auch Sorgen um sich selbst. Warum passiert das, ich mache das doch eigentlich nicht. Er hat sich nun auch von uns mit dem Arzt vernetzen lassen.“ (Transskript B1, Abs.15)

Älteren Substitutionsklientinnen und -klienten, denen auffällt, dass sie unter Vergesslichkeit leiden, ist das sehr unangenehm und peinlich. Sie machen sich Sorgen, wie es mit ihnen weitergehen soll. Weiter wird die ältere Substitutionsklientel als verantwortungsbewusster und grundsätzlich strukturierter beschrieben. Zudem „sind [sie] nicht mehr so rebellisch und haben das Gefühl sie können alles machen“ (Transskript GB, Abs.32). Auch vermehrte Rücksicht auf Nachbarschaft wird beobachtet. Trotzdem können ältere Substitutionsklientinnen und -klienten ausrasten und Bedrohungen aussprechen. Wenn Klientinnen und Klienten ein solches Verhalten aufweisen, ist es nicht möglich eine zusätzliche Dienstleistung wie beispielsweise die Spitex als Unterstützung beizuziehen. Sie benötigen auch ihren geregelten Ablauf: „Also sehr gewohnheitsmässig halt. Also sie brauchen sehr die meisten eigentlich ihr gewohntes Umfeld, ihren Ablauf dann läuft es gut und solange dies so ist, läuft es eigentlich recht gut“ (Transskript GB, Abs.29). Sie möchten keine Veränderung, einfach einen geregelten Alltag leben. Dies ist ein Grund, dass es ihnen schwer fällt, sich auf zusätzliche Dienstleistungen, wie beispielsweise die Spitex, einzulassen (vgl. Kapitel 4.1.3.2. und 4.2.1.1).

Spitex

Einigkeit herrscht darüber, dass Substitutionsklientinnen und -klienten Zeit benötigen um sich an die Spitex zu gewöhnen. Dies weil „die Angst vom Verlust der Unabhängigkeit ... ist ganz stark“ (Transskript S2, Abs.50). Zudem sind Klientinnen und Klienten schnell überfordert, was aber nicht eindeutig nur auf die Substitutionsklientinnen und -klienten zutrifft, sondern allgemein auf ältere Menschen:

„Was ich bei unserem Klienten einfach sehe ist auch so diese Überforderung, also es ist nur ganz ganz wenig und er ist schon total überfordert, sei es nur Geld holen gehen ... nur ein Telefon aber bereits dies war irgendwie, die Überforderung war da.“ (Transskript GS, Abs.30)

Allgemein werden die Substitutionsklientinnen und -klienten als eher schwierig im Umgang und anspruchsvoll in der Betreuung erlebt. Bei den weiteren Beschreibungen handelt es sich oftmals um einzelne Meinungen, welche von Einzelpersonen so wahrgenommen werden. Es kann aber keine Aussage darüber gemacht werden, ob andere Fachpersonen der Spitex diese Meinung teilen:

Einerseits wird erläutert, dass Substitutionsklientinnen und -klienten oftmals überall etwas anderes erzählen und damit versuchen das Beste für sich herauszuholen. Manchmal erzählen sie in diesem Zusammenhang auch Lügen. Des Weiteren entsprechen diese Klientel nicht der Norm, ihre Art ist faszinierend und im Gespräch können philosophische Diskussionen entstehen. Oftmals haben sie eine festgefahrene Meinung. Was einer Leitungsperson im Besonderen auffällt ist, dass Substitutionsklientinnen und -klienten sehr sensibel auf Personalwechsel reagieren und sie teilweise auch Mitarbeitende ablehnen:

„Ja also was bei ihnen sicher schwieriger ist wenn es Wechsel im Personal gibt ja logischerweise haben wir eine rotierende Crew die in unterschiedlichen Schichten arbeitet und da kommt nicht immer die gleiche und da ja da sind sie sensibler als andere Leute wo auf versteckte wenn es nicht empathisch ist sehr sensibel reagieren. Und sie sind vielleicht eher die die sagen die braucht nicht mehr zu kommen auch wenn die Mitarbeiterin alles richtig gemacht hat aber wenn es menschlich nicht stimmt dann ja.“ (Transskript S2, Abs.9)

In der Gruppendiskussion wurden zwei Standpunkte zum Thema der Selbstständigkeit der Klientel vertreten: Zum einen werden Substitutionsklientinnen und -klienten als eher unselbstständig erlebt, was mit der Opiatabhängigkeit begründet wird. Zum anderen wird festgehalten, dass dies nicht mit der Opiatabhängigkeit an sich zu tun hat, sondern damit, dass sie ein anderes Leben führen, welches nicht der Norm entspricht:

„natürlich ist er [Klient mit einer Opiatabhängigkeit] anders, aber das heisst doch nicht, dass sie unselbständig sind, also ich kenne Süchtige, die leben, also die sind auch vierzig, fünfzig die haben sich einfach ‚durchgemischt‘ irgendwie. Die haben einfach einen anderen Alltag, also ich möchte den nicht, aber offensichtlich sind sie durch alle diese Jahre und alle diese ... Schwierigkeiten das sind nicht unbedingt Leute die einfach nur zu Hause sitzen, sie müssen sich ja, sie müssen ja schauen, dass sie wieder zu Geld kommen, dann können sie wieder ‚mischeln‘. Sobald sie etwas [Substanz] haben, werfen sie das vielleicht ein und dann erlebt man sie wieder ‚mir ist alles scheissegal‘ also ja ‚ich bin auf einem anderen Planeten du musst nichts von mir wollen‘.“ (Transskript GS, AbS.35-37)

4.1.3.2. Kooperation

Begleitetes Wohnen

Ältere Substitutionsklientinnen und -klienten sind im Vergleich zu früher zuverlässiger und kooperativer. Die Kooperation ist aber auch sehr unterschiedlich und kann sich verändern. Die Mitarbeitenden des BeWos sind aber auf diese Kooperation angewiesen.

Spitex

Substitutionsklientinnen und -klienten sind für die Mitarbeitenden der Spitex schwer erreichbar, da sie sich nicht immer am selben Ort aufhalten und viel unterwegs sind. Dies erschwert die Terminvereinbarung. Zuverlässigkeit wird als das Schwierigste bei dieser Klientel bezeichnet und unterscheidet sie von anderen Klientinnen und Klienten:

„Also eben, diese Zuverlässigkeit oder eben diese nicht so Zuverlässigkeit das ist schon scheinbar ein grosses Thema immer wieder und das ist auch etwas, was sie wirklich so ein bisschen auszeichnet, also jetzt nicht, ich will gar nicht werten aber das ist etwas was sie speziell macht.“ (Transskript GS, Abs.47)

Wenn Termine nicht eingehalten werden, ist die Organisation sehr aufwändig. Eine Person meint, dass „etwa die Hälfte wahrscheinlich ((lacht)) die Hälfte klappt nicht. Also es ist massiv eigentlich“ (Transskript GS, Abs.9). Jemand anderes sagt, dass Termine nie eingehalten werden. Die Schwierigkeiten liegen darin, dass vorher und nachher noch andere Termine geplant sind. Es werden vor allem zwei Positionen vertreten: Die eine Position ist, dass Substitutionsklientinnen und -klienten wollen teilweise die Termine einhalten wollen, es aber nicht können. Dies weil,

„sie gar nicht in der Lage sind, deshalb nimmt man es ja auch nicht persönlich oder eben auch ... das ist in diesem Sinne nachher nicht eine Konfliktsituation, sondern da merkt man sie haben es gar nicht realisiert, sie sind in ihrer Welt und die Zeit ist nicht so relevant und eben, es ist irgendwie anders als wenn jemand das irgendwie bewusst macht.“ (Transskript GS, Abs.72)

Weitere Gründe werden im komplett anderen Tagesablauf gesehen oder dass total unterschiedliche Strukturen aufeinandertreffen. Oder auch darin, dass sie viele negative Erfahrungen mit Behörden gemacht haben und dies zu Widerstand führt. Die andere Position ist, dass Substitutionsklientinnen und -klienten die Dienstleistung nicht wollen und sich deshalb nicht kooperativ verhalten und die Termine absichtlich nicht wahrnehmen. Wenn Substitutionsklientinnen und -klienten bemerken, dass die Spitex hilfreich ist, dann sind sie sehr dankbar, auch wenn sie zu Beginn nicht kooperativ waren: „Also da muss ich sagen, wir haben jetzt auch die Erfahrung gemacht, wir haben jetzt zwei Klienten von uns die, die sind aber bevormundet wo die (Hauspflege) auch wirklich vorbeigeht regelmässig und das ist ja eigentlich am Anfang auch gegen ihren Willen und das klappt jetzt eigentlich ziemlich gut also“ (Transskript GS, Abs.143). Die Strategie der einen Leitungsperson ist es, dass

„wenn man merkt, dass sie eher nicht da sind wenn diese Mitarbeiterin kommt und dass man dann einfach umplant und schaut dass einfach die Mitarbeiterinnen gehen wo sie am besten akzeptieren. Ja wo man sie dann halt als Schwerpunkt setzt und die anderen darum herum plant.“ (Transskript S2, Abs.26-27)

Eine Hypothese ist, dass wenn Substitutionsklientinnen und -klienten zu einem früheren Zeitpunkt mitmachen würden, könnten sie länger selbstständig wohnen:

„Eine frühe Einsicht der Kunden (lacht). Also je eher sie irgend noch eine Therapie mitmachen, je eher sie kooperativ sind, habe ich das Gefühl, dann, dann ist so etwas noch relativ lange möglich. Aber wenn jemand einfach lange stur (lachen) nicht mitarbeitet, dann wird es sehr, sehr schwierig.“ (Transskript S1, Abs.105)

Von Seiten der Spitex ist die Zahlungsmoral der Klientinnen und Klienten ein wichtiges Thema. Substitutionsklientinnen und -klienten haben vermehrt die Tendenz, „dass sie, klar nicht verallgemeinern, aber dass sie das Geld der Krankenkasse³ für sich brauchen was zurück kommt und wir haben die offenen Rechnungen“ (Transskript S2, Abs.7). Dies wird mit der fehlenden Einsicht in Verbindung gebracht, dass die Dienstleistung der Spitex für die Klientinnen und Klienten sinnvoll ist und sie sie wirklich brauchen. Wenn dem so ist, dann werden erfahrungsgemäss die Rechnungen bezahlt. Wenn die Rechnungen nicht bezahlt werden, entscheidet die Leitung darüber, ob eine Dienstleistung gestoppt wird.

4.1.4. Soziales Netz

Grundsätzlich besteht Einigkeit darüber, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten über eher weniger soziale Kontakte verfügen, teilweise auch keinen Kontakt mehr zu ihren Familien haben. „Das ist nicht immer so gewünscht also dass sie vereinsamen“ (Transskript S2, Abs.41).

Begleitetes Wohnen

Von Seiten des BeWos kommen dahingegen einige Einwände: Wie bereits in Kapitel 4.1.3.1 erwähnt, besteht bei einer Person die Meinung, dass die Klientel noch über soziale Kontakte verfügen und dies viel zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. Eine andere Meinung ist, dass sie zwar nicht mehr viel soziale Kontakte haben, „aber die treffen sich in der Gassenküche⁴. In diesem Alter kennt man einfach jeden und jede“ (Transskript GB, Abs.284). Eine Veränderung die im Alter zudem beobachtet wird, ist dass sie mehr zu Hause bleiben und weniger in den Ausgang gehen.

Spitex

Bei der Spitex ist die Meinung stark verbreitet, dass die Mitarbeitenden der Spitex oftmals die einzigen konstanten Bezugspersonen von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sind:

„wir sind vielfach die einzigen konstanten Bezugspersonen dieser Leute und für das psychische Gleichgewicht diesbezüglich sehr wichtig. Es entsteht oftmals auch ein Vertrauensverhältnis

³ Vgl. Anhang E

⁴ Niederschwelliges Angebot in der Stadt Solothurn. Dasselbe Angebot ist auch in Olten vorhanden, wird dort Stadtküche genannt.

zwischen uns und diesen Leuten her. Also von diesem Aspekt her, vom Betreuungsangebot her haben wir ein sehr intensives Angebot.“ (Transskript S1, Abs.119)

Es wird aber gleichzeitig auch betont, dass „die Spitex ist kein Ersatz also es kann viel weil man regelmässig kommt und sie die Leute kennen aber es ist nicht der Ersatz dafür was sie vorher viele Jahre gelebt haben für einen Stammtisch oder was auch immer“ (Transskript S2, Abs.42).

4.1.5. Tagesstruktur

Begleitetes Wohnen

Von Seiten des BeWos wird festgehalten, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten meistens über eine Tagesstruktur verfügen (dies ist auch eine Voraussetzung um im BeWo zu Wohnen (vgl. Kapitel 3.2.1.1). Dabei handelt es sich meistens nicht um eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt, sondern um einen geschützten Arbeitsplatz im zweiten Arbeitsmarkt, wo es mehr um Beschäftigung geht. Die Arbeitsfähigkeit stellt eine Schwierigkeit dar, weil sie bei der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten stark nachlässt und „es schwierig ist eine Tagesstruktur oder Einsatzmöglichkeiten zu finden ... Also von dem her die Tagesstruktur ist immer so ein bisschen die Frage wenn sie nicht mehr arbeiten können“ (Transskript GB, Abs.25).

Spitex

Die Fachpersonen der Spitex sehen es hingegen so, dass sie keine geregelte Tagesstruktur haben beziehungsweise „sie gehen keinem Erwerb nach das ist auch klar“ (Transskript S1, Abs.23). Es wird die Meinung vertreten, dass Substitutionsklientinnen und -klienten ihre Sucht als Tagesstruktur haben und sich der Tagesablauf darum dreht.

4.1.6. Wohnsituation

Begleitetes Wohnen

Wenn gesundheitliche Probleme vorhanden sind, haben die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten nicht mehr genügend Energie um sich um die Wohnung zu kümmern. Grundsätzlich bemerken die Mitarbeitenden des BeWos am Zustand der Wohnungen schnell, wie es den Klientinnen und -klienten geht, denn bei der „Haushaltführung, dort fängt es dann meistens schon relativ bald an“ (Transskript GB, Abs.42). Dann versucht das BeWo Zusatzdienstleistungen einzurichten. Die eine Leitung probiert es mit einem internen Reinigungsteam und im anderen Team wird oftmals eine externe Reinigungsfachperson beigezogen. Zudem arbeiten beide BeWos mit der Spitex zusammen, sei dies für Haushaltshilfe oder auch für Mahlzeitendienste. Es wird versucht, „in den verschiedenen Bereichen Unterstützung anzubieten“ (Transskript GB, Abs.308). Denn die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten werden auch bezüglich der Wohnkompetenz als grundsätzlich sehr unterschiedlich in ihrem Unterstützungsbedarf beschrieben. Ein Beispiel dafür ist die Ernährung. Viele ältere Substituti-

onsklientinnen und -klienten kochen nicht selbst. Dabei ist die Gassenküche in Solothurn und die Stadtküche in Olten ein wichtiges Angebot, dass gerade von älteren rege genutzt wird. Eine weitere Spezifität der älteren ist, dass „sie versuchen möglichst wenig Dreck zu machen im Haushalt, sie versuchen möglichst wenig zu benützen von all den Möglichkeiten. Also sie kochen nicht sie sammeln nur ihren Abfall eigentlich“ (Transskript GB, Abs.14).

Spitex

Eine Leitungsperson hält fest, dass es grundsätzliche keinen Unterschied beim Zustand der Wohnung und der Wohnform gibt zum restlichen Klientel der Spitex:

„Also wohntechnisch also ja da erlebt man alles aber da möchte ich nicht im Besonderen das hervorheben und sagen es ist nur so bei diesen Klienten. Also wir haben Leute die haben gar nichts mit Alkohol oder mit Substitution zu tun haben wo auch extrem bunt leben“ (Transskript S2, Abs.13)

Es ist auffällig, dass die Substitutionsklientinnen und -klienten vor allem alleine wohnen. Einigkeit besteht auch darüber, dass der Zustand der Wohnung sehr stark variiert von Person zu Person und auch von Besuch zu Besuch. Dabei gibt es auch bei Erstbesuchen Wohnungen, die in einem sehr schlechten Zustand sind. Dann wird „mit ihnen vereinbart, dass man zuerst eine Grobreinigung machen muss gerade auch wenn es Tiere aller Art hat“ (Transskript S2, Abs.23) oder „dass diese Wohnungen halt einfach so dass man sich dort einen Weg bahnen muss oder sich ein Arbeitsplätzchen zu Recht legen muss“ (Transskript S2, Abs.6). Viele Substitutionsklientinnen und -klienten haben bereits Unterstützung in der Wohnung vom BeWo der Suchthilfe. Oder die Fachpersonen der Spitex können sich auch vorstellen Unterstützung vom gemeinnützigen Frauenverein oder der Pro Senectute einzuholen bei dieser Klientel. Aus der Sicht einer Leitungsperson funktioniert der Mahlzeitendienst nicht: „Also was mir gerade in den Sinn kommt ist, dass der Mahlzeitendienst nie funktioniert, also noch niemand hat das gut gefunden von dieser Klientel. Weil es ist nicht das Essen was sie gerne haben.“ (Transskript S2, Abs.51)

Uneinigkeit besteht zu Beginn in der Gruppendiskussion ob der Wohnungszustand teilweise unzumutbar ist oder nicht. Schliesslich einigen sich die Beteiligten darauf, dass sich diese Klientel bisher auch so durchgeschlagen hat und es deshalb nicht als unzumutbar angesehen werden kann:

„Ja eben ich meine wenn sie vierzig plus sind dann haben sie sich immer durchgeschlagen und sie haben auch immer etwas gegessen, sicher oftmals nicht eine optimale Ernährung vielleicht, aber ja abgelaufene Lebensmittel gibt es auch bei den Neunzigjährigen oder bei den Achtzigjährigen die es einfach nicht mehr sehen von den Augen her oder es vergessen. Also unsere Leute ich würde es jetzt nicht sagen, die einen trinken halt viel Bier, es stehen überall Dosen

rum oder es wird überall geraucht in der ganzen Wohnung, aber dass es jetzt wirklich unzumutbar wäre könnte ich jetzt nicht sagen.“ (Transskript GS, Abs.129-131)

4.1.7. Konsumverhalten

Grundsätzlich besteht Einigkeit darüber, dass der Alkohol im Alter verbreiteter ist als die Substitution: „Die alten Leute sind vor allem mit Alkoholproblematik heute glaube ich. Aber nicht mit Methadon oder Heroinabgabe. Obwohl es auch solche gibt“ (Transskript GB, Abs.24). Auch bei den älteren Substitutionsklientinnen und -klienten ist der Alkoholkonsum stark verbreitet:

„Alkohol ist bei allen Substituierten ein Thema, bei den meisten auch ein Kontrolliertes Alkohol ist ein so grosses Thema weil es einfach frei verfügbar ist, kein Geld kostet. Neben der Substitution ist für uns das ja das sind ‚Polytoximanen‘ und das ist für uns Normalität. Bei den ganz Alten ist nur der Alkohol.“ (Transskript B1, Abs.22-23)

Begleitetes Wohnen

Die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten werden als stabiler erlebt. Das heisst, dass sie weniger Nebenkonsum von anderen Substanzen haben und auch weniger Abstürze. Die meisten älteren Klientinnen und Klienten sind auch in einer SuGeBe. Wie erwähnt, trinken fast alle Alkohol, aber meistens weniger als früher. Die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sind laut Aussagen aber zufrieden mit ihrer Situation und möchten auch nichts an ihrem Konsumverhalten ändern:

„Da erlebe ich auch, ich bin zufrieden mit dem was ich habe, ich bin zufrieden dass ich nicht mehr die alten Zeiten habe, sprich ich muss nicht mehr Geld auftreiben ich muss nicht mehr auf die Gasse gehen und irgendwelche Drogen kaufen gehen. Also mit dem wie sie substituiert sind zufrieden sind aber an dem auch nichts mehr ändern wollen. Also im Normalfand finden sie es gut so wie sie leben“ (Transskript B1, Abs.8-9).

Eine Person sieht den Grund in der Einsamkeit der Klientel (vgl. Kapitel 4.1.4), dass sie deshalb ihren Konsum weiterführen und nichts mehr verändern wollen.

Spitex

Die Fachpersonen der Spitex merken noch an, dass die meisten Substitutionsklientinnen und -klienten eine Suchtkarriere hinter sich haben, wenn sie eine Dienstleistung der Spitex in Anspruch nehmen.

4.2. Beschreibung der institutionellen Ebene

Die Themen, die mit der Institution zu tun haben, sind in diesem Kapitel beschrieben. Dazu gehören die Anforderungen an das Personal, das Thema der Anschlusslösung nach dem BeWo, die Grenzen der jeweiligen Angebote, die Finanzierung und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen.

4.2.1. Anforderung an Personal

In den Anforderungen an das Personal werden die Herausforderungen in der täglichen Arbeit dargestellt. Danach wird der Umgang der Mitarbeitenden und der Leitungspersonen mit diesen Schwierigkeiten beschrieben.

4.2.1.1. Herausforderungen

Begleitetes Wohnen

Von allen Fachpersonen im BeWo wird betont, dass es ihnen schwieriger fällt bei ältere Substitutionsklientinnen und -klienten eine Kündigung des Wohnungs- und des Betreuungsverhältnisses durchzuziehen, als bei entsprechend jüngerem Klientel.

Laut Aussagen der jeweiligen Leitungspersonen hat das BeWo-Personal keine Ausbildung im Pflegebereich. Deshalb können keine pflegerischen Leistungen erbracht werden. Das Wissen über den somatischen Zustand der Klientel ist beschränkt vorhanden. Eine Leitungsperson merkt zudem an, dass eine Schwierigkeit darin besteht, dass die persönlichen Grenzen der einzelnen Mitarbeitenden bezüglich dem Zustand der Wohnung unterschiedlich sind: „von wann an müssen wir sagen unsere Grenze ist dort und dort individuell die Klienten sind so individuell sind die Betreuer und das ist für mich eine grosse Schwierigkeit das auf einen Nenner zu bringen dann“ (Transskript B2, Abs.18). Bei den persönlichen Grenzen des Personals werden einmal die Bedrohung genannt und eine andere Person kommt an die persönliche Grenze, wenn sie von der Klientel angeschrien wird: „Weil auch ich komme bei ihm an meine Grenzen. Muss ich mich jetzt anschreien lassen? Ich sehe das eigentlich nicht unbedingt ein“ (Transskript B1, Abs.58).

Spitex

Die Leitungspersonen geben an, dass es eine Schwierigkeit ist, dass das Thema der Sucht, beziehungsweise der Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeit, kein Thema ist in der Ausbildung des Pflegefachpersonals. Zudem erläutern sie einige Beispiele, bei denen ihre Mitarbeitenden in der Arbeit mit Substitutionsklientinnen und -klienten Schwierigkeiten haben: „Wenn man das machen geht bei solchen Leuten hat man auch Grenzen. Da kommt sicher auch der Ekel wieder mit rein und es ist halt einfach man könnte 5, 6, 7 Stunden putzen und man sieht noch nicht gerade die Spitze vom Berg“ (Transskript S1, Abs.47). Oder auch das Mitarbeitende Mitleid empfinden: „Aber der Kunde hat nichts daheim und wir wissen der Kunde kann nichts essen. Und dass sind irgendwo aber dann auch wieder beim Mitarbeiter Grenzen wo zurück kommen wo dann Diskussionen auslösen wo das Mitleid da ist“ (Transskript S1, Abs.46). Ein weiteres Beispiel ist, dass Substitutionsklientinnen und -klienten die Mitarbeitenden um den Finger wickeln können und die Gefahr besteht darin, dass keine Ungleichbehandlung unter den Klientinnen und Klienten entsteht:

„Das ist manchmal auch so spannend die Interaktionen dass es für die Mitarbeiterinnen keine Rolle spielt was für ein Chaos man antrifft obwohl sie immer wieder bei null angefangen hat und sie sind trotzdem gerne zu ihnen gegangen. Und es gibt dann wieder Menschen wo es manchmal schwierig ist das ist so ein bisschen eines der Geheimnisse was es genau ausmacht es hat logisch mit dem Menschen zu tun aber dann muss ich es ihnen manchmal reflektieren wenn sie sagen ja aber dort ist es verwaht und dort gehen wir nicht mehr und bei jemandem anderen sagen sie nichts und dann sage ich dann aber hallo und ja sie sagen dann ja aber weisst du.“ (Transskript S2, Abs.16)

Wenn Substitutionsklientinnen und -klienten die Mitarbeitenden der Spitex ablehnen „und wenn es dann fast jeden Tag einen riesigen Kampf gibt und man sagt man sollte noch das machen und sie sagen nein dann ist das Abnützung“ (Transskript S2, Abs.43). Diese gegenseitige Abnützung wird als Schwierigkeit festgehalten. Laut einer Leitungsperson bereitet es den Mitarbeitenden auch Mühe,

„wenn sie [Substitutionsklientinnen und -klienten] schwerer krank werden da können solche Menschen auch gut zu Hause sterben das ist dann manchmal für Mitarbeitende ein Problem weil dann einfach Menschen alleine sterben weil immer wieder die Vorstellung da ist im Sterben darf man nicht alleine sein.“ (Transskript S2, Abs.43)

Dazu kommt, dass es laut Aussagen dieser Leitungsperson für die Mitarbeitenden ungewohnt ist, wenn ihr Klientel in einem ähnlichen Alter ist wie sie selbst, was auf die Substitutionsklientinnen und -klienten oftmals zutrifft. Dieselbe Person beschreibt auch gewisse Schwierigkeiten, wenn die Substitutionsklientinnen und -klienten ein aggressives oder aufdringliches Verhalten aufweisen.

Da sich der Zustand der Substitutionsklientel täglich wechseln kann, wird die Ausführung des Auftrags der Spitex als schwierig bezeichnet:

„Also ich denke der Auftrag ist bei denen manchmal also auch schwierig du kommst dahin du weisst ganz genau was du machen musst und weisst genau was du machen musst was der Auftrag ist. Aber du triffst dann eine ganz andere Situation an. Und dann musst du sagen ja ich kann jetzt nicht an meinem Auftrag sondern muss zuerst das oder das oder jenes. Und das ist manchmal schon auch schwierig da hast du den Auftrag ja eine halbe Stunde das reicht gut, plant eine halbe Stunde und schlussendlich ist man 1.5 Stunden drinnen und ja weil man irgendetwas angetroffen hat einen Absturz gehabt so am Vorabend und wir sind dann die ersten die dahin laufen. Ja der Auftrag ist in der Regel klar schriftlich formuliert, aber ob du ihn dann so umsetzen kannst ist das zweite.“ (Transskript S1, Abs.100-101)

Nach Aussagen in der Gruppendiskussion bereitet es einer Person Mühe, wenn fehlende Kooperationsbereitschaft da ist, was das Öffnen der Türe und das Annehmen der Hilfe anbelangt. Denn in solchen Situation ist es für diese Person schwierig, ob sie die Klientin beziehungsweise den Klienten sich selbst überlassen soll oder ob sie weiter versuchen soll ihn zu kontaktieren (zusätzliches vorbeigehen, telefonische Kontaktaufnahme, etc.). Die anderen Personen der Gruppendiskussion bekunden damit keine Mühe.

4.2.1.2. Umgang mit Schwierigkeiten

Begleitetes Wohnen

Mit den oben angesprochenen Schwierigkeiten gehen die Fachpersonen des BeWos so um, dass sie das Verhalten der Klientel nicht persönlich nehmen. Zudem versuchen sie zu akzeptieren, dass die Klientel nichts mehr ändern wollen,

„weil ich denke der Wille von jedem sollte man respektieren. Wenn jemand möchte mit seiner Sucht sich schneller unter den Boden zu bringen dann soll man das akzeptieren. wenn man ihnen das offen aufzeigt und auch aufzeigt wo es hinführt wenn sie es weiter machen und sie sagen ich kann nichts anderes und lasst mich in Ruhe ich will nichts ändern daran. Dann kann ich das akzeptieren auch wenn es zum Tod führt.“ (Transskript B1, Abs.60-61)

Mitarbeitende des BeWos machen die Erfahrung, dass die Drohung mit einem Eintritt in eine stationäre Institution für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten motivierend wirken kann. Als Nachteil dabei wird festgehalten: „es ist relativ stressig und zwar für beide Seiten. Weil es ist auch doof wenn du damit quasi androhen musst“ (Transskript GB, Abs.378). Deshalb genüge es meistens klare Grenzen zu setzen und aufzuzeigen, was geschieht wenn der Klientel nicht mitmacht. Denn „es steht und fällt halt einfach mit der Motivation des Klienten. Wie gut er mitmacht.“(Transskript GB, Abs.379). Meist klappt aber die Zusammenarbeit mit der Zeit besser, auch wenn zu Beginn gewisse Widerständen von Seiten der Klientel auszumachen sind.

Spitex

Laut den Leitungspersonen der Spitex ist die Psychohygiene der Mitarbeitenden sehr wichtig und das Aushalten der schwierigen Situation, in der sich die Substitutionsklientinnen und -klienten meist befinden (Vereinsamung, keine Tagesstruktur). Deshalb benötigen die Leitungspersonen laut eigenen Aussagen dafür gut qualifiziertes und erfahrenes Personal, denn von ihnen können sie die benötigte Flexibilität und Abgrenzungsfähigkeit erwarten. Eine Leitungsperson betont zudem, dass es eine gewisse Offenheit und Toleranz gegenüber anderen Lebensstilen benötigt um mit Substitutionsklientinnen und -klienten arbeiten zu können.

Die Mitarbeitenden selbst versuchen es, indem sie die Informationen und damit die Verantwortung für allfällige Entscheide an die Leitung weitergeben. Uneinigkeit besteht zwischen den zwei Teams über den Grad der Abgrenzung. Während eine Seite findet, dass sie nicht einfach weiter gehen kann, wenn der Klientel die Tür nicht öffnet und „für mich stimmt es dann halt trotzdem, dass ich dann halt in meiner Funktion alles mache“ (Transskript GB, Abs.82), vertritt die andere Seite die Meinung, dass es sehr wichtig ist sich abzugrenzen und sich genau an den Auftrag zu halten.

„Oder eben auch Besuche machen gehen ins Spital, ich fand dann auch, das wäre jetzt für mich schon eine Stufe zu weit, weil er ist ein Klient und ich gehe andere Klienten auch nicht besuchen im Spital, also ja klar auch wenn er keine, er hatte keine Kleider, keine Zahnbürste, nichts aber das hat es ja alles im Spital und ja.“ (Transskript GB, Abs.78)

Dazu gehört auch, dass die Grenzen des Möglichen akzeptiert werden. Dabei helfe vor allem die Erfahrung im Umgang mit solcher Klientel und die Akzeptanz deren Anderssein. Oftmals wird als Konsequenz auf unkooperatives Verhalten die Verantwortung der Klientel zurückgegeben und sie muss die Dienstleistung selbst einfordern.

4.2.2. Anschlusslösung Begleitetes Wohnen

Begleitetes Wohnen

Von allen Fachpersonen des BeWos wird festgehalten, dass es an einer Alternative zum BeWo fehlt:

„Wir haben mehrere Klienten wo wir auch das Gefühl haben die sind nicht am richtigen Ort bei uns. Also die sind nicht haltbar, also tragbar bei uns aber wir wissen wenn wir dann die Bedingung wirklich stellen, so wie es geplant, also wie wir es eigentlich definieren ... oder oder definieren möchten dann wissen wir es geht nicht lange, wenn wir Bedingungen aufstellen werden sie rausfliegen.“ (Transskript GB, Abs.108-109)

So müssen ältere Substitutionsklientinnen und -klienten, wenn sie im BeWo nicht mehr tragbar sind in eine stationäre Einrichtung eintreten, wogegen sie sehr starken Widerstand hegen.

4.2.3. Aufgabe / Grenze BeWo und Spitex

Begleitetes Wohnen

Das Angebot des BeWos kommt laut Aussagen dann an ihre Grenze, wenn die Wohnkompetenz der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten so stark eingeschränkt ist, dass das BeWo nicht mehr reicht. Das heisst wenn

„das Mass an Selbstständigkeit wo jeder muss in einem BeWo nicht mehr da ist, also du musst einen Haushalt einigermaßen führen können, du musst Müllsäcke füllen können, du musst Nahrung du musst regelmässiges Essen dir selbst organisieren können. Wenn sie so etwas

nicht mehr können, dann ist es unsere Grenze, BeWo kann es nicht mehr auffangen.“
(Transskript B1, Abs.45-46)

Zudem bietet das BeWo keine pflegerischen Leistungen an. Wenn das BeWo nicht die angemessene Betreuung bieten kann, dann wird der Auftrag an die Auftraggeber zurückgegeben. Das sind meistens Sozialdienste oder Hausärzte. Es kann auch versucht werden, mit Hilfe des Case Managements⁵ eine Anschlusslösung zu finden.

Spitex

Die Fachpersonen der Spitex sind sich darin einig, dass sie sich grundsätzlich an den Auftrag halten müssen und dass die Spitex nicht immer das geeignete Angebot verfügt. Denn sie bietet keine Nacheinsätze an und auch nur zur Überbrückung drei bis vier Einsätze am Tag. Zudem muss sich die Spitex laut Aussagen der Leitungspersonen auf ihre Kernkompetenz, die Pflege, konzentrieren. Für Personen mit psychischen Problemen sind die Spitexbesuche zu kurz. Wenn die Spitex den Auftrag nicht erfüllen kann, gibt sie ihn meist an die Hausärzte zurück. Als letzte Lösung sehen die Leitungspersonen eine Gefährdungsmeldung zuhanden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde.

Es gibt Unterschiede zwischen den Spitexanbietenden der beiden Städte: Die eine Leitungsperson betont,

„dass wir uns da ganz klar abgrenzen wir machen keine Therapien wir machen nicht irgendwie sonst komische Sachen wir haben da schon ganz klare Abgrenzungen. Wir haben da unser Business, das ist die Pflege und das machen wir alles was professionell unter Pflege läuft und der Rest da sind andere zuständig.“ (Transskript S1, Abs.86)

Dazu kommt, dass laut Aussagen dieser Leitungsperson die Spitex nur Haushaltshilfe für Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung anbietet, wenn sie andere Spitexleistungen in Anspruch nehmen und sich daran gewöhnt haben. Die andere Leitungsperson führt aus, dass sie auch schon einmal Möbel für Substitutionsklientinnen und -klienten organisiert haben. Und dass sie die Pflege der Substitutionsklientinnen und -klienten auch ausnahmsweise in ihrem Büro anbieten, wenn der Zustand der Wohnung anderes nicht zulässt.

4.2.4. Finanzierung

Begleitetes Wohnen

Die Angebote der Spitex werden von der Krankenkasse übernommen, das ist bei den Angeboten des BeWos nicht der Fall (vgl. Anhang E). Diese müssen anders finanziert werden, deshalb ist es manchmal auch eine Kostenfrage, welches Angebot gewählt wird.

⁵ Internes Angebot der jeweiligen Suchthilfen. Auch ein Auftrag des Leistungskatalogs des Kantons.

Spitex

Wenn ihre Dienstleistung nicht bezahlt wird (vgl. Kapitel 4.1.3.3), erläutern alle Fachpersonen der Spitex erläuterten, dass „früher oder später hat es eigentlich immer dazu geführt, dass man die Einsätze gestoppt hat“ (Transskript GS, Abs.17). Eine Leitungsperson betont, dass solche Einsätze teurer sind, da für solche Einsätze vor allem gut qualifiziertes Personal eingesetzt werden muss (vgl. Kapitel 4.2.1.2) und diese Einsätze auch teurer sind. Denn gut qualifiziertes Personal kostet auch mehr. Zudem fügt sie noch an, dass die ambulante Betreuung der Klientel immer noch viel weniger kostet, als wenn die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten in einer stationären Unterkunft leben würden.

4.2.5. Zusammenarbeit

In diesem Unterkapitel werden zuerst die einzelnen Akteure mit denen die Spitex und das BeWo zusammenarbeiten aufgezählt. Danach wird erläutert, wie die Zusammenarbeit gestaltet wird.

4.2.5.1. Akteure*Begleitetes Wohnen*

Im BeWo wird mit den Sozialdiensten, den Hausärzten und der Spitex zusammengearbeitet. Eine Leitungsperson erwähnt die Zusammenarbeit mit Reinigungsfachpersonal und den Ambulatorien der Psychiatrie. Eine andere Leitungsperson betont, dass sie gerne mit Angehörigen zusammenarbeiten würde, falls es sich einmal ergeben würde.

Spitex

Die Spitex arbeitet mit den Hausärzten, den Sozialdiensten, der Suchthilfe, der Pro Senectute, der Polizei und dem Schlüsseldienst zusammen. Zudem wird bei Möglichkeit mit Angehörigen zusammengearbeitet.

4.2.5.2. Gestaltung der Zusammenarbeit*Begleitetes Wohnen*

Die Mitarbeitenden des BeWos betonen, dass für die Verbesserung der Zusammenarbeit Koordinationsitzungen mit allen Beteiligten gemacht werden. So konnte auch die Zusammenarbeit mit der Spitex verbessert werden. Wenn es um Anschlusslösungen ans BeWo geht, wird oftmals mit Hausärzten und Sozialdiensten zusammengearbeitet, so kann auch die Verantwortung an diese zurückgegeben werden. Eine Leitungsperson erläutert, dass es sehr individuell je Klientin und je Klient ist, welche Dienstleistungen noch beigezogen werden. Es werde zuerst der Bedarf abgeklärt und danach mit der entsprechenden Dienstleistung Kontakt aufgenommen. Sie stellt zudem fest, dass die Einschätzungen bezüglich dem Zustand der Wohnung sehr unterschiedlich ausfallen können:

„Das haben wir ja gemeinsam festgestellt dass nicht alle Leute die Grenzen am selben Ort haben und dass man auch zusammen reden muss wenn man jetzt irgendwelche Leute bezieht welche vielleicht nicht so grosse Erfahrungen haben mit Leuten mit Suchtproblemen und andere Ansprüche haben weil sie vielleicht im Spital gearbeitet haben und kommen dann in eine Wohnung von Leuten mit einem Suchtproblem.“ (Transskript S2, Abs.20)

Denn schliesslich trage laut dieser Leitungsperson das BeWo die Verantwortung für die Wohnung und deshalb müssen die Standards mit den anderen Dienstleisterinnen und Dienstleister abgesprochen werden. Als wichtig wird bezeichnet, dass alle Seiten Kompromissbereitschaft zeigen, so kann eine gute Zusammenarbeit entstehen. Eine andere Leitungsperson erläutert, dass die Hausärztinnen und Hausärzte für sie als Absicherung dienen, wenn es um die Abschätzung der Tragbarkeit der Situation geht. Dabei fällt auf, dass die Hausärztinnen und Hausärzte teilweise die Situationen sehr unterschiedlich bewerten. Wenn mit der Spitex zusammengearbeitet wird, ist dies meist nur für eine begrenzte Zeit. Es ist möglich, dass die Mitarbeitenden des BeWos die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten in der Termineinhaltung bei der Spitex unterstützen und sie immer wieder daran erinnern. Diese Person führt weiter aus, dass bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten mit aggressivem Verhalten keine Spitex beigezogen werden kann.

Spitex

Die Fachpersonen der Spitex erläutern, dass die Spitex meist als letzte Akteurin zum Unterstützungsnetz einer Substitutionsklientin oder einem Substitutionsklienten dazu kommt. Zu diesem Zeitpunkt ist meist die Zusammenarbeit schon gut organisiert. Alle Beteiligten organisieren dann gemeinsam die Unterstützungen. Die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten werden meistens vom Spital oder von Hausärztinnen oder Hausärzten an die Spitex verwiesen. Für die Fachpersonen der Spitex ist es wichtig, dass alle involvierten Dienstleistungen mit einbezogen werden, wenn die Erstabklärung stattfindet. So kommt die Spitex auch am besten an die benötigten Informationen:

„Wir machen ja am Anfang so Abklärungen um zu bestimmen was ist unser Auftrag was muss man machen und meistens schaut man dann dass die involvierten Personen auch dabei sein können. Also ein Hausarzt kommt nicht vor Ort aber in der Regel ist die Suchthilfe dabei und irgendwie wenn es noch jemanden gibt als Angehörige wenn jemand noch jemanden hat der involviert ist dann sind die auch dabei. Dann haben alle gerade den gleichen Stand plus in der Regel ist die Suchthilfe immer schon länger involviert und die geben uns dann die News die sind auch noch beteiligt oder da ist dann auch noch jemand oder der Haushalt wird bereits gemacht von irgendjemandem. Also wir kommen meistens so an die Informationen.“ (Transskript S1, Abs.75-76)

Auch in der weiteren Zusammenarbeit wird der gegenseitige Informationsaustausch bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten als sehr wichtig bezeichnet, weil auf die Klientinnen und Klienten weniger Verlass ist. Eine Leitungsperson betont, dass die Pflege eines Beziehungsnetzes in der Region sehr wichtig ist, deshalb sei es auch einfacher, wenn man als Leitungsperson schon lange dabei ist. Eine andere Leitungsperson erläutert, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit erst im letzten Moment handeln, da zu wenige Ressourcen da sind. Zudem merkt diese Person an, dass die einzelnen Akteurinnen und Akteure meist zuerst für sich selbst schauen, bevor sie aufeinander zugehen. Wenn die Suchthilfe involviert ist, ist diese für die Spitex die Ansprechpersonen bezüglich einer Klientin beziehungsweise eines Klienten.

4.3. Zukunftsentwicklungen

In diesem Kapitel sind die Aussagen über die möglichen Zukunftsentwicklungen zusammengefasst. Zuerst wird dazu der Bedarf geklärt, danach werden die Anforderungen an Alters- und Pflegeheime dargelegt. Zum Schluss werden die Rahmenbedingungen eines zünftigen Angebotes beschrieben.

4.3.1. Bedarf

Zuerst werden die Bedürfnisse der Klientel aus Sicht der Befragten dargestellt. Danach wird der allgemeine Bedarf in der momentanen Angebotslandschaft beschrieben.

4.3.1.1. Bedürfnisse der Klientel

Grundsätzlich wird von allen Beteiligten festgehalten, dass nicht die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten andere Bedürfnisse haben als der andere Klientel der jeweiligen Angebote: „Es braucht grundsätzlich nichts anderes als bei der anderen Bevölkerung“ (Transskript S2, Abs.41). Es wird festgestellt, dass dieser Klientel auffallende Angst davor hat, ihre Unabhängigkeit zu verlieren.

Begleitetes Wohnen

Bei den Fachpersonen des BeWos ist klar, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten gerne ambulant betreut bleiben und nicht in einen stationären Rahmen wechseln wollen. Aber dies wird nicht als für diese Klientel speziell angeschaut: „Ich glaube wir haben alle wenn man das Wort Heim hat, dann machen wir alle einen Schritt zurück, dort möchten wir nie landen“ (Transskript GB, Abs.338). Deshalb benötigt es „eine individuelle Lösung von Fall zu Fall. Jeder ist anders, für jeden käme je nachdem ein anderes Angebot in Frage, auch wenn es in dieselbe Richtung geht“ (Transskript GB, Abs.378).

Spitex

Wie bereits in Kapitel 4.1.3.2 erwähnt, wird auch hier die Schwierigkeit, die ältere Substitutionsklientinnen und -klienten mit dem Personalwechsel bei der Spitex haben betont.

„Ja besondere Bedürfnisse eben ja manchmal den Anspruch zu haben an unsere Flexibilität einmal dann und einmal dann zu kommen und wir müssen dann sagen aber Herr Meier und Herr Müller wollen dann und dann und sie sind in eine Tour eingeplant und wenn ich dann zuerst komme dann hat Herr Meier ein Problem also ja dort vielleicht der Teil von egoistischer also einfach ich bin da und ihr schaut jetzt zu mir. Das ist so eine Herausforderung.“ (Transkript S2, Abs.9)

Es wird das Bedürfnis nach konstanten Betreuungspersonen festgestellt.

4.3.1.2. Bedarf aus Sicht von BeWo und Spitex

Es wird ausgeführt, dass es keine stationäre Institution gibt, in welcher der Konsum von legalen und illegalen Substanzen erlaubt ist. Eine Ausnahme bildet dabei in manchen Institutionen der Konsum von Alkohol.

Begleitetes Wohnen

Es fehlt laut Aussagen aller Befragten eine Alternative zum Angebot des BeWos. Es wird zudem ausgeführt, dass „es ... einmal ein Angebot geben [müsste], spezifisch für die Älteren, da es schwierig ist dies mit dem normalen Angebot zu decken“ (Transkript GB, Abs.24). Denn alle vorhandenen Angebote verfügen über Eintrittsbedingungen, welche die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten nicht erfüllen können. Es wird die Frage aufgeworfen, welches bestehende Angebot den älteren Substitutionsklientinnen und -klienten gerecht werden könnte. Denn die Psychiatrie ist nicht der geeignete Wohnraum für dieser Klientel: „Und einfach in die Psychiatrie abschieben das ist auch nicht was wir wirklich möchten. Wir möchten ja einen Lebensraum wo sie leben können und wo sie getragen werden können mit ihren „Bräschтели“ oder psychischen Störungen“ (Transkript GB, Abs.128). Es bräuchte spezialisierte Alters- und Pflegeheime oder Abteilungen für Klientinnen und -klienten mit einer Substitution und einer Abhängigkeitserkrankung. Weiter wird betont, dass es im ambulanten Bereich individuelle Lösungen braucht. Der Bedarf an Pflege nimmt laut Aussagen zu, vor allem der Bedarf an Unterstützung in der Hygiene und der Selbstpflege, der Wundbehandlung und teilweise auch in der Medikamenteneinnahme. Als weitere Schwierigkeiten werden vorübergehende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten beschrieben. In solchen Situationen benötigen ältere Substitutionsklientinnen und -klienten einen engeren Betreuungsrahmen mit mehreren Besuchen pro Woche, wenn nicht tägliche Besuche. Über den Bedarf besteht Uneinigkeit: eine Leitungsperson erläutert, dass bisher noch kein akuter Bedarf nach einem engeren Betreuungsangebot für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten besteht, zukünftig aber dieses Thema vermehrt aufkommen wird. Während sich die Mitarbeitenden darüber einig sind, dass der Bedarf bereits vorhanden ist.

Spitex

Die Mitarbeitenden der Spitex halten fest, dass es älteren Substitutionsklientinnen und -klienten an einer Tagesstruktur und einer Aufgabe fehlt. Dies wäre gut für das Selbstwertgefühl. Sie sehen dabei die fehlenden Arbeitsplätze für diese Klientel als Grund dazu. Alle Beteiligten sind sich einig, dass es zukünftig vor allem altersgerechten und bezahlbaren Wohnraum benötigt. Zudem benötige es eine Verbesserung der Koordination der unterschiedlichen Dienstleistungen und Unterstützungsangebote. Dies kann aber nicht von der Spitex übernommen werden, denn die Spitex ist zu nahe an der Klientel. Die Koordination sollte von der Sozialen Arbeit übernommen werden. Über den Bedarf an zusätzlichen Angeboten sind die Beteiligten sich nicht einig. Eine Leitungsperson findet, dass durch die Suchtfachstellen bereits alles abgedeckt ist. Eine andere Leitungsperson meint:

„Ich denke der Einbezug der Spitex ist für viele die Lösung. Also ja ich sehe auch nur das was es braucht und wir verschwinden wieder und sie können das Leben fröhlich weiter machen und wir haben unterschiedliche Angebote und es braucht uns so lange wie es uns braucht also ja von dem her müssen sie sich für nichts verpflichten oder so. Aber die Angst vom Verlust der Unabhängigkeit ja von dem her das ist ganz stark“ (Transskript S2, Abs.20).

4.3.2. Anforderungen an Alters- und Pflegeheime

Die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten wollen nicht ins Altersheim, meist mit der Begründung, dass sie Angst vor dem Verlust der Unabhängigkeit haben. Es wird auch betont, dass Alters- und Pflegeheime Schwierigkeiten haben, Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung zu betreuen. Zudem „sind solche Menschen noch zu jung für in ein Altersheim und sie sind sehr verloren dort das sind wie Fremdkörper dort“ (Transskript S2, Abs.41).

Begleitetes Wohnen

Die Fachpersonen des BeWos sind sich einig, dass sich Alters- und Pflegeheime auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung einstellen müssen:

„Irgendwie müssen sich die Altersheime neu einstellen, also es kommen mehr Leute mit Suchtkrankheiten und es kommen mehr Immigrationsfälle ins Altersheim, also Altersheime müssen sowieso breiter, oder sich spezialisieren, es gibt neue Bedürfnisse, die immer klarer werden und ein Teil davon sind jene, die die Suchtproblematik überlebt haben.“ (Transskript GB, Abs.210)

Spitex

Die Fachpersonen der Spitex sind der Meinung, dass Klientinnen und Klienten ihre Abhängigkeitserkrankung unter Kontrolle haben müssen, wenn sie in ein Alters- oder Pflegeheim eintreten: „Aber

eben ich denke dort ist wirklich die Voraussetzung, dass diese Person dann die Sucht im Griff hat oder einigermaßen im Griff, sonst geht es halt einfach wirklich nicht.“ (Transskript GS, Abs.56)

4.3.3. Rahmenbedingungen Zukunftsangebot

Begleitetes Wohnen

Die Fachpersonen vom BeWo sind sich einig, dass es ein Angebot zwischen ambulant und stationär braucht. Wichtig dabei wäre, dass eine tägliche Betreuung mit halbstündigen bis stündigen Besuchen gäbe. Von allen Beteiligten wird die Idee geteilt, dass mehrere ältere Substitutionsklientinnen und -klienten mit erhöhtem Bedarf an Betreuung in einer Art Wohngemeinschaft zusammenleben könnten. Dabei ist wichtig, dass jede Person ein abschliessbares Zimmer hat, die Wohnung muss altersgerecht gebaut sein (mit Lift) und die Wohnung beziehungsweise das Haus muss zentral gelegen sein. Zudem muss der Konsum von legalen und illegalen Drogen im Zimmer möglich sein und Besuch muss empfangen werden dürfen. Die Strukturen dürfen nicht zu eng sein, damit die ältere Substitutionsklientinnen und -klienten möglichst viel ihrer Selbstständigkeit und ihrer Freiheiten erhalten können. So könnte das Angebot nahe am heutigen BeWo-Angebot geführt werden. Auch mit der Finanzierung wäre es eher unkompliziert, denn die Kosten könnten auf die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner verteilt werden, weil bei einem Besuch alle älteren Substitutionsklientinnen und -klienten anwesend wären. Dies würde den knappen finanziellen Ressourcen der Sozialdienste entgegenkommen, welche die Dienstleistung meist finanzieren. Zudem ist aber die Zusammenarbeit mit der Spitex und den Hausärztinnen und Hausärzten sehr wichtig. Die Vorteile dieses Angebots wären, dass eine vermehrte soziale Kontrolle untereinander vorhanden wäre und sich die Klientinnen und Klienten gegenseitig Hilfestellung geben könnten. Die Zusammenstellung der Gruppe der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten entscheidet darüber, ob das Zusammenleben funktionieren kann oder auch nicht. Deshalb ist sie besonders zu beachten. Dies ist die Gefahr bei dieser Lösung, dass die einzelnen Klientinnen und -klienten sich untereinander nicht verstehen und so das Zusammenleben scheitert. Es wird die Idee eingebracht, dass Drittpersonen zur sozialen Kontrolle miteinbezogen werden könnten (Familie, Freunde Nachbarn). Wenn mehrere ältere Substitutionsklientinnen und -klienten in einem Haus leben, besteht die Gefahr der ‚Ghettoisierung‘ und es könnte Schwierigkeiten mit der Nachbarschaft geben. Und grundsätzlich wohnen laut Aussagen der Fachpersonen der BeWos die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten gerne alleine oder mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner. Einige Mitarbeitenden zweifeln bei der Wohngemeinschaft stark an, dass das Zusammenleben funktionieren könnte. Sie wenden ein, dass nur ein Zusammenleben ermöglicht werden sollte, wenn dies die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten auch wirklich wollen. „Das kommt immer auf die Zusammenstellung darauf an, wir hatten auch ein ‚Nothaus‘ in dem wir drei Plätze angeboten haben und je nach Zusammensetzung hat es so funktioniert und auf der anderen Seite ist einfach halt überhaupt nichts gegangen“ (Transskript GB, Abs.171).

Eine Leitungsperson betont, dass bei einem Angebot einer Wohngemeinschaft individuelle Lösungen möglich wären. Wichtig wäre die tägliche Betreuung. Grundsätzlich würde in so einem Angebot weniger Anforderungen an die Wohnkompetenz der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten gestellt, damit weniger Leistungsdruck da ist. Sie betont zudem, dass ein neues Angebot immer im Kostenverhältnis zu anderen Angeboten stehen muss, was hier möglich wäre, wenn die Kosten so auf die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaft aufgeteilt werden könnten:

„Ja also es ist ja da mit dem Stöckli das kann natürlich auch eine grössere Wohnung sein eine WG so wie die Übergangswohnung wo wir jeden Tag einmal schnell vorbei gehen. Das können wir uns leisten täglich weil jetzt dort drei Klienten sind und dann verteilt sich das auf diese drei Klienten und dann kann man dreimal in der Woche gehen und man sieht ja dann jedes Mal alle drei. So stelle ich mir das Stöckli schon vor dass man wirklich jeden Tag vorbei gehen kann und so diese Klienten betreuen kann. Und ja ich fantasiere da ein wenig bis zum Mittagsdienst der dann dort hin kommt wo dann einfach so wie im Altersheim mit den individuellen Lösungen bei Alterswohnungen dass man da angehängt ist bis zum Knopf drücken kann damit man verbunden ist an den richtigen Ort also ja so könnte ich es mir noch vorstellen.“ (Transskript B2, Abs.44)

Eine Mitarbeiterin des BeWos sieht eher die Lösung, dass es ein Haus mit einzelnen Wohnungen ist, damit jeder Bewohnerin und jeder Bewohner eine eigene kleine Wohnung zur Verfügung hätte. Oder ein Wohnblock mit Eineinhalbzimmerwohnungen wird auch als ideal bezeichnet. Als wichtig wird dabei bezeichnet, dass der Ort Sicherheit gibt, über eine offene Struktur verfügt, viele Freiheiten gewährt, eine medizinische Überwachung möglich ist und 24 Stunden Betrieb gewährleistet wird. Auch hier wird die Verfügbarkeit eines geeigneten Objektes als grosse Schwierigkeit angeschaut.

Spitex

Es braucht ein Angebot mit täglicher Betreuung, welche alle benötigten Dienstleistungen anbieten kann. Als wichtig wird bezeichnet, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten im Zimmer Alkohol konsumieren dürfen. Eine gesicherte Finanzierung wird als weitere wichtige Rahmenbedingung beschrieben, dafür benötigt es die Bereitschaft der Gemeinden. Schwierigkeiten sehen die Fachpersonen der Spitex vor allem in der Wohnungssuche, die kann sich aufgrund der Nachbarschaft schwierig gestalten, „weil schlussendlich wollen die Nachbarn vielleicht nicht solche Leute im Haus“ (Transskript S1, Abs.126).

5. Diskussion der Ergebnisse

Um die Ergebnisse weiter zu verwenden, werden sie in diesem Kapitel anhand der beigezogenen Studien und dem Diskurs in der Theorie diskutiert. Die vorliegende Arbeit will die folgenden drei Fragestellungen beantworten:

- a) Wie ist der Allgemeinzustand von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zu beschreiben?
- b) Welche Erfahrungen machen die befragten ambulanten Angebote der Städte Solothurn und Olten in der Arbeit mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten?
- c) Welche ambulanten Angebote benötigt es aus Sicht von Expertinnen und Experten aus Spitex und Suchthilfe in den Städten Solothurn und Olten, um älteren Substitutionsklientinnen und -klienten das selbstständige Wohnen auch bei eingeschränktem Allgemeinzustand zu ermöglichen?

Diese Fragen werden in dieser Reihenfolge im Rahmen der Diskussion beantwortet. Dabei wird ersichtlich, dass die grössten Unterschiede zwischen den Antworten der zwei Berufsgruppen (BeWo, Spitex) festgestellt werden können. In den nachfolgenden Kapiteln wird veranschaulicht, woran diese Unterschiede liegen können. Bei einer Thematik gibt es klare Unterschiede zwischen den zwei Städten (vgl. Kapitel 5.2.3.2), ansonsten können keine örtlichen Differenzen ausgemacht werden. Auch konnten kaum Widersprüche zwischen den Ebenen der Leitung und der Mitarbeitenden festgestellt werden, die Aussagen ergänzen sich oder haben einen anderen Fokus (vgl. Kapitel 5.2.1 und 5.2.2; Ebene Klientel und Ebene Personal).

5.1. Beschreibung der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten

Damit der Allgemeinzustand der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten beschrieben werden kann, werden die Aussagen der Fachpersonen aus den Städten Olten und Solothurn mit den theoriegestützten Beschreibungen zum Allgemeinzustand verglichen (vgl. Kap. 2.3.1-2.3.4). Folgend werden die somatische und die psychische Situation erläutert und Aussagen zum Sozialen Netz, der Tagesstruktur, der Wohnsituation und zum Konsumverhalten gemacht. Zum Schluss wird in einem Fazit eine Zusammenfassung zu der Fragestellung a) gegeben.

5.1.1. Somatische Situation

Die körperliche Situation der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten wird von den Befragten als sehr unterschiedlich beschrieben. Wunden sind von allen Befragten häufig beschriebene Leiden. Diese werden vielfach von der Spitex versorgt. Dazu kommen Probleme mit der Leber, den Lungen und der Atmung und Hepatitisserkrankungen. Dies wird von Dürsteler-MacFarland et al. ebenfalls

festgehalten. Dabei wird die deutlich höhere Rate von Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C oder HIV im Vergleich zu jüngeren Substitutionsklientinnen und -klienten betont. Zudem werden noch weitere Beschwerden angefügt: Arthritis, Bluthochdruck, Magengeschwüre, Herzprobleme, Diabetes, Sehprobleme, verringerte Knochendichte, schlechte Venenverhältnisse und Gefässerkrankungen der Beine (vgl. Dürsteler-MacFarland, 2011, S.106f). Diese Auflistungen zeigen, dass die körperliche Situation von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten durch die unterschiedlichsten, meist chronischen, Erkrankungen geprägt sein kann. Dies ist laut Hälg und Dürsteler-MacFarland auf den jahrelangen Konsum von illegalen Substanzen und den damit verbundenen Risiken in Verbindung gebracht, was dieser Klientel ‚veraltern‘ lässt. So treten diese teilweise ‚normalen‘ gesundheitlichen Beschwerden früher ein (vgl. Hälg & Dürsteler-MacFarland, 2013, S.30f). Auch in den Befragungen wird festgestellt, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten ‚vorgealtert‘ erscheinen und teilweise dieselben Beschwerden haben wie andere Menschen von 65 Jahren. Als Folge der unterschiedlichen Erkrankungen wird verringerte Leistungsfähigkeit, vermehrte Müdigkeit und eingeschränkte Mobilität der Befragten beschrieben. Wenn diese Ergebnisse mit den vorhandenen Klientinnen- und Klientenbefragungen verglichen werden, fällt auf, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten ihre Situation als weniger belastend und einschränkend erleben als die Expertinnen und Experten (vgl. Vogt et al., 2010a, S.42; Vogt et al., 2010b, S.76).

5.1.2. Psychische Situation

Die psychische Situation von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten wird von allen Befragten ähnlich unterschiedlich und individuell beschrieben wie die somatische Situation. Die zunehmende Vergesslichkeit wird als häufige Tendenz beobachtet. Dies wird von den Befragten auf den Alkoholkonsum zurückgeführt. Von den Befragten der BeWos werden die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten meist als psychisch stark angeschlagen erlebt. Die Befragten der Spitex machen keine allgemeine Beschreibung, sondern sehen den psychischen Zustand als sehr verschieden.

Dürsteler-MacFarland et al. führen aus, dass Menschen mit einer Opiatabhängigkeit häufig unter chronischen psychischen Erkrankungen leiden. Dies ist unabhängig vom Alter. Als häufigste Erkrankungen bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten werden affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Auch Dürsteler-MacFarland et al. beschreiben neurokognitive Auffälligkeiten wie Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und der Psychomotorik (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.107f). Somit zeigt sich, dass sich bei der empirischen Erhebung die theoretischen Ausführungen nicht ganz unterstützen, sondern dass auch Ausnahmen festgestellt werden, wo keine psychischen Erkrankungen sichtbar werden. Was aber nicht heissen muss, dass diese älteren Substitutionsklientinnen und -klienten keine diagnostiziert haben. Dies scheint der Autorin durchaus im Bereich des Möglichen, denn sowohl die Mitarbeiten-

den der Spitex als auch die des BeWos erleben die Klientel nur punktuell. Somit besteht die Möglichkeit, dass die Ausprägungen der psychischen Erkrankungen für sie nicht beobachtbar sind. Hingegen bei den neurokognitiven Einschränkungen decken sich die empirischen Ergebnisse mit der Theorie, dass diese im Alter bei Substitutionsklientinnen und -klienten vermehrt auftreten. Ob diese neurokognitiven Einschränkungen vor allem auf den Alkohol zurückzuführen sind, wird von den theoretischen Ergebnissen nicht bestätigt, aber auch nicht widerlegt. Was im Gegensatz zum Erleben der somatischen Situation fällt auf, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten sich durch ihre psychischen Erkrankungen meist stark beeinträchtigt fühlen (vgl. Degkwitz & Zurhold, o.J., S.54; Vogt et al., 2010a, S.42).

5.1.3. Soziales Netz

Bei den Befragten der Spitex und des BeWos besteht Einigkeit darüber, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten über weniger soziale Kontakte verfügen und teilweise auch keinen Kontakt zu ihren Familien mehr haben. Dies wird von den Befragten der Studien in Deutschland bestätigt (vgl. Vogt et al., 2010a, S.20; Vogt et al., 2010b, S.59; Degkwitz & Zurhold, o.J., S.46). Als Grund werden die allgemein abnehmenden Kontakte im Alter genannt, dies verstärkt sich bei den älteren Substitutionsklientinnen und -klienten dahingehend, dass sie bereits vorher über weniger soziale Kontakte verfügt haben und diese mit zunehmendem Alter noch wegbrechen (beispielsweise durch den Tod der Eltern) (vgl. Degkwitz & Zurhold, o.J., S.46). Dazu kommt die gesellschaftliche Diskriminierung und Ausgrenzung, die Stigmatisierung durch die Familie oder auch der Rückgang von szeneninternen Kontakten (vgl. Vogt et al., 2010a, S.57; Vogt et al., 2010b, S.59; Degkwitz & Zurhold, o.J., S.34). Auch die Befragten des BeWos beobachten tendenziell den Rückzug aus der Szene, indem dass ältere Substitutionsklientinnen mehr zu Hause bleiben und weniger in den Ausgang gehen. Aber trotzdem finden die meisten sozialen Kontakte in der Szene selbst statt. Vogt et al. ergänzen dazu, dass diese eher losen Kontakte oder eben die Kontakte in der Szene nicht ausreichen um im Krankheitsfall unterstützt zu werden (vgl. Vogt et al., 2010a, S.29). Auch die Befragten der Spitex merken an, dass das soziale Netz fehlt um die Unterstützungen neben den Leistungen der Spitex abzudecken. Dazu kommt, dass die Mitarbeitenden der Spitex oftmals die einzigen konstanten Bezugspersonen von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sind. Aber sie können die sozialen Kontakte nicht ersetzen.

5.1.4. Tagesstruktur

Zum Thema der Tagesstruktur besteht zwischen den Befragten der Spitex und den Befragten des BeWos Uneinigkeit. Aus Sicht der Befragten des BeWos ist bei den älteren Substitutionsklientinnen und -klienten meist eine Tagesstruktur vorhanden, unter anderem sicher auch, weil dies als Voraussetzung für das BeWo gilt. Von den Befragten der Spitex wird hingegen ausgeführt, dass ältere Sub-

stitutionsklientinnen und -klienten keine Tagesstruktur haben. Die Sucht strukturiere den Tag. Die Befragten des BeWos merken an, dass es schwieriger wird eine geeignete Tagesstruktur zu finden, wenn sie gesundheitlich so angeschlagen sind (vgl. Kapitel 5.1.1 und 5.1.2). In den beigezogenen Studien (vgl. Kapitel 2.3) gehen nur Degwitz und Zurhold auf die Tagesstruktur ein. Dabei aber nur bedingt auf die Erwerbstätigkeit. Es wird dabei festgestellt, dass 65% der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten arbeitslos sind (vgl. Degwitz & Zurhold, o.J., S.23). Dies ist aber kein Widerspruch zu der Wahrnehmung der Befragten des BeWos, denn die meisten älteren Substitutionsklientinnen und -klienten verfügen über eine Tagesstruktur in einem Beschäftigungsprogramm, welche nicht als Erwerbstätigkeit eingestuft werden können.

5.1.5. Wohnsituation

Für die Befragten der Spitex ist es auffallend, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten vermehrt alleine wohnen. Für die Befragten des BeWos ist dies keine Überraschung, denn das Angebot des BeWos richtet sich an Einzelpersonen und es gibt keine Angebote für Mehrpersonenhaushalte (vgl. Kapitel 3.2.1.2). Degwitz und Zurhold unterstützen die Beschreibung der Befragten der Spitex. Denn laut ihrer Studie in Hamburg lebt die Hälfte der Befragten allein. Lediglich 20% mit ihrem Lebenspartner oder ihrer Lebenspartnerin. Die Art des Zusammenlebens besteht bei den meisten bereits seit über 10 Jahren (vgl. Degwitz & Zurhold, o.J., S.44). Über die Wohnkompetenz sind in den beigezogenen Studien keine Erhebungen gemacht worden.

Die Mitarbeitenden des BeWos bemerken sehr schnell, wenn es Klientinnen und Klienten nicht gut geht, weil dann die Haushaltsführung vernachlässigt wird. Bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten zeigen sich die gesundheitlichen Probleme demnach in der Wohnkompetenz, was vor allem mit der fehlenden Energie in Zusammenhang gebracht wird. Der Unterstützungsbedarf in der Haushaltsführung wird als sehr unterschiedlich beschrieben. Auch die Befragten der Spitex beschreiben den Zustand der Wohnungen von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten als sehr unterschiedlich. So kann dieser auch von Besuch zu Besuch ändern. Teilweise wird der Zustand der Wohnung als sehr erschwerend für die Arbeit bis hin zu unzumutbar beschrieben. Aber für die Befragten der Spitex handelt es sich dabei nicht um ein Spezifikum von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten, sondern es lässt sich auch bei der restlichen Klientel der Spitex beobachten.

Auch die Ernährung ist für die Befragten des BeWos ein Thema, wobei sich viele ältere Substitutionsklientinnen und -klienten in der Gassenküche beziehungsweise in der Stadtküche versorgen. Denn dort finden auch viele der sozialen Kontakte statt (vgl. Kapitel 5.1.4).

5.1.6. Konsumverhalten

Zum Konsumverhalten erläutern die Befragten, dass Alkohol ein sehr grosses Thema ist im Alter sowohl bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten, als auch im Rest der Bevölkerung. Die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten werden von den Befragten des BeWos als stabiler erlebt, mit weniger Nebenkonsum und weniger Abstürzen. Schmidt und Jörden-Thamm unterstützen in ihren Aussagen diese Beobachtung, denn sie erwähnen ebenfalls eine Mässigung des illegalen Drogenkonsums bei der entsprechenden Klientel. Zudem wird eine Verschiebung des Konsums hin zu legalen Drogen und Cannabis beobachtet (vgl. Schmidt & Jörden-Thamm, 2011, S.262). Grundsätzlich werden die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten von den Befragten des BeWos als zufrieden mit ihrer Situation erlebt und sie möchten keine Veränderung der Konsummuster. Von den beigezogenen Studien wird dies widerlegt, denn dort möchten die meisten Befragten eine Veränderung des Konsummusters erreichen (vgl. Vogt et al., 2010a, S.34; Vogt et al., 2010b, S.73).

5.1.7. Zusammenfassung

In der folgenden Tabelle wird die Fragestellung, wie der Allgemeinzustand der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten charakterisiert werden kann, zusammenfassend dargestellt beantwortet. Es wird dabei zwischen den übereinstimmenden Ergebnissen aus dem Fachdiskurs und dem Forschungsprojekt dieser Arbeit, den Ergänzungen aus dem Fachdiskurs und den Ergänzungen aus dem Forschungsprojekt unterschieden. Die Ergänzungen aus dem Forschungsprojekt werden je nach dem noch nach den beiden befragten Berufsgruppen unterteilt.

Übereinstimmende Ergebnisse	Ergänzungen aus dem Fachdiskurs	Ergänzungen aus dem Forschungsprojekt
Somatische Situation		
<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedlich • Individuumsbezogen • ‚Vorgealtert‘ (rund 20 Jahre) • Wunden • Leberprobleme • Probleme mit Lunge und Atmung • Hepatitis • Alles Folge von jahrelangem illegalem Drogenkonsum und damit verbundenem Lebensstil 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Rate an Hepatitis und HIV • Arthritis • Bluthochdruck • Magengeschwüre • Herzprobleme • Diabetes • Sehprobleme • Verringerte Knochendichte • Schlechte Venenverhältnisse • Gefässerkrankungen • Für KlientInnen weniger belastend als von ExpertInnen beschrieben 	Folgen des Gesundheitszustandes: <ul style="list-style-type: none"> • Verringerte Leistungsfähigkeit • Vermehrte Müdigkeit • Eingeschränkte Mobilität

Psychische Situation		
<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedlich • Individuumsbezogen • Neurokognitive Einschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische psychische Erkrankungen • Häufigste: affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen • Einschränkungen der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Psychomotorik • KlientInnen fühlen sich durch psychische Situation stark beeinträchtigt 	<p><i>BeWo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychisch stark eingeschränkt <p><i>Spitex:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedlich
Soziales Netz		
<ul style="list-style-type: none"> • Weniger soziale Kontakte • Oftmals kein Kontakt zur Familie • Tendenzieller Rückzug aus der Szene • Krankheitsfall: fehlende Unterstützung aus Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte brechen mit zunehmendem Alter weg • Gesellschaftliche Ausgrenzung • Stigmatisierung in der Familie 	<p><i>BeWo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermehrt zu Hause, weniger Ausgang <p><i>Spitex:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Spitexmitarbeitende oftmals einzige konstanten Bezugspersonen
Tagesstruktur		
<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Erwerbslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • 65% erwerbslos 	<p><i>BeWo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagesstruktur meist vorhanden (in Form von Beschäftigungsprogrammen) • Vermehrt Schwierigkeiten geeignete Plätze zu finden <p><i>Spitex:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Tagesstruktur • Abhängigkeitserkrankung strukturiert den Tag
Wohnsituation		
<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitetste Wohnform: alleine 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Zusammenleben, dann mit PartnerIn 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungsbedarf sehr unterschiedlich <p><i>BeWo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei gesundheitlichen Problemen, fehlende Energie zur Haushaltsführung • Ernährung in der Stadt- bzw. Gassenküche <p><i>Spitex:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zustand der Wohnung sehr unterschiedlich (Beschwerden für die Arbeit, unzumutbar)

Konsumverhalten		
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholkonsum verbreitet • Stabilisierung des illegalen Substanzkonsums 	<ul style="list-style-type: none"> • KlientInnen möchten eine Veränderung des Konsummusters erreichen 	<i>BeWo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Zufrieden mit der Situation, möchten nichts verändern

Tabelle 3: Fazit Fragestellung a (eigene Darstellung)

Ergänzend kann festgehalten werden, dass die Befragten der Spitex immer wieder betonen, dass die Situation von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sich nicht grundsätzlich von der Situation von anderen älteren Klientinnen und Klienten der Spitex unterscheidet. Es kommen aber vielfach eine erhöhte Anzahl der oben beschriebenen Schwierigkeiten zusammen. Dies wird als der grösste Unterschied zum anderen Klientel beschrieben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten in sehr unterschiedlicher körperlicher, psychischer und kognitiver Verfassung sein können. Im Unterschied zu jüngeren Substitutionsklientinnen und -klienten leiden sie vermehrt an unterschiedlichen chronischen psychischen und physischen Krankheiten, sie führen aber ein strukturierteres und geregelteres Leben als in jüngeren Jahren. Der Alkoholkonsum ist sehr verbreitet. Das Konsumverhalten illegaler Substanzen ist stabil, Veränderungswünsche sind unterschiedlich verbreitet. Ältere Substitutionsklientinnen und -klienten leben vermehrt alleine und haben unterschiedlichsten Bedarf an Unterstützung.

5.2. Erfahrungen mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten

Um die Frage b) zu beantworten, werden zuerst die Aussagen über das Verhalten der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten mit der Theorie zur Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. Kapitel 2.1.3) in Verbindung gesetzt. Daraufhin werden die Herausforderungen für das Personal und die dargelegten Grenzen von BeWo und Spitex erläutert und mit den Informationen aus dem Fachdiskurs verglichen (vgl. Kapitel 2.3.5 und 2.3.7).

5.2.1. Verhalten der Klientel

Die Befragten von Spitex und BeWo erleben das Verhalten älterer Substitutionsklientinnen und -klienten äusserst verschieden. Die Fachpersonen des BeWos schildern in der Tendenz positive Beobachtungen: der Klientel achtet tendenziell mehr auf die Gesundheit, kümmert sich mehr um sich selbst und macht sich Gedanken über die eigene Zukunft. Sie werden als verantwortungsbewusster, zuverlässiger, kooperativer und strukturierter erlebt als die jüngere Klientel. Von den Fachpersonen der Spitex werden sie als eher schnell überfordert, schwierig im Umgang und anspruchsvoll in der Betreuung erlebt. Zudem wird die fehlende Zuverlässigkeit als das Schwierigste bei dieser Klientel bezeichnet, denn sie seien schwer erreichbar, da sie viel unterwegs sind. Dabei werden zwei Positionen vertreten: die eine, dass der Klientel die Termine nicht wahrnehmen können oder die andere, dass der Klientel sie nicht wahrnehmen wollen. Dass sich ältere Substitutionsklientinnen und -

klienten nicht an die Termine halten können, liegt am anderen Tagesablauf oder den unterschiedlichen Strukturen. Oder aber die vielen negativen Erfahrungen mit Behörden führen zu Widerstand und dann wollen die Klientinnen und Klienten die Termine nicht wahrnehmen. Ergänzt wird, dass der Klientel die Unterstützung der Spitex meist zu Beginn nicht möchte und es ihnen sehr schwer fällt sich darauf einzulassen. Dies spricht das Kooperations-Dilemma, welches Günther beschreibt an. Denn die Ambivalenz der Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung betreffend dem Zulassen von Fremdkontrolle und dem Beharren und Vertrauen auf Selbstkontrolle ist sehr gross. Auch sind die Behandlungsbereitschaft und die Einsichtsfähigkeit nicht immer vorhanden, was die Zusammenarbeit erschwert. (vgl. Günther, 2008, S.58). Zudem zeigt sich die Wichtigkeit des Entwickelns einer Frustrationstoleranz, welche Fengler beschreibt. Denn gerade die Erfahrungen mit Kontakt und Kontaktabbruch können zu affektivem Handeln oder gar Handlungsunfähigkeit der Mitarbeitenden führen, was zu verhindern ist (vgl. Fengler, 2002, S.529).

Dazu kommt, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten sehr sensibel auf die vielen Personalwechsel bei der Spitex reagieren. Doch wenn sich der Klientel erst an die Spitex gewöhnt hat und sie als hilfreich angesehen wird, werden die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten kooperativer und das Arbeiten mit ihnen wird einfacher. Auch die Fachpersonen aus dem BeWo beschreiben, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten ihren gewohnten Ablauf benötigen und gerne daran festhalten. Es fällt ihnen aus diesem Grund schwierig, sich auf etwas Neues wie die Spitex einzulassen. Die Fachpersonen der Spitex sehen einen Grund auch darin, dass die Angst vom Verlust der Unabhängigkeit bei dieser Klientel sehr stark ausgeprägt ist. Was auch wieder mit dem Beharren und Vertrauen auf die Selbstkontrolle von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zurückgeführt werden kann (vgl. Günther, 2008, S.58).

Ältere Substitutionsklientinnen und -klienten erzählen laut einigen Mitarbeitenden der Spitex auch Ausreden und Lügen und beharren auf ihrer Meinung. Die Mitarbeitenden der Spitex sind sich uneinig darüber, ob ältere Substitutionsklientinnen und -klienten unselbstständig sind oder ob sie aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung einfach ein anderes Leben mit anderen Prioritäten leben. Für die Spitex ist die Zahlungsmoral der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten ein weiteres, teilweise schwieriges Thema. Denn ohne zu verallgemeinern betonen sie, dass es vorkommt, dass die Dienstleistungen der Spitex nicht bezahlt werden. Meist hängt dies auch damit zusammen, ob die Klientinnen und Klienten die Dienstleistung als sinnvoll erachten oder nicht. Wenn die Rechnungen aber nicht bezahlt werden, stoppt die Spitex ihr Angebot. Dies ist ein Konflikt, der aus dem von Günther beschriebenen Kooperations-Dilemma hervorgehen kann, wenn die Geduld von den Unterstützenden aus dem Versorgungssystem ausgereizt ist (vgl. Günther, 2008, S.58).

5.2.2. Herausforderungen für das Personal

In diesem Kapitel werden die Herausforderungen für das Personal diskutiert. Während im Kapitel zum Verhalten der Klientel vor allem die Mitarbeitenden der jeweiligen Angebote Aussagen gemacht haben, sind hier vor allem Aussagen der Leitungspersonen festgehalten. Dies hängt nach der Meinung der Autorin damit zusammen, dass der Fokus der Leitungspersonen ein anderer ist. Sie eher ihre Mitarbeitenden sehen und was für Ansprüche diese erfüllen sollen. Die Mitarbeitenden sind näher mit dem Verhalten der Klientinnen und Klienten konfrontiert.

5.2.2.1. Herausforderungen für das Begleitete Wohnen

Die Leitungspersonen des BeWos betonen, dass die persönlichen Grenzen der Mitarbeitenden unterschiedlich sind. Sei dies in Bezug auf den Zustand der Wohnung, was als Minimum angesehen werden kann oder auch bezüglich des Verhaltens der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten (beispielsweise Bedrohungen oder Anschreien). Zudem wird betont, dass es schwerer fällt ein Wohnungs- und Betreuungsverhältnis zu kündigen, als bei entsprechend jüngerer Klientel. Dies meist auch mit der Begründung, dass eine Alternative fehlt (vgl. Kapitel 5.3.1.2). Doch die Erfahrungen zeigen, dass die Drohung mit einer Kündigung und dem darauf folgenden Eintritt in eine stationäre Institution für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten motivierend wirken kann. Doch sei dies sowohl für die Klientel als auch für die Mitarbeitenden eine schwierige und unbefriedigende Situation. Manchmal genüge es, wenn klare Grenzen gesetzt werden und aufgezeigt wird, was die Konsequenzen sind, falls die Klientin oder der Klient nicht mitarbeitet. Je länger eine Zusammenarbeit besteht, desto besser funktioniert es erfahrungsgemäss. Denn laut Vogt werden zu Beginn der Zusammenarbeit die Betreuungspersonen von den Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung geprüft und wenn die Beziehung aufgebaut ist, fällt dies weg (vgl. Vogt, 2004, S.159).

Als wichtig wird von den Leitungspersonen bezeichnet, dass sich die Mitarbeitenden abgrenzen können und das Verhalten der Klientel nicht persönlich nehmen und auch akzeptieren, falls die Klientin oder der Klient nichts mehr ändern möchte an seinem Konsumverhalten, auch wenn die Konsequenzen tödlich sein können. Was den Mitarbeitenden laut Aussagen der Leitungspersonen im BeWo fehlt, sind gewisse Verständnisse im Gesundheitsbereich zu medizinischen Themen. Dies wird von Vogt et al. ebenfalls so gesehen und deshalb schlagen sie Fort- und Weiterbildungen in der Suchthilfe zu den Themen Gerontologie, Gerontopsychosomatik und Gerontopsychiatrie vor (vgl. Vogt et al., 2010b, S.147). Auch Schmidt und Jörden-Thamm sehen eine solche Weiterbildung als wichtig an für den Umgang mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten (vgl. Schmidt & Jörden-Thamm, 2011, S.259).

5.2.2.2. Herausforderungen für die Spitex

Als grundsätzliche Herausforderungen wird von den Leitungspersonen der Spitex erwähnt, dass das Thema der Abhängigkeitserkrankung und der Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung kein Thema ist in der Ausbildung zum Pflegepersonal. Das führt dazu, dass sich Mitarbeitende von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten um den Finger wickeln lassen und es zu einer Ungleichbehandlung der Klientel kommt. Dies hängt mit der von Vogt beschriebenen Prüfung des Betreuungspersonals von Seiten der Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung zusammen. Denn sie wollen herausfinden, wie stark sich die Betreuungspersonen engagieren, wie gut sie sich gegenseitig verstehen und wie stark lassen sich diese manipulieren. Dies gehört zu dem typischen Verhaltensmuster solcher Klientel (vgl. Vogt, 2004, S.159). Zudem werden von den Befragten der Spitex die persönlichen Grenzen der Mitarbeitenden beschrieben: dazu gehören der Ekel bezüglich dem Zustand der Wohnung, Aushalten der Situation der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten, wenn es beispielsweise um das Sterben alleine geht oder dass kein Geld für Essen vorhanden ist. Gleichzeitig äussern sich Mitarbeitende sehr unterschiedlich zu ihren Schwierigkeiten im Umgang mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, wird vor allem erfahrenes und gut qualifiziertes Personal eingesetzt, weil von diesem die nötige Abgrenzungsfähigkeit und Flexibilität erwartet werden kann. Genau diese Schwierigkeit halten auch Drüsteler-MacFarland et al. fest, denn meist sind die Pflegefachpersonen der ambulanten Pflegedienste (Spitex) zwar in der Behandlung von älteren Menschen ausgebildet, es fehlen jedoch vertiefte Kenntnisse im Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Dies kann zu Missverständnissen und Konflikten führen, welche nicht selten einen Abbruch der Betreuung zur Folge haben. Dies wird auf die vielerorts vorhandenen, gegenseitigen Vorurteile zurückgeführt. Oder aber auch in Zusammenhang mit unberechtigten Ängsten der Pflegenden im Umgang mit der Abgabe der Substitutionsmedikamenten (vgl. Drüsteler-MacFarland, 2011, S.113). Auch Schmidt und Jörden-Thamm schlagen eine Weiterbildung für Pflegepersonal zur Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung vor, damit eine Vertrautheit mit dem Arbeitsfeld der Suchthilfe entstehen kann (vgl. Schmidt & Jörden-Thamm, 2011, S.259). Vogt et al. schlagen dazu die Weiterbildung des Pflegepersonals in Bereichen der Suchtmedizin und der psychosozialen Betreuung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung vor (vgl. Vogt et al., 2010b, S.146).

Den Mitarbeitenden der Spitex wird die Arbeit durch die instabilen Lebenssituationen (vgl. Kapitel 5.1.3) der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten erschwert. Daraufhin ist eine Diskussion darüber entstanden, inwiefern und inwieweit sich Mitarbeitende abgrenzen sollten. Die Autorin geht davon aus, dass diese Diskussion mit der Erfahrung der jeweiligen Diskussionsteilnehmenden zusammenhängt (vgl. Anhang A). Dies spricht auch wieder für die von Vogt et al. vorgeschlagenen Wei-

terbildungen im Bereich der psychosozialen Betreuung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. ebd., S.146).

5.2.3. Grenzen der Angebote

In diesem Unterkapitel wird erläutert, wann und wo die zwei Angebote an ihre Grenzen stossen und ihren Auftrag nicht mehr erfüllen können.

5.2.3.1. Grenzen des Begleiteten Wohnens

Das BeWo kommt an seine Grenzen, wenn die Wohnkompetenz so stark eingeschränkt ist, dass die einmal wöchentliche Betreuung, wie sie vom BeWo angeboten wird, nicht mehr genügt. Wenn also nicht mehr genügend Selbstständigkeit vorhanden ist. Dies sehen auch Dürsteler-MacFarland et al. so, dass dort die Versorgungsmöglichkeiten an ihre Grenzen stossen, obwohl eine ambulante Betreuung noch ausreichen würde. Es fehlt den heutigen Angeboten aber an der Flexibilität und sie sind noch nicht auf ältere Substitutionsklientinnen und -klienten eingestellt, weil diese Thematik erst in der Entstehung ist (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.113). Dazu kommt, dass die Mitarbeitenden keine pflegerischen Leistungen anbieten können. In diesen Situationen wird versucht mit anderen Angeboten zusammenzuarbeiten. So werden je nach Bedarf von den Befragten des BeWos entsprechende Zusatzdienstleistungen mit einbezogen (internes Reinigungsteam, externe Reinigungsfachperson, Spitex). Vogt et al. schlagen dazu vor, dass die Vernetzung zwischen dem Sucht- und dem Altersbereich ausgebaut werden sollte (vgl. Vogt et al., 2010b, S.147). Wenn es aber auch so nicht funktioniert, muss nach einer Anschlusslösung gesucht werden. Darauf folgt die Schwierigkeit, dass es keine Anschlusslösung ans BeWo gibt, die im Kapitel 5.3.1.2 noch weiter ausgeführt wird.

5.2.3.2. Grenzen der Spitex

Für die Befragten der Spitex muss der gegebene Auftrag der Spitex eingehalten werden. Denn nicht immer ist die Spitex das geeignete Angebot. Zudem ist es wichtig, sich auf die Kernkompetenz der Spitex, die Pflege zu konzentrieren. Doch wie weit der Auftrag der Spitex gehen kann, wird in den zwei Städten unterschiedlich wahrgenommen. In der einen Spitex wird von der Leitung her die Meinung vertreten, dass das Fachpersonal der Spitex für die Pflege zuständig ist und für den Rest sind entweder therapeutische Einrichtungen oder Fachpersonen der Sozialen Arbeit zuständig. Die andere Leitungsperson führt aus, dass sie auch ausnahmsweise pflegeunspezifische Arbeiten tätigen, wenn es gerade nicht anders geht. Dürsteler-MacFarland et al. fordern flexiblere Rahmenbedingungen von Pflege- und Betreuungsangeboten (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.112). Dies spricht für eine etwas weniger starre Haltung, dass nicht immer starr am Auftrag festgehalten werden sollte. Dies erachtet die Autorin aber als problematisch, denn der Auftrag gilt als Basis für die Dienstleistung und wird zu Beginn sorgfältig geklärt. Zudem dient er auch als Finanzierungsgrundlage. All diese Gründe sprechen dafür, dass der Auftrag eingehalten werden sollte. Aber eine gewisse Flexibilität in

der Ausführung des Auftrags würde den Bedürfnissen der Betreuung von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sicher entgegenkommen.

Wenn die Dienstleistungen nicht bezahlt werden, werden sie von der Spitex meist gestoppt. Dies sieht Dürsteler-MacFarland et al. als Folge von Missverständnissen in der Arbeit mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten, welche oftmals mit der fehlenden Erfahrungen der Pflegefachpersonen in dieser Arbeit einhergehen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.113). Auch die Theorie zur Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung bestätigt diese Tendenz (vgl. Kapitel 2.1.3). Fengler spricht von einer Frustrationstoleranz, die gegeben sein muss (vgl. Fengler, 2002, S.529). Der Autorin scheint das Vorgehen der Spitex verständlich. Aus Sicht der Institution kann eine Dienstleistung ohne Bezahlung nicht fortgesetzt werden. Aus Sicht der Autorin sollte die Thematik mit der Klientel besprochen werden und nach einer Lösung gesucht werden, bevor die Dienstleistung gestoppt wird. Dies wird wohl von der Spitex bereits versucht.

5.2.4. Zusammenfassung

Zur Beantwortung der Frage, welche Erfahrungen die Angebote in der Arbeit mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten haben, werden die Ergebnisse in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst dargestellt. Dabei werden das Verhalten der Klientel, die Schwierigkeiten und Grenzen der Angebote von BeWo und Spitex beschrieben und durch die entsprechenden Empfehlungen aus dem Fachdiskurs ergänzt:

Begleitetes Wohnen	Spitex	Empfehlungen aus dem Fachdiskurs
Verhalten		
<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedlich • Achten und kümmern sich um sich selbst • Gedanken zur Zukunft • verantwortungsbewusster • zuverlässiger • kooperativer • strukturiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Zuverlässigkeit (fehlende Erreichbarkeit) • Schnell überfordert • Schwierig im Umgang • Anspruchsvoll in der Betreuung • Teilweise: erzählen von Ausreden, Lügen • Sensibel auf Personalwechsel • Teilweise Fehlende Zahlungsmoral Nach Gewöhnungsphase: kooperativer, einfacherer Umgang, bezahlen der Dienstleistung 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwickeln einer Frustrationstoleranz • Verständnis und Geduld für das Kooperationsdilemma • Klare Haltung und Reflexion des eigenen Handelns

Herausforderungen für das Personal		
<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche persönliche Grenzen der Mitarbeitenden in Bezug auf den Zustand der Wohnung und des Verhaltens der KlientInnen • Schwierigkeiten Betreuungsverhältnis zu kündigen, aufgrund fehlender Alternativen • Klare Grenzen setzen sehr wichtig für die Mitarbeit der KlientInnen • Je länger die Zusammenarbeit dauert, desto besser funktioniert es • Abgrenzen der Mitarbeitenden • Akzeptanz des Willens der KlientInnen • Fehlende Verständnis von somatischen Themen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlendes Wissen über die Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung • Persönliche Grenzen des Personals: Ekel, Mitleid • Abgrenzungsfähigkeit und Flexibilität erfordert erfahrenes und gut qualifiziertes Personal • Umgang mit instabilen Lebenssituationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fort- und Weiterbildung des Personals der Suchthilfe zu Gerontologie, Gerontopsychosomatik und Gerontopsychiatrie • Weiterbildungen des Pflegepersonals zu Suchtmedizin und psychosozialer Betreuung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung
Grenzen der Angebote		
<ul style="list-style-type: none"> • Wohnkompetenz so stark eingeschränkt, dass wöchentliche Besuche nicht mehr genügen • Keine pflegerischen Leistungen • Bei Bedarf Beizug Zusatzdienstleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einhalten Auftrag • Fokus auf Kernkompetenz Pflege • Unterschiedliche Definition der Grenzen des Auftrages in den beiden Spitex-Organisationen • Fehlende Bezahlung führt zu einem Stopp der Dienstleistung 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexiblere Rahmenbedingungen von Pflege- und Betreuungsangeboten • Vernetzung zwischen den Angeboten des Sucht- und Altersbereiches

Tabelle 4: Fazit Fragestellung b (eigene Darstellung)

5.3. In Zukunft benötigte Angebote

Um die Fragestellung c) zu beantworten wird zuerst der Bedarf an zusätzlichen Angeboten bestimmt. Dazu werden sowohl die Bedürfnisse der Klientel als auch der Bedarf an das Versorgungssystem beschrieben. Daraufhin wird die Zusammenarbeit der Anbieterinnen und Anbieter mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Versorgungssystem analysiert. Danach werden die Rahmenbedingungen für ein mögliches Angebot für die Städte Solothurn und Olten erläutert und mit den Erkenntnissen aus dem Projekt ‚Intensiv Betreutes Wohnen‘ verglichen (vgl. Kapitel 2.4). Zum Schluss wird die Fragestellung c) im Fazit zusammenfassend beantwortet.

5.3.1. Bedarf

Der Bedarf wird auf der Ebene der Klientel und der Ebene des Versorgungssystems mit den Empfehlungen und Erkenntnissen aus den empirischen Ergebnissen der Studien in Kapitel 2.3 verglichen.

5.3.1.1. Bedürfnisse der Klientel

Alle Befragten sehen keine grundsätzlich anderen Bedürfnisse bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten als bei ihrer anderen Klientel. Die Befragten der Spitex betonen, dass die geschilderten Schwierigkeiten und Probleme bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten gehäuft auftreten, als bei ihrer anderen Klientel. Die Befragten des BeWos betonen, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten ambulant betreut bleiben wollen und nicht in eine stationäre Institution wechseln wollen. Diese Aussage wird von den empirischen Ergebnissen aus den Befragungen in Deutschland und der Schweiz gestützt, wobei die meisten Befragten so lange wie möglich allein in der eigenen Wohnung leben bleiben möchten und bei Unterstützungsbedarf am liebsten ambulante Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen würden (vgl. Vogt et al., 2010a, S.52; Vogt et al., 2010b, S.146; Degkwitz & Zurhold, o.J., S.69; vgl. Rudin & Caynak, 2012, S.61). Aber auch dies ist keine Spezifika dieser Klientel sondern wird als für die Gesamtbevölkerung gültig angesehen. Die Fachpersonen der Spitex ergänzen, dass die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten das Bedürfnis nach Konstanz haben, vor allem wenn es um die Betreuungspersonen geht, ist das ausgeprägt. Bei den Befragungen in den Städten Bern und Basel ist als Bedürfnis herausgearbeitet worden, dass die Möglichkeit im Altersheim kommunizieren zu können für die Befragten einen sehr hohen Stellenwert hat und als sehr wichtig bezeichnet wird (vgl. Chalupny, 2010, S.38; Rudin & Caynak, 2012, S.62).

5.3.1.2. Bedarf im Versorgungssystem

Laut den Befragten des BeWos fehlt es an einer Alternative zum BeWo. Dies führt dazu, dass ältere Substitutionsklientinnen und -klienten noch im BeWo bleiben, obwohl es eigentlich nicht mehr tragbar ist. Wenn sie aus dem BeWo austreten müssten, wäre die einzige Möglichkeit in eine stationäre Einrichtung einzutreten und dabei gibt es kein spezifisches Angebot für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten. Denn alle vorhandenen Angebote verfügen über Eintrittsbedingungen, die die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten nicht erfüllen können. Es bräuchte spezialisierte Alters- und Pflegeheime oder Abteilungen in Alters- und Pflegeheime für Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung oder einer Substitution. Dies unterstützen auch die Empfehlungen von Vogt et al., dass es neue Wohnformen benötigt (Wohngemeinschaften, Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Hausgemeinschaften), sowie neue Abteilungen in Alters- und Pflegeheimen. Wobei es Programme braucht, welche das Zusammenleben der unterschiedlichen Personengruppen optimiert (vgl. Vogt et al., 2010c, S.4). Denn alle Befragten betonen, dass die bisherigen Einrichtungen Schwierigkeiten haben, solche Klientel zu betreuen. Oder es müsste überhaupt stationäre Institutionen geben, in welchen der Konsum von legalen und illegalen Substanzen erlaubt ist, denn bisher gibt es nur vereinzelt Institutionen, wo kontrolliert Alkohol konsumiert werden kann. Dies wird von den Befragungen in Basel und Bern bei Betroffenen gestützt, denn dabei wird der erlaubte Konsum in einer Institution als sehr wichtig eingestuft (vgl. Rudin & Caynak, 2012, S.62). Die Möglichkeit der

Substitution in einer stationären Institution wird als Voraussetzung und die Möglichkeit zum Nebenkonsum als Bedürfnis genannt (vgl. Chalupny, 2010, S.38). Die Fachpersonen der Spitex betonen aber, dass es eine Vorgabe sein sollte, dass ältere Klientinnen und Klienten ihre Abhängigkeitserkrankung unter Kontrolle haben sollten, wenn sie in ein Alters- und Pflegeheim eintreten möchten. Unklar ist für die Autorin dabei, was es genau heisst, die Abhängigkeit unter Kontrolle zu haben. Es kann vermutet werden, dass es nicht mehr zu exzessivem Konsumverhalten kommt und kontrolliert konsumiert wird (beispielsweise bei Opiatkonsum im Rahmen einer Substitution).

Die Befragten des BeWos sehen im ambulanten Bereich einen Bedarf an individuellen Lösungen, denn der Bedarf an Pflege nimmt zu, vor allem bei den Themen der Unterstützung bei der Hygiene und der Selbstpflege, der Wundbehandlung und teilweise auch der Medikamenteneinnahme. Auch wenn es vorübergehende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gibt, braucht es eine schnelle individuelle Lösung. Denn in solchen Situationen benötigt es einen engeren Betreuungsrahmen mit mehreren Besuchen pro Woche bis hin zu täglichen Besuchen. Dies kann das BeWo nicht leisten. Dürsteler-MacFarland et al. unterstützen diese Aussagen mit ihren Ausführungen darüber, dass ein Bedarf an Betreuungsangeboten mit flexibleren Rahmenbedingungen besteht (vgl. Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S.112). Vogt et al. ergänzen, dass es einen Ausbau der ambulanten Unterstützungsangebote vor allem im Pflegebereich benötigt (vgl. Vogt et al., 2010c, S.2). Darüber ob der Bedarf akut vorhanden ist, sind sich die Befragten nicht einig.

Aus Sicht der Befragten der Spitex benötigten ältere Substitutionsklientinnen und -klienten eine Tagesstruktur. Denn es fehle ihnen an einer Aufgabe. Zudem benötigt es eine Verbesserung der Koordination der verschiedenen Dienstleistungen und Unterstützungsangebote. Dies betonen auch Vogt et al. in ihren Empfehlungen, dass die Vernetzung vor allem zwischen den einzelnen Bereichen der Alten- und der Suchthilfe verbessert werden muss (vgl. Vogt et al, 2010c, S.4). Schmidt und Jörden-Thamm schlagen dazu ein Case Management vor (vgl. Schmidt & Jörden-Thamm, 2011, S.259). Auch bei der Spitex sind sich die Befragten uneinig, ob es zusätzliche Angebote benötigt. Die eine Leitungsperson ist der Meinung, dass durch die Suchthilfe alles abgedeckt ist. Eine weitere sieht aber den Einbezug der Spitex als ausbaubar, was die Erhebungen von Vogt et al. wie erwähnt auch empfehlen (vgl. ebd., S.2).

5.3.2. Zusammenarbeit

Schon zum jetzigen Zeitpunkt arbeiten sowohl die BeWos und die Spitex mit anderen Akteurinnen und Akteuren zusammen. Dazu gehören die Hausärztinnen und Hausärzte, Sozialdienste und jeweils die Suchthilfe oder die Spitex. Alle befragten Angebote würden auch gerne mit Angehörigen der Klientel zusammenarbeiten, wenn es möglich wäre. Die Spitex arbeitet zudem noch mit der Pro Senec-

tute, dem Schlüsseldienst und der Polizei zusammen. Von Seiten der BeWos werden zusätzlich Reinigungsfachpersonal und das Ambulatorium der Psychiatrie genannt.

Mit welchen Akteurinnen und Akteuren zusammengearbeitet wird, ist laut den Befragten des BeWos je nach Klientel sehr unterschiedlich und muss immer wieder im Einzelfall abgeklärt werden. Als wichtig dabei wird die Koordination zwischen allen Beteiligten bezeichnet, damit eine Zusammenarbeit funktionieren kann. Der bisherigen Schwierigkeit, dass unterschiedliche Vorstellungen bezüglich dem Zustand der Wohnung vorhanden sind, kann damit entgegengewirkt werden, indem dies geklärt wird. Dabei wird als wichtig erachtet, dass klargestellt werden muss, dass schliesslich das BeWo die Verantwortung für die Wohnung trägt und somit auch die Verantwortung dafür trägt, ob der Zustand noch zumutbar ist oder nicht (denn im BeWo sind die Wohnungen meistens von den Suchthilfen angemietet und werden an die Klientinnen und Klienten untervermietet). Aber es müsse von allen an der Betreuung der jeweiligen Klientin beziehungsweise des jeweiligen Klienten Beteiligten, eine gewisse Kompromissbereitschaft vorhanden sein, damit eine gute Zusammenarbeit funktionieren kann. Denn dann können sich die Akteurinnen und Akteure auch gegenseitig ergänzen.

Die Befragten der Spitem betonen, dass sie meist als letzte Akteurin in ein Betreuungssetting von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten dazu kommen. Zu diesem Zeitpunkt ist die Zusammenarbeit meist bereits gut organisiert und es wird gemeinsam mit allen Beteiligten das weitere Vorgehen besprochen. Für die Befragten der Spitem ist es ferner wichtig, dass die Beteiligten (Bezugspersonen von BeWo, Spitem, evtl. Sozialdienst etc.) bei der Erstabklärung dabei sind, damit der Informationsfluss gewährleistet ist. Dies helfe dahingehend, weil auf die älteren Substitutionsklientinnen und -klienten meist wenig Verlass ist und die Beteiligten so nicht gegeneinander ausgespielt werden können. Als problematisch wird von einer Leitungsperson bezeichnet, dass alle Akteure zuerst für sich selbst schauen, bevor aufeinander zugegangen wird. Auch sei die Ressourcenknappheit in der gesetzlichen Sozialen Arbeit für die Spitem bemerkbar, wenn erst im letzten Moment gehandelt wird.

5.3.3. Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie ein Angebot für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten aus Sicht der Befragten aussehen könnte. Dazu werden in der nachfolgenden Tabelle allgemeine Rahmenbedingungen, die ein Angebot erfüllen müsste, aufgelistet. Die zwei genannten und ausgeführten Ideen ‚Wohngemeinschaft‘ und ‚Hausgemeinschaft‘ werden ebenfalls in dieser Tabelle beschrieben und die genannten Vor- und Nachteile, die in den Gesprächen aufgekommen sind, werden aufgeführt:

Allgemeine Rahmenbedingungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche Betreuung (mind. 0.5h-1h) • Alle benötigten Dienstleistungen können bezogen werden • Altersgerechte Bauform (inkl. Lift) • Zentrale Lage • Konsum (illegaler und legaler Substanzen) im Zimmer erlaubt • Offene Struktur zur Gewährung möglichst vieler Freiheiten und Selbstständigkeit • Besuch erlauben • Zusammenarbeit mit der Spitex und den Hausärztinnen und Hausärzten sehr wichtig • Gesicherte Finanzierung 	
Idee Wohngemeinschaft	Idee Hausgemeinschaft
<ul style="list-style-type: none"> • Wohnung oder Haus mit abschliessbaren Einzelzimmern • Weniger Anforderungen an die Wohnkompetenz (weniger Leistungsdruck) • Nahe am jetzigen BeWo-Angebot • Kosten der Besuche auf Bewohnerinnen und Bewohner verteilen (je Besuch sind alle anwesend) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat eine eigene Wohnung (1.5 Zimmer) • Medizinische Überwachung muss möglich sein • 24-Stunden-Betrieb
Vorteile	
<ul style="list-style-type: none"> • Wird knappen Ressourcen der Gemeinden gerecht • Hilfestellungen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern möglich • Vermehrte soziale Kontrolle untereinander • Individuelle Lösungen pro Bewohnerin oder pro Bewohner möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohnerinnen und Bewohner können alleine wohnen • 24-Stunden Betreuung gewährleistet • Medizinische Versorgung vorhanden
Nachteile	
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenleben: Bewohnerinnen und Bewohner müssen zusammenleben wollen und auch können. Wenn sie sich nicht verstehen, funktioniert das Zusammenleben nicht • Evt. Probleme mit der Nachbarschaft bezüglich der ‚Ghettoisierung‘ • Viele ältere Substitutionsklientinnen und -klienten möchten alleine oder mit ihren Partnerinnen oder Partner leben • Geeignetes Objekt finden 	<ul style="list-style-type: none"> • ‚Ghettoisierung‘ • Geeignetes Objekt finden

Tabelle 5: Rahmenbedingungen für mögliche Angebote (eigene Darstellung)

Werden diese Rahmenbedingungen der Befragten mit den Rahmenbedingungen und den Erkenntnissen des ‚Best Practice‘-Projektes der AIDS-Hilfe Bremen (vgl. Kapitel 2.4) verglichen, fallen gewisse Parallelen auf: Die AIDS-Hilfe setzt auf eine tägliche Betreuung, diese wird durch einen externen Pflegedienst gewährleistet. Es wird eng mit ambulanten Diensten aus dem Pflegebereich zusammenge-

arbeitet. Haushaltshilfe steht zur Verfügung und eine Bezugsperson der AIDS-Hilfe ist mindestens einmal wöchentlich anwesend. Durch die unterschiedlichen Betreuungsvereinbarungen kann auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Klientel eingegangen werden, was auch von den Befragten als notwendig angeschaut wird. Mit der Idee der Hausgemeinschaft von den Befragten stimmt die 24-Stunden Notfallnummer überein und dass keine Gemeinschaftseinrichtungen vorhanden sind (vgl. Schmidt & Jörden-Thamm, 2011, S.255). Zudem fordern die Befragten eine alters- und behindertengerechte Bauweise, welche auch Schmidt und Jörden-Thamm als Voraussetzung für ein solches Projekt sehen. Auch die ärztliche Betreuung der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten wird von beiden Seiten als sehr wichtig bezeichnet, dazu gehört auch die Vernetzung zwischen den Angeboten und den Hausärztinnen und Hausärzten (vgl. ebd., S.259). Dieser Vergleich zeigt, dass die Ideen der Befragten nahe an der Realität solcher möglicher Angebote oder Projekte sind. Deshalb scheint es sinnvoll, die zusätzlichen Erkenntnisse von Schmidt und Jörden-Thamm zu beachten, um mögliche Empfehlungen für zukünftige Angebote abgeben zu können. Schmidt und Jörden-Thamm beschreiben weiter folgende Erkenntnisse:

- Rechtliche Grundlagen müssen bedacht werden;
- Effektive Organisation und Planung, damit Ressourcen gebündelt werden können und der vorgegebene Personalschlüssel nicht überschritten wird;
- Auch Haushaltshilfe muss in ihren Aufgaben unterstützt und geschult werden im Umgang mit den älteren Substitutionsklientinnen und -klienten (vgl. ebd., S.259).

Die rechtlichen Grundlagen im Kanton Solothurn sehen vor, dass es für die zwei Ideen eine Bewilligung für eine stationäre Institution benötigen würde. Denn auch für eine ‚Wohngemeinschaft‘ die längerfristige Plätze anbietet gelten dieselben Vorschriften, wie für andere stationäre Institutionen (S. Egloff⁶, persönliche Kommunikation, 02.12.2013). Dies zeigt auf, dass die zwei Ideen nicht auf der Basis einer ambulanten Lösung umgesetzt werden könnten. Es muss beachtet werden, dass es sich dabei erst um Ideen handelt, die auch während der Diskussion entstanden sind und sie müssten vor der konzeptuellen Umsetzung genauer geprüft werden. Gleichwohl kann hier festgehalten werden, dass die Idee für ein ambulantes Angebot, welches die allgemeinen Rahmenbedingungen (vgl. Tabelle 8) in gleichem Masse erfüllt, noch nicht generiert werden konnte. Für die Autorin hat sich aus der Auseinandersetzung mit der Thematik die engere Kooperation der Angebote des BeWos und der Spitex immer mehr als sinnvoll herausgestellt. Wenn die Sensibilisierung und die Weiterbildungen in den jeweiligen anderen Bereichen vorhanden sind sollte die Zusammenarbeit auch besser funktionieren (vgl. Kapitel 5.3.2). Zudem sieht es die Autorin als sinnvoll, wenn eine Institution die Koordination der Betreuung übernehmen würde. Dies könnte im Rahmen des Case Managements der Suchthilfen

⁶ Herr Stephan Egloff ist Stellvertretender Leiter der Abteilung stationäre Institutionen des Amtes für Soziale Sicherheit vom Kanton Solothurn und zuständig für die Aufsicht und Bewilligung der stationären Institutionen im Kanton Solothurn.

erfolgen, denn diese haben bereits eine grosse Erfahrung, was solche Aufgaben anbelangt (vgl. Kapitel 5.3.2). Durch eine engere Kooperation könnte die Ressourcen gebündelt werden und eine optimiere Koordination führt aus Sicht der Autorin zudem zu einer effektiveren Organisation und Planung. Zudem wird ersichtlich, dass alle beteiligten Berufsgruppen auf die spezifischen Themen der Klientel sensibilisiert werden müssen auch beispielsweise Haushaltshilfen (vgl. Kapitel 5.2.2 & 5.2.1). So kann die ambulante Betreuung optimiert werden.

5.3.4. Zusammenfassung

Um die Frage nach den benötigten Angeboten zu beantworten werden die unterschiedlichen Faktoren zusammenfassend dargestellt. Zuerst werden Bedürfnisse der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten und der Bedarf bei Angeboten zusammengefasst. Daraufhin werden die Akteure mit denen das BeWo und die Spitex zusammenarbeiten dargestellt und die Gestaltung der Zusammenarbeit tabellarisch aufgelistet.

Übereinstimmende Ergebnisse	Ergänzungen aus dem Fachdiskurs	Ergänzungen aus dem Forschungsprojekt
Bedürfnisse ältere Substitutionsklientinnen und -klienten		
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständig wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • 30% würden in Alters- und Pflegeheim eintreten, wenn gesundheitliche Zustand dies erfordert 	<i>Spitex:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Konstante Bezugspersonen
Bedarf bei Angeboten		
<ul style="list-style-type: none"> • Bisherige Alters- und Pflegeheime haben Schwierigkeiten ältere Substitutionsklientinnen und -klienten zu betreuen • Stationäre Institution wo Konsum von legalen und illegalen Drogen erlaubt ist • Spezialisierte stationäre Institutionen oder Abteilungen von stationären Institutionen • Verbesserung der Koordination der unterschiedlichen Angeboten 	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Wohnformen • Programme für das Zusammenleben von Menschen mit und ohne Abhängigkeitserkrankung • Ausbau der ambulanten Unterstützungsangebote im Pflegebereich 	<i>BeWo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Alternative zum BeWo: einzige Möglichkeit in nicht-spezialisierte stationäre Einrichtung • Vorhandenen Angebote zu hohe Eintrittsbedingungen • Individuelle Lösungen im ambulanten Bereich • Unterstützung bei Hygiene, Selbstpflege Wundbehandlung, Medikamenteneinnahme • Engerer Betreuungsrahmen als 1x pro Woche <i>Spitex:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarf an Tagesstruktur

Tabelle 6: Fazit zum Bedarf in Fragestellung c (eigene Darstellung)

In der folgenden Abbildung wird sichtbar, mit welchen anderen Akteurinnen und Akteuren BeWo und Spitex zusammenarbeiten. Dabei gibt es Akteurinnen und Akteure mit denen beide zusammenarbeiten und solche, die nur von einem genannt wurden:

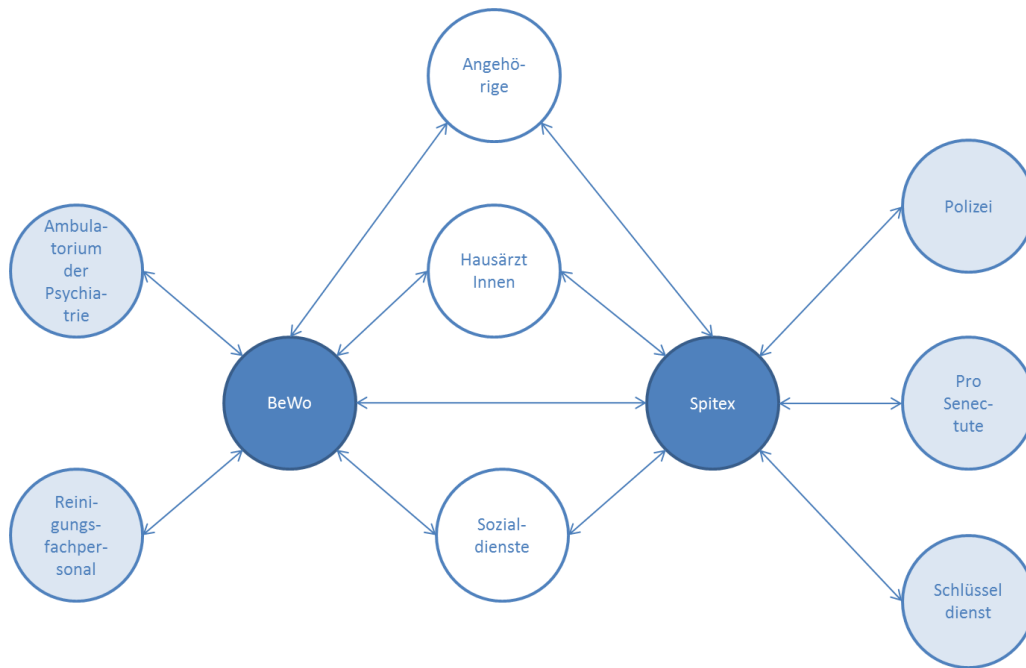


Abbildung 8: Zusammenarbeit Akteure (eigene Darstellung)

In der nachfolgenden Tabelle wird zusammengefasst, wie sich die Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren gestaltet, was dabei wichtig ist, wie vorgegangen wird und was Schwierigkeiten bereitet:

Begleitetes Wohnen	Spitex
Gestaltung der Zusammenarbeit	
<ul style="list-style-type: none"> • Mit wem zusammengearbeitet wird im Einzelfall abgeklärt • Koordination zwischen allen Beteiligten sehr wichtig • Bisherige Schwierigkeiten: unterschiedliche Vorstellungen bezüglich Wohnungszustand -> BeWo trägt schliesslich die Verantwortung für die Wohnung • Kompromissbereitschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Spitex als letzte Akteurin im Unterstützungsnetz • Zusammenarbeit meist vorher schon gut organisiert • Alle Beteiligten bei der Erstabklärung anwesend, damit der Informationsfluss gewährleistet ist • Schwierigkeiten: kein Verlass auf KlientInnen und ausspielen der AkteurInnen gegeneinander • Ressourcenknappheit in der Sozialen Arbeit macht sich bemerkbar • Akteurinnen und Akteure schauen zuerst für sich selbst, als weitere Schwierigkeit

Tabelle 7: Gestaltung der Zusammenarbeit (eigene Darstellung)

Die Rahmenbedingungen für ein Angebot und die zwei Ideen ‚Wohngemeinschaft‘ und ‚Hausgemeinschaft‘ werden bereits in der Tabelle fünf zusammenfassend dargestellt. Im Vergleich zu einem ‚Best Practice‘ Projekt sind die Ideen der Befragten realistisch, aber es sind noch einige Unklarheiten vorhanden. Vor allem was die rechtlichen Konsequenzen und Bedingungen für die jeweiligen Projekte sind, müsste abgeklärt werden. Dabei zeigt sich, dass ein ambulantes Angebot aus diesen Ideen unter den gegebenen rechtlichen Bedingungen nicht generiert werden kann. Die Autorin sieht die Möglichkeiten insbesondere in der Intensivierung und Verbesserung der Zusammenarbeit der beiden Angebote.

6. Schlussfolgerung

Nachdem die Fragestellungen in Kapitel fünf beantwortet werden konnten, dient dieses Kapitel dazu, daraus Gestaltungsempfehlungen für die Region Solothurn und Olten abzugeben. Ein Fazit für die Soziale Arbeit zu ziehen und einen Ausblick für mögliche zukünftige Forschungsprojekte zu machen.

6.1. Gestaltungsempfehlungen für die Region Solothurn und Olten

Es sollen an dieser Stelle Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die sich aus der Diskussion in Kapitel 5 ergeben. Diese sind nicht abschliessend und könnten anhand der erarbeiteten Erkenntnisse ebenfalls detaillierter und ausführlicher beschrieben werden. Die Autorin verzichtet folgend auf eine weitere Zusammenfassung der Erkenntnisse (vgl. dazu Kap. 5) und führt hier die wichtigsten entstandenen Handlungsempfehlungen aus:

Klärung der Situation in der Region

Zum einen ist der Bedarf in der Region noch nicht klar erhoben und deshalb sollte eine Bedarfsanalyse gemacht werden. Mit dieser kann festgestellt werden, wie viele Klientinnen und Klienten einen Bedarf an Unterstützung im Wohnbereich aufweisen und wie dieser genau aussieht. Zum anderen würde eine genauere Situationsanalyse in der Region dazu dienen, genau festzustellen, welche Angebote für die entsprechende Klientel ausgebaut werden könnten (beispielsweise entsprechend den Rahmenbedingungen in Tabelle 5 in Kapitel 5.3.3).

Vernetzung

Die unterschiedlichen Institutionen, die mit älteren Substitutionsklientinnen und -klienten Kontakt haben (SuGeBes, Suchthilfen, Spitex, Hausärzte, stationäre Institutionen, etc.) sollten sich vermehrt zu diesem Thema austauschen. So könnten die spezifischen Herausforderungen gemeinsam besprochen werden. Zudem würden sich die Institutionen gegenseitig annähern und vor diesem Hintergrund miteinander vertrauter machen, womit die Zusammenarbeit optimiert werden könnte.

Durch einen verstärkten gegenseitigen Austausch von Spitex und BeWo könnte die Zusammenarbeit verbessert werden. Damit könnten die vorhandenen gemeinsamen Ressourcen genutzt werden, um die jeweiligen Mitarbeitenden für die Herausforderungen der anderen Berufsgruppen zu sensibilisieren. Denn es ist angezeigt, dass die Mitarbeitenden des BeWos vermehrt für die medizinische Situation von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sensibilisiert werden und die Mitarbeitenden der Spitex in der Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung geschult werden und für die komplexe Situation von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten sensibilisiert werden. Eine Prüfung der engeren Zusammenarbeit zwischen BeWo und Spitex ist aufgrund der Erkenntnisse dieser Arbeit angezeigt.

Suchthilfe

Die Suchthilfen der Region (vgl. Kapitel 3.2.1) sind ein wichtiger Teil des Versorgungssystems von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten. Dies zeigt sich immer wieder in den Interviews. Von Seiten der Spitex wird vermehrte Koordination gewünscht. Durch das Angebot des Case Managements, das bereits zum Leistungskatalog der Suchthilfen gehört (vgl. Kanton Solothurn, 2009, S.17), verfügen die Suchthilfen um eine ideale Voraussetzung sich auch in der Koordination der Betreuung von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten stark zu machen. Des Weiteren liegt aus Sicht der Autorin ein Teil der Verantwortung und des Interessens für die Weiterentwicklung der Wohnbegleitung für ältere Substitutionsklientinnen und -klienten bei den Suchthilfen. Der nächste Schritt wäre die Entwicklung eines Konzeptes für ein entsprechendes ambulantes Angebot, welches die Rahmenbedingungen aus Tabelle 5 (vgl. Kapitel 5.3.3) erfüllen kann. Zudem können auch die beiden Ideen ‚Wohngemeinschaft‘ und ‚Hausgemeinschaft‘ weiterentwickelt und verfolgt werden.

Finanzierung

Die Finanzierung der Betreuung von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten wird in der vorliegenden Arbeit nicht explizit thematisiert, da dies eine politische Sicht auf die Thematik nötig gemacht hätte, was aufgrund des methodischen Vorgehens nicht optimal gewesen wäre. Dennoch wird das Thema in den Interviews und Diskussionen immer wieder am Rande angeschnitten. Dabei hat sich gezeigt, dass unter anderem auch die Grenzen der Finanzierungsmöglichkeiten das BeWo daran hindert, mehr Besuche bei älteren Substitutionsklientinnen und -klienten durchzuführen. Dies, obwohl die ambulante Betreuung der Klientinnen und Klienten zu Hause immer noch weniger Kosten verursacht als ihr Übertritt in eine stationäre Institution. Aus diesem Grund wäre die Prüfung von alternativen Finanzierungsmöglichkeiten oder die Flexibilisierung der bisherigen Finanzierung (nicht begrenzt auf einen Besuch in der Woche) angezeigt. Eine solche Prüfung hängt jedoch indirekt vom politischen Willen der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler ab und bedingt eine rechtliche Anpassung der Rahmenbedingungen. Im Sinne des Wunsches der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten möglichst lange zu Hause zu sein und aufgrund der geringeren Kosten, wäre eine dementsprechende Anpassung aus Sicht der Autorin sinnvoll.

6.2. Fazit für die Soziale Arbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist als Teil der 16. Handlungsmaxime im Berufskodex der Sozialen Arbeit verankert. Dabei wird festgehalten, dass „die Professionellen der Sozialen Arbeit (...) im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme interdisziplinär [kooperieren]“ (Avenir Social, 2010, S.13). Dabei sollen sie sich dafür einsetzen, dass Situationen möglichst umfassend und transdisziplinär analysiert, bewertet und bearbeitet werden (vgl. ebd., S.13). Dies hat sich auch in dieser Arbeit als zentrale Erkenntnis gezeigt, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit gemeinsam mit anderen

Disziplinen und Berufsgruppen zusammenarbeiten müssen, damit auftretende Probleme gelöst werden können. Dabei wird laut dem Berufskodex vorausgesetzt, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit ihren fachspezifischen Standpunkt vertreten und im gemeinsamen Diskurs eine möglichst optimale Lösung zentwckeln (vgl. ebd., S.14). So sind die die Professionellen der Sozialen Arbeit aus dem Suchtbereich gefordert, sich mit den Professionellen aus dem Altersbereich aus Pflege und Medizin in einen Diskurs zu begeben, um die Situation der älteren Substitutionsklientinnen und -klienten aus der Sicht der Sozialen Arbeit zu beschreiben und sich so für eine optimale Betreuung dieser einzusetzen. Aus Sicht der Autorin ist es allgemein die Aufgabe der Sozialen Arbeit sich gegenüber anderen Disziplinen und Berufsgruppen zu öffnen und in Diskurs zu treten. Gerade wenn es um das Thema Alter geht, entstehen immer wieder Schnittstellen, wo eine Zusammenarbeiten der Disziplinen gefordert wird. Ein anderes Beispiel dafür ist die Arbeit mit Menschen mit einer Behinderung, bei welcher die Thematik, dass die Klientinnen und Klienten immer älter werden, ebenso aktuell ist.

Nicht nur im Bereich der Substitution ist das Thema Alter und Abhängigkeitserkrankung aufgetaucht. Allgemein werden diese Veränderungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankung beobachtet und stellen das Versorgungssystem vor neue Herausforderungen (vgl. Schnoz et al., 2006, S.3). Die Soziale Arbeit ist seit Jahren im Suchtbereich tätig und verfügt über spezifisches Wissen in diesem Bereich. Zudem ist sie immer mehr in Altersbereich tätig und trägt dazu bei, dass auch Menschen im Alter ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen können (vgl. Hüttemann et al., 2013, S.326; Zippel & Kraus, 2011, S.16). Die Soziale Arbeit verfügt demnach über viele Kompetenzen um eine zentrale Rolle im Diskurs zu Abhängigkeitserkrankung im Alter einzunehmen und sich in den entsprechenden Arbeitsfeldern einzubringen.

6.3. Ausblick

Die Ausführungen zeigen, dass mit dieser Arbeit ein Beitrag zur Beschreibung der aktuellen Situation von älteren Substitutionsklientinnen und -klienten im Allgemeinen und im spezifischen im Raum Solothurn und Olten geleistet werden konnte. Es sind im Laufe dieser Arbeit viele weitere Fragen entstanden, die in Zukunft beantwortet werden müssen. Auch zeigt sich ein Entwicklungspotential für die Soziale Arbeit im Bereich der Abhängigkeitserkrankung im Alter, wo die wissenschaftlichen Erkenntnisse noch am Anfang stehen.

Literaturverzeichnis

- Bojak et al. (2010). Alter, Sucht und Case Management. In J.W. Kramer et al. (Hrsg.), *Wismarer Schriften zu Management und Recht* (Band 38). Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co. KG: Bremen.
- Bundesamt für Gesundheit (o.J.). *Substitutionsgestützte Behandlung*. Zugriff am 4.11.2013 auf <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (o.J.). *Substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin (Heroin)*. Zugriff am 20.05.2013 auf <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00799/index.html>
- Bundesamt für Statistik (2012). *Die Bevölkerung der Schweiz 2011*. Bundesamt für Statistik: Neuenburg.
- Chalupny, H. (2010). *Dank euch werden wir alt, aber wo sollen wir leben? Über pflegebedürftige Drogenkonsumierende in Langzeitinstitutionen*. Berner Fachhochschule Soziale Arbeit: Bern.
- Degwitz, P. & Zurhold, H. (o. J.). *Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg*. Zugriff am 24.04.2013. Verfügbar unter <http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/126.pdf>
- Deimel, D. (2013). *Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie*. Tectum Verlag: Marburg.
- Dürsteler-MacFarland, K., Herdener, M., Strasser, J. & Vogel, M. (2011). Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S.93-136). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2008). *Drogen im Blickpunkt*. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft: Italien.
- Fengler, J. (2002). Suchthelferinnen und Suchthelfer. In Fengler J. (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung Therapie Prävention* (S.526-529). Ecomed Verlagsgesellschaft: Landsberg/Lerch.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. (4.Auflg.) Rohwohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg.
- Günther, A. (2008). Suchttherapie und Psychotherapie. Brauchen wir eine Philosophie der Suchttherapie? *Suchttherapie* 08(9), 55-62.
- Haasen, C., Kutzer, A. & Schäfer, I. (2010). Was verstehen wir unter Sucht? *Bundesgesundheitsblatt*, 53(2), 267-270.
- Hälg, R. & Dürsteler-MacFarland, K. (2013). Substitution im Alter. *SuchtMagazin*, 13(1), 30-34.
- Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (2.Auflg.) VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Hiltebrand, D., Dickson-Spillmann, M., Bolliger, H. & Schaub, M. (2013). *Heroingestützte Behandlung in der Schweiz (HeGeBe): Resultate der Erhebung 2012*. ISGF: Zürich.
- Höpflinger, F. (2009). *Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Age Report 2009*. Seismo Verlag: Zürich und Genf.

- Hüttemann, M. et al. (2013). Klinische Sozialarbeit. In A.M. Riedi et al. (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (S.326-331). Haupt Verlag: Bern.
- Kanton Solothurn (2009). *Leistungskatalog der Suchthilfe-Regionen*. Zugriff am 05.06.2013. Verfügbar unter http://www.so.ch/fileadmin/internet/ddi/igsaa/pdf/soziale_sicherheit/soziale_dienste/sucht/pub_sod_2009_01_01_leistungskatalog_2009.pdf
- Kanton Solothurn (2013). *Ambulante Suchthilfe*. Zugriff am 05.06.2013 auf <http://www.so.ch/departemente/inneres/soziale-sicherheit/themen/problemlagen/suchthilfe/ambulante-suchthilfe.html>
- Krebs, T. (2006). Heroingestützte Behandlung von Opioidabhängigen im Kanton Solothurn. In H. Binz et al (Hrsg.), *Manual für Substitutionsbehandlungen illegaler Drogen* (S.151-156). Gesundheitsamt Kanton Solothurn: Solothurn.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. (3.Aufl.) VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.
- Kühn, T. & Koschel, K. (2011). *Guppendskussionen. Ein Praxis-Handbuch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Lamnek, S. (1998). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Beltz: Weinheim.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. (5.Aufl.) Beltz: Weinheim.
- Leune, J. (2002). Ambulante Einrichtungen. In Fengler J. (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung Therapie Prävention* (S.526-529). Ecomed Verlagsgesellschaft: Landsberg/Lerch.
- Lüscher, S.(2010). *Der Suchtbegriff – Theorien und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale-Arbeit.
- Maffli, E. & Delgrande Jordan, M. (2010). Altersentwicklung in der Suchthilfe: neue Herausforderungen für die Praxis?. *SuchtMagazin*, 10(3), 16-19.
- Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative research design – An interactive approach*. Sage Publications: Thousand oaks.
- Mayer, H.O. (2004). *Interview und schriftliche Befragung*. (3. Aufl.). R. Oldenburg Verlag: München, Wien.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11.Aufl.). Beltz Verlag: Weinheim und Basel
- Niekrens, S.(2012). *Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive*. Centaurus Verlag & Media KG: Freiburg.
- Perspektive Region Solothurn-Grenchen (2012). *Altersverteilung BeWo der Perspektive 2012*. Perspektive: Solothurn.
- Perspektive Region Solothurn-Grenchen (2013). *Begleitetes Wohnen*. Zugriff am 12.11.2013 auf <http://www.perspektive-so.ch/de/Wohnen/AngebotWohnen.php>

- Purcell-Riederer, B. (2010). *Illegale Sucht im Alter – Wenn Junkies in die Jahre kommen*. GRIN-Verlag: Norderstedt.
- Rosenhagen, G. (2005). Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In K. Ortmann & H. Waller (Hrsg), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S.76-87). Schneider Verlag: Hohengeren.
- Rudin, M. & Caynak, D. (2012). *Sucht im Alter – Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver Substanzen*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit: Luzern.
- SDDCARE (2010). *Einleitung und spezifische Zielsetzungen des Projekts*. Zugriff am 24.04.2013 auf http://www.sddcare.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54
- Schmidt, T. & Jörden-Thamm, W. (2011). In die Jahre gekommen... Aus Betreutem Wohnen wird ‚Intensiv Betreutes Wohnen‘ – Zur Auseinandersetzung um zukünftige Betreuungsformen von älteren Menschen mit einer HIV-Infektion und einer Drogenbiografie. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S.251-262). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main.
- Schnoz et al (2006). *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Zugriff am 04.12.2013. Verfügbar unter http://www.suchtimalter.ch/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Forschungsbericht_ISGF.pdf&t=1386235484&hash=bdf4021215ee913bbaa3124ad47ebc15ead311e5
- Sozialbericht (2013). Sozialbericht Kanton Solothurn 2013. Zugriff am 04.12.2013. Verfügbar unter <http://www.sozialbericht-so.ch/download/einzelne-kapitel/13-sucht>
- Spitex Region Olten (2013). *Wer sind wir?*. Zugriff am 12.11.2013 auf <http://www.spitexregionolten.ch/>
- Spitex Verband Kanton Solothurn (2013). *Liste der Organisationen*. Zugriff am 05.06.2013 auf <http://www.spitexso.ch/index.cfm/8F49B97E-9BF8-501E-22421C6B7B3A4CAA/>
- Spitex Verein Solothurn (2013). *Verein und Vorstand*. Zugriff am 12.11.2013 auf <http://www.spitex-solothurn.ch/index.cfm/51BF9F7B-CCC4-81B3-4AE9B3203AD83063/>
- Suchthilfe Ost (2013). *Begleitetes Wohnen*. Zugriff am 12.11.2013 auf http://www.suchthilfe-ost.ch/de/begleitetes-wohnen-_content---1--1028.html
- Sucht Schweiz (2013). *Heroin*. Zugriff am 11.12.2013 auf <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/heroin/>
- Veltrup, C. (2002). Illegale Drogen (Psychotherapie). In Fengler J. (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung Therapie Prävention* (S.526-529). Ecomed Verlagsgesellschaft: Landsberg/Lerch.
- Vogt, I (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männer. Grundlagen und Praxis*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel.
- Vogt, I., Eppler, N., Kuplewatzky, N. & Simmedinger, R. (2010a). *Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen*. Institut für Suchtforschung: Frankfurt am Main.
- Vogt, I., Eppler N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010b). *Ältere Drogenabhängige in Deutschland*. Institut für Suchtforschung: Frankfurt am Main.

- Vogt, I., Eppler, N. & Kuplewatzky, N. (2010c). *Senior drug dependents and care structures in Deutschland*. Zugriff am 24.04.2013. Verfügbar unter <http://www.sddcare.eu/images/PDF/guidegermany.pdf>
- Vogt, I. (2011a). Lebenslaufperspektiven auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S.27-61). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main.
- Vogt, I. (2011b). Vorwort. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S.5-6). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main.
- Wolter, D. (2011). *Sucht im Alter – Altern und Sucht*. Verlag Kohlhammer: Stuttgart.
- Zippel, C. & Kraus, S. (2011). Einführung. In C. Zippel und S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch* (S.15-16). Mabuse Verlag: Frankfurt am Main.

Anhang A: Zusammenstellung der Gruppendiskussionen

Zusammenstellung der Gruppendiskussion BeWo (2 Solothurn, 3 Olten)

Mitarbeitende Organisation	Dauer der Anstellung	Ausbildung
anonymisiert	2 Jahre	Pflegefachperson
anonymisiert	5 Jahre	Sozialpädagogik
anonymisiert	1 Jahr	Soziokulturelle Animation
anonymisiert	7 Jahre	Sozialarbeit
anonymisiert	12 Jahre	Pflegefachperson Psychiatrie

Zusammenstellung der Gruppendiskussion Spitex (1 Solothurn, 3 Olten)

Mitarbeitende Organisation	Dauer der Anstellung	Ausbildung
anonymisiert	4.5 Jahre	Pflegefachperson
anonymisiert	0.5 Jahre	Pflegefachperson
anonymisiert	< 14 Jahre	Pflegefachperson
anonymisiert	6 Jahre	Pflegefachperson, Zusatzausbildung Intensivpflege

Anhang B: Leitfaden

Wichtige Informationen:

- Digitale Aufzeichnung
- Anonymisierung
- Interviewerin / Moderatorin möchte vom Wissen der ExpertInnen profitieren
- Es kann alles gesagt werden, es gibt kein richtig oder falsch
- Dauer ca. 1h

Vorstellen: Name, Funktion, Ausbildung, Dauer der Anstellung

Einstiegsfrage: Erzählen sie mir doch etwas über Ihre Erfahrungen, die Sie mit älteren Klientinnen und Klienten mit einer Suchtproblematik spezifisch einer Opiatsubstitution über 45 machen? (älter = 45+)

Erfahrungen

- Was macht diese Klientinnen und Klienten aus Ihrer Perspektive aus? Was unterscheidet sie von anderen KlientInnen? Woran machen Sie Ihren Eindruck fest?
- Wie ist der Allgemeinzustand dieser Klientel? Physisch, psychisch, kognitiv, alltagstechnisch?
- Was haben sie für besondere Bedürfnisse, die sie unterscheiden?

Umgang

- Was sind allfällige Schwierigkeiten in der Betreuung/Begleitung solcher Klientinnen und Klienten? Widerstände?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen bzw. Ihrem Angebot Kompetenzen für die adäquate Betreuung / Begleitung dieser Klientel fehlen? Falls ja, welche?
- Was waren bisherige Lösungsansätze für allfällige Schwierigkeiten oder erreichte Grenzen?

Zusammenarbeit

- Gab es Situationen, wo mit anderen Institutionen / Angeboten zusammengearbeitet wurde? Wenn ja, mit wem? Wenn nein, aus welchem Grund?
- Welche allfälligen Schwierigkeiten gab es in der jeweiligen Zusammenarbeit?
- Wie funktioniert die Vernetzung mit anderen Angeboten für die jeweilige Klientel?

Zukunftsideen

- Für die Zukunft: was glauben Sie, dass es braucht um Klientinnen und Klienten möglichst lange möglichst selbstständiges Wohnen ermöglichen zu können?
- Was kann Ihr Angebot dazu beitragen? Was fehlt in Ihrem Angebot?
- Fehlt ein Angebot heute komplett

Anhang C: Diagnostische Kriterien Abhängigkeit

DSM-IV	ICD-10
Anhaltender Wunsch bzw. erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu beenden / zu kontrollieren oder zu verringern	Starker Wunsch / Zwang Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
Substanzeinnahme länger und in grösseren Mengen als beabsichtigt	Reduzierte Kontrollfähigkeit Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu mildern
Charakteristische Entzugssymptome	Körperliches Entzugssyndrom
Toleranzentwicklung	Toleranzentwicklung
Viel Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanz	Eingeengtes Verhaltensmuster
Aufgabe / Einschränkung wichtiger soziale, beruflicher oder Freizeitaktivitäten	Vernachlässigung anderer Interessen oder Vergnügungen
Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Problembewusstsein	Fortgesetzter Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher körperlicher, psychischer und sozialer Folgen

Tabelle 8: Diagnostische Kriterien (vgl. Bojack et al., 2010, S.39)

Anhang D: Beispiel für Vorgehen bei der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse: Kategorie Tagesstruktur

Dokument	Abs	End	Segment	Paraphrase	Generalisierung	Zweite Reduktion
Interview BeWo Olten	15	15	Sie gehen eigentlich auch im Normalfall alle arbeiten sei dies bei einem IV-Arbeitsplatz, sei dies bei uns intern.	Die BeWo-KlientInnen haben meistens eine Tagesstruktur.	KL haben meist eine Tagesstruktur	BeWo: KL haben meist eine Tagesstruktur. Aber keine Arbeit, sondern Beschäftigungsplatz. Arbeitsfähigkeit lässt nach, schwierig etwas passendes zu finden.
Gruppendiskussion BeWO	25	25	Bei uns merkt man ein bisschen bei beiden, also Alkohol und Substituierte, dass die Arbeitsfähigkeit einfach, sogar im geschützten Bereich früher nachlässt. Also das es Schwierig ist eine Tagesstruktur oder Einsatzmöglichkeiten zu finden bei uns in den Arbeitseinsätzen. Also von demher die Tagesstruktur ist immer so ein bisschen die Frage wenn sie nicht mehr arbeiten mögen.	Die Arbeitsfähigkeit der KlientInnen lässt im Alter nach und es ist schwierig eine andere Tagesstruktur zu finden (nach den Arbeitseinsätzen).	Arbeitsfähigkeit lässt nach. Schwierig eine passende Tagesstruktur zu finden	Spitex: Sucht als Tagesstruktur, KL arbeiten nicht, setzen andere Prioritäten.
Gruppendiskussion BeWO	29	29	kommt noch ein bisschen darauf an, die meisten haben jetzt auch, oder haben eine regelmäßige Tagesstruktur, haben sich dort darauf einlassen können.	Die BeWo-KlientInnen haben meistens eine Tagesstruktur.	KL haben meist eine Tagesstruktur	
Gruppendiskussion Spitex	34	34	Auch anhand der Tagesstruktur her. Viele, so wie du vorher gesagt hast, sind so wie in einer anderen Welt sie haben wirklich, irgendwie denke ich so es kreist immer um das Thema Sucht, oder eben dealen und viele sind auch auf Sozialhilfe angewiesen, ich denke ihr Alltag ist schon anders als der Unsere. Ich denke auch von der ganzen Struktur her.	Die Sucht definiert die Tagesstruktur der KlientInnen in der Spitex.	Sucht ist Tagesstruktur der KL	
Interview Spitex Olten	23	23	Also sie gehen keinem Erwerb nach das ist auch klar	KlientInnen arbeiten nicht (Spitex).	KL arbeiten nicht.	
Gruppendiskussion BeWO	329	329	Ja und man sieht die anders an in der Gesellschaft, also der fünfundzwanzigjährige der soll mal arbeiten gehen, der soll mal dies und jenes machen, der ist noch nicht so zerstört. Wer fünfundvierzig ist, da gibt man auf, da sagt man, da hat man keine Hoffnung mehr, dass er arbeiten geht, da geht es nur um Beschäftigung.	bei älteren KlientInnen gibt man die Hoffnung auf, dass er noch Arbeit findet.	Keine Hoffnung mehr Arbeit zu finden	
Gruppendiskussion Spitex	39	39	Ja es dreht sich um etwas anderes, also nicht unser normaler Alltag. Einfach andere Strukturen, ihre Prioritäten die sie dann setzten, ihren Alltag.	KlientInnen setzten im Alltag andere Prioritäten.	KL setzten im Alltag andere Prioritäten.	

Anhang E: Finanzierung Dienstleistungen

	Finanzierung Spitex		Finanzierung BeWo	
Wer bezahlt?	Krankenkasse		Sozialhilfe: Kostengutsprache des Sozialdienstes	Ergänzungsleistungen: Krankheitsbedingte Kosten
Weg der Bezahlung	Rechnung wird direkt an die Krankenkasse gesendet und bezahlt	Kosten für Spitex müssen eingefordert werden bei der Krankenkasse	Rechnung wird direkt an den Sozialdienst gesendet und bezahlt	Kosten für BeWo müssen bei der Ergänzungsleistung eingefordert werden
		Geld geht an die KlientIn		Geld geht an die KlientIn
		KlientIn bezahlt Rechnung der Spitex		KlientIn bezahlt Rechnung des BeWos

Tabelle 9: Finanzierung Dienstleistungen (eigene Darstellung)

Anhang

Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Erklärung des/der Studierenden zur Master-Thesis-Arbeit

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Bregger Andrea

Master-Thesis-Arbeit:
(Titel)

Wohnen im Alter
mit einer Substitution

Abgabe:
(Tag, Monat, Jahr)

10. Januar 2014

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Prof. Dr. Matthias Riedel

Ich, obgenannte Studierende / obgenannter Studierender, habe die obgenannte Master-Thesis-Arbeit selbstständig verfasst.

Wo ich in der Master-Thesis-Arbeit aus Literatur oder Dokumenten *zitiere*, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich von anderen Autoren oder Autorinnen verfassten Text *referiere*, habe ich dies reglementskonform angegeben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Solothurn, 10.01.14

Andrea Bregger