

# Protokoll des Treffens am 24.10. und 25.10.2013 im Rahmen des europäischen Programms „Leonardo da Vinci Projeet 2013-2015 – Sucht im Alter“.

24.10.2013

1	Gruppenphoto
2	„Altersindikatoren in der Suchtproblematik“ von Alain Origer, Suchtbeauftragter des luxemburgischen Gesundheitsministeriums
3	Sozialdepartements der Stadt Zürich
4	„De Regenboog Groep“
5	„Jugend- an Drogenhëllef“
6	„TABA-Projekt“ von Sylvie Heirens, Psychologin im Abrigado
7	„Liewen dobaussen“ von Roger Zanter, Leiter der Einrichtung
8	„chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke“ von Zitha Senior von Dr. Jean-Paul Steinmetz
9	Therapiezentrum „Syrdall-Schlass“ von Romain Pauly, Leiter der Einrichtung
10	Organisation/ Roadmap /Agenda

25.10.2013

1	Roadmap
2	Festlegung der Tagesziele
3	Definition des „alten Toxikomanen“ (Arbeitsgruppe Luxembourg)
4	Diskussion über die genannten Faktoren
5	Ziele, Erwartungen und Prognosen (Arbeitsgruppe Zürich)
6	Ergänzungen (Arbeitsgruppe Holland)
7	Gleichstellung älterer Drogenabhängiger mit älteren Menschen?

8	Aufgabenverteilung
---	--------------------

**24.10.2013**

## 1. Gruppenphoto

Beginn um 9:15 Uhr mit dem offiziellen Gruppenphoto.

## 2. „Altersindikatoren in der Suchtproblematik“

Anschließend, um 9:20 Uhr, ergreift Alain Origer, Suchtbeauftragter des Gesundheitsministeriums, das Wort und hält einen ersten **Vortrag über die Thematik „Sucht im Alter“**, die in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit geraten sei. Die Allgemeinbevölkerung werde immer älter, so habe von 2001 bis 2011 in der Alterspyramide eine deutliche Verschiebung nach oben stattgefunden. Dies sei nicht nur für Luxemburg, sondern für ganz Europa zutreffend. Nun gäbe es keine Gründe, warum nicht auch „der Süchtige“ immer älter werden solle. Vor allem bessere Hilfsangebote hätten eine dahingehende Entwicklung gestützt. Diese an und für sich gute Nachricht bringe in der Konsequenz aber Schwierigkeiten mit sich.

Seit 2003 sinkt in Luxemburg die Zahl der Drogenkonsumenten, im Gegenzug steigt jedoch die Anzahl der intravenös Konsumierenden, was bedeutet, dass die Gruppe der problematischen Drogenkonsumenten (*PDU problematic drug user*) verhältnismäßig anwächst. Lag 1995 das Durchschnittsalter noch bei 28,5 Jahren, so ist es heute bei 32,7 Jahren. Repräsentative Ergebnisse liefern auch die rund 11 000 Teilnehmer des nationalen Substitutionsprogramms, deren Durchschnittsalter von 35,6 im Jahr 2008 auf 37,3 im Jahr 2011 gestiegen ist. Auch im Substitutionsprogramm der Jugend- an Drogenhëllef hat die

Gruppe der 40+ deutlich zugenommen. Weiter untermauert wird diese Entwicklung durch Daten aus dem einzigen Drogenkonsumsraum Luxemburgs, die darlegen, dass die Gruppengröße der 35-44 Jährigen und der 45+ leicht steigt, wohingegen die der 18-24 Jährigen rückläufig ist. Auch das Durchschnittsalter der Drogentoten (Tod durch akute Überdosierung) lag 1992 noch bei 28,8, 2011 aber schon bei 31,5.

Alle verfügbaren Altersindikatoren zeigen einen Anstieg an älteren Drogenkonsumenten, jedoch, so Alain Origer, wisse man kaum etwas über den wirklichen Gesundheitszustand dieser Population. Es sei von großer Wichtigkeit eine Bedarfsanalyse vorzunehmen, die Anforderungen an das bestehende und zu erweiternde Versorgungssystem einzuschätzen. Des Weiteren bleibe zu klären, welche Finanzierungsmodelle herangezogen werden müssen und können und welche Weiterbildungen benötigt werden. Wie können alternde Süchtige eine qualitativ hochwertige Betreuung erhalten?

Fragen und Kommentare: Die statistischen Daten Luxemburgs liefern ein relativ gutes Gesamtbild, da die Kontakte zu Drogenkonsumenten von ganz unterschiedlichen Einrichtungen (Drogenberatungsstellen, Konsumraum, Krankenhäuser, Polizei, Ärzte, usw.) erfasst werden.

50-60% der Drogenkonsumenten befinden sich in Luxemburg in einer Substitutionsbehandlung, aber es ist nicht klar wie viele von den übrigen überhaupt keine Behandlung erhalten, da in Luxemburg nur die Kontakte erfasst werden, diese aber nicht personenbezogen sind.

Die Kriterien von Sucht im Alter müssen noch erstellt und eventuell der Titel verändert werden. Es muss unterschieden werden zwischen Süchtigen, die altern und Alten, die süchtig werden.

Die Hypothese wurde aufgestellt, dass wahrscheinlich eine breite Palette an Angeboten benötigt wird, bestehend sowohl aus integrativen Maßnahmen, wie aus spezialisierten Diensten, da die Gruppe der PDU sehr heterogen ist.

### 3. Sozialdepartement Zürich

Um 9:50 wird mit der Vorstellungsrunde der verschiedenen Partner begonnen, den Anfang macht das Sozialdepartement der Stadt Zürich.

Die Angebote des Sozialdepartements sind sehr zahlreich, allein im Geschäftsbereich „Sucht und Drogen“ gibt es acht verschiedene, zu denen noch weitere Angebote aus dem Geschäftsbereich „Wohnen und Obdach“ hinzustoßen. Selbstverständlich gibt es viele Schnittstellen zwischen den einzelnen Angeboten. Der Geschäftsbereich Sucht und Drogen spricht von einem konstruktiven Nebeneinander ihrer Einrichtungen und dem Umfeld, da alle das Ziel der gemeinsamen Nutzung öffentlicher Räume verfolgen.

Entstanden ist das Angebot K&A durch die offene Drogenszene. In Zürich gab es auf dem Platzspitz bis zu 5000 Süchtigen, die dort in improvisierten Zeltstätten lebten bis dieser von der Polizei geräumt wurde. Dadurch ergab sich aber nur eine Verlagerung der Szene hin zum Letten, wo noch desolater Zustände herrschten. So kam es zu der Überlegung, dass Repressionen alleine das Problem nicht lösen würden und seitdem hat die Drogenpolitik Zürichs vier Säulen als Grundlage: Prävention, Harm-Reduction, Therapie und Repression.

In den 4 K&A Anlaufstellen, wovon 2 in der Innenstadt und 2 in der Peripherie sind, können mitgebrachte Drogen unter hygienischen Bedingungen konsumiert werden und es gibt Zugang zu Überlebenshilfeleistungen. Die Klienten erhalten soziale und medizinische Beratung und werden bei Bedarf an weitere Unterstützungsstellen vermittelt. Die Öffnungszeiten der K&A Anlaufstellen ergänzen sich und sollen dazu beitragen, dass sich die Drogenkonsumenten am Abend zur Peripherie hinbewegen.

Die Angebote im K&A reichen über Medizinische Beratung durch eine ärztliche Sprechstunde vor Ort, Soziale Information und Beratung, systematische Einzelfallarbeit, oder beispielsweise Spritzenumtausch und Waschmöglichkeit bis hin zur Aufenthaltsmöglichkeit.

Das K&A darf nur von Einwohnern der Stadt Zürich genutzt werden, da nicht die Verantwortung für die gesamt Schweiz übernommen werden kann. Ohne Personalausweis wird keiner eingelassen, jedoch werden Ausnahmen zugelassen, wenn eine Person in keinem anderen Kanton gemeldet ist und nachweislich seit mindestens 2 Monaten in Zürich lebt. Die Klienten werden nicht registriert.

Die Polikliniken umfassen unter anderem Substitution mit Diaphin, Methadon oder Subutex, aber es werden auch weitere Medikamente ausgegeben. In einer der Stellen, „Lifeline“, werden die Substanzen ausschließlich oral eingenommen, in der anderen, „Crossline“, kann auch intravenös konsumiert werden. Die Ausgabe erfolgt täglich durch das Pflegepersonal, wobei manche Klienten 3-mal täglich kommen, andere nur einmal. Für die Überbrückung der Nacht kann Methadon mitgegeben werden. Ziele der Substitution sind eine anhaltende therapeutische Einbindung, eine Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes, eine Verbesserung der sozialen Integration (Arbeit, Delinquenz, Szene) und eine dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum.

Ein Sozialarbeiter erstellt zusammen mit dem Klienten einen individuellen Behandlungsplan. Dieser wird ungefähr alle drei Monate überprüft, wobei versucht wird wirklich mit den Klienten zusammenzuarbeiten und weg von Sanktionen zu kommen.

Das betreute Wohnen hat unterschiedliche Angebote, die sich hinsichtlich der Intensität der Präsenz durch Fachpersonal unterscheiden. Es gibt Wohnungen der Stufe 1 (1 Besuch pro Woche) Stufe 2 (2 Besuche pro Woche) und der Stufe 3 (3 Besuche pro Woche). Hinzu kommen Visiten des Hausarztes und des psychiatrischen Dienstes. Allgemein sind während 365 Tagen 24h/24h immer Fachpersonen erreichbar. Die Klienten können an sich unbefristet in den Wohnung bleiben, aber die Aufenthaltsdauer richtet sich nach der Fähigkeit der Klienten, die Mindestanforderungen hinsichtlich Selbstständigkeit zu erfüllen. Die

Anmeldung erfolgt zentral für alle Wohnformen, wobei dort gemeinsam überprüft wird, welcher Platz für wen am besten geeignet ist. Trotz prekärer Wohnlage in Zürich ist seit Jahren geregelt, dass jeder der ein Bett braucht und möchte, eines bekommt. Selbst „Illegale“ dürfen gelegentlich in den Notschlafstellen übernachten oder erhalten Schlafsäcke vom ZIP.

Das Zusammenleben im betreuten Wohnen ist nicht immer einfach, aber besonders das Zusammenessen stellt eine Umstellung dar, da die meisten Bewohner in den seltensten Fällen geregelte Mahlzeiten gewohnt sind. Morgens gibt es ein Büffet, mittags jedoch erhalten die Bewohner 10 Franken zur Selbstversorgung. Abends wiederum findet ein Nachtessen mit fester Uhrzeit statt. Zu keinem Zeitpunkt herrscht Teilnahmepflicht.

Um eine ausreichende Sicherheit für Bewohner und Mitarbeiter zu gewährleisten, gibt es in jedem Haus einen Notfallknopf, der direkt mit der Polizei verbunden ist. Die Zusammenarbeit mit dieser funktioniert sehr gut; bei einem Alarm kommen sie schnellstmöglich. Bewohner, die gewalttätig gewesen sind, werden aus dem betreuten Wohnen ausgeschlossen.

Das Thema Tod wird immer wieder mit den Leuten angesprochen. Sofern sie akzeptieren, dass weitere Hilfe von außen kommt, dürfen sie in der Einrichtung bleiben. Ansonsten müssen sie sich leider verabschieden. Allerdings weiß in solchen Fällen niemand, wohin diese Personen sollen.

Um 11:00 Uhr erfolgt eine kurze Pause.

## 4. De Regenboog Groep

Weiter geht es um 11:20 mit dem zweiten Vortrag der „De Regenboog Groep“ aus den Niederlanden. Die Stiftung ist 1975 entstanden und ist geprägt von der Ambition der Einsamkeit entgegenzuwirken, dem Prinzip des Empowerment zu folgen und Tagesaktivitäten anzubieten. Heute umfasst „de Regenboog Groep“ 9 Kontaktläden, drei Drogen-Konsumräume, wovon in zweien nur geraucht werden darf und einen Alkohol-Konsumraum. Die Überlebensangebote dürfen von allen genutzt werden, jedoch dürfen nur EU-Bürger in

den Konsumraum. Wie bei allen solchen Regelungen, gibt es auch hier eine Grauzone, wie beispielsweise erhält gegebenenfalls eine Person, die seit 20 Jahren als Asylbewerber in Amsterdam ist Einlass, jedoch niemand der kürzer als zwei Monate vor Ort ist. Mit allen Klienten werden Verträge abgeschlossen.

Daneben gibt es 1:1 Projekte („Vriendendienste“), um der großen Einsamkeit der Konsumierenden entgegen zu wirken. Freiwillige Personen können sich hier melden, in ihrer Freizeit mit einer Person Aktivitäten zu unternehmen. Sie erhalten eine geringfügige Vergütung, um ihre Kosten zu decken (Reisekostenvergütung und Taschengeld für Unternehmungen). Der Vorteil dieses Systems ist der Back-up, die wachsende Bekanntheit, die Möglichkeit Gelder zu erhalten und das immer stärker ausgebaute Netzwerk.

Die Regenboog Groep bieten den Klienten die Möglichkeit zur Mitbestimmung durch einen Klientenrat, welcher Vorschläge unterbreiten kann, die als schwerwiegende Empfehlungen zu gelten haben.

## 5. Jugend- an Drogenhëllef

Um 12:05 geht es weiter mit der dritten und letzten Vorstellungsrunde. Diesmal präsentiert die Jugend- an Drogenhëllef ihre Angebote.

Die Jugend- an Drogenhëllef hat 6 verschiedene Dienste:

Zum ersten gibt es die sogenannten niederschweligen Angebote: Zwei Kontaktläden mit Spritzentausch, ohne Konsumraum. Letzteres befindet sich derzeit im Aufbau. Die Klienten können sich anonym in einem Kontaktladen aufhalten, Essen, Trinken, Wäsche waschen, usw. Die Kontaktläden befinden sich sowohl im Süden als im Zentrum Luxemburgs, demnächst wird ein weiterer laden im Norden eröffnet.

Zweitens gibt es einen klassischen Beratungsdienst, welcher die Möglichkeit zu therapeutischen Sitzungen und Informationsgesprächen bietet. Es gibt 3 Stellen, eine im Norden, eine im Süden und eine im Zentrum Luxemburgs.

Drittens gibt es ein Substitutionsprogramm mit aktuell rund 60 Teilnehmern. Substituiert wird hauptsächlich mit Methadon oder Mephenon, in einzelnen Fällen mit Subutex. Jedoch besteht die Möglichkeit ein anderes Substitutionsmittel zu bekommen. Es gibt eine Ausgabestelle im Süden und eine im Zentrum Luxemburgs.

Viertens bietet die Jugend- und Drogenhëllef betreutes Wohnen (les Niches) an. Derzeit sind aktuell rund 40 Wohnungen vergeben, die teilweise von Einzelpersonen, teilweise von Familien bewohnt sind. Es finden regelmäßige Hausbesuche, aber auch Gespräche in den Büros der Jugend- an Drogenhëllef statt.

Fünftens gibt es den „Service Parentalité“, dessen Klient das *Kind* einer drogenabhängigen Person ist, beziehungsweise Schwangere. Es wird versucht, die (werdenden) Eltern in ihrer Rolle zu unterstützen und zu stärken, Ressourcen zu aktivieren und das Wohlergehen des Kindes so gut wie möglich zu fördern.

Sechstens und letztens gibt es noch den „Service Médicale“ der aus einem Allgemeinmediziner und einem Psychiater besteht, die kostenlos konsultiert werden können.

Um 12:30 folgt die Mittagspause.

## 6. TABA-Projekt

Die Nachmittagsvorträge starten um 14:10 mit der Vorstellung des TABA-Projektes des CNDS, präsentiert von Sylvie Heirens, Psychologin im Abridado. Der Anteil der über 45jährigen ist von 2011, wo es 10% waren auf 20% in 2013 gestiegen. Was kennzeichnet diese „Alten“? Einerseits die jahrelange Isolation und erlebte Traumata, andererseits



katastrophale Wohnverhältnisse. Hinzu kommen meist körperliche und seelische Hauptneben- und Folgeerkrankungen. Mit dem TABA-Projekt sollte diesen Personen die Möglichkeit geboten werden einer Beschäftigung nachzugehen. Angefangen hat das Projekt mit drei Klienten, die Konsummaterial (Spritzensets) gepackt haben. Seit November nehmen täglich durchschnittlich fünf Personen teil, wobei es sich bislang ausschließlich um Männer handelt. Es gibt keine Altersgrenze, da laut Sylvie ein Klient bereits mit 35 alt sein kann. Wahrscheinlich hören die Klienten nie mit dem Konsum auf, aber immerhin 2 Klienten haben sich zum selbstmotivierten Entzug entschieden und alle Teilnehmer berichten von einer Stabilisation ihres Konsums und einer Verbesserung ihrer finanziellen Situation. Der Arbeitsalltag lässt sich als „gemütlich“ beschreiben, da Pausen aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten der Teilnehmer besonders wichtig sind. Geöffnet ist das TABA-Atelier von 9:00 -17:00 Uhr, aber die Teilnehmer können auch nur während zwei Stunden arbeiten. Viele der Teilnehmer müssen angerufen werden, um daran erinnert zu werden, welcher Wochentag gerade ist. Als Lohn erhalten sie beispielsweise Essensgutscheine oder Pakete mit Lebensmitteln. In Zukunft soll das Projekt, sobald Finanzierungspartner ausfindig gemacht worden sind, 5 Tage die Woche stattfinden und für 12 Klienten Platz bieten.

## 7. Liewen dobaussen

Um 14:40 folgt die Präsentation von „Liewen dobaussen“ („draußen leben“), eine Initiative die im Zuge der vergleichsweise späten Psychiatriereform Luxemburgs entstand, um die Klinikmauern „einzureißen“. Liewen dobaussen hat sowohl Wohnstrukturen, als ein sozialpsychiatrisches Zentrum mit Beratung und Therapie, einem Tageszentrum und einer niederschweligen offenen Tür. Menschen mit einer psychischen Erkrankung finden viele Angebote unterhalb der Woche, doch es gestaltet sich weitaus schwieriger am Wochenende oder am Abend eine Betreuung zu finden. Liewen dobaussen versucht durch gezielte Angebote die Nächte und das Wochenende zumindest zu verkürzen.

Die Wohnmöglichkeiten von Liewen dobaussen sind individuell zugeschnitten, es gibt sowohl Wohngruppen (5-7 Bewohner), betreute Wohngruppen oder betreute Einzelwohnungen. Zugang zum betreuten Wohnen haben seit einiger Zeit auch Personen mit einer Doppeldiagnose. Dies waren bislang vor allem Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, seit kurzem gibt es aber auch den Versuch Menschen miteinzubeziehen, die ein Problem mit illegalen Drogen haben. Liewen dobaussen hat ein offenes Konzept für den Umgang mit Rückfällen. Sucht wird als Teil des Lebens verstanden und soll tragbar werden. Das Resultat ist, dass die Menschen wieder eine gewisse Stabilität erlangen können. Strikt untersagt ist jedoch der Konsum in der Wohnung. Wichtig beim Konzept des betreuten Wohnens ist die Heterogenität der Gruppe; sie sollte sowohl alters-, geschlechts-, sowie problemgemischt sein. So kann eine gesunde Dynamik aufrechterhalten werden. Allerdings erfolgt aus dieser notwendigen Heterogenität auch eine geringe Aufnahmekapazität Drogenabhängiger.

## 8. Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (cmA)

Um 15:05 beginnt der Vortrag über „chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (cmA)“ aus dem Konzept zur spezialisierten 24-Stunden Langzeitbetreuung von ZithaSenior. Aktuell gibt es in dem Bereich 44 Betten, wovon 18 für cmA-Patienten reserviert sind. Beim Todesfall eines „klassischen“ Bewohners, kann ein weiterer cmA-Patient aufgenommen werden. Die Legitimation einer Aufnahme resultiert erst aus der endgültigen Ausschöpfung aller rehabilitativen Maßnahmen. Beispielsweise können sich cmA-Patienten im Gegensatz zu dem „klassischen“ Bewohner noch waschen, viele tun es aber nicht! Sie haben ausgeprägte emotionale und kognitive Störungen, ihre Frontallappenfunktionen sind eingeschränkt, was auch durch neuropsychologische Tests belegt ist. Die Selbsteinschätzung von cmA und „normalen“ Patienten ist meist deckungsgleich, wohingegen die Fremdeinschätzungen beider Gruppen große Unterschiede aufzeigen. Der Kontakt zwischen cmA und „klassischen“ Bewohnern gestaltet sich eher peripher. Es liegt zwar eine gewisse Zimmernähe vor, doch beide Seiten wünschen sich eine Abtrennung.

Aktuell wird nach objektiven Möglichkeiten gesucht, das Wohlbefinden der Bewohner zu erfassen. Eine scheint die Pulsfrequenz zu sein. Vereinfacht lässt sich sagen, dass eine hohe Herzratenvariabilität auf ein hohes Wohlbefinden hindeutet.

## 9. Therapiezentrum « Syrdall Schlass »

Um 15:30 geht es weiter mit einer kurzen Darstellung vom Therapiezentrum Syrdall-Schlass in Manternach, dem einzigen Therapiezentrum Luxemburgs. Neben der Möglichkeit eine dreimonatige bis einjährige Therapie zu absolvieren oder einem stabilisierenden Aufenthalt, kann anschließend ein Platz in einer Wohnstruktur angestrebt werden. Zurzeit liegt die Aufnahmekapazität bei 30 Personen. Ein spezielles Angebot für Ältere soll 2014 ausgearbeitet werden.

## 10. Organisation, Roadmap, Agenda

Ab 16:10 widmet sich die Gruppe der weiteren Organisation. Da die Roadmap eigentlich für fünf Personen angedacht war, und vor allem die zwei nächsten Treffen bei diesen Partnern stattfinden sollten, muss nun umdisponiert werden. Neue Partner können jedoch nicht hinzukommen.

Das Kolloquium soll vor dem 31. Juli 2015 in Luxemburg gehalten werden, wobei bedacht werden muss, dass sowohl Räumlichkeiten als auch Gastredner voraussichtlich kostenintensiv sein werden. Die luxemburgischen Teilnehmer schauen sich nach geeigneten Sälen um.

Für eine Homepage besteht bereits ein Kostenvoranschlag über rund 800 Euro. Jedoch hören sich die Partner noch nach anderen Möglichkeiten um. Zu klären bleibt noch das genaue Konzept der Homepage, da sich daraus unter anderem die Größe der Database ergibt. Alle Partner sind sich einig, dass die Homepage als Kommunikationsmittel fungieren könnte und

nach Ende des Projektes im Idealfall weiterbesteht. Die Homepage soll die Berichte der Treffen, eine Agenda, Links und Fotos beinhalten. Man könnte auch einen Bereich nur für Teilnehmer einrichten.

Eine Mailadressenliste wird von Jean-Nico Pierre erstellt und verteilt.

Die nächsten Treffen:

27. + 28. März in Amsterdam	Bedürfnisse von alternden Süchtigen
	Aktuelle und benötigte Mittel
19. + 20. Juni in Zürich	Welche Sozialarbeit braucht der über Vierzigjährige Abhängige?
13. + 14. November in Lichtenstein	Institutionen, Strukturen und Finanzierungsmodelle

## 25.10.2013

### **1. Festlegung der noch ausstehenden Treffen am 27.-28.03.2014 in Amsterdam sowie am 19.-20.06.2014 in Zürich.**

### **2. Definition der Tagesziele:**

- Aufgabenverteilung
- Evaluation des Luxembourg-Treffens

### **3. Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Luxembourg“ im Hinblick auf die Definition eines „alten Toxikomanen“. Als hierzu gehörende Faktoren werden demnach genannt:**

- Mindestalter zwischen 35 und 40 Jahren
- Dauer des Konsums (mindestens 10 Jahre?)
- Grad der gesellschaftlichen Isolation des Toxikomanen
- Autonomie
- Ressourcen, Zukunftsperspektiven
- Selbsteinschätzung durch den Klienten

### **4. Diskussion der genannten Faktoren im Hinblick auf die Erarbeitung einer gemeinsamen Definition**

Im Verlaufe der gemeinsamen Diskussion im Plenum gelangt die Gruppe zu einer vorläufigen Herausstellung derer Faktoren, die für das Phänomen „Sucht im Alter“ kennzeichnend sind. Demnach werden folgende Kriterien diskutiert:

- Abhängigkeit von mindestens einer Substanz
- Einstiegsalter
- Dauer auf der Straße
- Berufliche Karriere
- Körperliche Gesundheit

Aufbauend auf der vorangegangenen Diskussion erarbeitet die Gruppe einen Kriterienkatalog der als erste analytische Annäherung an die Problematik von Sucht im Alter zu verstehen ist:

- Alter der Betroffenen mindestens 40 Jahre (mit Ausnahmen)
- Dauer des Konsums
- Alter bei Beginn des Drogenkonsums

- Unterscheidung in Qualität und Quantität des Konsums (Was und wie viel wird/wurde konsumiert)
  - Lebensumstände (soziale Beziehungen, berufliche Einbindung, familiäre Kontakte)
  - Soziales Netz
  - Gesundheitszustand
  - Selbsteinschätzung durch den Betroffenen (wo liegen die Ziele des Klienten, welches sind denkbare Zukunftsperspektiven?)
- Vorschlag: Heranziehen der systemischen Denkfigur nach Kaspar Geiser als eine möglicherweise erfolgsversprechende Herangehensweise. Eine derart vollzogene Betrachtung des Phänomens könnte sich als geeignet dazu erweisen, die Komplexität des Themas zu reduzieren. Die Arbeitsgruppe „Zürich“ erklärt sich vor diesem Hintergrund dazu bereit, weitere Nachforschungen in dieser Richtung zu unternehmen.

## 5. Formulierung von Zielen, Erwartungen und Prognosen im Zusammenhang mit dem Projekt „Sucht im Alter“ durch die Arbeitsgruppe „Zürich“:

- Zielgruppe
- Substanzen (welche Suchtmittel können im Rahmen des Projekts mit berücksichtigt werden?)
- In welchen Institutionen kann eine eventuelle Behandlung der betroffenen Zielgruppe erfolgen?
  - Welche Anforderungen erwachsen hieraus für das dort tätige Personal?
  - Welche Behandlungsmethoden kommen hierfür in Frage?
- Angehörige (Stichwort: „Vereinsamung“)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Sterben in Würde (Stichwort: „Sterbebegleitung“)

- Regionale Vernetzung sozialer Institutionen
- Idee einer öffentlichkeitswirksamen Pressekonferenz zwecks Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Abschluss des Projekts etwa in Luxembourg

## 6. Ergänzung des bereits Gesagten durch die Arbeitsgruppe „Holland“:

- Idee: fortlaufende Recherche zum Thema „Sucht im Alter“ durch die am Projekt teilnehmenden Ländergruppen:
  - Zusammengetragen werden in diesem Sinne Informationen (Zeitungsartikel usw.) über eventuell bereits bestehende Institutionen, zu deren Klientel (auch) ältere Menschen mit einer Suchtproblematik gehören

## 7. Gleichstellung älterer Drogenabhängiger mit älteren Menschen?

- Unterschiede im Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem
  - Hinweis auf häufig anzutreffende Diskriminierung von drogenabhängigen Menschen im medizinischen Umfeld
    - Bedeutsamkeit der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Suchthilfe und den Sozial- und Pflegestationen in Krankenhäusern
- Drogenabhängige treffen auf eine wesentlich geringere gesellschaftliche Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung
- Drogenabhängigkeit geht häufig einher mit Obdachlosigkeit
  - Integration dieser Klientel in bestehende Heimstrukturen bringt jedoch besondere Schwierigkeiten mit sich, da diese Strukturen in

professioneller Hinsicht i.d.R. nicht auf die besonderen Anforderungen eingerichtet sind

- Frage nach der Möglichkeit der strukturellen Anpassung entsprechender Einrichtungen für ältere Menschen an die Bedürfnisse älterer Suchtkranker (evtl. durch berufliche Weiterbildung, bauliche Änderungen etc.)
- Ein erster wichtiger Schritt in Richtung Integration älterer Drogenabhängiger in bestehende Heimstrukturen kann in der Kontaktaufnahme mit Altersheimen liegen. Eine Sensibilisierung für die Thematik scheint unabdingbar.
- Erfahrungsbericht über eine niederländische Altersresidenz für Suchtkranke („Haus Woodstock“)

## 8. Verteilung der Aufgaben zum nächsten Treffen in Amsterdam:

- Die einzelnen Ländergruppen recherchieren jeweils im Detail die jeweiligen Finanzierungsmodelle
- Arbeitsgruppe Schweiz: Anwendung der systemischen Denkfigur nach Kaspar Geiser im Hinblick auf die Definition der Zielgruppe des Projekts
- Arbeitsgruppe Holland: Reservierung der Internetdomain [www.sucht-im-alter.eu](http://www.sucht-im-alter.eu)
- Arbeitsgruppe Luxemburg: Erstellung und Verteilen des Berichts zum ersten „Treffen“ in Luxemburg