

12 Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger

12.1 Überblick

Belastbare Daten zum Thema *Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger* stehen in Deutschland vor allem für Opioidkonsumenten zur Verfügung. Daher beschäftigt sich das vorliegende Sonderkapitel vorrangig mit dieser Konsumentengruppe. Betrachtet werden die letzten zehn Jahre. Untersuchungen und Statistiken weisen heute einen größeren Anteil älterer Opioidkonsumenten auf als vor zehn Jahren, das Durchschnittsalter ist in diesem Zeitraum gestiegen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Menschen mit einer Abhängigkeit heute einerseits länger überleben und andererseits weniger junge Menschen Opioide konsumieren.

Als wesentliche Ursache für das Überleben trotz fortgesetzten Drogenkonsums gilt die Einführung von Harm Reduction-Strategien. Seit Mitte der 1980er Jahre werden in der Suchthilfe Überlebenshilfen angeboten, die nicht strikt auf Abstinenz ausgerichtet sind und eine größere Zahl Abhängiger erreichen. Die Ausweitung der Substitutionsbehandlung hat wesentlich zum Überleben vieler Drogenabhängiger beigetragen. Die Professionalisierung niedrigschwelliger Angebote führte zu einer Reduzierung des Infektionsrisikos mit Hepatitis und HIV, zu einer Verminderung tödlicher Überdosierungen und zu einer insgesamt gestiegenen Lebenserwartung.

Trotz dieser gesundheitlichen Fortschritte ist die soziale und gesundheitliche Situation älterer Drogenabhängiger äußerst problematisch. Sie sind betroffen von Exklusion aus der Gesellschaft und aus der Drogenszene und weisen gravierende physische und psychische Gesundheitsprobleme auf.

Gesetzliche Regelungen, die sich auf die spezifischen Bedarfe älterer Drogenabhängiger beziehen, existieren bislang nicht. Das komplizierte System des deutschen Sozialrechtes, mit unterschiedlichen Institutionen und Zuständigkeiten bei Behandlung und Pflege, erfordert erhebliche Anstrengungen und Bemühungen von Sozialarbeitern beispielsweise bei der Einrichtung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für ältere (Ex-)Drogenabhängige. Experten der Suchthilfe und Wohlfahrtsverbände empfehlen eine enge Kooperation von Drogenhilfe und Altenpflege, die auf einer gesetzlichen Regelung der Versorgung und Zuständigkeiten basiert.

Datenanalyse und Datenquellen

Als ältere Drogenkonsumenten werden in diesem Sonderkapitel Konsumenten bezeichnet, die 40 Jahre und älter sind. Die sehr unterschiedlichen Studiendesigns der verschiedenen Erhebungen schränken eine Auswertung nach dieser Vorgabe stark ein – Altersgrenzen werden teils bei „35 Jahren und älter“ gesetzt, teils erst bei „45 Jahren“. Daher werden hier auch Studien und Fachliteratur, die der o.g. Altersdefinition der EBDD nicht entsprechen, berücksichtigt, soweit sie relevante Tendenzen oder Phänomene beschreiben.

Zur Beschreibung der älteren Drogenkonsumenten in Behandlung wurde eine Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) des Jahres 2008 analysiert. Darüber hinaus wurden die jährlich veröffentlichten Daten der DSHS miteinander verglichen, um Trends zu identifizieren und Daten der Krankenhausstatistik der Bundesgesundheitsberichterstattung ausgewertet. Die Angaben über Drogentote sind der „Falldatei Rauschgift“ des Bundeskriminalamts entnommen.

Desweiteren gingen auch Informationen aus dem Projekt SDDCARE in die Berichterstattung ein, das derzeit in den vier europäischen Ländern Deutschland, Österreich, Polen und Schottland durchgeführt wird. Im Rahmen des Projekts wird Grundlagenwissen zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage älterer Drogenabhängiger und ihrer Versorgungsbedürfnisse erarbeitet. Als ältere Drogenabhängige werden in dem Projekt die über 35-Jährigen erfasst. Im ersten Halbjahr 2009 liegen Zwischenergebnisse des bis Mitte 2010 laufenden Projektes vor. Aus dem Projekt stammen eine Analyse der nationalen Datenlage zum Thema ältere Drogenabhängige (Vogt et al. 2009) sowie eine Übersichtsarbeit zu rechtlichen Rahmenbedingungen der Behandlung älterer Drogenabhängiger (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

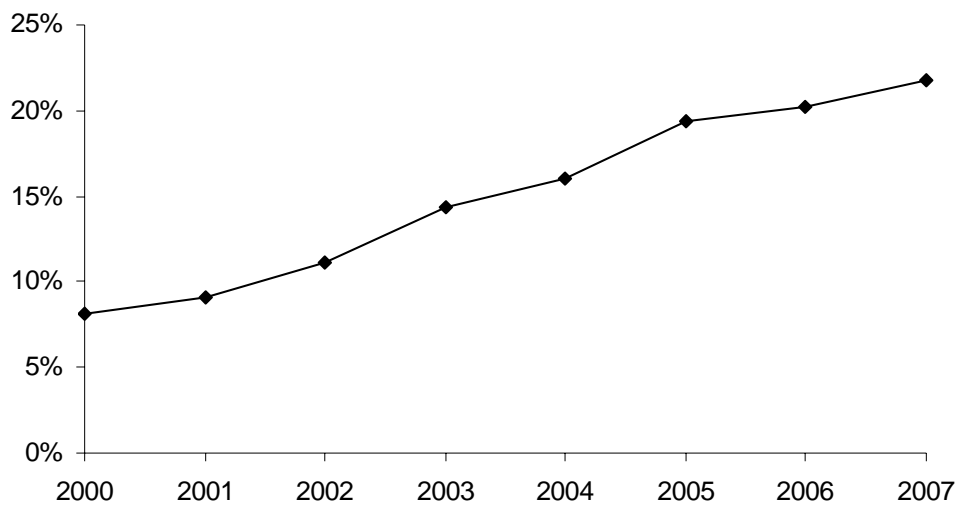
Darüber hinaus hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) als Teilknotenpunkt der DBDD Experten aus der Suchthilfe um kurze Stellungnahmen oder persönliche Berichte zur gesundheitlichen und sozialen Situation älterer Drogenabhängiger gebeten. Dabei beziehen sich die Experten in der Regel auf Patienten in Substitutionsbehandlung und psychosozialer Betreuung, die das 40ste Lebensjahr überschritten haben.

12.2 Älterwerden von Drogenabhängigen

12.2.1 Alterstrends Drogenabhängiger

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

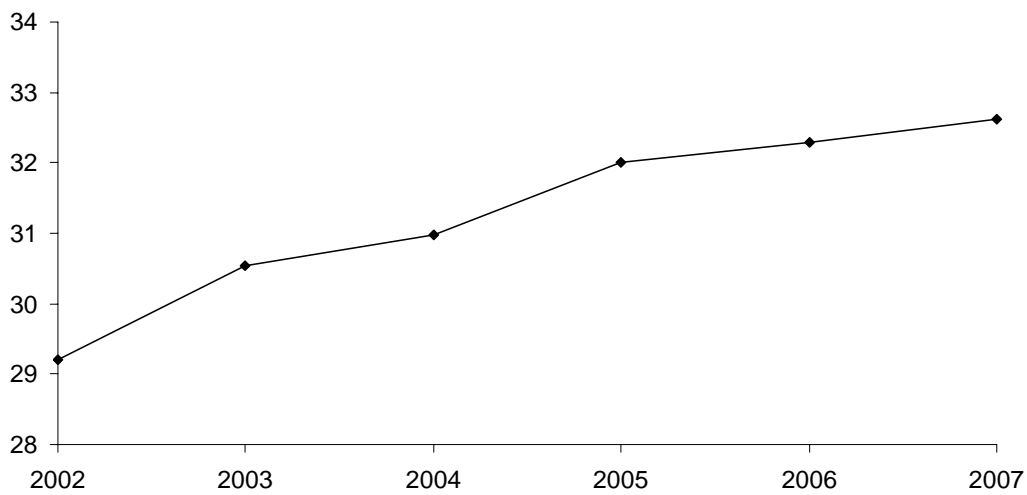
Die Daten der DSHS zu den in ambulanten Einrichtungen behandelten Personen mit Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit (gruppiert nach unter 40-Jährigen und über 40-Jährigen) zeigen einen eindeutigen Alterstrend zwischen den Jahren 2000 und 2007. Der Anteil von dokumentierten Betreuungen/Behandlungen über 40-Jähriger stieg kontinuierlich von 8,2% im Jahr 2000 auf 21,8% im Jahr 2007.



DSHS 2001-2007.

Abbildung 12.1 Anteil der über 40-Jährigen Personen an allen Patienten mit einer Opioid-Hauptdiagnose in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen 2000-2007

Ein Vergleich des Durchschnittsalters bei Behandlungsbeginn von Personen mit einer Opioid-Hauptdiagnose der Jahre 2002-2007 zeigt einen steigenden Alterstrend von 29,2 Jahren auf 32,6 Jahre.



DSHS 2001-2007.

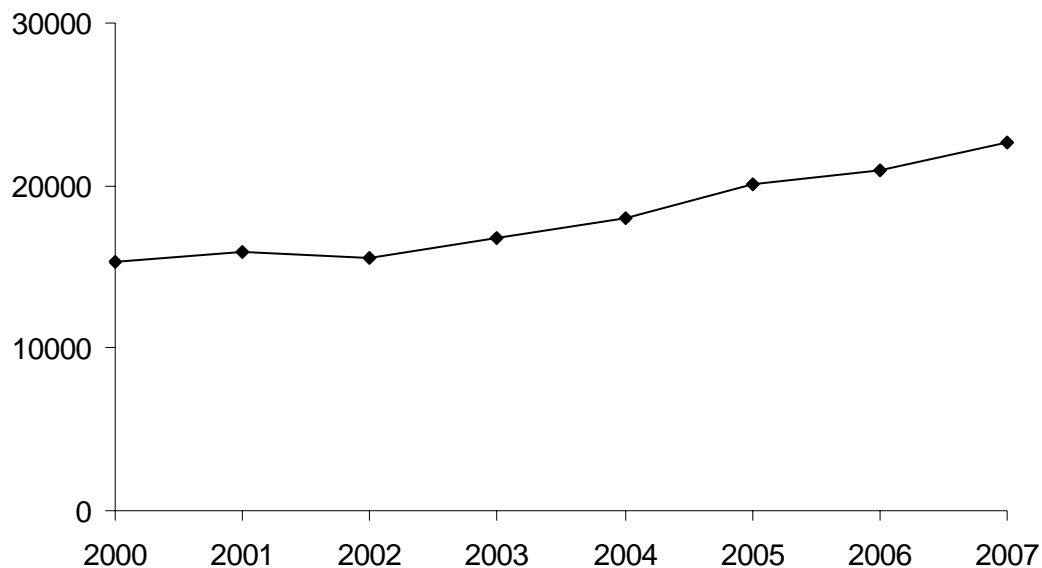
Abbildung 12.2 Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn von Personen mit einer Opioid-Hauptdiagnose in ambulanten Einrichtungen 2002-2007

Hamburger Basisdokumentation

Im Statusbericht 2007 der Hamburger Basisdokumentation, einer Auswertung der ambulanten Suchthilfe der Stadt Hamburg, wurde im Berichtsjahr 2007 eine Spezialauswertung zum Thema "Alter und Sucht" durchgeführt. Als ältere Drogenabhängige wurden Klienten ab einem Alter von 45 Jahren definiert. Auch hier zeigte sich im Zeitraum 1997 bis 2007 ein deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters der Opioidabhängigen von 32,0 Jahren (1997) auf 38,1 Jahre (2007) (Verthein et al. 2008).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes lassen sich Diagnosedaten der vollstationären Patienten der Krankenhäuser entnehmen (vgl. dazu auch die Datenquellen in Kapitel 5). Ein Vergleich der Daten zwischen 2000 und 2007 weist ebenfalls auf einen steigenden Alterstrend der behandelten Drogenkonsumenten hin (ICD-10 Codes F11-F16, F18-F19).



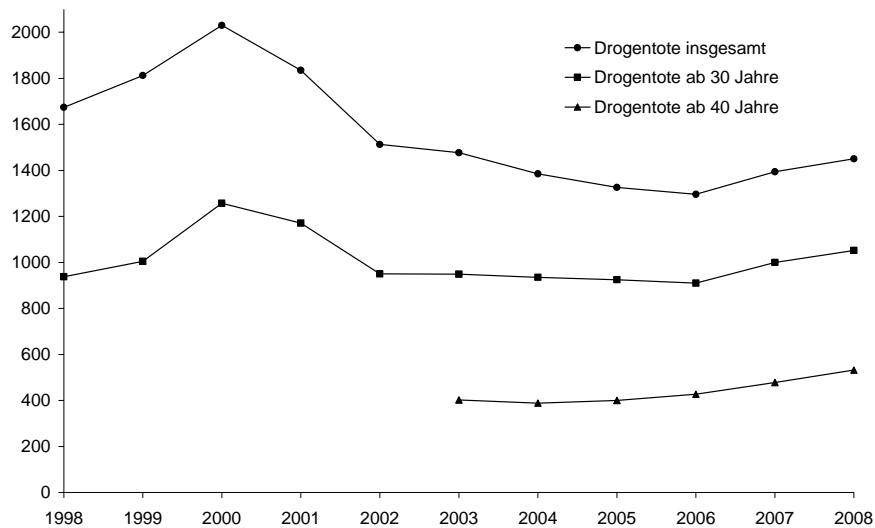
Krankenhausdiagnosestatistik 2000-2007.

Abbildung 12.3 Anzahl vollstationär in Krankenhäusern behandelter Patienten über 40 Jahre (Diagnosen: F11-F16, F18-F19; 2000-2007)

Abbildung 12.3 zeigt die Veränderung der absoluten Zahl der mit substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) vollstationär in Krankenhäusern behandelten Patienten über 40 Jahre im Zeitraum von 2000 bis 2007. Mit Ausnahme des Jahres 2002 ist ein kontinuierlicher Anstieg der Patientenzahlen zu beobachten (2000: 15.263; 2007: 22.600). Gleichzeitig stieg im selben Zeitraum auch der Anteil der über 40-Jährigen an allen Patienten von 18% (2000) auf 25% (2007).

Drogentote

Zahlen über Drogentote lassen sich der Berichterstattung des Bundeskriminalamtes entnehmen. Alterstrends für die Kategorie „ab 30 Jahre“ lassen sich seit 1998 nachvollziehen. Seit 2003 stehen auch Daten für die Kategorie „über 40 Jahre“ zur Verfügung.⁴³



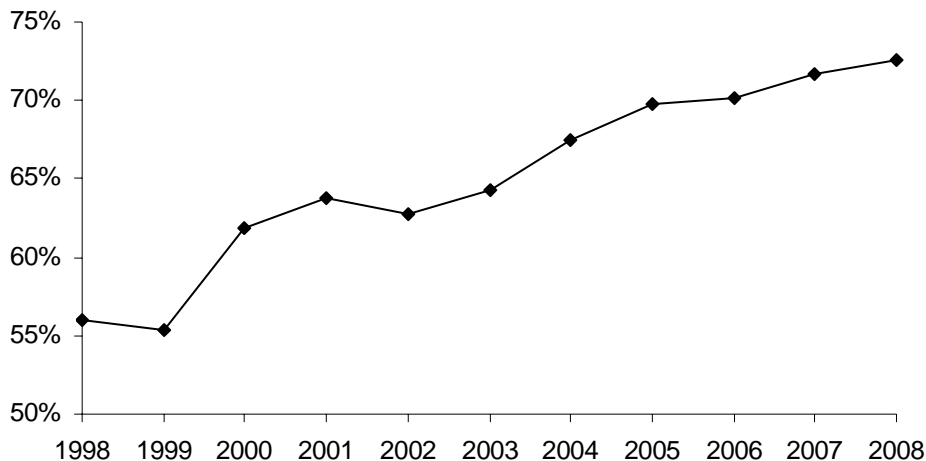
BKA 2008.

Abbildung 12.4: Drogentote insgesamt, Drogentote über 30 Jahre und Drogentote über 40 Jahre

In den Daten des BKA zeigt sich eine deutliche Verringerung der Gesamtzahl der Drogentoten zwischen den Jahren 2000 und 2002 (von 2.030 auf 1.513). Auch die Zahl der über 30-Jährigen Drogentoten nahm zwischen den Jahren 2000 und 2002 stark ab (von 1.257 auf 950), danach verflacht die abnehmende Kurve stärker als die der Drogentoten insgesamt. Der Anteil der Drogentoten über 30 Jahren an der Gesamtzahl der Drogentoten ist zwischen 1998 und 2008 von 56% auf 72,6% gestiegen (Abbildungen 12.4 und 12.5).

Im selben Zeitraum ist das Durchschnittsalter der Drogentoten von 31 auf 36 Jahre angestiegen. Aufgrund der Altersstrukturen der Heroinabhängigen ist erwartbar, dass auch die absolute Zahl der älteren Drogentoten in Zukunft weiter ansteigt oder auf hohem Niveau verbleibt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009; Vogt 2009b).

⁴³ Zur Standardberichterstattung im Rahmen des REITOX-Berichtes gehören auch Angaben zu den Drogentoten die auf Auswertungen des Allgemeinen Sterberegisters (Todesursachenstatistik) des Statistischen Bundesamtes beruhen. Alterstrends hierzu lassen sich in diesem Bericht der Abbildung 6.2 entnehmen. Unter den Drogentoten zeichnet sich dort ein Trend hin zu älteren Drogentoten ab.



BKA 2008.

Abbildung 12.5 Anteil der Drogentoten über 30 Jahren an Drogentoten insgesamt

12.2.2 Einflussfaktoren auf das Älterwerden und die gestiegene Lebenserwartung von Drogenabhängigen

Seit Mitte der 1980er Jahre wurde in Deutschland eine hauptsächlich auf Abstinenz ausgerichtete Drogenhilfe durch eine stärkere Betonung von Harm-Reduction-Ansätzen ergänzt. Struktur und Organisation des Suchthilfesystems wandelten sich insbesondere durch die breite Einführung der Substitutionsbehandlung, den Aufbau niedrighschwelliger Hilfsangebote und die Förderung von Selbsthilfeinitiativen (Ebert & Sturm 2006; 2009). Bei niedrighschwelliger Angeboten führten insbesondere die Einführung von Nadelaustauschprojekten, Konsumräumen und Kondomvergabe zu einem kontinuierlichen Absinken der Neuinfektionen mit HIV in den letzten 15 Jahren (Vogt 2009b).

Durch eine stärkere Einbeziehung des medizinischen Versorgungssystems in die Arbeit der Drogenhilfe können auch Begleiterkrankungen (z.B. Infektionserkrankungen) seitdem insbesondere von den substituierenden Ärzten mit behandelt werden (Verthein et al. 2008; Vogt 2009b). In der Folge verbesserte sich die gesundheitliche Situation von Opioidabhängigen, Morbidität und Mortalität sanken und Lebensqualität und Lebensspanne der Betroffenen stiegen. Das Überleben trotz Abhängigkeitserkrankung und fortgesetztem Konsum über Jahre, teilweise Jahrzehnte wurde möglich (Ebert & Sturm 2006; 2009; Verthein et al. 2008). Auch Experten der Suchthilfe sehen in dieser Umstrukturierung des Hilfesystems – insbesondere im Ausbau der Substitutionsangebote - eine Ursache für die gestiegene Überlebenschancen der Betroffenen (Wagner, persönliche Mitteilung). Der Rückgang der Zahl der Drogentoten zwischen 2000 und 2006 um 36% ist vermutlich wesentlich durch die Einführung und den Ausbau schadensminimierender Maßnahmen zu erklären (Lenski & Wichelmann-Werth 2009). Zum Anstieg des Durchschnittsalters trägt überdies die Tatsache bei, dass weniger Erstkonsumenten von Opioiden festzustellen sind. Bei Betreuungsbeginn in ambulanten Einrichtungen waren im Jahr 2002 noch 33,3% der Klienten mit einer Opioid-

Hauptdiagnose unter 25 Jahre alt, im Jahr 2007 waren es nur noch 17,8% (DSHS 2002, 2007)⁴⁴.

12.3 Drogenkonsum, gesundheitliche und soziale Merkmale älterer Drogenabhängiger

12.3.1 Merkmale älterer Drogenabhängiger

Für das Jahr 2008 wurde eine Sonderauswertung der DSHS der Bezugsgruppe „40 Jahre und älter“ durchgeführt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a). Die folgende deskriptive Auswertung umfasst soziodemografische Daten der Bezugsgruppe wie Lebens-, Wohn-, Erwerbssituation und weitere relevante Merkmale. Der Fokus dieser Beschreibung liegt auf den älteren Opioidkonsumenten. Ältere Konsumenten von Kokain, Cannabis und Stimulantien werden als Vergleichsgruppe herangezogen.

Alter bei Betreuungsbeginn und Erstkonsum

Bei Betreuungsbeginn war die Mehrheit der älteren Drogenkonsumenten zwischen 40 und 50 Jahre alt. Bei allen aufgeführten Substanzen gehören über 80 Prozent dieser Altersgruppe an. Danach sinkt der Prozentanteil deutlich. Opioid- und Kokainkonsumenten, die eine Betreuung erst mit über 60 Jahren beginnen, machen unter 1% der Betroffenen aus. Bei Cannabis- bzw. Stimulantienkonsumenten sind es 1,7% bzw. 2,1% (Tabelle 12.1).

Tabelle 12.1 Hauptdiagnose und Alter bei Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Alter bei Betreuungsbeginn		
	40-49	50-59	60+
Opioide	83,3%	15,8%	0,9%
Cannabinoide	83,6%	14,7%	1,7%
Kokain	87,3%	12,1%	0,5%
Stimulantien	86,0%	11,9%	2,1%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Heute ältere Opioidabhängige begannen im Durchschnitt mit 24,4 Jahren Opiode zu konsumieren. Knapp 75% der Population haben vor dem 30sten Lebensjahr erstmalig Opiode zu sich genommen. Sie weisen im Alter von 40 Jahren also bereits eine Konsumkarriere von mindestens 10 Jahren auf.

Über 40-Jährige Cannabiskonsumenten haben im Durchschnitt früher mit dem Drogenkonsum begonnen. Im Mittel betrug das Alter des Erstkonsums hier 18,4 Jahre. Bei älteren

⁴⁴ Homepage der Deutschen Suchthilfestatistik: www.suchthilfestatistik.de; Die Tabellenbände der stationären und ambulanten Betreuungen, „Zugänge/Beender“ und „Alle Betreuungen“ der Jahre 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007. Letzter Zugriff 11.08.2009.

Kokainkonsumenten erfolgte der Erstkonsum im Durchschnitt mit 27,6 Jahren, beinahe ein Jahrzehnt später. Während nur noch sehr wenige der älteren Cannabiskonsumenten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr mit dem Cannabiskonsum begannen, ist dies bei jedem dritten älteren Kokainkonsumenten der Fall (Tabelle 12.2).

Tabelle 12.2 Alter bei Erstkonsum

Hauptdiagnose	Alter bei Erstkonsum								Mittelwert
	-14	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40+	
Opioide	5,0%	17,0%	14,2%	23,6%	14,8%	10,5%	7,5%	7,5%	24,4
Cannabinoide	22,1%	40,2%	12,3%	11,9%	5,5%	3,2%	3,9%	0,9%	18,4
Kokain	3,6%	9,8%	8,6%	19,3%	13,1%	20,2%	15,7%	9,8%	27,6
Stimulantien	8,7%	24,4%	14,2%	12,6%	11,0%	10,2%	9,4%	9,4%	24,1

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Erwerbs-, Lebenssituation und Wohnverhältnisse

Insbesondere ältere Opioidkonsumenten sind von Arbeitslosigkeit betroffen (Tabelle 12.3). Mehr als drei Viertel sind am Tag vor dem Betreuungsbeginn erwerbslos. Aber auch unter den Konsumenten anderer Drogen ist im Alter mehr als jeder Zweite erwerbslos.

Tabelle 12.3 Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn			
	Angestellt Erwerbstätig	Selbstständig Erwerbstätig	Erwerbslos	Sonstiges
Opioide	13,6%	1,1%	77,1%	8,3%
Cannabinoide	26,3%	5,3%	58,7%	9,7%
Kokain	24,8%	9,5%	60,5%	5,2%
Stimulanzien	21,7%	4,5%	62,1%	11,6%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Etwas mehr als die Hälfte der Opioidkonsumenten über 40 Jahre lebt allein. Ebenso verhält es sich bei den Cannabiskonsumenten. Konsumenten von Kokain und Stimulantien leben zu mehr als 50% nicht allein.

Nicht allein lebende Konsumenten aller Substanzen leben am häufigsten mit einem Partner/einer Partnerin zusammen, häufig auch mit einem oder mehreren Kindern. Jeweils mehr als ein Viertel der älteren Konsumenten leben mit sonstigen Personen (z.B. Freunden) zusammen (Tabelle 12.4).

Tabelle 12.4 Lebenssituation

Hauptdiagnose	Lebenssituation					
	Alleinlebend	Nicht alleinl.	Zusammenlebend mit			
			Partner/in	Kind(ern)	Eltern(teil)	Sonstiger/n Person/en
Opioide	52,5%	47,5%	53,0%	28,7%	9,5%	26,3%
Cannabinoide	50,5%	49,5%	51,5%	37,9%	8,5%	24,3%
Kokain	45,4%	54,6%	56,9%	30,5%	7,4%	29,8%
Stimulanzien	41,0%	59,0%	48,3%	38,1%	11,9%	30,5%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Die große Mehrheit der Opioidkonsumenten lebt in stabilen Wohnverhältnissen (Tabelle 12.5). Das trifft auch für die Konsumenten anderer Substanzen zu. Opioidkonsumenten befinden sich jedoch im Vergleich häufiger in einer „nicht stabilen Wohnsituation“ (ohne Wohnung oder in Notunterkünften) als die Konsumenten anderer Drogen.

Etwa jeder vierte Kokain- und Stimulantienkonsument ist in Einrichtungen des Justizvollzugs untergebracht.

Tabelle 12.5 Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn				
	Stabile Wohnsituation	Nicht stabile Wohnsituation	(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitations-einrichtung	JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	Sonstiges
Opioide	81,0%	5,7%	2,3%	8,6%	2,4%
Cannabinoide	84,9%	2,0%	1,5%	10,5%	1,0%
Kokain	70,8%	1,7%	3,2%	23,7%	0,6%
Stimulanzien	70,9%	0,5%	2,4%	25,2%	1,0%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Vermittlung zur Betreuung

Ältere Konsumenten begeben sich häufig selbst in Behandlung (jeweils etwa 40% der Betroffenen) (Tabelle 12.6). Im Vergleich zu den anderen Klientengruppen werden Opioidabhängige seltener durch die eigene Familie in Behandlung oder Betreuung vermittelt. Etwa ein Drittel der Opioidkonsumenten - und damit deutlich mehr als bei allen anderen Substanzen - werden durch Ärzte/Psychotherapeuten an die jeweilige Suchthilfeeinrichtung vermittelt. Auffallend ist auch, dass im Vergleich zu Opioidkonsumenten Justizbehörden bei Cannabis-, Kokain- und Stimulantienkonsumenten häufiger die in Betreuung vermittelnde Institution darstellen.

Tabelle 12.6 Vermittlung zur Betreuung

Vermittlung durch	Hauptdiagnose			
	Opioide	Cannainoide	Kokain	Stimulanzen
keine / Selbstmelder	39,0%	40,5%	41,1%	41,4%
Familie	2,7%	5,1%	7,0%	7,0%
Ärztliche Einrichtung, Praxen und Krankenhäuser, Institutsambulanz	31,0%	8,6%	6,4%	8,4%
Suchtberatungs-/behandlungsstelle, Einrichtungen der Drogenhilfe, Reha-Einrichtungen	13,8%	15,5%	18,3%	17,7%
Einrichtungen der Justiz	6,4%	12,9%	16,1%	18,6%
Sonstiges	6,9%	17,2%	11,1%	5,6%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Soziale Situation

Langfristiger Drogenkonsum führt oft zu einer Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen. Der permanente Beschaffungsdruck und das Leben in Illegalität führen oft zum Verlust an sozialen Kontakten außerhalb der Szene. Die sich bildenden Drogenszenen in den Großstädten sind auf diese Weise eine stark isolierte Gruppe. Dabei sind ältere Drogenkonsumenten offenbar stärker von Ausgrenzung und Stigmatisierung betroffen als jüngere, da sie weniger variable Konsum- und Verhaltensmuster an den Tag legen und sich weniger flexibel an unterschiedliche Situationen anpassen (Vogt 2009a; 2009b). Auch Kontakte zu Familienmitgliedern und Angehörigen werden häufig abgebrochen, bei älteren Drogenabhängigen eventuell auch der Kontakt zu eigenen Kindern (Ebert & Sturm 2006; 2009).

In Drogenszenen verändern sich Regeln und Rituale häufig schnell, mitunter werden sie auch von jüngeren Konsumentengenerationen bewusst verändert, um sich abzugrenzen. Mit zunehmendem Alter wird auch die Beschaffung schwieriger und die Chance, Opfer von Gewalt- oder Raubdelikten innerhalb der Szene zu werden, größer. Dies führt neben einer Verdrängung durch jüngere auch zu einem Rückzug älterer Drogenabhängiger. Es kommt dadurch zu einer doppelten Exklusion älterer Drogenabhängiger: aus der Gesellschaft und aus der Drogenszene. Bei Opioidabhängigen zeigt sich, dass sich mit zunehmendem Alter im Verlauf der Suchterkrankung die soziale Isolation und Einsamkeit erhöhen. Dies trifft auch auf zusammenlebende Paare zu. Bestehende Partnerschaften sind häufig von gemeinsamen Suchtproblemen geprägt, dies verringert die Chance, Konsum- und Abhängigkeitsprobleme zu überwinden (Verthein et al. 2008). Mangelnde Teilhabemöglichkeiten an der Arbeitswelt und Freizeitkultur verstärken das Problem der Isolation (Wessel, persönliche Mitteilung). Perspektivlosigkeit und Isolation wirken sich häufig auch negativ auf den psychischen Zustand der Betroffenen aus und verstärken z.B. depressive Störungen (Vogt 2009a; 2009b) (Claas, persönliche Mitteilung).

Physische gesundheitliche Situation

Insbesondere ältere Drogenabhängige mit langjähriger Konsumgeschichte leiden neben ihrer Abhängigkeit häufig zusätzlich an akuten und chronischen Krankheiten.

Infektionserkrankungen wie Hepatitiden und HIV sind dabei das Hauptproblem. Vor dem Hintergrund der in Deutschland seit 15 Jahren insgesamt zurückgehenden HIV Neuinfektionen ist festzustellen, dass das Risiko einer Neuinfektion mit dem Alter wieder leicht zunimmt, dies gilt auch für ältere Drogenabhängige. Die Infektionsrate bei Drogenabhängigen über 50 Jahren liegt basierend auf einer Untersuchung von Goordroad (2003; zitiert nach Vogt 2009b) mit 10% überdurchschnittlich hoch. Daten aus der DSHS für die Population der über 40-Jährigen weisen 3,6% der älteren Opioidkonsumenten als positiv auf HIV getestet aus, 57,0% sind negativ getestet. Bei der Interpretation dieser Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass der HIV-Status bei 39,3% der Betreuten unbekannt ist (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a).

Hepatitis C ist das häufigste gesundheitliche Problem älterer Drogenkonsumenten. Bei 42,2% der älteren Opioidabhängigen ist Hepatitis C chronisch, bei 3,7 ist die Krankheit akut. Allerdings ist auch hier der Infektionsstatus bei fast jedem dritten Klienten unbekannt (29,9%) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a).

Durch jahrelangen Beikonsum weiterer legaler und illegaler Drogen kommen häufig Organschädigungen hinzu, bzw. werden verstärkt. Leber- und Lungenerkrankungen sind ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem unter älteren Drogenabhängigen (Ebert & Sturm 2006; Vogt 2009b).

Experten aus der Suchthilfe berichten zudem von Durchblutungsstörungen, Hypertonie und Nierenfunktionsstörungen, die bei älteren Patienten in Substitutionsbehandlung typischerweise prävalent sind (Meyer-Thompson, persönliche Mitteilung). Desweiteren werden Krebserkrankungen (Wessel, persönliche Mitteilung) und durch jahrelangen i.v. Konsum verursachte Schädigungen der Blutgefäße sowie Abszesse, Thrombosen und Embolien genannt. Im schlimmsten Fall haben die Schädigungen Amputationen von Gliedmaßen zur Folge (Hoffmann, persönliche Mitteilung). Darüber hinaus wird berichtet, dass bei etwa der Hälfte der Klienten eine chronische Pankreatitis besteht (Müller, persönliche Mitteilung). Auch Zahnerkrankungen sind ein weit verbreitetes Problem unter Drogenabhängigen. Mangelnde Zahnhygiene und falsche Ernährung führen oft zu Zahnerkrankungen, die über Jahre und Jahrzehnte nicht behandelt werden. Somit kommt es oft bereits im Alter zwischen 25 und 35 Jahren zum Verlust sämtlicher Zähne (Vogt 2009b).

Bei langjährigen Drogenabhängigen über 40 Jahren ist oft ein vorzeitiger und beschleunigter Alterungsprozess feststellbar. Alterungsprozesse im menschlichen Organismus werden durch Drogenkonsum beschleunigt, altersbedingte Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose und Altersdemenz treten bei Drogenabhängigen früher auf. Dies ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, die mit dem Drogenkonsum und Lebenswandel in Illegalität einhergehen: (zeitweise) Obdachlosigkeit, Gewalterfahrungen, Prostitution, mangelnde Hygiene, mangelnde Regenerationsmöglichkeiten, Fehl- und Mangelernährung sowie

Folge- und Begleiterkrankungen. Daraus resultiert bei Drogenkonsumenten schon ab 40 Jahren eine Pflegebedürftigkeit, die derjenigen von nicht drogenkonsumierenden Senioren entspricht (Lenski & Wichelmann-Werth 2009; Vogt 2009b). Auf die vorzeitige Vergreisung machen auch Experten aus der Suchthilfe aufmerksam. Die meisten Klienten seien 15 Jahre und mehr vorzeitig gealtert, sowohl körperlich wie auch psychisch (Hoffmann, persönliche Mitteilung). Dabei wurde auch beobachtet, dass der Alterungsprozess mitunter sehr plötzlich eintritt und dann beschleunigt voranschreitet (Wagner, persönliche Mitteilung).

Wichtig ist, dass die Folgewirkungen von Suchterkrankungen im Alter⁴⁵ als solche erkannt werden und nicht dem Alterungsprozess zugeschrieben werden. Symptome sind häufige Stürze, Fehlernährung, nachlassende körperliche Leistung, Hirnleistungsstörungen, Antriebs- und Interesselosigkeit, Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug und nachlassende Körperhygiene bis hin zur Verwahrlosung (Diakonie 2008).

Psychische gesundheitliche Situation

Drogenabhängige leiden in vielen Fällen unter Mehrfachabhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Zu einer Abhängigkeit von Opioiden kommen oftmals weitere Abhängigkeiten von legalen und illegalen Drogen. Polytoxikomanie ist auch bei älteren Drogenabhängigen weit verbreitet (Vogt 2009b).

Unter langjährigen Opioid-Konsumenten ist psychiatrische Komorbidität ein häufiges Problem. Insbesondere affektive Störungen sowie schizophrene Erkrankungen sind häufig. Verschiedene Autoren sind der Auffassung, dass sich mit zunehmendem Alter und Dauer der Abhängigkeit Depressionen, Angststörungen und Psychosen häufen (Ebert & Sturm 2006; Vogt 2009b). Andererseits kommen die Autoren des BADO Berichtes nicht zu dem Ergebnis, dass sich der psychische Zustand im Alter verschlechtert und berichten psychische Störungen in vergleichbarem Umfang auch schon bei jüngeren Drogenabhängigen. Die o.g. psychischen Störungen entwickeln sich demnach anscheinend schon in frühen Jahren der Drogenkonsumkarriere und bleiben dann bestehen (Verthein et al. 2008).

Altersbedingte Veränderungen des Metabolismus

Im Fokus von Untersuchungen zum Substanzmissbrauch im Alter standen bislang eher Alkohol und Arzneimittel als der Missbrauch von illegalen Drogen. In einigen Untersuchungen wurde der Aspekt gleich bleibender Dosierung von psychotropen Substanzen bei einem sich durch den Alterungsprozess verändernden Metabolismus aufgegriffen.

Insbesondere bei der Einnahme von Arzneimitteln kann aufgrund der physiologischen Veränderungen die Resorption und Verteilung der Substanz im Stoffwechsel zu einer relativen Dosissteigerung trotz gleich bleibender Dosis der Einnahme führen. Patienten denken bei der Einnahme von Medikamenten selten an einen missbräuchlichen Konsum oder eine Abhängigkeit, wenn die Medikamente von einem Arzt verschrieben werden. Der sich verän-

⁴⁵ Die Quelle bezieht sich hauptsächlich auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten, jedoch auch auf Suchtkranke allgemein.

dernde Stoffwechsel erfordert es, dass Ärzte laufend die Indikatoren einer Verschreibung überprüfen und die Dosis gegebenenfalls anpassen. Geschieht dies nicht, kann es unbemerkt zu einer Abhängigkeit kommen (Förster & Thomas 2009). Die pharmakokinetischen Veränderungen im Alter wurden auch im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch untersucht. Auch hier wird eine zunehmende Empfindlichkeit mit zunehmendem Alter festgestellt, mit der eine abnehmende Toleranz einhergeht. Die gleiche Trinkmenge führt im Alter zu einer stärkeren körperlichen Wirkung (Schäufele 2009).

Die durch das Altern bedingten körperlichen Veränderungen betreffen auch Konsumenten anderer psychotroper Substanzen. Dennoch wären spezielle Untersuchungen für den Konsum z.B. von Opioiden notwendig. Ob eine wie bei Alkohol und Medikamenten beobachtete relative Dosissteigerung auch beim Konsum von Opioiden auftritt, ist zum Beispiel für die Substitutionsbehandlung von älteren Drogenabhängigen durchaus relevant.

12.4 Behandlung, Administration und Pflege von älteren Drogenabhängigen

12.4.1 Politische Regulierungen und Strategien

Aus dem deutschen Grundgesetz (Artikel 20 Abs. 1 GG) ergibt sich, dass sozial Schwache und Bedürftige ein Recht auf Unterstützung haben. Für ältere Drogenabhängige kommen alle Leistungen des Sozialrechts in Betracht, die einerseits die Behandlung einer Abhängigkeit betreffen, andererseits aber auch der Pflegebedürftigkeit einer Person begegnen.

Die Bedarfslagen älterer Drogenabhängiger verdeutlichen, dass Konzepte notwendig sind, die speziell auf diese Personengruppe zugeschnitten sind. Sie müssen sowohl die Behandlung der Abhängigkeit als auch die Pflegebedürftigkeit, die die Gruppe von anderen Drogenabhängigen unterscheidet, berücksichtigen. Spezielle gesetzliche Regelungen, die sich gezielt auf die Bedarfe älterer Drogenabhängiger beziehen, gibt es bislang nicht.

Für Versorgung, Behandlung, Unterbringung etc. älterer Drogenabhängiger relevante Teile des Sozialrechts sind vor allem die gesetzliche Sozialversicherung (SGB IV), welche die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Rentenversicherung (SGB VI) und Pflegeversicherung (SGB XI) umfasst. Relevant sind außerdem Bestimmungen der Arbeitslosenversicherung (SGB III), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) und insbesondere die Sozialhilfe (SGB XII) (Lanski & Wichelmann-Werth 2009).

Ältere Drogenabhängige haben je nach dem, welcher Bedarf (z.B. Pflegebedürftigkeit oder gesundheitliche Rehabilitation) im Vordergrund steht, unterschiedliche Ansprüche auf Leistungen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen. Somit ergeben sich unterschiedliche Konstellationen, die jeweils im Einzelfall überprüft werden müssen. Einheitliche Regelungen speziell für ältere Drogenkonsumenten gibt es nicht.

Für die Behandlung einer Abhängigkeit im Sinne einer Krankheit kommt die Krankenversicherung auf. Krankenversichert ist (nach SGB II) über eine Pflichtversicherung jeder, der Anspruch auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende hat. Gerade das ist für ältere Drogen-süchtige jedoch problematisch, da der Anspruch auf Leistung nur für arbeitsfähige Klientel

gewährt wird. Dies ist bei älteren Drogenabhängigen allerdings oftmals nicht der Fall. Bei fehlendem Versicherungsschutz greift die Sozialhilfe (Krankenhilfe bzw. Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem SGB XII) als unterstes Netz der sozialen Sicherung (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

Zum Leistungsspektrum des Deutschen Sozialrechts bei der Behandlung von Abhängigkeiten gehört die ambulante und stationäre medizinische Behandlung einschließlich Entwöhnungsbehandlung und Substitutionsbehandlung mit begleitender psychosozialer Betreuung. Leistungen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind bei älteren Drogenkonsumenten eher selten anzunehmen, vielmehr stellt sich hier häufiger die Frage einer möglichen Pflegebedürftigkeit. Die Leistungen der Krankenpflege werden durch ambulante Pflegedienste oder in (teil-)stationären Einrichtungen erbracht. Ältere (und vorzeitig gealterte) Betroffene können diese Leistungen des Sozialrechts in Anspruch nehmen, aber gerade in stationären Einrichtungen der Altenpflege wird den spezifischen Bedürfnissen Klientel nicht ausreichend begegnet (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

12.4.2 Gesundheits- und sozialpolitische Handhabung

Strategien der Schadensverminderung

Zu den schadensminimierenden Strategien gehört unter anderem die Aufklärung über mögliche Infektionsrisiken und Maßnahmen zu deren Vermeidung. Darüber hinaus werden niedrigschwellige Zugänge zu Hilfeeinrichtungen bereitgehalten und medikamentöse Behandlungen ausgeweitet. Dies umfasst z.B. Nadeltauschprojekte, Notschlafstellen, Drogenkonsumräume, Safer Use-Kampagnen, Kondomvergabe und auch Impfprogramme gegen Hepatitis A und B sowie Substitutionsbehandlungen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009; Vogt 2009a).

Seniorenwohnheime

Das Konzept von speziellen Seniorenwohnheimen für ältere Drogenabhängige oder die Unterbringung von älteren Drogenabhängigen in normalen Seniorenwohnheimen wird vor dem Hintergrund der Bedarfslage diskutiert. Derzeit existieren derartige Einrichtungen im Rahmen von Modellversuchen. Beide Unterbringungsformen werden jedoch lediglich als Kompromisslösung betrachtet, die nicht allen Bedürfnissen der Personengruppe begegnen kann.

In der Diskussion wird als Argument gegen die Einrichtungen spezieller Seniorenheime für ältere Drogenabhängig angeführt, dass eine Verringerung der (Re-)Integrationschancen der Bewohner sowie eine möglicherweise verstärkte Stigmatisierung und Ausgrenzung durch das Umfeld der Einrichtung zu erwarten wäre. Als Argument für die Einrichtung solcher Heime wird angeführt, dass gleichzeitig Betreuung (psychosoziale Betreuung der Substitutionsbehandlung) und medizinische Behandlung der Bewohner durch geschultes Personal geleistet werden kann. Gegen die Unterbringung in gewöhnlichen Senioreneinrichtungen spräche, dass das Personal der Altenpflege für den Umgang mit Drogenabhängigen, deren Beratung und psychosozialen Betreuung nicht geschult und nicht vorbereitet ist (Ebert &

Sturm 2006; 2009). Drogenabhängige selbst lehnen die Unterbringung in normalen Altenheimen eher ab, da sie unterschiedliche Alltagsabläufe und festgefahrene und für sie schwer zu ändernde Verhaltensangewohnheiten haben, die mit dem Betrieb üblicher Altenheime schwer vereinbar sind. Sie befürchten vielmehr, mit Vorurteilen und Stigmatisierung konfrontiert zu werden (Vogt 2009b).

Ambulant Betreutes Wohnen

In der Drogenhilfe dient das Betreute Wohnen der Stabilisierung der Lebenssituation von Drogenabhängigen nach einer stationären Betreuung. Diese Form der aufsuchenden Betreuung ermöglicht den betreuten Personen ein hohes Maß an Eigenständigkeit in einem privaten Umfeld bei gleichzeitiger Betreuung, die auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sein kann. Für alte Drogenabhängige lassen sich die Vorteile der Altenpflege und der Drogenhilfe in dieser betreuten Wohnform kombinieren (Ebert & Sturm 2006; 2009).

In der Praxis können Wohngruppen des ambulant betreuten Wohnens zum Beispiel für langjährig substituierte Patienten gebildet werden, um die Isolation älterer Drogenabhängiger zu überwinden (Hoffmann, persönliche Mitteilung).

Substitution

Bei der medizinischen Behandlung Opioidabhängiger ist die Substitutionsbehandlung die wichtigste und die häufigste Behandlungsoption. Das Durchschnittsalter der Substituierten liegt einer Studie über die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opioidabhängiger zufolge etwa bei 35 Jahren (Vogt 2009b; Wittchen et al. 2004).

Die psychosoziale Betreuung ist Bestandteil der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger. Es ist anzunehmen, dass ältere Drogenkonsumenten aufgrund ihrer speziellen Situation (Stichwort: doppelte Exklusion) einen gesteigerten Bedarf an psychosozialer Betreuung haben, die ihnen Wege der Reintegration in die Gesellschaft ermöglicht.

Soziale Reintegration älterer Drogenabhängiger

Konzepte zur Reintegration von Drogenabhängigen, die sich speziell an Ältere richten, existieren derzeit (noch) nicht. Bisher sind Ziele der Reintegration hauptsächlich auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt) ausgerichtet. Die Ausarbeitung von Konzepten, die Reintegration auch unter dem Gesichtspunkt der Pflegebedürftigkeit und Fragen der Unterbringung betrachten, stehen derzeit noch aus. Vereinzelt werden solche Konzepte derzeit in Projekten und Modellversuchen erarbeitet.

Bei der Unterbringung pflegebedürftiger Personen sind nicht zuletzt auch Äußerungen der Drogenabhängigen selbst von Interesse. In einer nicht repräsentativen Erhebung befragte Fuhrmann Drogenabhängige, die älter als 40 Jahre sind, nach ihren Vorstellungen und Wünschen für die Zukunft. Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, soziale Reintegration, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Rückkehr in ein geregeltes Alltagsleben wurden als Wunsch genannt (zitiert nach Vogt 2009b). Die Behandlung und Betreuung älterer Dro-

genabhängiger kann derartige, von Betroffenen formulierte Anliegen in die Konzeption von Hilfsangeboten aufnehmen, wenn sie den Erfolg der Reintegration steigern. So entspricht zum Beispiel der Wunsch nach speziellen Unterbringungsmöglichkeiten älterer (Ex-) Drogenabhängiger den Einschätzungen der Drogenhilfe, dass spezialisierte Einrichtungen notwendig sind.

Qualitätssicherung und Best Practice

Vernetzung der Altenpflege und Drogenhilfe

Die Anzahl sowie der Anteil älterer Drogenabhängiger unter den Drogenkonsumenten wird vermutlich auch in Zukunft weiter zunehmen. Diese Menschen werden in einem höheren Maße nicht nur auf medizinische Behandlung der Abhängigkeit und die Drogenhilfe angewiesen sein, sondern auch auf Pflegeleistungen der Altenhilfe. Eine wichtige Rolle wird dabei die Unterbringung in geeigneten Einrichtungen der Altenhilfe oder Krankenpflege spielen. Kooperationsnetzwerke zwischen Altenpflege und Drogenhilfe sind wünschenswert, da Beschäftigte der Altenpflege in der Regel nicht auf besondere Bedürfnisse von Drogenabhängigen vorbereitet sind und Beschäftigte in der Drogenhilfe nicht auf die Bedürfnisse Älterer und Pflegebedürftiger (Kämper 2009; Vogt 2009b).

In der praktischen Arbeit mit Älteren ist der Bedarf an spezifischen Angeboten, die der sozialen und gesundheitlichen Situation der Zielgruppe Rechnung tragen, deutlich erkennbar. Um Angebote strukturiert kombinieren zu können und somit die Gruppe Älterer mit Suchterkrankungen zu erreichen und spezifische Hilfeangebote machen zu können, fehlen bislang gesetzliche Grundlagen, um die Versorgung sicherstellen. Der Vernetzung von bestehenden Diensten, Case Management und dem Ausbau von ambulanten Pflegeleistungen wird dabei besondere Bedeutung zugemessen (Diakonie 2008). Auch Experten der Suchthilfe berichten davon, dass sie zunehmend mit älteren und/oder pflegebedürftigen Patienten konfrontiert sind, was den Ausbau von Kooperationsstrukturen der Pflegedienste und der Drogenhilfe erforderlich macht (Hoffmann, persönliche Mitteilung).

Unterbringung älterer Drogenabhängiger: Modellprojekt LÜSA

Vereinzelt existieren bereits Einrichtungen, die ihre Hilfsangebote auf die spezielle Situation von alten Drogenabhängigen ausgerichtet oder ihr normales Angebot für diese Zielgruppe erweitert haben. Diese werden allerdings als Modellprojekte durchgeführt und haben keinen Regelcharakter.

Das erste dieser Art, das seit 1997 existierende Projekt „Langzeit Übergangs- und Stützungs-Angebot (LüSA)“, setzt seit 2002 das Konzept einer „Dauerwohneinrichtung für alternende und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen“ um. Das Angebot des Projektes beinhaltet dauerhaft stationäre Betreuung älterer, suchtkranker Menschen, aber auch ambulante Wohnformen. Ältere Drogenabhängige können in Wohngemeinschaften die ambulante Hilfe von Drogenhilfe und Altenpflege in Anspruch nehmen. Dabei obliegt es dem Projektträger, stets im Einzelfall zu prüfen, ob Unterstützung primär von einer Bedürftigkeit der Behandlung einer Drogensucht ausgeht oder ob pflegerische Aspekte bei der Inan-

spruchnahme von Hilfsdiensten im Vordergrund stehen (LÜSA 2007). Die Homepage der Einrichtung ist unter dem Link: www.luesa.de im Internet erreichbar.

Einrichtungen mit speziellen Angeboten für Ältere

Einrichtungen, die spezielle Angebote für ältere Drogenkonsumenten bereithalten, können in der Einrichtungssuche der DHS Homepage recherchiert werden. Über 230 Einrichtungen (Beratungsstellen, Ambulante und stationäre Behandlungseinrichtungen) in Deutschland geben an, Angebote für ältere Drogenabhängige bereitzuhalten (<http://www.dhs.de/web/einrichtungssuche/index.php>).