



## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Hamburg verfügt über ein gut ausgebautes Suchthilfesystem mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten für die sucht- und drogenabhängigen Menschen unserer Stadt. Diese Angebote, wie zum Beispiel die niedrigschwelligen Beratungseinrichtungen und die Substitutionsmöglichkeiten für Drogenabhängige, haben zusammen mit der guten medizinischen Versorgung dazu beigetragen, dass es zunehmend immer älter werdende Konsumierende illegaler Drogen gibt, die das Hilfesystem nutzen. Gleichzeitig zeigen die Präventionsstrategien Erfolge: So sind seit Jahren die Zahlen der polizeilich erfassten Erstkonsumenten glücklicherweise rückläufig. Damit verschieben sich die Klientinnen und Klienten hin zu höheren Altersgruppen.

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz hat vor diesem Hintergrund bei der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. eine Studie in Auftrag gegeben, die sich mit der Situation älterer Konsumierender illegaler Drogen und den zukünftigen Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe beschäftigt. Vorrangiges Ziel war es, die Entwicklungen in der Personengruppe älterer Drogenabhängiger realistisch einzuschätzen und auf der Basis einer fundierten Prognose die Fachdiskussion um eine altersgerechte Versorgungsplanung zu entwickeln.

Für die Studie wurden u. a. Interviews mit Betroffenen und auch mit Experten/innen aus dem Hilfesystem geführt. Die Ergebnisse bieten eine erste Grundlage für weiterführende Bewertungen und Diskussionen in den unterschiedlichen Fachgebieten, die mit dem Rückgang Jüngerer und der Zunahme der Beratung, Betreuung und Versorgung älterer Suchtkranken befasst sind. Diese Fachdiskussion wird in den nächsten Jahren von Seiten der Behörde gefördert und mit dem Ziel begleitet, das Hilfesystem an der Schnittstelle zwischen Sucht- und Altenhilfe qualitativ weiterzuentwickeln.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Dietrich Wersich". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Dietrich Wersich

Senator der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg



# **Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen**

## **Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg**

Eine empirische Untersuchung über die bestehenden und zu erwartenden gesundheitlichen und sozialen Problemen der zunehmend älter werdenden Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten in Hamburg

vorgelegt von:

Dr. Peter Degkwitz (ZIS)

Dr. Heike Zurhold (ZIS)

Eine Kooperationsstudie der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) und des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz



## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	.....	1
<b>Vorbemerkung</b>	.....	4
<b>1</b>	<b>Wissensstand zu älteren Opiatabhängigen</b> .....	6
1.1	Soziale Problemlagen .....	8
1.2	Gesundheitliche Problemlagen .....	8
1.3	Anforderungen an die Versorgung .....	10
<b>2</b>	<b>Fragestellung und Methode</b> .....	13
2.1	Fragestellung .....	13
2.2	Untersuchungsmethoden .....	14
2.2.1	Untersuchung der Situation und Bedarfe älterer Drogenabhängiger .....	14
2.2.2	10-Jahres Prognose zur Entwicklung älterer Drogenkonsumierenden in Hamburg .....	17
2.2.3	Untersuchung der Hilfeangebote und Versorgungslücken aus Sicht der Suchthilfe und Pflege .....	18
2.2.4	Integration der Ergebnisse zur Formulierung der zukünftigen Versorgungsbedarfe.....	19
<b>3</b>	<b>Lebenssituation und Hilfenutzung von älteren opiatabhängigen Klientinnen und Klienten des Hamburger Suchthilfesystems (2006-2008)</b> <sup>20</sup>	
3.1	Die Untersuchungsgruppe.....	20
3.2	Soziale Situation .....	20
3.2.1	Wohnsituation .....	20
3.2.2	Lebens- und Beziehungssituation .....	22
3.2.3	Arbeit und Einkommen.....	23
3.2.4	Justizielle Situation.....	25
3.2.5	Biographischer Hintergrund.....	25
3.3	Gesundheit .....	27
3.3.1	Körperliche Gesundheit.....	27
3.3.2	Psychische Situation .....	28
3.3.3	Drogenkonsum.....	28
3.4	Inanspruchnahmen des Versorgungssystems.....	30
3.4.1	Aktuelle Inanspruchnahmen in der ambulanten Suchthilfe sowie weitere Behandlungen/ Betreuungen.....	31
3.4.2	Weitervermittlungen .....	33
3.4	Zusammenfassung.....	34
3.4.1	Soziales .....	34
3.4.2	Gesundheit .....	35
3.4.3	Inanspruchnahmen von Hilfen.....	36
<b>4</b>	<b>Gesundheitliche und soziale Lage aus der Perspektive von ehemaligen und aktiven Drogenkonsumierenden im Alter von 45+</b> .....	37
4.1	Soziale Lage .....	39
4.1.1	Wohnen, Bildung und Arbeit.....	39

4.1.2	Einkommen und Schulden .....	41
4.1.3	Justizielle Belastung.....	43
4.1.4	Familienstand und soziale Beziehungen .....	43
4.2	Gesundheitliche Lage und Behandlungen .....	46
4.2.1	Drogenkonsum und Hauptdrogenprobleme.....	46
4.2.2	Drogenbehandlung.....	50
4.2.3	Körperliche Beschwerden und Behandlungen.....	51
4.2.4	Psychische Beschwerden und Behandlung.....	53
4.3	Umweltfaktoren und Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation (ICF) .....	55
4.3.1	Umweltfaktoren mit positivem und negativem Einfluss .....	56
4.3.2	Selbstversorgung und Alltagskompetenzen.....	58
4.3.3	Teilhabe an bedeutsamen Lebensbereichen.....	61
4.3.4	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen.....	63
4.4	Subjektive Zufriedenheit mit zentralen Lebensbereichen.....	64
4.5	Subjektive Erwartungen an die Versorgung im Alter.....	66
4.6	Zusammenfassung.....	69
<b>5</b>	<b>Versorgungsangebote für ältere Drogenkonsumierende.....</b>	<b>72</b>
5.1	Angebote in Hamburg .....	72
5.2	Versorgungsangebote in anderen deutschen Städten.....	74
5.3	Spezielle Angebote in den Nachbarländern Niederlande, Schweiz und Dänemark .....	76
<b>6</b>	<b>Einschätzungen der Expertinnen und Experten zum Versorgungsbedarf</b>	<b>78</b>
6.1	Hilfeangebote und deren Inanspruchnahme.....	79
6.1.1	Inanspruchnahme durch ältere Menschen mit Drogenproblemen.....	81
6.1.2	Verfügbarkeit altersspezifischer Hilfeangebote .....	82
6.1.3	Weitervermittlung der älteren Klientel.....	83
6.2	Altersspezifische Problemlagen aus Sicht der Praxis.....	83
6.2.1	Problemlagen von älteren Drogenabhängigen .....	84
6.2.2	Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	85
6.2.3	Lebensvorstellungen der Älteren.....	86
6.2.4	Vorhandene Kompetenzen der Drogenhilfe und Pflegeeinrichtungen.....	87
6.3	Bestehende Versorgungslücken und zukünftige Versorgungsbedarfe in Hamburg .....	87
6.3.1	Versorgungslücken .....	88
6.3.2	Zukünftige Versorgungsbedarfe .....	90
6.3.3	Anforderungen an die Einrichtungen und geplante Angebote.....	92
6.4	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse .....	96
<b>7</b>	<b>Schätzung und Prognose älterer Drogenkonsumierender für die Jahre 2008, 2013 und 2018.....</b>	<b>98</b>
7.1	Quantitative Schätzung und Prognose .....	98
7.2	Quantitative Beurteilung bestimmter Problemlagen älterer Drogenkonsumierender.....	101
<b>8</b>	<b>Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen mit Drogenproblemen .....</b>	<b>105</b>
8.1	Assessment zur Früherkennung und Diagnostik .....	106
8.2	Verbesserung der multidisziplinären Vernetzung und Kooperation.....	107

8.3	Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte.....	109
8.4	Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Einzelangeboten .....	110
8.5	Umgang mit speziellen Gruppen und Bedarfen.....	112
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>113</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Ältere (= 45 Jahre) und Jüngere (= 44 Jahre) Opiatabhängige nach Geschlecht .....	20
Tabelle 2	Aufenthaltort nach Altersgruppen und Geschlecht (N=7.525) .....	21
Tabelle 3	Lebenssituation, Partnerbeziehung und Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht .....	22
Tabelle 4	Arbeits- und Einkommenssituation nach Altersgruppen und Geschlecht .....	24
Tabelle 5	Justitielle Probleme/Situation nach Altersgruppen und Geschlecht .....	25
Tabelle 6	Biographischer Hintergrund nach Altersgruppen und Geschlecht .....	26
Tabelle 7	Körperliche Beschwerden nach Altersgruppen und Geschlecht .....	27
Tabelle 8	Psychische Beschwerden nach Altersgruppen und Geschlecht .....	28
Tabelle 9	Verlauf der Opiatabhängigkeit, aktueller Heroinkonsum und weitere Problem- drogen nach Alter und Geschlecht .....	29
Tabelle 10	Betreuungsart in der Einrichtung (Mehrfachantwort) nach Altersgruppen und Geschlecht (N=6.733) .....	31
Tabelle 11	Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen in anderen Einrichtungen nach Altersgruppen (Mehrfachantwort) nach Altersgruppen und Geschlecht (N=4.714) .....	32
Tabelle 12	Substitution (aktuell) nach Altersgruppen und Geschlecht (N=5.932) .....	33
Tabelle 13	Art der Beendigung der Betreuung nach Altersgruppen und Geschlecht (N=4.033) .....	33
Tabelle 14	Anzahl der befragten älteren Drogenabhängigen nach Hilfeeinrichtung .....	38
Tabelle 15	Vorherige und aktuelle Wohnsituation (N=51) .....	39
Tabelle 16	Höchster Schulabschluss, Berufsausbildung und Arbeitssituation (N=51) .....	40
Tabelle 17	Vorhandene Schulden (N=51) .....	42
Tabelle 18	Belastung durch Untersuchungshaft und Strafhaft (N=51) .....	43
Tabelle 19	Familienstand, Partnerbeziehung (N=51) .....	44
Tabelle 20	Einstieg und Dauer des regelmäßigen Drogenkonsums und Abstinenzphasen .....	47
Tabelle 21	Aktueller Drogenkonsum und Hauptdrogenproblem .....	48
Tabelle 22	Einstieg und Dauer des regelmäßigen Drogenkonsums und Abstinenzphasen .....	51
Tabelle 23	Körperliche Erkrankungen in den letzten 12 Monaten .....	52
Tabelle 24	Psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten .....	54
Tabelle 25	Einfluss der Umweltfaktoren auf den Rehabilitationsprozess .....	57
Tabelle 26	Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung und Gesundheit in den letzten 30 Tagen .....	58
Tabelle 27	Tagesstruktur und Stressbewältigung .....	60
Tabelle 28	Beeinträchtigungen in bedeutsamen Lebensbereichen in den letzten 30 Tagen .....	62
Tabelle 29	Interpersonelle Interaktionen .....	64



Tabelle 30	Hilfeangebote, Zielgruppen und Nutzung der Angebote nach Einrichtung .....	80
Tabelle 31	Monatliche Inanspruchnahme der Einrichtungsangebote durch ältere Drogenabhängige .....	81
Tabelle 32	Altersstruktur und Geschlecht nach Stellung zum Hilfesystem im Jahr 2008 .....	98
Tabelle 33	Altersstruktur und Geschlecht im Jahr 2013 auf Grundlage der bekannten Drogenabhängigen bis 2008 und der Prognose der jährlichen Neueintritte von 2009 bis 2013 .....	99
Tabelle 34	Altersstruktur und Geschlecht im Jahr 2018 auf Grundlage der bekannten Drogenabhängigen bis 2008 und der Prognose der jährlichen Neueintritte von 2009 bis 2018 .....	100
Tabelle 35	Aktuelle und zukünftige quantitative Bedeutung von Problemlagen älterer Drogenkonsumierender .....	102

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Jahre der längsten Beschäftigung und Jahre der längsten Arbeitslosigkeit (N=47) .....	41
Abbildung 2	Einkommensquellen zur Finanzierung des Lebensunterhaltes im letzten Monat (N=51) .....	42
Abbildung 3	Personen, zu denen jemals eine gute persönliche Beziehung bestand und Personen, auf die sich aktuell verlassen werden kann .....	45
Abbildung 4	Konsumintensität in den letzten 30 Tagen nach Anzahl der Konsumtage (N=51) .....	49
Abbildung 5	Anzahl der Befragten in Behandlung wegen körperlicher Beschwerden (N=51) .....	53
Abbildung 6	Anzahl der Befragten in Behandlung wegen psychischer Beschwerden (N=51) .....	55
Abbildung 7	Vorhandene aktuelle professionelle Hilfe aufgrund von Schwierigkeiten mit folgenden Bereichen – N=51 .....	60
Abbildung 8	Vorhandene professionelle Hilfe und Hilfebedarfe aufgrund von Schwierigkeiten mit folgenden Bereichen – N=51 .....	63
Abbildung 9	Subjektive Zufriedenheit der befragten Männer (n=35) und befragten Frauen (n=16) .....	65

## Abkürzungen

BADO	Basisdatendokumentation
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
CMA	Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
HCV	Hepatitis C Virus
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
MDK	Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
PSB	Psychosoziale Betreuung

## Vorwort

Der Blick auf die demografische Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland macht deutlich, dass der relative Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft beständig zunimmt. Aber auch ihre absolute Zahl steigt aufgrund der sich stetig verbessernden sozial-medizinischen Versorgungslage kontinuierlich an. Dies gilt insbesondere auch für die Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen. Ihre Lebenssituation ist allerdings gleich doppelt belastet, nämlich durch die spezifischen Probleme von „Alter *und* Sucht“. Für die langjährig Drogenkonsumierenden kommt verschärfend hinzu, dass sich die jeweiligen Negativfolgen oftmals nicht einfach nur addieren, sondern gegenseitig sogar beschleunigen können:

„They often face in their 40s the same problems people normally experience only in their early 70s“ (Lucassen 2000: 1).

In der vorliegenden Untersuchung werden die bestehenden und zu erwartenden gesundheitlichen und sozialen Probleme der zunehmend älter werdenden Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten in Hamburg beschrieben, um auf dieser Grundlage die zukünftigen Herausforderungen für die hiesigen Versorgungssysteme genauer abzuschätzen. Damit soll langfristig die Fundierung einer altersgerecht und angemessenen Versorgungsplanung für diesen Personenkreis ermöglicht werden.

Die Studie wurde 2008 durch die *Fachabteilung Drogen und Sucht der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)* bei der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS) in Auftrag gegeben und in Kooperation mit dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg realisiert.

Der Bericht bietet erstmals in dieser Ausführlichkeit eine empirisch fundierte Beschreibung der Situation älterer Opiatabhängiger – basierend auf den in der ambulanten Suchtkrankenhilfe vorliegenden Informationen. Dabei können verschiedene versorgungsrelevante Trends hinsichtlich der sozialen und gesundheitlichen Lage der Betroffenen untermauert werden. So zeigt sich zum Beispiel, dass zwar der eigene Wohnraum für die meisten von ihnen aktuell gesichert ist; aber eine relevante Minderheit findet ohne Unterstützung keine eigene Unterkunft oder braucht – aufgrund von Mobilitätsproblemen infolge von Behinderungen oder chronischen Krankheiten – eine Unterstützung für den Erhalt der Wohnung bzw. beim Übergang in geeignete Wohnformen.

Die Frage von Arbeit und eigenem Einkommen (jenseits von Hartz IV) könnte bei der Bewältigung dieser Probleme gerade für die Älteren eine zentrale Rolle spielen. Die arbeitsfähigen, gesundheitlich und sozial stabilisierten älteren Opiatabhängigen bekommen keinen Anschluss an den Arbeitsmarkt. Für die im Durchschnitt 50-Jährigen ist dies heute und zukünftig ein sozialpolitisches Dauerthema, das innovative Ansätze erfordert.

Bei den Älteren verfestigt sich die soziale Isolation. Die Beziehungen – Partnerschaft, Freunde, Herkunftsfamilie, soziale Netze – stabilisieren sich mit dem Alter auch bei Kontrolle der Abhängigkeitsproblematik in der Substitution nicht. Neben der fehlenden Beschäftigungsperspektive liegt vor allem hierin die nicht erschlossene Ressource sowohl für die Entwicklung von Teilhabe und Lebensqualität der Betroffenen als auch für die Entlastung der verschiedenen Versorgungssysteme.

Bislang ist die Selbstversorgung nur in Einzelfällen nicht mehr gewährleistet bzw. eine ständige medizinische und pflegerische Versorgung in Einrichtungen oder betreuten Wohnformen erforderlich. Die Studie verdeutlicht aber, dass die Anzahl dieser Fälle zunehmen wird – wobei eine genauere Quantifizierung dieses Trends aufgrund der aktuell noch geringen Zahl der älteren Opiatabhängigen (> 60 Jahre) nicht möglich ist.

Wenn in der vorliegenden Studie von ‚älteren‘ Drogenkonsumierenden die Rede ist und dabei eine Altersgrenze von 45 Jahren zugrunde gelegt wird, so mag dies auf den ersten Blick verwundern. Die Entscheidung zugunsten dieser vergleichsweise niedrigen Altersgrenze erfolgte jedoch zum einen aus methodischen Gründen – Gewährleistung von hinreichend großen Fallzahlen der gegenübergestellten Vergleichsgruppen – und zum anderen deshalb, weil die verschiedenen Dokumentationssysteme und auch vergleichbare Studien (z.B. Vogt 2009) ebenfalls hier die Grenze ziehen. Auch wenn die für den Abgleich herangezogene Gruppe der ‚jüngeren‘ Opiatabhängigen mit einem Durchschnittsalter von 33,5 Jahren gegenüber jener der ‚Älteren‘ mit durchschnittlich 50 Jahren nicht wirklich jung ist, so erweist sich die gewählte Altersgrenze von 45 Jahren jedoch als trennscharf im Sinne einer (grundsätzlich) anderen Lebensphase.

Ein großer Vorteil der Studie ist, dass versorgungsrelevante Trends hinsichtlich der sozialen und gesundheitlichen Lage in Verbindung mit einer Prognose für 2013 bzw. 2018 annäherungsweise quantifiziert werden können. Die Annahme der Linearität aktueller Trends dient als Orientierung der Quantifizierung. Abweichungen davon gilt es in den nächsten Jahren zu beobachten und dann für präzisiertere Prognosen zu berücksichtigen.

Die aufgezeigten Trends – etwa hinsichtlich der Belastungen durch gesundheitliche Probleme, durch Arbeitslosigkeit oder durch soziale Isolation – lassen sich nicht nur für die aktuell im Hilfesystem befindlichen Opiatabhängigen, sondern auch für die in den letzten Jahren aus dem Hilfesystem ausgeschiedenen Klientinnen und Klienten abschätzen. Dies geschieht anhand der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO), die unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen eine Unterscheidung von neuen, erneut wieder kommenden und ausgeschiedenen Hilfesuchenden ermöglicht.

Grundlage der im Bericht dargestellten Trends und der daraus zu ziehenden Konsequenzen für die zukünftige Versorgung von älteren Drogenabhängigen sind die realen Inanspruchnahmen von Angeboten der Suchthilfe, der Rehabilitation und der medizinischen Versorgung von mehreren tausend suchtkranken Männern und Frauen in Hamburg.

Hinzu kommen die Erkenntnisse einer detaillierten Befragung älterer Opiatabhängiger zu den bestehenden Versorgungsbedarfen sowie die Ergebnisse verschiedener Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Suchthilfe, der Substitutionsbehandlung sowie der Eingliederungshilfe, mit denen die gegenwärtige Versorgungssituation der hier im Fokus stehenden Zielgruppe ausführlich erörtert wurde.

Unser besonderer Dank gilt der *Fachabteilung Drogen und Sucht* der *Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz* (BSG) für die Förderung der Untersuchung, dem *Fachvorstand der Hamburger Basisdatendokumentation* für die Bereitstellung der verwendeten Daten, den Einrichtungen der Hamburger Suchtkrankenhilfe und der Altenhilfe für ihre Bereitschaft zur Kooperation bei der Durchführung der Studie, dem *Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung* (ZIS) der Universität Hamburg für die wissenschaftliche Auswertung und nicht zuletzt den aktuellen und ehemaligen älteren Opiatabhängigen für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an den Befragungen.

Wenn die vorliegende Studie hilft, den öffentlichen und fachlichen Austausch über zukünftige Anforderungen an die Versorgung von älteren Drogenabhängigen zu fundieren und dadurch die notwendige Vernetzung und Kooperation der Systeme der Suchtkranken- und der Altenhilfe vorantreibt, dann hat sie ihr zentrales Ziel erreicht.

Theo Baumgärtner  
Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

## Vorbemerkung

Die vorliegende Studie befasst sich mit den sozialen und gesundheitlichen Problemen der älter werdenden Drogenkonsumierenden und den sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Versorgungssysteme. Drogenkonsumierende werden heute älter: Sie überleben länger dauernde Suchtkarrieren auch aufgrund der breiten Einführung niedrigschwelliger Hilfen zur Überlebenssicherung in den letzten 20 Jahren und ein erheblicher Anteil der Konsumierenden setzt den Drogenkonsum im Alter fort.

So werden auch die Drogenkonsumierenden Teil des demografischen Wandels, der durch den steigenden Anteil an alten Menschen und weiter steigende Lebenserwartung gekennzeichnet ist. Seit 130 Jahren ist die Lebenserwartung der Bevölkerung kontinuierlich gestiegen, und liegt zurzeit bei 81,6 Jahren für Frauen und 76 Jahren für Männer (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006). In Hamburg wird erwartet, dass die Gruppe der über 65-Jährigen in den nächsten 40 Jahren um 56% anwächst und in 2050 bereits mehr als eine halbe Millionen Personen (526.000) umfasst (Statistisches Bundesamt 2007).

In dem vorliegenden Bericht werden Drogenkonsumierende ab einem Alter von 45 Jahren<sup>1</sup> als „Ältere“ betrachtet. Diese Festlegung orientiert sich an bestehenden Klassifikationen der Dokumentation von Drogenkonsumierenden. So wird bislang beispielsweise auf der Ebene des europäischen Monitoringsystems die Gruppe der über 45-jährigen ohne weitere Differenzierung als Ältere ausgewiesen.

Bei den älteren Drogenkonsumierenden richtet sich das Augenmerk in diesem Bericht sowohl auf die noch „aktiven“ Konsumierenden als auch auf die älter werdenden ehemaligen Konsumierenden mit langjährigen Abhängigkeitskarrieren unter Einschluss von Opiaten. Wenn kommende Versorgungsprobleme betrachtet werden, geht es um diese Personengruppe, die nach einer (zumeist) langjährigen Drogenabhängigkeit unter Einschluss von Opiaten eine Reihe von gesundheitlichen und psychosozialen Problemen mit ins Alter nimmt. Die sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen stellen sich bei einem erheblichen Anteil dieser Gruppe teilweise unabhängig vom aktuellen Konsumstatus.

Die Altersgruppe der aktiven älteren Konsumierenden illegaler Drogen wächst sowohl in ihrer absoluten Zahl als auch in Relation zu den Jüngeren. Übereinstimmend weist die bislang existierende Literatur darauf hin, dass ältere Drogenkonsumierende, insbesondere wenn sie länger Opiate konsumiert haben, gesundheitlich stark belastet sind und spezifische psychosoziale Probleme aufweisen, die insbesondere in großen Städten die Versorgungssysteme vor neue Herausforderungen stellen.

So rückt seit einigen Jahren die Alterung von aktiven und ehemaligen Konsumierenden illegaler Drogen auch in das Blickfeld der fachlichen Diskussionen. Das zunehmende Interesse

---

<sup>1</sup> Zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse erfolgt die Definition von „älteren“ Drogenkonsumierenden in Anlehnung an die Definition von „Älteren“ des EU-Projektes „Senior Drug Dependents and Care Structures - SDDCARE“, das von Vogt aus Frankfurt durchgeführt wird (Agreement No 2006 346).

an dem Thema „Suchtprobleme im Alter“ und die angemessenen Versorgungskonzepte für diese Gruppe spiegeln sich in einer Reihe von Fachtagungen zu diesem Themenkomplex wider. Alleine im Jahr 2009 fanden drei Tagungen zu altersspezifischen Aspekten von Sucht statt<sup>2</sup>.

Laut Bossong (2007) werden alternde Drogenabhängige in den nächsten Jahren zu einem „handfesten Versorgungs- und Betreuungsproblem“. Auch Vogt (2009) betont die Notwendigkeit, sich der Frage anzunehmen, welche Einrichtungen die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Drogenabhängigen übernehmen, und wer für die Kosten der Versorgung aufkommt.

Mit dieser Studie, die vom ZIS und der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) Hamburg durchgeführt wurde, werden zum einen die Problemlagen der älteren Drogenkonsumierenden und zum anderen die daraus resultierenden Anforderungen an die Drogenhilfe, Altenhilfe und Pflegeeinrichtungen genauer untersucht.

---

<sup>2</sup> In Hamburg fand am 05. Mai 2009 eine Fachtagung mit dem Titel „Ältere Drogenabhängige: Versorgungskonzepte an der Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Altenhilfe“ statt. Die 14. Hamburger Suchttherapietage standen unter dem Motto „Sucht bei Jung und Alt – altersspezifische Aspekte“. Im September 2009 wurde die niedersächsische Suchtkonferenz unter dem Titel „Lebensabend Sucht?“ durchgeführt.

## 1 Wissensstand zu älteren Opiatabhängigen

Im Folgenden wird der gegenwärtige Wissensstand zu älteren Drogenkonsumierenden vorgestellt, wobei der Schwerpunkt auf den in Deutschland vorhandenen Ergebnissen liegt. In Deutschland wie auch in ganz Europa ist bislang jedoch nur wenig zur Anzahl und den Problemlagen der älteren Menschen mit Drogenproblemen bekannt.

„Für die Gruppe der älteren Menschen liegen bisher nur begrenzte Erkenntnisse vor, die genaue Schätzungen in Bezug auf das Ausmaß und die Auswirkungen dieser Problematik erschweren. Die Prognosen für die kommenden Jahre sind jedoch besorgniserregend und der Substanzmissbrauch im Alter könnte sich zu einem vernachlässigten Problem unter vernachlässigten Bürgern entwickeln“ (EBDD 2008).

Grundsätzlich umfasst die Gruppe der älteren Drogenkonsumierenden sowohl aktive als auch ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen. Darunter befinden sich sowohl Personen, die im Laufe ihrer Drogenkarriere eine Abhängigkeit entwickelt und diese überwunden haben, als auch solche, die im Alter weiterhin Drogen konsumieren und drogenabhängig sind. Die Literatur zu älteren Drogenabhängigen bezieht sich meist auf Opiatkonsumentinnen und Opiatkonsumenten. Die vorhandenen Erkenntnisse stützen sich hauptsächlich auf die Gruppe der älteren aktuellen oder ehemaligen Opiatabhängigen, die sich im Kontakt mit verschiedenen Bereichen des Behandlungssystems befanden oder befinden. Je nach Literaturquelle sind mit „Älteren“ die ab 40-Jährigen, die ab 50-Jährigen oder erst die Senioren ab einem Alter von 65 Jahren gemeint.

Im Hinblick auf die Opiatabhängigen in einem Alter von 45 Jahren und älter zeigen die Daten der deutschen Suchthilfestatistik, dass der Anteil dieses Klientel in den ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen steigt. Waren in 2003 lediglich 4,9% der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten in Deutschland 45 Jahre und älter (Strobl, Klapper et al. 2004), ist ihr Anteil in den Folgejahren auf 5,8% in 2004 und auf 10,4% in 2008 angewachsen (Strobl, Klapper et al. 2005; Pfeiffer-Gerschel, Hildebrand et al. 2009). Unter den Opiatabhängigen hat sich die Altersgruppe der 45+-Jährigen innerhalb von fünf Jahren verdoppelt. In der ambulanten Hamburger Suchthilfe ist das Durchschnittsalter der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten, die älter als 45 Jahre sind, von 32 Jahren in 1998 auf 38 Jahre in 2007 angestiegen (Verthein, Neumann et al. 2008). Ein kontinuierlicher Anstieg des Durchschnittsalters in den Hilfe- und Behandlungseinrichtungen wird auch aus der Schweiz (Egli 2008) und England berichtet (Beynon, McVeigh et al. 2007).

Dass Menschen mit einem Konsum illegaler Drogen länger überleben und alt werden, ist vor allem auf die wirksamen und zunehmend verbesserten Maßnahmen der Behandlung und Schadensminimierung zurückzuführen. In der Literatur besteht die einhellige Auffassung, dass die in den letzten 20 Jahren eingeführten Angebote der Substitutionsbehandlung und Überlebenssicherung erfolgreich dazu beitragen, Todesfälle durch Überdosierungen und



Infektionen zu reduzieren (Bossong 2007; EBDD 2008; Verthein, Neumann et al. 2008; Beynon 2009). Hinzu kommt die beständig verbesserte medikamentöse Behandlung von HIV Infektionen, die die Überlebenschancen von HIV-Infizierten verlängert und das Sterbealter von Aidskranken im Zeitverlauf gesenkt hat. Während Aidskranke bis 1990 noch durchschnittlich im Alter von 40 Jahren verstarben (Marcus & Starker 2006), lag das durchschnittliche Sterbealter in 2005 bei 48 Jahren (Robert Koch Institut 2007).

Die Ausweitung von Behandlungsangeboten und schadensminimierenden Maßnahmen (Spritzenvergaben, Impfungen, Konsumräume) sowie der Zugang dieser Gruppe zur medizinischen Versorgung gekoppelt mit generellen Behandlungsfortschritten hat die Lebenserwartung von Drogenkonsumierenden erhöht. Zugleich wird in der Literatur übereinstimmend darauf hingewiesen, dass neben der erhöhten Lebenserwartung bei drogenkonsumierenden Menschen ein beschleunigter Alterungsprozess stattfindet (Ebert & Sturm 2006; Egli 2008; Vogt 2009). So hat eine vergleichende Studie von 739 Drogenabhängigen und 5834 Patientinnen und Patienten der Allgemeinmedizin anhand einer Reihe von Biomarkern die frühzeitige Alterung von Drogenabhängigen aufgezeigt (Reece 2007). Durch die langjährige Einnahme von psychoaktiven Substanzen, gesundheitliche Begleiterkrankungen wie HIV/Aids und Hepatitis und die Folgen eines marginalisierten Lebens wie Obdachlosigkeit oder eine Fehl- und Mangelernährung setzen Alterungsprozesse bei Drogenabhängigen früher als bei nicht-drogenabhängigen Altersgenossen ein (Bossong 2007; Egli 2008; Vogt 2009; Kämper 2009b). Insbesondere altersbedingte Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Osteoporose, Altersdemenz scheinen früher einzusetzen. Ein langjähriger Drogenkonsum sowie ein durch die Drogenbeschaffung und Strafverfolgung geprägtes Leben können dazu führen, dass Drogenkonsumierende 20 Jahre früher altersbedingte Erkrankungen entwickeln und eine frühe Pflegebedürftigkeit aufweisen (Ebert & Sturm 2006; Bossong 2007).

Laut Bossong (2007) sind vier Lebensbereiche von zentraler Bedeutung für Probleme beim Alterungsprozess von Drogenabhängigen:

- Soziale Beziehungen
- Wohnverhältnisse
- Einkommen und Vermögen
- Gesundheit

In allen vier Bereichen haben langjährige Drogenabhängige schlechte Voraussetzungen für ein würdiges Altern.

## 1.1 Soziale Problemlagen

Typische soziale Problemlagen von älteren Drogenabhängigen sind durch den Verlust von Bezugs- und Vertrauenspersonen, soziale Isolierung, die gesellschaftliche Marginalisierung und finanzielle Schwierigkeiten charakterisiert (Center for Substance Abuse Treatment 1998; Bossong 2007; EBDD 2008). In zunehmendem Alter verlieren Drogenabhängige ihre Familienmitglieder und Freunde durch deren Tod, was zur Isolation und Vereinsamung beiträgt. Zudem leben ältere Drogenabhängige selten in einer Partnerschaft. Die Auswertung der Hamburger Basisdatendokumentation aus dem Jahr 2007 zeigt, dass weniger als ein Viertel der opiatabhängigen Klientinnen und Klienten mit einem Mindestalter von 45 Jahren mit einem festen Partner zusammenlebt (Vertheim, Neumann et al. 2008).

Weiterhin zeigen die Hamburger Daten, dass zwar über 70% der älteren Opiatabhängigen in einer eigenen Wohnung leben, aber dennoch ein erheblicher Teil der älteren Opiatabhängigen von prekären Wohnverhältnissen oder gar Obdachlosigkeit betroffen ist (Vertheim, Neumann et al. 2008). Angesichts der langjährigen Konsumbiografie der Älteren von durchschnittlich 23 Jahren liegen finanzielle Probleme wie Verschuldung und ein geringes Einkommen nahe. Die meisten Drogenabhängigen sind nicht erwerbstätig, so dass nur ein geringer Rentenanspruch für das Alter besteht. Einsamkeit und Altersarmut verknüpfen sich nicht selten mit Ängsten und Depressionen (Vertheim, Neumann et al. 2008).

## 1.2 Gesundheitliche Problemlagen

Mit dem Alter nehmen insbesondere die körperlichen Beeinträchtigungen zu und es steigt das Risiko, unter Schmerzen zu leiden (EBDD 2008; Vertheim, Neumann et al. 2008). Zu den alterstypischen Beschwerden von Suchtkranken zählen eine eingeschränkte Beweglichkeit, Sturzverletzungen, eine verschlechterte Seh- und Hörfähigkeit, eine eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung und eine allgemein schlechte gesundheitliche Verfassung (Center for Substance Abuse Treatment 1998; EBDD 2008; Egli 2008).

Als Konsequenz eines langjährigen Drogenkonsums weisen ältere Konsumierende eine Reihe von ernsthaften Erkrankungen auf (Beynon 2009). Unter den körperlichen Erkrankungen sind eine Infektion mit Hepatitis C, Leberschäden und Schlafstörungen am meisten verbreitet (Vertheim, Neumann et al. 2008). Ältere Drogenabhängige haben zudem ein leicht erhöhtes Risiko, sich mit HIV zu infizieren (Vogt 2009). Das erhöhte HIV-Infektionsrisiko ist möglicherweise auch Ausdruck dessen, dass bei älteren Patientinnen und Patienten eine HIV-Diagnostik erst spät gestellt wird (Bundesamt für Gesundheit 2008). Durch eine späte Diagnose scheint wiederum das Risiko opportunistischer Krankheiten sowie für verschiedene Krebsarten erhöht zu sein. Bei HIV-Positiven steigt überdies die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken; dieses Risiko besteht unabhängig vom Alter der Infizierten (Bundesamt für Gesundheit 2008).

Eine chronische Infektion mit Hepatitis C wirkt als Trigger und erhöht nachweislich das Risiko an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken (Howard, Klein et al. 2003; Vogt 2009). Die Wahrscheinlichkeit an Diabetes mellitus zu erkranken, ist bei Personen mit einer akuten HCV Infektion um das Dreifache höher im Vergleich zu Personen ohne eine HCV Infektion (Howard, Klein et al. 2003). In der Leitlinie zur Behandlung von Drogenabhängigkeit kommt die Gesundheitsbehörde in England zu dem Schluss, dass eines der bedeutsamsten Probleme der Zukunft in den gesundheitlichen Schäden besteht, die durch eine Hepatitis C Infektion verursacht wurden (Department of Health (England) and the devolved administrations 2007). Die Leitlinien beruhen auf Statistiken, die aufzeigen, dass Drogenabhängige über 35 Jahre ein erheblich höheres Risiko als jüngere Abhängige haben, an den Folgen ihres Konsums zu sterben.

Neben Infektionskrankheiten können bei älteren Drogenabhängigen häufiger Lungenerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufstörungen, Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen aufgrund einer Leberinsuffizienz, epileptische Anfälle und Erkrankungen des Nervensystems auftreten (Egli 2008). Bei Älteren mit einem exzessiven Kokain- und Crackkonsum wird von irreversiblen Schädigungen der Hirngefäße, Herzkranzgefäße sowie der Gefäßversorgung der Magenschleimhaut und der Bauchspeicheldrüse ausgegangen (Lenski & Wichelmann-Werth o.J.).

Auf Grundlage ihrer Literaturübersicht stellt Vogt (2009) fest, dass Ältere eine höhere Prävalenz an psychischen und kognitiven Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Psychosen und Gedächtnisproblemen aufweisen. Darüber hinaus scheint die Altersdemenz bei Drogenabhängigen früher einzusetzen. In der englischen Leitlinie heißt es zu den kognitiven Beeinträchtigungen (Department of Health (England) and the devolved administrations 2007):

“Interpreting memory loss or cognitive function may be difficult in individuals with long-standing drug-related neurological damage”.

Einer amerikanischen Leitlinie zufolge können Schmerzen, körperliche und psychische Beschwerden ältere Drogenabhängige dazu verleiten, das eigene Wohlbefinden mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten im Sinne der Selbstmedikation zu regulieren (Center for Substance Abuse Treatment 1998). Vor allem die inkorrekte Einnahme von Medikamenten ist in diesen Fällen höchst problematisch aufgrund ungünstigen Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Medikamente (Egli 2008).

Die gesundheitlichen Folgen eines langjährigen Konsums psychoaktiver Substanzen sind die Hauptursache für die beobachtete frühere Alterung. Vorzeitige Alterungsprozesse von Drogenabhängigen können mit Einschränkungen verknüpft sein, den Alltag zu organisieren und die Selbstversorgung aufrecht zu erhalten (Kämper 2009a). Auch Lenski und Wichelmann-Werth (o.J.) verweisen auf entsprechende besondere Bedarfslagen von älteren Drogenab-

hängigen. Ihrer Einschätzung nach können Drogenabhängige bereits in einem Alter von 40 bis 50 Jahren gerontopsychiatrisch auffällige Verhaltensweisen aufweisen.

### **1.3 Anforderungen an die Versorgung**

Die gravierenden gesundheitlichen Problemlagen von älteren Drogenkonsumierenden werfen die Frage auf, wie eine adäquate Versorgung der Älteren gestaltet sein sollte. Einigkeit besteht in der fachlichen Diskussion, dass die Entwicklung von spezifischen Betreuungs- und Behandlungsangeboten in Zukunft notwendig sein wird (Ebert & Sturm 2006; Bossong 2007; EBDD 2008). Als „Best Practice“ in der Behandlung von Senioren mit Alkohol- und Drogenproblemen gilt in Kanada die Prämisse, altersspezifische Angebote zu schaffen, die mit einem in Sucht und Gerontologie ausgebildetem Personal besetzt sind.

“Seniors benefit from age-specific interventions, and service providers should be trained in both gerontology and substance use issues. Harm reduction is recognized as an effective approach for improving outcomes. Greater collaboration and communication among professionals are needed to create a comprehensive continuum of care for seniors” (Health Canada 2002).

Aus Sicht der ambulanten Pflege betont Kämper (2009b) die Notwendigkeit, spezifische Kenntnisse zu den somatischen Erkrankungen und den speziellen Lebensbedingungen von älteren Drogenabhängigen zu erwerben. Im Hinblick auf die somatischen Erkrankungen führen Infektionskrankheiten und schlechte Venenverhältnisse zu Schwierigkeiten bei der Vergabe von Medikamenten durch Pflegeeinrichtungen.

In Deutschland sowie in weiteren europäischen Ländern (etwa England) befindet sich ein Großteil der Drogenabhängigen im Alter von 40 bis 60 Jahren in einer Substitutionsbehandlung (Department of Health (England) and the devolved administrations 2007; Vertheim, Neumann et al. 2008). Eine angemessene Drogenbehandlung deckt allerdings nur einen Teil der möglicherweise bestehenden Hilfebedarfe ab. Bei älteren Drogenabhängigen kann überdies eine professionelle Betreuung und Pflege zur Bewältigung des Alltags nötig sein. Hier zeigen die Erfahrungen, dass oftmals nur ein Teil des bestehenden Pflegebedarfs finanziert wird (Kämper 2009b). So wird beispielsweise eine Haushaltshilfe, nicht jedoch die Pflege bezahlt, solange keine Pflegestufe anerkannt wird. Hier erweist sich als problematisch, dass sich die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit ausschließlich nach den körperlichen Einschränkungen richtet und ein Pflegebedarf aufgrund von suchtbetrogenen Folgeerkrankungen rechtlich bislang nicht vorgesehen ist.

Eine in der Fachdiskussion wiederkehrende Frage betrifft die Unterbringung von Drogenkonsumierenden, die einer stationären Pflege bedürfen. Ebert und Sturm (2006) widmen sich ausführlich der Thematik, ob traditionelle Seniorenheime für die Gruppe der Drogenabhängigen geeignet sind. Ihrer Meinung nach entstehen Probleme für die Heimbewohner und Betreiber, da

- der mögliche Beikonsum von Alkohol und Drogen die Seniorenheime vor (rechtliche) Schwierigkeiten stellt, und das
- unangepasste Verhalten der Drogenabhängigen und die Fortsetzung von Strategien zur Drogenbeschaffung erhebliche Auswirkungen auf den Alltag im Seniorenwohnheim mit sich bringen würden.

Aus diesen Gründen könne das traditionelle Seniorenwohnheim zwar eine angemessene Unterbringung für stabil Substituierte sein, für andere Personen müssten jedoch andere Hilfeangebote vorhanden sein (Ebert & Sturm 2006). Aus ihrer Sicht ist das ambulant betreute Wohnen ein Zukunftsmodell für alternde Drogenabhängige, da die individuelle Lebensführung aufrechterhalten und zugleich die nötige Betreuung organisiert werden kann.

Wie sich ältere Drogenabhängige ihr Leben im Alter vorstellen, ist bislang kaum bekannt. Um etwas über die Vorstellungen und Wünsche der über 40-Jährigen zu erfahren, hat Condros München 49 Drogenabhängige befragt (Fuhrmann 2006). Hierbei gaben 42 der Befragten an, Veränderungen anzustreben wie eine gute Wohnung zu bekommen, einen Job zu haben, soziale Kontakte aufzubauen oder abstinent zu werden. Um diese Veränderungen zu realisieren, benötigen die Befragten aus ihrer Sicht die Unterstützung und Begleitung bei Bewerbungen, Amtsgängen und Anträgen sowie Psychotherapie und Freizeitgruppen. Insgesamt bestand wenig Interesse an speziellen Wohnangeboten für ältere Drogenkonsumierende.

Vor dem Hintergrund der Alterung der Baby-Boom-Generation (geboren zwischen 1946 und 1964) gehen Schätzungen davon aus, dass sich die Zahl der älteren Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum in dem Zeitraum von 2001 und 2020 mehr als verdoppeln wird (EBDD 2008). Für Hamburg vermutet Bossong (2007), dass es Mitte des Jahres 2015 etwa 500-800 Abhängige von „harten“ Drogen in der Stadt geben wird, die über 55 Jahre alt sind und institutioneller Hilfe bedürfen.

Die wachsende Zahl an älteren Menschen mit Drogenproblemen stellt neue Herausforderungen an die Versorgung und erfordert in Teilen die Neuorientierung der Drogenhilfe und die Entwicklung neuer Konzepte (Egli 2008; Verthein, Neumann et al. 2008). Nach Einschätzung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht müssen Programme, die bisher vorwiegend auf die Behandlung jüngerer Menschen ausgerichtet waren, angepasst werden, um den Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht zu werden (EBDD 2008).

Bossong (2007) formuliert eine klare Annahme zur zukünftigen Entwicklung des Hilfesystems für ältere Drogenabhängige. Danach bedarf es insbesondere der Kooperation zwischen der Drogenhilfe und Altenhilfe und zusätzlich der engen Vernetzung mit der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Versorgung. Die Altenhilfe habe sich für das Klientel zu öffnen. Zugleich sollen ältere Drogenabhängige an die ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen gebunden werden, da die Einrichtungen ihr Klientel zumeist gut und lange kennen und somit Veränderungen frühzeitig wahrnehmen.

Vor dem Hintergrund solcher und ähnlicher Vorstellungen von einem Hilfesystem, das auf ältere Drogenkonsumierende vorbereitet ist, besteht ein Ziel der Studie darin, die gegenwärtige Versorgungssituation und die zukünftigen Anforderungen in der Stadt Hamburg genauer zu untersuchen. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, welche Behandlungs- und Pflegebedarfe zu erwarten sind, welche Hilfeangebote für ältere Drogenkonsumierende vorhanden sind und in welchem Ausmaß und inwieweit spezifische Hilfskonzepte oder Unterbringungen nötig sind.

## 2 Fragestellung und Methode

### 2.1 Fragestellung

Angesichts des zunehmenden Durchschnittsalters von Klientinnen und Klienten in der Drogenhilfe ist der Konsum illegaler Drogen nicht länger als ein Phänomen unter jüngeren Menschen zu betrachten. Vielmehr zeigt sich, dass Drogenkonsumierende auch in ihrem vierten und fünften Jahrzehnt noch nicht aus der Sucht „herausgewachsen“ sind.

Da immer mehr Menschen mit einem fortbestehenden Drogenkonsum alt werden, stellen sich vor allem die folgenden drei zentralen Fragen:

- Wie ist es um die soziale und gesundheitliche Lage der älteren Menschen mit langen Drogenkarrieren bestellt?
- In welcher Größenordnung ist in Zukunft mit einer Zunahme an älteren Drogenkonsumierenden und -abhängigen zu rechnen?
- Welche Versorgungsangebote werden nötig sein, um die Hilfebedarfe der älteren Drogenkonsumierenden aufzufangen?

Für jeden dieser drei Themenbereiche kristallisieren sich weitere Fragenkomplexe heraus, die im Mittelpunkt der durchgeführten Untersuchung stehen:

Zu 1. Wie sehen die Lebensumstände von Menschen mit langjährigen Drogenkarrieren aus, die 45 Jahre und älter sind? Welche funktionalen Einschränkungen bestehen bei dieser Altersgruppe in sozialen und gesundheitlichen Lebensbereichen? Welche Leistungen des Versorgungssystems (Gesundheitsversorgung, Sucht- und Altenhilfe) werden von den älteren Drogenkonsumierenden in Anspruch genommen?

Um diesen Fragestellungen nachzugehen, werden ältere Drogenkonsumierende ab 45 Jahren im Hinblick auf ihre körperliche und psychische Gesundheit, chronische Krankheiten und ihre soziale Situation (Wohnung, Partnerschaft, Kinder, Einkommen) untersucht. Weiterhin wird die Nutzung von Hilfeangeboten der Suchthilfe, Medizin, Altenhilfe und Sozialhilfe betrachtet.

Zu 2. In welchem Ausmaß sind ältere aktuelle und ehemalige Drogenkonsumierende mit drogenbezogenen und altersbedingten Folgeproblemen in den nächsten 10 Jahren in Hamburg zu erwarten?

Um zu ermitteln, wie sich die Zahl der älteren Drogenkonsumierenden mit langjährigen Drogenkarrieren zukünftig entwickelt und welche quantitative Bedeutung festgestellte soziale und gesundheitliche Problemlagen haben, erfolgt eine 10-Jahres Prognose.

Zu 3. Welche Anforderungen bestehen an verschiedene Versorgungsbereiche? Gibt es absehbare Versorgungslücken? Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den ge-

wonnenen Erkenntnissen zur Lebenssituation, der zukünftigen Entwicklung älterer Drogenkonsumierender und den Anforderungen an die Versorgung ableiten?

Um einen ersten Überblick über die bestehende Versorgung von älteren Drogenabhängigen in der Stadt Hamburg zu geben, wird eine Bestandsaufnahme der verfügbaren spezifischen Hilfe- und Behandlungsangebote vorgenommen.

## 2.2 Untersuchungsmethoden

Analog zu den drei zentralen Fragestellungen basiert die wissenschaftliche Untersuchung auf drei verschiedenen methodischen Ansätzen, um die Bedarfe von Drogenkonsumierenden ab einem Alter von 45 Jahren und die zukünftigen Anforderungen an die Versorgung für die Stadt Hamburg zu erkunden. Die verwendeten Forschungsmethoden werden im Folgenden näher erläutert.

### 2.2.1 *Untersuchung der Situation und Bedarfe älterer Drogenabhängiger*

Zur Identifikation der Situation und Bedarfe von älteren Drogenabhängigen werden zwei verschiedene Gruppen von Drogenabhängigen mit einem Mindestalter von 45 Jahren näher untersucht. Für jede der beiden Gruppen wird ein unterschiedlicher Zugang und eine andere Untersuchungsmethode gewählt:

- Ältere Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hamburg  
Der Zugang zu den Drogenabhängigen mit einem Mindestalter von 45 Jahren, die sich in Kontakt mit dem Hamburger Drogenhilfesystem befinden, erfolgt auf Grundlage der in der Hamburger Basisdatendokumentation erfassten Daten zu den Klientinnen und Klienten.

- Aktive und ehemalige Drogenkonsumierende ab 45 Jahren in verschiedenen Bereichen des Hamburger Versorgungssystems

Ältere aktive und ehemalige Drogenkonsumierende werden über unterschiedliche Hilfeinrichtungen kontaktiert und mittels eines standardisierten Fragebogens in einem persönlichen Gespräch interviewt. Diese zusätzlichen Erhebungen zielen darauf ab, vertiefende Erkenntnisse zur Lage, den Bedarfen und zur Hilfenutzung von älterer Drogenabhängigen zu gewinnen.

Methodik zur Analyse von älteren Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe  
Grundlage zur Untersuchung der gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation von älteren Klientinnen und Klienten der ambulanten Hamburger Suchthilfe sind die Originaldaten der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO).

Zur Reanalyse der Originaldaten wird ein Datensatz mit folgenden Kriterien erstellt:

- Mindestalter 18 Jahre,
- kürzliche Betreuung (Jahrgänge 2006-2008) in der ambulanten Suchthilfe in Hamburg (letzte Betreuung der jeweiligen Person),
- Hauptproblemdroge Opiate.



Im Mittelpunkt der Auswertung steht eine Deskription der sozialen und gesundheitlichen Lebenssituation, des aktuellen Drogenkonsumverhaltens, der justiziellen Situation sowie der Inanspruchnahme verschiedener gesundheitsfördernder Hilfen, Betreuungen und Behandlungen der älteren Drogenkonsumierenden ( $\geq 45$  Jahre). Die Beschreibung erfolgt immer geschlechtsspezifisch und im Vergleich mit den Jüngeren ( $\leq 44$  Jahre).

#### Methodik zur Befragung von älteren Drogenkonsumierenden

Zur vertiefenden Untersuchung der Lebenssituation und Versorgungsbedarfe von älteren Drogenkonsumierenden erfolgt die Erhebung in allen relevanten Hilfeinrichtungen, so dass die Stichprobe die zentralen Versorgungsbereiche der Drogen-, Altenhilfe und Pflege repräsentiert. Auf Grundlage der vorhandenen Hilfeinrichtungen für ältere Drogenkonsumierende wird diese Zielgruppe über folgende Versorgungsbereiche kontaktiert:

#### Drogenhilfe

- Ambulante Behandlungseinrichtungen – Substitutionsambulanzen, PSB, ambulante Entgiftung und Entwöhnung
- Stationäre Entgiftung und Entwöhnung
- Niedrigschwellige Einrichtungen (Drob Inn, Stay Alive)

#### Pflegeeinrichtungen

- Alten- und Pflegeheime
- Ambulante Pflege

#### Wohneinrichtungen

- Wohnprojekte (für Drogenabhängige)

#### Standardisierter Fragebogen

Für die Interviews wird ein standardisierter Fragebogen eingesetzt, der auf folgenden standardisierten Instrumenten basiert:

- EuropASI: Aus dem EuropASI werden die standardisierten Fragen zur Erhebung der soziodemographischen Daten, Lebenssituation (Erwerbstätigkeit, soziale Beziehungen), der Gesundheit sowie der Behandlungserfahrung verwendet.
- MAP: Der "Maudsley Addiction Profile" (Marsden & Gossop 1998) wird genutzt, um den Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen nach Häufigkeit und Applikationsform zu erfassen.
- ICF: Aus dem ICF<sup>3</sup> werden zentrale Items aus den Domänen „Aktivitäten und Partizipation“ in den Fragebogen integriert. Zu den ausgewählten Bereichen gehören die „Selbst-

---

<sup>3</sup> Der ICF der WHO hat den deutschen Titel „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Diese Klassifikation bietet ein umfangreiches System zur Erfassung der gesellschaftlichen Teilhabe, der Aktivitäten und möglichen funktionellen Beeinträchtigungen eines Individuums (WHO 2005).

versorgung“ (d510, d520, d 540, d570), „Haushalt“ d640, d630), „Interpersonelle Kommunikation“ (d740, d750, d770) und „Bedeutsame Lebensbereiche“ (d870). Beurteilungsmerkmale sind die ‚Leistung‘ und die ‚Leistungsfähigkeit‘. Die Beurteilung erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala.

Die Auswahl der Lebensbereiche und der Umweltfaktoren des ICF folgt dem MATE Instrument. MATE<sup>4</sup> ist ein standardisiertes Interview, das für suchtmittelkonsumierenden Klientinnen und Klienten konzipiert wurde. Ein Bestandteil dieses Interviews ist der ICF-Bereich der Aktivität und Partizipation sowie der ICF-Bereich der Umweltfaktoren. In MATE wurden Umweltfaktoren an den Suchtbereich angepasst. Die drei Fragebereiche aus den Umweltfaktoren zu den unterstützenden Beziehungen (e310-325) werden in den Fragebogen für diese Studie übernommen. Beurteilt wird die Qualität der sozialen Beziehungen und ob diese einen positiven oder negativen Einfluss auf die Rehabilitation haben. Die Beurteilung erfolgt anhand der fünf Kategorien 0-4 für das Ausmaß des Problems.

- IRES-3: Aus dem Patientenfragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ wird der Bereich zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen (Wohnen, Finanzen, Freizeit, Gesundheit, Beziehungen, dem Leben insgesamt) verwendet (Bührlen, Gerdes et al. 2005)<sup>5</sup>. Die Fragen zur Zufriedenheit beziehen sich auf die letzten vier Wochen und werden auf einer 7-stufigen Skala von ‚völlig unzufrieden‘ bis ‚völlig zufrieden‘ beantwortet.

Der verwendete Fragebogen umfasst sieben Untersuchungsbereiche: allgemeine Information, Substanzkonsum, Lebenssituation, Partizipation und Unterstützung, Gesundheit, Behandlungserfahrung und Zufriedenheit. Am Ende des Interviews enthält er offene Fragen, wie sich die Befragten ihre weitere Zukunft vorstellen und welche Form der Hilfe und Unterstützung sie benötigen. Die Interviewten werden zudem gefragt, wie sie sich ihr Leben vorstellen, wenn sie sich nicht mehr selbstständig versorgen können.

Die Antworten zu offenen Fragen werden während des Interviews in Form eines Protokolls dokumentiert. Insgesamt dauerte das Interview inklusive der offenen Fragen etwa eine Stunde.

Die erhobenen Daten werden deskriptiv ausgewertet, getrennt nach Männern und Frauen. Zentrale Aspekte der Auswertung sind die körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Inanspruchnahme professioneller Hilfen und Behandlungen und die von den Befragten genannten gesundheitlichen und sozialen Versorgungsbedarfe. Des Weiteren wird analysiert,

---

<sup>4</sup> Der MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) wurde vom Amsterdamer Institut für Suchtforschung (AIAR) entwickelt und ist ein neues, im deutschen Raum noch nicht breit eingesetztes Diagnostikinstrument für den Suchtbereich. Das Instrument stellt eine Alternative zum Addiction Severity Index (ASI bzw. EuropASI) dar und soll diesen auf längere Sicht ablösen. Der MATE beinhaltet Fragenkomplexe, die auf dem ICF basieren und auf das Thema Sucht abgestimmt sind (Buchholz, Schippers et al. 2006; Buchholz, Rist et al. 2009).

<sup>5</sup> Mit dem Erhebungsinstrument werden rehabilitations-spezifische Bereiche abgefragt und der subjektive Gesundheitszustand, die psychosozialen Krankheitsfolgen und die berufliche Leistungsfähigkeit erfasst. Das Instrument kann als eine Ergänzung zum ICF verstanden werden.

wie sich die Lebenssituation der älteren Drogenkonsumierenden im Hinblick auf die Selbstversorgung und bereits bestehende Einschränkungen der Funktionsfähigkeit darstellt.

### *2.2.2 10-Jahres Prognose zur Entwicklung älterer Drogenkonsumierenden in Hamburg*

Ziel ist die Prognose von älteren Drogenkonsumierenden und die Schätzung der quantitativen Bedeutung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen. Im Folgenden wird das Verfahren vorgestellt und begründet.

Die Prognose bezieht sich in ihren verschiedenen Aspekten auf einen 10-Jahres-Zeitraum. Basierend auf den Schätzungen für 2008 erfolgt die Prognose für die Jahre 2013 und 2018. Die Schätzung erfolgt auf Grundlage der Daten der Basisdatendokumentation (BADO) der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hamburg. Eingeschlossen werden

- Personen mit der Hauptproblemdroge Opiatabhängigkeit,
- die in den letzten 10 Jahren in das Hilfesystem ein- oder mehrmals eingetreten sind.

Demzufolge beruht die Schätzung der Anzahl von älteren Opiatabhängigen für 2008 (und damit die Prognose für die nächsten 10 Jahre) auch auf denjenigen Personen, die das Hilfesystem verlassen haben. Hinsichtlich der Herausforderungen für das Hilfesystem ist ein solches Vorgehen realistisch, weil Personen mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit in der Regel langjährige Drogenkarrieren und in einem erheblichen Ausmaß mit sozialen und gesundheitlichen Folgeproblemen, z.B. im Bereich der Arbeitslosigkeit oder etwa der HCV-Infektion belastet sind (vgl. die Deskription der Jahrgänge 2006 bis 2008 in Teil 3). Diese Gruppe ehemaliger abhängiger Menschen ist bei Planungen zu berücksichtigen, da einige zentrale gesundheitliche und soziale Folgeprobleme auch bei überwundenem Abhängigkeitsproblem fortbestehen.

Das methodische Vorgehen für die Schätzung der Anzahl und Altersstruktur der aktuellen und ehemaligen Opiatabhängigen in Hamburg bis 2018 hat zwei Stufen:

1. Es erfolgt eine Zählung der aktuellen und ehemaligen Opiatabhängigen für das Jahr 2008.

Ausgangszahl sind alle in den letzten 10 Jahren als Opiatabhängige in der BADO bekannten Personen. Von diesen Personen sind Alter und Geschlecht bekannt.

Etwa zwei Drittel dieser Personen sind vor 2006 – also zwischen 1998 und 2005 aus der ambulanten Suchtkrankenhilfe ausgeschieden. Sie sind (vermutlich) zu einem Teil sozial integriert, befinden sich in Substitution ohne weiteren Kontakt zum Hilfesystem oder sind verstorben. Diese Zählung für 2008 wird ergänzt durch die Schätzung der verstorbenen Ausgeschiedenen. Für die aus der BADO ausgeschiedenen Opiatabhängigen wird pro Jahr eine Sterberate von 1% angenommen. Diese Annahme beruht zum einen auf den bekannten Raten in der Basisdatendokumentation. Unter den Beendern einer Betreuungsmaßnahme, bei denen der Grund der Beendigung bekannt ist, liegt die Todesrate in den letzten 10 Jahren zwischen 0,6 und 1,7% (bei den Älteren ist sie verdoppelt). Zum anderen beruht sie auf der Rate der Drogentoten, die – bezogen auf die aktiven Konsumentinnen und Konsumenten –

in Hamburg über Jahre kontinuierlich bei etwa 1% liegt. Hierbei handelt es sich allerdings vorwiegend um Drogennotfälle. Die in der internationalen Literatur festgestellten Mortalitätsraten bei Opiatabhängigen allgemein – also inklusive jüngerer Drogenkonsumierender – liegen bei 1% bis 3% (Rehm et al. 2005).

2. Die Prognosen 2013 und 2018 zu Zahlen sowie Altersstruktur und Geschlecht erfolgt auf Basis der jährlichen Neueintritte in eine Maßnahme der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Hierbei werden wiederum nur diejenigen Personen betrachtet, die die Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit aufweisen.

Basis der Prognose sind die tatsächlichen Betreuungs- und Behandlungs-Eintritte der drei Jahrgänge 2006 bis 2008. Dabei wird die Alters- und Geschlechtsstruktur dieser Neuaufnahmen sowie der hier bestehende Trend für die Jahre 2009 bis 2017 fortgeschrieben. Da nur ein kleiner Teil der Neueintritte älter als 35 Jahre ist (etwa 15%), ist die Fortschreibung der Neuaufnahmen für die Prognose der Älteren relevant, spielt aber hinsichtlich der Gesamtzahlen eine untergeordnete Rolle.

Für die Jahre ab 2008 werden die Gesamtzahl der aktuellen und ehemaligen Konsumenten sowie die prognostizierten Neueintritte für die Jahre 2009 bis 2018 um die vermutete Sterberate von 1% pro Jahr korrigiert. Zur Abschätzung der quantitativen Bedeutung bestimmter Probleme (z.B. somatischer Erkrankungen wie der HCV-Infektion oder der sozialen Integration) werden Ergebnisse zur Beschreibung der Lage Älterer (Teil 3) auf die Prognose bezogen.

### *2.2.3 Untersuchung der Hilfeangebote und Versorgungslücken aus Sicht der Suchthilfe und Pflege*

Zur Bestandsaufnahme der Versorgungssituation und Identifizierung von Lücken werden Expertinnen und Experten aus verschiedenen Versorgungsbereichen interviewt. Die Auswahl der Versorgungsbereiche erfolgt zum einen auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der in Hamburg bestehenden Hilfeangebote für ältere Drogenkonsumierende. Zum anderen werden die Expertinnen und Experten so ausgewählt, dass die unterschiedlichen Versorgungsbereiche repräsentiert sind. Im Einzelnen wurden Fachkräfte aus den folgenden Versorgungsbereichen interviewt:

Suchthilfe:

- Substitutionsambulanz
- Ambulante Drogenbehandlung und Betreuung
- Wohnprojekte
- Einrichtungen mit spezifischen Angeboten für ältere Drogenkonsumierende

(Alten-)Pflege

- Ambulante Pflege
- Wohnprojekt
- Stationäre Pflegeheime (darunter auch für Alkoholabhängige)

Bei der Planung der Studie war vorgesehen, auch soziale Einrichtungen (Entlassenen- und Bewährungshilfe, Wohnungslosenhilfe) und Einrichtungen des Gesundheitswesens (Allgemeinmedizin, psychiatrische Einrichtungen, Einrichtungen der HIV- und HCV Behandlung, MDK) in die Experteninterviews mit einzubeziehen. Von dieser Planung wird zugunsten einer stärkeren Gewichtung von Hilfeeinrichtungen, die mit älteren Drogenkonsumierenden in Kontakt stehen (Kapitel 5), abgewichen.

Zur Durchführung der Interviews wird ein Leitfaden entwickelt, der themenbezogen vorstrukturiert ist. Er ist in drei Themenbereiche untergliedert:

- Versorgung von Älteren: Verfügbare Angebote für die Zielgruppe, die Inanspruchnahme der Angebote, Weitervermittlungen der Zielgruppe
- Problemlagen von Älteren: Soziale und gesundheitliche Probleme von älteren Frauen und Männern, Hilfebedarfe
- Anforderungen an die Versorgung: Bestehende Versorgungslücken, Hauptproblembereiche der Älteren in Zukunft, Anforderungen an die Entwicklung der Versorgung

Insgesamt wurden Expertinnen und Experten aus 10 verschiedenen Hilfeeinrichtungen interviewt. Die Aussagen der befragten Fachkräfte wurden während des Gesprächs protokolliert. Alle Gesprächsprotokolle werden analog zu Struktur des Interview-Leitfadens ausgewertet. Bei der Auswertung liegt ein Hauptaugenmerk darauf, die in den einzelnen Einrichtungen bestehenden Angebote für ältere Drogenkonsumierende im Hinblick auf die Konzeption und Inanspruchnahme zu beschreiben. Des Weiteren sind die praktischen Erfahrungen mit älteren Drogenkonsumierenden sowie die professionellen Einschätzungen zu den spezifischen Bedarfslagen und den perspektivischen Versorgungsproblemen in der Stadt Hamburg von zentraler Bedeutung für die Interviewanalyse.

#### *2.2.4 Integration der Ergebnisse zur Formulierung der zukünftigen Versorgungsbedarfe*

Die Gesamtstudie zielt darauf, zukünftig zu erwartende Versorgungsbedarfe aufzuzeigen und mögliche Handlungskonsequenzen für eine optimierte Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen zu formulieren. Um die zukünftigen Versorgungsbedarfe herauszuarbeiten, werden die Ergebnisse aus den vier unterschiedlichen Untersuchungsperspektiven zusammengeführt. Im Einzelnen fließen in die integrierte Analyse der Versorgungsbedarfe folgende Ergebnisse ein:

- Erkenntnisse aus der Untersuchung der gesundheitlichen und sozialen Problemlagen von Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe,
- Erkenntnisse zur Lebenssituation, bestehenden Einschränkungen in der Selbstversorgung und zukünftigen Hilfebedarfen aus den Interviews mit älteren Drogenabhängigen,
- Beurteilung der aktuellen Versorgungslage und Einschätzungen zu den Versorgungslücken auf Grundlage der Interviews mit Fachkräften aus der Praxis,
- Erwarteter Trend in der Entwicklung der Zahl und Bedarfe älterer Drogenkonsumierender.

Aus der Integration der Ergebnisse ergeben sich die zentralen Herausforderungen, die gegenwärtig und zukünftig in der Versorgung von älteren Drogenkonsumierenden von Bedeu-

tung sind. Ausgehend von den identifizierten Problembereichen in der Versorgung sollen die vermutlichen Herausforderungen für unterschiedliche Hilfesysteme und ihre Ausdifferenzierung erörtert werden.

### 3 Lebenssituation und Hilfenutzung von älteren opiatabhängigen Klientinnen und Klienten des Hamburger Suchthilfesystems (2006-2008)

#### 3.1 Die Untersuchungsgruppe

Die Beschreibung der Lage älterer Drogenkonsumierenden erfolgt auf der Grundlage von Klientinnen und Klienten, die in den letzten drei Jahren mit einem primären Opiatproblem in der ambulanten Suchtkrankenhilfe betreut wurden.

Unter den 7.797 unterschiedlichen Opiatabhängigen der drei Jahre 2006 bis 2008 (ohne Angehörige) sind mit N=1.907 fast ein Viertel 45 Jahre oder älter (25%). Ihnen stehen 5.890 (76%) jüngere Konsumentinnen und Konsumenten gegenüber. Mit 22,8% ist der Frauenanteil bei den Älteren etwas geringer als unter den Jüngeren (27%) (vgl. Tabelle 1).

Das Durchschnittsalter der über 45-Jährigen beträgt 50 Jahre ( $\pm 4,5$ ). Bei der jüngeren Klientel liegt es bei 34,4 ( $\pm 6,6$ ) Jahren. Die Vergleichsgruppe der jüngeren Opiatabhängigen ist also zwischen 28 und 40 Jahren – und somit ebenfalls relativ alt.

Unter den älteren Opiatabhängigen sind Frauen (50,1 Jahre,  $\pm 4,9$ ) und Männer (50,0 Jahre,  $\pm 4,4$ ) gleich alt. Bei den jüngeren Klientinnen und Klienten sind die Frauen mit 33,5 ( $\pm 6,9$ ) Jahren etwas jünger als die Männer mit 34,8 ( $\pm 6,5$ ) Jahren.

Wenn im Folgenden die verschiedenen Aspekte der Lage der Älteren im Vergleich mit jüngeren Drogenkonsumierenden betrachtet werden, handelt es sich durchschnittlich um eine Altersdifferenz von jeweils 15 Jahren.

Tabelle 1

Ältere ( $\geq 45$  Jahre) und Jüngere ( $\leq 44$  Jahre) Opiatabhängige nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
$\leq 44$ Jahre – Jüngere	4.319	73,3	1.571	26,7	5.890	75,5
$\geq 45$ Jahre – Ältere	1.472	77,2	435	22,8	1.907	24,5
Gesamt	5.791	74,3	2.006	25,7	7.797	100

#### 3.2 Soziale Situation

##### 3.2.1 Wohnsituation

Ausgangspunkt der Betrachtung der Wohnsituation ist der aktuelle Aufenthaltsort. Das umfasst die Inhaftierten, Personen in institutioneller Umgebung und Wohnungslose. Der aktuelle Aufenthaltsort oder Lebensmittelpunkt ist für drei Viertel der über 45-Jährigen die eigene

Wohnung (74%) gegenüber 56% bei den Jüngeren. In beiden Gruppen befinden sich mehr Frauen als Männer in eigener Wohnung.

Die stabilere Wohnsituation der Älteren hat wesentlich mit der Reduzierung der Haftaufenthalte und des Wohnens bei Angehörigen zu tun. (Wird die Frage des aktuellen eigenen Wohnraums ohne Inhaftierte betrachtet, ist in beiden Gruppen, insbesondere bei den Jüngeren, der Anteil an Personen „in eigener Wohnung“ höher.) Mit 6% befinden sich die Älteren seltener in Haft als die Jüngeren mit 16%. Die Differenzen beziehen sich insbesondere auf die Männer, deren Haftbelastungen schwerwiegender sind. Unter den jüngeren Männern befinden sich 18% in Haft.

Bei den Älteren lebt ein Anteil von 4% in Hotels oder Pensionen, weitere 3% sind obdachlos und 2% leben „vorübergehend bei Freunden“. Bei den Jüngeren ist ein vergleichbarer Anteil in Hotels untergebracht, obdachlos (4%) oder lebt vorübergehend bei Freunden (3%). Das Problem der Obdachlosigkeit verringert sich bei den älteren Frauen um zwei Drittel.

Tabelle 2

Aufenthaltort nach Altersgruppen und Geschlecht (N=7.525)

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
in eigener Wohnung	70,9%	83,1%	73,7%	52,9%	63,8%	55,9%
bei Partner, Partnerin	2,1%	1,9%	2,0%	3,3%	4,9%	3,7%
bei Angehörigen	3,9%	0,9%	3,2%	9,8%	5,4%	8,6%
betreutes Wohnen (Suchthilfe, Nachsorge, Frauenhaus)	4,2%	3,0%	3,9%	4,0%	5,0%	4,3%
Klinik/Krankenhaus	1,2%	1,9%	1,3%	1,4%	1,2%	1,3%
JVA/Haftanstalt	7,6%	2,6%	6,4%	18,1%	9,0%	15,7%
vorübergehend bei Freunden	2,2%	2,8%	2,4%	3,1%	3,3%	3,2%
Hotel/ Pension/Unterkunft	5,1%	2,1%	4,4%	4,0%	2,6%	3,6%
auf der Straße/auf Trebe	2,9%	1,6%	2,6%	3,4%	4,9%	3,8%
Eigener Wohnraum vorhanden (ohne Inhaftierte) (N=6.441)	78,8%	87,7%	80,8%	75,1%	74,3%	69,1%
Instabile Wohnverhältnisse (N=6.246)	27,1%	14,9%	24,2%	43,8%	31,4%	40,5%

Insgesamt stabilisiert sich für die Älteren die Wohnsituation. Unabhängig von den Inhaftierten verfügen die Älteren zu 81% über eigenen Wohnraum gegenüber 69% bei den Jüngeren.

Der positive Trend zeigt sich auch bei Aufsummierung verschiedener instabiler Wohnverhältnisse (Summe aller Kategorien von Wohnen bei Angehörigen, über betreutem Wohnen bis zu Haft und Obdachlosigkeit) (vgl. Tabelle 2). In instabilen Wohnverhältnisse befinden sich demnach unter den Älteren ein Viertel (25%). Dieser Anteil ist gegenüber 41% bei den Jüngeren deutlich verringert. Nicht bei jedem der älteren Drogenkonsumierenden dürfte die Instabilität dauerhaft sein. Viele Personen aus der Haft, betreutem Wohnen oder der Klinik können vermutlich ihre Wohnsituation selbständig regeln. Aber schätzungsweise die Hälfte der älteren Abhängigen mit Wohnungsproblemen werden aufgrund von Zusatzproblemen wie beispielsweise Mobilitätseinschränkungen (siehe unten), begrenzten Ressourcen sowie begrenzten Angeboten einer vorübergehenden oder dauerhaften Unterstützung bedürfen.

### 3.2.2 Lebens- und Beziehungssituation

Fast 60% der über 45-Jährigen lebt allein. 17% leben mit der Partnerin bzw. dem Partner und 8% leben in einer Partnerschaft mit Kind. Gegenüber den jüngeren Drogenkonsumierenden leben die Älteren eher allein und seltener bei den Eltern. Unter den Jüngeren leben 48% alleine, 17% mit der Partnerin/dem Partner und 11% in Partnerschaft mit Kind (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Lebenssituation, Partnerbeziehung und Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
<b>Lebenssituation (ohne Inhaftierte)</b> (N=6.412)						
Allein lebend	63,2%	47,2%	59,4%	51,9%	37,9%	47,8%
mit den Eltern	3,0%	1,4%	2,6%	9,8%	4,4%	8,2%
alleine mit Kind, Kindern	1,4%	12,8%	4,1%	0,8%	13,7%	4,6%
mit Partnerin/Partner allein	14,1%	24,1%	16,5%	13,9%	23,1%	16,6%
mit Partnerin/Partner und Kind(ern)	8,3%	4,8%	7,5%	11,1%	10,9%	11,0%
anderes	10,1%	9,7%	9,9%	12,6%	9,9%	11,8%
<b>Partnerbeziehung (N=7.327)</b>						
alleinstehend	66,9%	56,8%	64,6%	59,1%	43,5%	54,8%
feste Beziehung, getrennt lebend	10,5%	12,6%	11,0%	16,4%	21,6%	17,8%
feste Beziehung, zusammen lebend	22,5%	30,5%	24,4%	24,5%	34,9%	27,4%
<b>Partner mit Suchtproblemen</b> (N=7.092)						
Partnerin, Partner mit Sucht	12,4%	28,3%	16,0%	13,5%	39,2%	20,5%
Partnerin, Partner ohne Sucht	16,5%	11,3%	15,3%	22,0%	11,9%	19,2%
<b>Familienstand (N=7.436)</b>						
ledig	56,3%	40,1%	52,6%	75,8%	64,4%	72,7%
verheiratet	13,8%	15,2%	14,2%	11,0%	11,8%	11,2%
geschieden	23,2%	33,5%	25,5%	8,4%	16,1%	10,5%
<b>Kinder (N<sub>min</sub>=7.089)</b>						
Eigene Kinder (≥1) (N=7.286)	61,2%	63,4%	61,7%	44,6%	57,9%	48,2%
Mittlere Anzahl Kinder (N=7286)	1,2%	1,2%	1,2%	0,8%	1,0%	0,9%
Minderjährige Kinder (≥1) (N=7.159)	28,9%	28,9%	28,9%	32,8%	47,6%	36,8%
Mittlere Anzahl minderjähriger Kinder (7.159)	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%	0,8%	0,6%
Minderj. Kind leben im Haushalt der Klientin, des Klienten (N=7.089)	7,5%	13,1%	8,7%	8,1%	21,6%	11,8%

Die älteren Frauen leben zu 13 % allein mit Kind. Das entspricht nahezu der Situation bei den jüngeren Frauen (14%). Für die älteren Frauen verringert sich mit dem Alter das Zusammenleben mit Partner und Kindern von 11% auf 8%. Das liegt auch an der Verringerung minderjähriger Kinder in der Gruppe der Älteren.



Die älteren Konsumenten leben zu einem Viertel zusammen in einer festen Partnerbeziehung. Hier ist der Unterschied zu den Jüngeren gering (27%). Dagegen haben die Älteren insgesamt seltener eine Partnerschaft (35%) (getrennt oder zusammen lebend) als die Jüngeren (45%).

Auch wenn die älteren Frauen eher eine Partnerbeziehung haben als die älteren Männer, erhöht sich bei den älteren Frauen gegenüber Jüngeren der Anteil der Alleinstehenden deutlicher (von 44% auf 57%) als bei den Männern (vgl. Tabelle 3).

Besteht eine Partnerschaft, so leben die Frauen überwiegend mit einem Partner mit Suchtproblemen (ca. vier Fünftel bei den Jüngeren und zwei Drittel bei den Älteren). Auch Partnerschaften der älteren Frauen sind überwiegend solche mit Männern mit Suchtproblem – wobei sich aber der generelle Rückgang von Partnerschaften bei den älteren Frauen vor allem auf suchbelastete Partnerschaften bezieht.

Die Situation bei den Partnerbeziehungen spiegelt sich auch im Familienstand. Unter den Älteren haben etwa 40% im Verlauf ihres Lebens geheiratet (doppelt so viele wie bei den Jüngeren). Etwa zwei Drittel dieser Ehen sind geschieden.

Über 60% der über 45-Jährigen haben zumeist ein Kind (62%), im Durchschnitt sind es 1,2 pro Person. Bei der jüngeren Klientel ist der Anteil mit zumindest einem Kind geringer (48%). Die mittlere Anzahl liegt bei 0,9.

Mit dem Alter verschiebt sich naturgemäß das Bild hinsichtlich der minderjährige Kinder: Unter den Älteren haben noch 29% minderjährige Kinder (Gesamtdurchschnitt: 0,4), bei den übrigen Klienten sind es 37% (Gesamtdurchschnitt: 0,6). Die minderjährigen Kinder leben in allen Gruppen zu etwa zwei Drittel beim anderen Elternteil. Frauen leben insgesamt eher mit ihren minderjährigen Kindern zusammen. Bei den älteren Klientinnen leben minderjährige Kinder zu 13% in ihrem Haushalt gegenüber 22% bei den Jüngeren.

### 3.2.3 Arbeit und Einkommen

Etwa jeder achte ältere Drogenkonsument (12%) ist vollzeitbeschäftigt, weitere 7% arbeiten Teilzeit und in Gelegenheitsjobs oder befinden sich in der Ausbildung (vgl. Tabelle 4). Mit 65% sind zwei Drittel der älteren Klienten und Klientinnen erwerbslos.

Die hohe Erwerbslosigkeit gilt in etwas geringerem Ausmaß für die Mehrheit der jüngeren Klientel (57%). Der Anteil der Jüngeren mit Vollzeitstelle beträgt (14%). 13% sind insgesamt in Teilzeit-, Gelegenheitsarbeit oder in Ausbildung. Die Arbeitssituation unterscheidet sich unter den Altersgruppen kaum – mit Ausnahme des geringeren Anteils Auszubildender unter den Älteren.

Die aktuelle Arbeitssituation ist somit bei den über 45-Jährigen (ohne Ausschluss der Inhaftierten) fortgesetzt außerordentlich schlecht. Der Anteil der Inhaftierten (Angabe zur Arbeitssituation „in Einrichtung“ bei den Männern) verringert sich; dafür wächst – insbesondere bei den Männern – der Anteil der Berentung und der Arbeitslosigkeit.

Tabelle 4

## Arbeits- und Einkommenssituation nach Altersgruppen und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
<b>Arbeitssituation (N=7.454)</b>						
Vollzeit	12,4%	9,7%	11,8%	14,3%	7,5%	12,5%
Teilzeit (regelmäßig)	3,6%	5,7%	4,1%	3,1%	5,0%	3,6%
Gelegenheitsarbeit	1,3%	2,6%	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%
Schüler, Studierende, Auszubildende	1,3%	1,4%	1,3%	3,1%	5,6%	3,7%
Bundeswehr, Zivildienst	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rentner, Rentnerin	5,7%	7,1%	6,0%	1,0%	1,6%	1,1%
erwerbslos/arbeitslos	65,2%	64,1%	65,0%	54,3%	63,1%	56,7%
in Einrichtung	10,4%	6,6%	9,6%	22,6%	13,3%	20,1%
Hausfrau/-mann	0,1%	2,8%	0,7%	0,0%	2,4%	0,7%
<b>Einkommen</b>						
Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Arbeitnehmer)	11,8%	11,8%	11,8%	14,0%	9,9%	12,9%
Arbeitslosengeld I, Krankengeld	4,0%	2,9%	3,7%	3,6%	2,6%	3,4%
Arbeitslosengeld II	58,0%	55,8%	57,5%	48,1%	60,8%	51,5%
Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld/BAFÖG	0,1%	0,5%	0,2%	1,5%	2,3%	1,7%
Sozialhilfe (inkl. Wohngeld)	6,1%	9,7%	6,9%	4,5%	4,4%	4,5%
Rente	6,7%	8,7%	7,2%	1,1%	1,6%	1,3%
Eltern/Verwandte/Partner	0,6%	4,7%	1,5%	1,8%	3,6%	2,4%
Versorgung in einer Institution	9,5%	3,3%	8,1%	21,3%	10,9%	18,5%
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	1,9%	0,9%	1,7%	1,6%	0,8%	1,4%
Sonstiges/kein Einkommen	1,3%	1,6%	1,4%	2,4%	3,3%	2,6%
<b>Besondere Einkommensquellen (ohne Inhaftierte)</b>						
Prostitution (N=4.564)	0,3%	11,6%	3,0%	1,3%	19,7%	6,8%
Illegalen Quellen (N=4.027)	11,0%	11,6%	11,1%	14,5%	19,6%	16,1%

Die Einkommenssituation spiegelt die Erwerbssituation wider. Erwerbstätigkeit ist die Haupteinkommensquelle für 12% der Älteren gegenüber 13% der Jüngeren. In beiden Altersgruppen dominieren Arbeitslosengeld und Sozialhilfe (Ältere: 68%; Jüngere: 59%) als Einkommen. Die Rente nimmt erwartungsgemäß für die Älteren als Einkommensquelle zu und liegt bei 7%.

Bei den älteren Frauen halbiert sich die Bedeutung der Prostitution als Einkommensquelle (von 20% bei den Jüngeren auf 12%). Die illegalen Einkommensquellen reduzieren sich bei den Älteren für beide Geschlechter auf 11%.

Die Schuldsituation bleibt bei dem älteren wie bei dem jüngeren Klientel ein gravierendes Problem: 76% der über 45-Jährigen haben Schulden im Vergleich zu 79% der jüngeren Klientel (N=6.596).

### 3.2.4 Justizielle Situation

Hinsichtlich des Ausmaßes und der Struktur der erheblichen justiziellen Belastungen gibt es nur geringe Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Konsumenten. Jemals verurteilt wurden 62% der Älteren und 60% der Jüngeren. Unter den Männern ist der Anteil gegenüber den Frauen erhöht. Sie wurden zu zwei Dritteln verurteilt – gegenüber der Hälfte der Frauen (vgl. Tabelle 5).

Die Haftbelastungen steigen mit dem Alter: Ältere waren zu 31%, Jüngere dagegen zu 23% in ihrem Leben länger als 3 Jahre inhaftiert. Die mehrjährigen Haftbelastungen betreffen vor allem die Männer (38% der Älteren). Die aktuelle justizielle Belastung reduziert sich mit dem Alter. Der Anteil derjenigen „ohne aktuelle justizielle Probleme steigt auf 63% bei den Älteren (Jüngere: 44%).

Tabelle 5  
Justizielle Probleme/Situation nach Altersgruppen und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
Jemals Verurteilung wegen BTM-Delikte (Handel, Besitz) (N=6.626)	66,0%	46,4%	61,6%	63,0%	50,1%	59,5%
Keine Verurteilungen (N=6.626)	20,4%	38,8%	24,6%	19,2%	37,0%	24,0%
Haft mehr als 3 Jahre (N=6.725)	37,5%	10,6%	31,4%	28,6%	7,1%	22,9%
Keine (aktuellen) Probleme mit Justiz (N=5.120)	58,3%	80,2%	63,4%	37,9%	58,8%	43,5%
Auflagen für Betreuung durch Justiz (N=6.093)	8,6%	3,1%	7,4%	15,2%	8,8%	13,4%

In die gleiche Richtung verweisen die Betreuungsaufgaben durch die Justiz für die aktuelle Behandlung: Für die über 45-Jährigen halbieren sich die Betreuungsaufgaben durch die Justiz (7%) im Vergleich zu dem jüngeren Klientel (13%).

### 3.2.5 Biographischer Hintergrund

Bestimmte biographische Hintergründe prägen die soziale Lage bis ins Alter, wobei bestimmte Aspekte möglicherweise auch als Ressourcen zu nutzen sind.

So stellt sich die erworbene Schulbildung der älteren Klienten deutlich besser dar, als die der übrigen Klientel. 7% haben keinen Schulabschluss (bei den Jüngeren 12%), und der Anteil an Abiturientinnen und Abiturienten ist mit 24% fast doppelt so hoch wie unter den Jüngeren (13%). Die Unterschiede gelten für beide Geschlechter (vgl. Tabelle 6).

Entsprechend der besseren schulischen Voraussetzungen und einer längeren beruflichen Sozialisation vor der Drogenabhängigkeit haben die über 45-Jährigen zu einem größeren Anteil eine abgeschlossene Berufsausbildung: bei 78% im Vergleich zu 60% des jüngeren

Klientel ist dies der Fall. Bei der Arbeitssituation wurde deutlich, dass sich dies Potential nicht in einer erhöhten Erwerbstätigkeit niederschlägt.

Die Älteren haben seltener einen Migrationshintergrund (selbst migriert bzw. als Kind von Migranten geboren sind 15%) als die Jüngeren (26%). Bei den Frauen ist der Migrationshintergrund generell seltener. Dies gilt insbesondere für die älteren Frauen.

Von mindestens einem Elternteil mit Suchtproblemen berichten über alle Altersgruppen zwischen 40 bis 50% der Klientel. Die Frauen sind etwas stärker betroffen. Der Anteil derjenigen Opiatabhängigen mit Heimerfahrung bzw. öffentlicher Erziehung beträgt über alle Gruppen etwa ein Viertel.

Tabelle 6

Biographischer Hintergrund nach Altersgruppen und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
<b>Schule/Ausbildung (N=7.035)</b>						
Ohne Abschluss	6,5%	7,3%	6,7%	11,4%	13,5%	12,0%
Abitur	22,2%	27,1%	23,5%	12,8%	13,9%	13,1%
Berufsausbildung abgeschlossen (N=7.167)	79,4%	74,9%	78,4%	61,6%	53,8%	59,5%
<b>Migrationshintergrund (N=7.355)</b>						
selbst migriert	15,2%	5,3%	13,0%	19,9%	10,6%	17,4%
als Kind von Migranten geboren	1,9%	1,7%	1,9%	8,9%	6,6%	8,3%
Mindestens ein Elternteil mit Suchtproblem (N=6.132)	43,4%	53,3%	45,6%	45,1%	56,9%	48,3%
Heim, öffentliche Erziehung in der Kindheit (N=6.746)	23,7%	23,9%	23,7%	24,7%	30,5%	26,3%
Körperliche Gewalterfahrung im Leben (N=6.081)	64,4%	67,2%	65,1%	63,2%	73,6%	66,1%
Sexuelle Gewalterfahrung im Leben (N=5.458)	8,5%	58,2%	20,5%	10,9%	60,9%	25,6%

Ein wichtiger Aspekt biografischer Belastungen ist die Erfahrung von körperlicher oder sexueller Gewalt. Körperliche Gewalterfahrungen liegen bei etwa zwei Dritteln vor. Ein Unterschied zwischen dem älteren und jüngeren Opiatklientel zeigt sich im Bereich erlebter sexueller Gewalt: 21% der über 45-Jährigen geben sexuellen Missbrauch an, unter den Jüngeren sind es 26%. Dramatisch ist in beiden Altersgruppen hinsichtlich der sexuellen Gewalterfahrungen die Situation der Frauen: 58% unter den älteren und 61% unter den jüngeren Klientinnen waren von sexueller Gewalt betroffen.

Bei diesen erheblichen Belastungen unterscheiden sich die älteren von den jüngeren Opiatkonsumierenden erwartungsgemäß nicht. Für die Beurteilung der Probleme und Bedarfe älterer Drogenabhängiger bleibt die Berücksichtigung dieser belastenden biographischen Aspekte essentiell.

### 3.3 Gesundheit

#### 3.3.1 Körperliche Gesundheit

Mit zunehmendem Alter nehmen körperliche Beschwerden zu. Die älteren Opiatabhängigen fühlen sich körperlich stärker beeinträchtigt. Der Anteil mit „erheblichen“ bzw. „extremen“ gesundheitlichen Belastungen unter den Älteren steigt auf 31% gegenüber 18% bei den Jüngeren (vgl. Tabelle 8).

Mit erhöhten subjektiven körperlichen Beschwerden der Älteren korrespondiert mit 23% ein gegenüber der jüngeren Klientel (9%) deutlich erhöhter Anteil an Schwerbehinderung (Grad der Behinderung überwiegend bei 50% bis 70%).

Die erhebliche und steigende gesundheitliche Belastung der Älteren zeigt sich zudem in der Prävalenz verschiedener körperlicher Störungen bzw. Symptome (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

Körperliche Beschwerden nach Altersgruppen und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
Körperliche Beeinträchtigung „erheblich/extrem“ (N=5.691)	29,8%	33,6%	30,7%	15,7%	24,4%	18,0%
Schwerbehinderung vorhanden (Grad mehrheitl. >50%) (N=5.788)	24,5%	18,8%	23,2%	9,4%	8,9%	9,3%
Schädigungen des Nervensystems (N=5.974)	14,2%	17,9%	15,1%	7,5%	9,1%	7,9%
Epileptische Anfälle (N=5.298)	8,3%	5,6%	7,7%	6,3%	8,0%	6,8%
Leberschäden (N=5.914)	39,3%	33,1%	37,8%	21,9%	21,5%	21,8%
Atemwegserkrankungen (N=5.212)	23,1%	28,8%	24,5%	12,9%	25,8%	16,5%
Herz-Kreislaufbeschwerden (N=5.907)	23,5%	25,9%	24,1%	10,6%	17,8%	12,6%
Schlafstörungen (N=6.082)	53,5%	58,6%	54,7%	47,0%	54,3%	49,0%
Sonst. schwere Erkrankung (N=5.992)	38,3%	43,5%	39,6%	26,1%	33,3%	28,0%
HIV-positiv (N=6.077)	5,9%	6,6%	6,1%	5,2%	6,6%	5,6%
HCV-positiv (N=6.243)	52,8%	49,0%	51,8%	43,0%	46,1%	43,9%
<b>Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr (N=5.254)</b>						
bis 30 zu Tagen	23,6%	25,3%	24,1%	20,4%	24,2%	21,4%
über 30 Tage	5,9%	6,7%	6,1%	4,4%	7,6%	5,2%
Ambulante medizinische Betreuung im letzten Jahr (N=5.478)	78,4%	88,2%	80,7%	72,0%	80,3%	74,3%

Die Schädigungen des Nervensystems betreffen unter den Älteren jede(n) siebenten. Leberschäden haben fast 40%. Jeweils ein Viertel haben Herz-, Kreislaufbeschwerden sowie Atemwegserkrankungen. Von Schlafstörungen berichtet über die Hälfte. Eine nicht weiter präzierte sonstige „schwere körperliche Erkrankung“ haben fast 40%.

Alle somatischen Störungsgruppen nehmen mit dem Alter erheblich zu. Geschlechtsdifferenzen treten dabei – zumindest bei den Älteren – kaum auf.

Die Prävalenz der Hepatitis C-Infektion ist unter den Älteren erhöht: 52% im Vergleich zu 44% der Jüngeren sind HCV-positiv. 6% der über 45-Jährigen sind HIV-positiv. Bei den Älteren dürften die Langzeitschäden der HCV-Infektion eine stärkere Bedeutung haben. Die beinahe Verdoppelung der Leberschäden auf 38% weist in diese Richtung.

Etwa 30% der Älteren hatten im letzten Jahr einen Krankenhausaufenthalt – bei 6% dauerte dieser über 30 Tage. Die Häufigkeit der Aufenthalte steigt gegenüber den Jüngeren nur leicht. Über 80% der Älteren (auch hier unterscheiden sich Altersgruppen und Geschlechter nur gering) nahmen im letzten Jahr eine ambulante medizinische Betreuung in Anspruch.

### 3.3.2 Psychische Situation

„Erhebliche bis extreme“ psychische Belastungen berichten mehr als ein Drittel der älteren Klientinnen und Klienten. Die Frauen fühlen sich etwas stärker belastet als die Männer. Hinsichtlich einzelner Störungsbereiche haben 15% der Älteren Ängste und etwa jede(r) Vierte depressive Stimmungen. Sonstige „schwere psychische Probleme“ und Suizidversuche betreffen etwa 30%.

Das Ausmaß psychischer Probleme verändert sich im Vergleich mit den Jüngeren nicht, sondern gilt unverändert für etwa ein Drittel der Opiatabhängigen (vgl. Tabelle 8).

Die bei den Älteren bleibenden psychischen Belastungen insbesondere durch affektive Störungen sowie Belastungsstörungen sind ein Teil der Multimorbidität und chronischer Erkrankungen älterer Drogenkonsumierender mit langfristigen Konsequenzen für ihre gesundheitliche Versorgung.

Tabelle 8

Psychische Beschwerden nach Altersgruppen und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
<b>Psychische Belastung erheblich/extrem (N=6.722)</b>	34,6%	42,0%	36,3%	32,3%	43,4%	35,4%
Ängste/Phobien (N=5.859)	13,2%	20,4%	14,9%	13,4%	22,0%	15,9%
Nervosität/Unruhe (N=5.987)	19,2%	24,0%	20,3%	21,8%	30,1%	24,2%
Depressive Stimmung (N=6.024)	22,4%	29,4%	24,0%	18,3%	26,1%	20,5%
Halluzinationen (N=5.683)	3,2%	3,7%	3,2%	2,9%	1,7%	2,6%
Aggressionen (N=5.779)	6,7%	5,9%	6,4%	9,8%	7,0%	9,0%
Sonst. schwere psych. Probleme vorhanden (N=5.356)	26,6%	38,2%	29,3%	25,2%	39,6%	29,3%
Suizidversuche (lifetime) (N=4.859)	27,4%	38,0%	30,0%	27,4%	43,1%	31,9%

### 3.3.3 Drogenkonsum

Die Älteren sind seit durchschnittlich 23,1 (±8,8) Jahren opiatabhängig, die jüngeren Klientinnen und Klienten seit 14,1 (±6,4) Jahren. Hinsichtlich des Alters bei Beginn der

Opiatabhängigkeit und der Abhängigkeitsdauer, zeigt sich, dass auch unter den über 45-Jährigen jeder siebente bereits sehr früh, im jugendlichen Alter bis zu 18 Jahren eine Opiatabhängigkeit entwickelte (15%). Dementsprechend befinden sich unter den Älteren zwei Drittel mit einer über 20-jährigen Abhängigkeitskarriere (67%). Die langjährigen Karrieren (unabhängig vom Alter bei Beginn der Störung und unabhängig von der später noch bestehenden Abhängigkeit) erhöhen das Risiko verschiedener Folgeprobleme und deren Chronifizierung.

Tabelle 9

Verlauf der Opiatabhängigkeit, aktueller Heroinkonsum und weitere Problem drogen nach Alter und Geschlecht

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
<b>Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit (N=5.396)</b>						
unter 18 Jahre alt	15,0%	16,0%	15,3%	25,8%	37,7%	29,1%
18 bis 27	46,4%	46,8%	46,5%	64,1%	52,3%	60,8%
28 bis 35	25,3%	23,5%	24,9%	8,9%	8,3%	8,7%
über 35	13,3%	13,7%	13,4%	1,2%	1,6%	1,3%
<b>Dauer der Opiatabhängigkeit (N=5.382)</b>						
Unter 5 Jahre	1,1%	1,0%	1,1%	8,0%	8,5%	8,1%
5 bis 9 Jahre	4,2%	5,5%	4,5%	16,0%	18,2%	16,6%
10 bis 19 Jahre	27,9%	24,2%	27,1%	52,2%	51,4%	52,0%
20 Jahre und länger	66,9%	69,3%	67,4%	23,8%	22,0%	23,3%
<b>Heroinkonsum bei Beginn aktueller Betreuung (N=4.510)</b>						
kein Konsum	64,4%	62,2%	63,9%	55,8%	48,7%	53,7%
(fast) täglich	15,9%	14,9%	15,6%	20,1%	23,7%	21,2%
<b>Heroinkonsum letzte 30 Tage (N=3.763)</b>						
kein Konsum	76,9%	76,8%	76,9%	68,3%	63,9%	67,0%
(fast) täglich	8,5%	8,9%	8,6%	13,2%	14,3%	13,5%
<b>Problem drogen (neben Opiaten)<sup>1</sup> (N=6.472)</b>						
Alkohol	65,1%	58,9%	63,7%	52,7%	47,2%	51,2%
Kokain	49,5%	37,9%	46,9%	54,9%	48,8%	53,3%
Crack	30,2%	26,4%	29,4%	42,1%	48,4%	43,8%
Sedativa	34,1%	38,6%	35,1%	29,5%	36,6%	31,4%

<sup>1</sup> Opiate sind mit 100% die Hauptproblem droge; daneben werden in einer Mehrfachantwort weitere Droge genannt.

Die festgestellten Unterschiede zwischen Älteren und Jüngeren sind sicher hauptsächlich ein Alterseffekt. Dennoch erfolgten Einstieg und Herausbildung der Abhängigkeit in der früheren Generation der Opiatabhängigen (Einstieg in den 70er und 80er Jahren) im Mittel später. Bei den älteren Klienten und Klientinnen begann ihre Opiatabhängigkeit im Alter von durchschnittlich 26,0 (±9,0) Jahren, bei den unter 45-Jährigen deutlich früher, nämlich im Alter von 20,0 (±5,0) Jahren. Die spätere Ausbildung der Störung dürfte ein Grund der etwas besseren schulischen und beruflichen Ausbildung (vgl. Tabelle 6) der Älteren sein (vgl. Tabelle 9).

Bei etwa einem Drittel der Älteren liegt der Störungsbeginn bei über 30 Jahren. 13% der älteren Klienten entwickelten ihre Opiatabhängigkeit erst nach dem 35. Lebensjahr. Diese Gruppe von „Späteinsteigern“ könnte hinsichtlich der Bedarfe Älterer wichtig sein, da sie möglicherweise eine weniger schwere Störung entwickelt und weniger gesundheitliche Probleme mit ins Alter nimmt.

Der aktuelle Heroinkonsum ist bei den Älteren weniger intensiv. Schon bei der Aufnahme in die aktuelle Betreuung konsumieren 64% kein Heroin mehr (lediglich 16% konsumieren „fast täglich“). Der Anteil der Nicht-Konsumierenden steigt zum Ende der Betreuung weiter auf 77%. Der Anteil derjenigen mit einem „fast täglichen“ Konsum sinkt auf 9%. Das verdeutlicht, dass der Großteil auch der älteren Drogenkonsumierenden immer wieder von Betreuungen/Behandlungen profitiert und es ihnen – zumeist in Verbindung mit der Substitution – zu drei Vierteln gelingt, auf den Heroinkonsum zu verzichten bzw. ihn substantiell zu reduzieren (vgl. Tabelle 9).

Hinsichtlich der weiteren Problemstoffen neben Opiaten zeigen sich bei den Älteren einige Verschiebungen: so werden Alkoholprobleme wichtiger (Ältere 64%; Jüngere 51%). Einen leichteren Trend gibt es hinsichtlich der Sedativa (Ältere 35%; Jüngere 32%). Bei beiden Geschlechtern steigt insbesondere die Bedeutung von Alkohol.

Die Bedeutung von Kokain sinkt für die Älteren (49%) im Vergleich mit den Jüngeren (55%) nur leicht. Crack dagegen hat für die Älteren als weitere Problemstoffe mit 29% eine geringere Bedeutung als bei den Jüngeren mit 44%. Das unterstreicht die Vermutung, dass sich unter den „Älteren“ zumindest teilweise eine andere „Generation“ von Konsumierenden findet.

### **3.4 Inanspruchnahmen des Versorgungssystems**

Beim Erstkontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe ist aufgrund des unterschiedlichen Lebensalters und des Beginns der Opiatabhängigkeit eine spätere Kontaktaufnahme der älteren Klienten und Klientinnen zu erwarten. Die über 45-Jährigen nahmen im Durchschnitt mit 34,0 ( $\pm 10,1$ ) Jahren erstmalig Kontakt zur Suchthilfe auf, bei den jüngeren Klienten und Klientinnen erfolgte dieser Kontakt bereits im Alter von 25,2 ( $\pm 6,8$ ) Jahren, also neun Jahre früher.<sup>6</sup> Betrachtet man die Zeitspanne zwischen dem Alter des Beginns der Opiatabhängigkeit und dem ersten Kontakts zur Suchthilfe, so nahmen über 45-Jährigen im Durchschnitt erst nach 6,8 ( $\pm 9,4$ ) Jahren Suchtkarriere erste (professionelle) Hilfen in Anspruch. In der Gruppe der jüngeren Klienten und Klientinnen geschah dies im Durchschnitt nach bereits 4,0 ( $\pm 5,3$ ) Jahren.

---

<sup>6</sup> Hier ist zu beachten, dass der Großteil zuvor die Suchthilfe in Anspruch genommen hatte (jeweils etwa 60%), der genaue Zeitpunkt allerdings nicht bestimmt werden konnte.



### 3.4.1 Aktuelle Inanspruchnahmen in der ambulanten Suchthilfe sowie weitere Behandlungen/ Betreuungen

Im Folgenden werden die aktuellen Inanspruchnahmen von verschiedenen Angeboten der ambulanten Suchthilfe betrachtet. Da die vorliegenden Informationen auf der Dokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe beruhen, stehen die hier erbrachten Leistungen im Mittelpunkt der aktuellen Inanspruchnahmen (vgl. Tabelle 10). Ergänzend insbesondere durch die Betrachtung der Vorbehandlungen wird die Breite der aktuellen Inanspruchnahmen von Hilfen deutlich (vgl. Tabelle 11). Darunter finden sich die Bereiche der medizinischen Versorgung, der Eingliederungshilfe sowie der Arbeitsförderung.

Die dominierende Betreuungsart in der Einrichtung (vgl. Tabelle 10) für die Älteren ist zum einen mit 55% die ambulante Beratung und zum anderen mit 40% die psychosoziale Betreuung. Ferner werden von diesen zu 19% niedrigschwellige Hilfen in Anspruch genommen. Diese Art der Inanspruchnahmen betreffen beide Altersgruppen.

Unterschiede zu den Jüngeren bestehen in einer stärkeren Inanspruchnahme psychosozialer Betreuungsleistungen (Ältere: 40%, Jüngere: 31%) und einer geringeren externen Betreuung in Haft (Ältere: 4%, Jüngere: 11%). Ansonsten bestehen in der Betreuungsart in der Einrichtung keine relevanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Tabelle 10

Betreuungsart in der Einrichtung (Mehrfachantwort) nach Altersgruppen und Geschlecht (N=6.733)

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
Niedrigschwellige Hilfen	18,6%	19,3%	18,8%	19,6%	25,5%	21,2%
Ambulante Betreuung/Beratung	55,0%	54,2%	54,8%	57,1%	57,5%	57,2%
Ambulante Rehabilitation	3,8%	5,6%	4,2%	2,7%	3,0%	2,8%
Ambulante medizinische Behandlung	5,1%	6,6%	5,5%	4,5%	7,9%	5,4%
Entgiftung/Entzug	0,8%	1,0%	0,9%	0,7%	0,4%	0,7%
Substitutionsbehandlung	4,0%	2,8%	3,7%	3,6%	4,0%	3,7%
Psychosoziale Betreuung für Substituierte	39,6%	40,2%	39,7%	29,5%	35,1%	31,1%
Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung	0,8%	1,5%	1,0%	0,6%	0,8%	0,6%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	0,8%	0,3%	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%
Aufsuchende Arbeit	3,7%	4,8%	4,0%	3,5%	5,8%	4,2%
Externe Haftbetreuung	4,8%	2,8%	4,3%	13,2%	6,5%	11,4%
sonstiges	5,1%	6,9%	5,5%	2,5%	4,8%	3,2%

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der vorangegangenen Betreuungen/Behandlungen in anderen Einrichtungen. Die Mehrheit der älteren Klientinnen und Klienten befand sich in den zurückliegenden 60 Tagen vor Beginn der letzten Betreuung bereits in

einer Behandlung oder hatte in dieser Zeit Kontakt zum Hilfesystem (69%) ohne relevanten Unterschied zur jüngeren Klientel (68%) (vgl. Tabelle 11).

Bei den vorangegangenen Behandlungen fällt die besondere Bedeutung medizinischer Behandlungen (für alle Gruppen auch außerhalb der Substitution) auf: stationäre und ambulante medizinische Behandlung sowie Entgiftung und Entwöhnungsbehandlungen. Bei allen Gruppen liegt der Anteil dieser Behandlungen bei über 40%.

In dem Zweimonatszeitraums vor der aktuellen Betreuung sind die Älteren eher in der Substitutionsbehandlung (Ältere 32%; Jüngere 27 %) und etwas seltener in niedrigschwelligen Hilfen (Ältere 15%; Jüngere 19%).

Tabelle 11

Vorangegangene Betreuungen in den letzten 60 Tagen in anderen Einrichtungen nach Altersgruppen (Mehrfachantwort) nach Altersgruppen und Geschlecht (N=4.714)

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
Niedrigschwellige Hilfen	15,1%	13,3%	14,7%	16,4%	24,6%	18,8%
Ambulante Betreuung/Beratung	9,3%	12,6%	10,1%	13,5%	16,3%	14,3%
Ambulante Rehabilitation	1,7%	2,7%	1,9%	1,0%	1,4%	1,1%
Ambulante medizinische Behandlung	12,9%	15,3%	13,5%	11,3%	14,1%	12,1%
Stationäre medizinische Behandlung	5,5%	3,7%	5,0%	6,0%	8,1%	6,6%
Stat. Entwöhnungsbehandlung	9,8%	12,0%	10,3%	12,5%	11,5%	12,2%
Entgiftung/Entzug	16,7%	17,3%	16,9%	16,9%	20,9%	18,1%
Substitutionsbehandlung	31,4%	33,6%	32,0%	24,9%	30,5%	26,5%
PSB für Substituierte	8,2%	12,3%	9,2%	7,9%	9,4%	8,3%
Psychiatr./psychothera. Behandlung	2,9%	4,0%	3,2%	2,4%	5,3%	3,3%
Betreutes Wohnen	5,7%	2,7%	4,9%	5,4%	4,9%	5,2%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	1,1%	0,7%	1,0%	1,3%	1,2%	1,2%
Aufsuchende Arbeit	1,2%	0,7%	1,1%	0,7%	1,7%	1,0%
Externe Haftbetreuung	2,9%	1,0%	2,4%	4,9%	1,9%	4,0%
Selbsthilfegruppe	2,3%	5,6%	3,1%	1,8%	1,8%	1,8%
sonstiges	2,9%	2,3%	2,8%	2,9%	3,3%	3,0%
keine (vorangegangene) Betreuung	31,4%	27,9%	30,6%	33,5%	27,0%	31,7%

Bei der Betrachtung der aktuellen Betreuung in der Einrichtung der ambulanten Suchthilfe und der vorangegangenen Betreuungen/Behandlungen in den letzten zwei Monaten wird die besondere Bedeutung der aktuellen Substitutionsbehandlung nicht deutlich. Dies gilt für alle Gruppen, aber insbesondere für die Älteren, die sich zu zwei Dritteln (68%) in der Substitution, hauptsächlich mit Methadon/Polamidon (51%) befinden (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12

Substitution (aktuell) nach Altersgruppen und Geschlecht (N=5.932)

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
Methadon / Polamidon	50,3%	53,2%	51,0%	39,7%	49,7%	42,4%
Buprenorphin, Subutex	15,8%	16,3%	15,9%	16,6%	16,3%	16,5%
Sonstiges (Codein, DHC, Heroin)	0,6%	1,0%	0,7%	0,4%	0,5%	0,4%
nicht substituiert	33,3%	29,5%	32,4%	43,3%	33,5%	40,6%

### 3.4.2 Weitervermittlungen

Die Betreuungen älterer Opiatabhängiger (31%) wurden im Vergleich zur jüngeren Klientel (26%) zu einem etwas größeren Anteil regulär beendet, jedoch seltener mit Weitervermittlung (18%) abgeschlossen (bei den Jüngeren 22%) (vgl. Tabelle 13).

Aufgrund des fortgeschrittenen Alters und der damit vermehrten (Begleit-) Erkrankungen und gesundheitlichen Komplikationen ist bei den Älteren der Anteil der Betreuungs-Beendigung durch Tod mit 4% im Vergleich zu dem jüngeren Klientel (1%) deutlich erhöht.

Tabelle 13

Art der Beendigung der Betreuung nach Altersgruppen und Geschlecht (N=4.033)

	Ältere, ≥ 45 Jahre			Jüngere, ≤ 44 Jahre		
	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.
Reguläre Beendigung	30,8%	31,0%	30,9%	27,1%	24,3%	26,4%
Durch Weitervermittlung in andere Einrichtung	17,0%	20,5%	17,8%	20,7%	24,6%	21,7%
Beendigung durch Einrichtung	1,4%	1,5%	1,4%	2,0%	2,7%	2,2%
Formelle Beendigung durch Klienten	9,2%	13,5%	10,1%	8,1%	9,6%	8,5%
Beendigung durch Kontaktverlust über 2 Monate	35,6%	30,0%	34,4%	36,2%	35,1%	35,9%
Haft	1,1%	0,5%	1,0%	3,0%	1,6%	2,7%
Abschiebung / Haftverlegung	0,8%	0,0%	0,7%	2,1%	0,5%	1,7%
Tod	3,9%	3,0%	3,7%	0,7%	1,5%	0,9%

## 3.4 Zusammenfassung

Die Darstellung der Lage Älterer auf Grundlage vorhandener Informationen der Basisdatendokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe dient der Feststellung von Bedarfen, der Abschätzung möglicher Trends und daraus resultierender Anforderungen an die Versorgungssysteme. Im Folgenden werden zentrale Aspekte zusammengefasst.

### 3.4.1 Soziales

- Wohnung, Unterkunft

Die Unterbringung in eigenem Wohnraum ist bei den Älteren zu etwa 80% gelöst. Die Situation verbessert sich im Vergleich zu den Jüngeren.

Dennoch bleibt eine relevante Gruppe an Älteren (10 bis 15%) mit ungelöster Wohnsituation. Diese Gruppe bedarf der Unterstützung, um eine stabile Unterbringung zu erhalten bzw. zu erreichen. Bei einem Teil der Betroffenen ist die (eigenständige) Wohnfähigkeit eingeschränkt. Sie haben ihren Wohnraum verloren und auch im Kontext von Maßnahmen wie der Eingliederung Schwierigkeiten, Wohnraum zu finden. Zusätzlich zeichnet sich die Frage geeigneten Wohnraums bei zunehmenden Behinderungen und eingeschränkter Mobilität ab.

- Arbeit

Die Arbeitslosigkeit und fehlende Beschäftigungsperspektive verschärft sich für die Älteren. Ein Drittel ist voll erwerbsfähig (ein weiteres Drittel hat eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit). In der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit<sup>7</sup> wurden ein Drittel der Studienpatienten (33%) als „nicht arbeitsfähig“ und weitere 44% als „eingeschränkt arbeitsfähig“ beurteilt. Die fehlende Perspektive der Teilhabe im Bereich Arbeit/Beschäftigung sowie der Sinnfindung ist eine der wichtigsten aufrechterhaltenden Bedingungen der Abhängigkeit. Der Rückgang justizieller Belastungen und die Aufgabe der Reintegration bekräftigt die Anforderungen in Richtung Arbeitsförderung.

- Einkommen, wirtschaftliche Eigenständigkeit

Die wirtschaftliche Eigenständigkeit beruht zu fast 80% nicht auf eigenem Einkommen sondern Transfereinkommen (ALG II, Sozialhilfe, Rente, Wohngeld) auf niedriger Stufe. Der Zugang zu diesen Leistungen ist weitgehend geregelt. Übergänge in Richtung der Rente gewinnen an Bedeutung.

- Beziehungen

Die soziale Isolation und Vereinsamung der älter werdenden Drogenkonsumierenden verfestigt sich. In Verbindung mit fehlendem Zugang zu Arbeit, wenigen tragfähigen Partnerschaften

---

<sup>7</sup> Ein Beurteilungsinstrument in der Heroinstudie war der Karnofsky-Index. Das Ergebnis von durchschnittlich 71-72 Punkte auf dieser Skala deutet zwar darauf hin, dass der Patient in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, die Arbeitsfähigkeit jedoch stark eingeschränkt ist. (Vertheim, Degkwitz et al. 2008)

ten (mit Suchtproblemen), wenigen weiteren (drogenfreien) Beziehungen/Freunde 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 bzw. Lebensqualität.

### 3.4.2 *Gesundheit*

- **Körperliche Gesundheit**

Der Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten ist stark beeinträchtigt. Die in der Hamburger Basisdokumentation aufgeführten Selbstangaben der Klienten und Klientinnen werden durch ärztliche Untersuchungen von Opiatabhängigen beispielsweise im Heroinprojekt untermauert. In den körperlichen Untersuchungen wurde bei 15% bis 17% der Patienten ein pathologischer Echokardiographiebefund (meist Herzklappenschäden) festgestellt. Ein medizinisch auffälliges EKG lag bei 18% der Studienpatientinnen und Studienpatienten vor. Ein auffälliger Sonografiebefund ergab sich bei über der Hälfte. Jede(r) Vierte (24%) hatte eine vergrößerte Leber. (Verthein, Degkwitz et al. 2008) Diese Befunde untermauern die berichtete somatische Multimorbidität.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung (ambulant und stationär) ist in hohem Maße gewährleistet; das gilt insbesondere bei den Substituierten.

Schwere und chronische körperliche Erkrankungen und Behinderungen gefährden für einen zunehmenden Teil die Selbstversorgung so weitgehend, dass Hilfestellungen zur Haushaltsführung sowie Pflegeleistungen – zunächst vorwiegend ambulant – erforderlich werden.

Die Selbstangaben zur Gesundheit verweisen gleichzeitig darauf, dass bislang die Selbstversorgung aufgrund chronischer Erkrankungen und Immobilität nur in Einzelfällen gefährdet ist. Aufgrund der Selektivität der Stichprobe könnte allerdings die Immobilität unterschätzt werden. Denn vermutlich tauchen diejenigen Opiatabhängigen, die pflegebedürftig und nicht mehr mobil sind, eher nicht in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe auf.

- **Psychische Gesundheit**

Psychische Belastungen bzw. Beeinträchtigungsgrad nehmen (im Unterschied zu körperlichen) mit dem Alter nicht weiter zu, sondern verbleiben bei etwa einem Drittel. Insgesamt werden in den Selbstangaben weniger psychische Belastungen berichtet als in ärztlichen Untersuchungen: Nach entsprechenden psychiatrischen Erhebungen hat etwa die Hälfte der Opiatabhängigen bezogen auf die letzten 12 Monate die Diagnose von mindestens einer wahnhaften, affektiven, neurotischen oder Angststörung bzw. einer Essstörung (Verthein, Degkwitz et al. 2008).

- **Drogenkonsum**

Bestimmte, mit der Opiatabhängigkeit – als zentraler Störung – verbundene Probleme (wie reduzierte Kontrolle, Craving) treten bei den Älteren – insbesondere unter der langjährigen Substitutionsbehandlung und begleitender psychosozialer Betreuung – in ihrer Bedeutung für die Lebenssituation zurück. Demgegenüber treten andere Aspekte – insbesondere die sozialen, körperlichen und psychischen Folgeprobleme – stärker in den Vordergrund.

### 3.4.3 *Inanspruchnahmen von Hilfen*

Die Älteren nutzen im Wesentlichen wie die Jüngeren die ganze Breite der Hilfeangebote. Zwei Drittel der Älteren kommen vor der Indexbetreuung aus einer anderen Behandlungseinrichtung – insbesondere aus einer medizinischen Vorbehandlung.

Die Älteren sind mit einem Anteil von bis zu zwei Dritteln häufiger in der Substitutionsbehandlung als die Jüngeren. Entsprechend sind sie (in der hier betrachteten ambulanten Suchtkrankenhilfe) stärker in psychosoziale Betreuungen einbezogen. Die verringerte justizielle Belastung führt zu einer geringeren Inanspruchnahme externer Haftbetreuung.

Außerhalb der Substitution befinden sich unter den Nutzern niedrighwelliger Angebote und der ambulanten Beratung die auch im Alter noch aktiven Drogenkonsumierenden. Dieser relevante Anteil verweist darauf, dass für die Älteren die Angebote der Drogenbehandlung aufrechterhalten werden sollten und die Frage fortgesetzten Drogenkonsums bei spezifischen Angeboten für eine relevante Gruppe Älterer berücksichtigt werden muss.

#### **4 Gesundheitliche und soziale Lage aus der Perspektive von ehemaligen und aktiven Drogenkonsumierenden im Alter von 45+**

Um vertiefende Erkenntnisse zur Lage, Hilfenutzung und den Versorgungsbedarfen von älterer Drogenabhängigen zu gewinnen, wurden aktive und ehemalige Drogenkonsumierende in einem Mindestalter von 45 Jahren in Hamburg interviewt. Die Interviews wurden von Mitte März bis Mitte August des Jahres 2009 durchgeführt und basierten auf einem standardisierten Fragebogen. Der Fragebogen beinhaltet Untersuchungsbereiche aus dem EuropASI, MAP und dem ICF zur Erhebung von gesundheitlichen und sozialen Problemlagen und Einschränkungen in der Selbstversorgung (vgl. Kapitel 2).

Ursprünglich war geplant, pro Hilfebereich etwa 15 aktive und ehemalige Drogenkonsumierende ab einem Alter von 45 Jahren zu befragen und somit insgesamt ca. 100 Interviews durchzuführen. Zudem war vorgesehen, dass der Frauenanteil unter den Befragten mindestens ein Drittel betragen sollte. In dem genannten Zeitraum von fünf Monaten konnte nur etwa die Hälfte der anvisierten Stichprobe erreicht werden. Anders als bei der Konzeption der Studie erwartet, gestaltete es sich in der Praxis schwierig, ältere Drogenkonsumierende zu einem Interview zu gewinnen, da keine Aufwandsentschädigung für die Interviewteilnahme gezahlt wurde. Hinzu kam, dass in höherschweligen Drogenhilfeeinrichtungen und in Pflegeeinrichtungen kaum ältere Drogenkonsumierenden anzutreffen waren. Da sich überdies abzeichnete, dass eine höhere Zahl an Befragten im Rahmen dieser Studie keinen größeren Erkenntnisgewinn bringt, wurde die Befragung nach den 51 Interviews beendet.

Die Hilfeeinrichtungen in Hamburg haben die Studie unterstützt und maßgeblich dazu beigetragen, dass die Interviews zustande kamen. Die meisten Befragten wurden über niedrigschwellige Einrichtungen mit Konsumraum, PSB und die Substitutionsbehandlung kontaktiert. Unter den 51 älteren Drogenabhängigen waren 35 Männer und 16 Frauen. Der Frauenanteil liegt bei 31,4%, so dass der intendierte Anteil an älteren Frauen erreicht wurde.

Tabelle 14

Anzahl der befragten älteren Drogenabhängigen nach Hilfeinrichtung

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
Anzahl (%)	35 (68,6)	16 (31,4)	51 (100)
<b>Kontakt zu den Befragten über die Einrichtung</b>			
Drob Inn (Konsumraum-Einrichtung)	10	4	14
Palette	8	5	13
Ambulanz Altona (Substitutionsbehandlung)	9	1	10
Stay Alive (Konsumraum-Einrichtung)	4	3	7
Ragazza (Konsumraum-Einrichtung für Frauen )	0	3	3
Sonstige <sup>1</sup>	4	0	3
<b>Nationalität</b>			
Deutsch	32	14	56
Nicht deutsch	3	2	5
<b>Geburtsland</b>			
Deutschland	29	14	43
EU-Ausland	4	1	3
Nicht EU-Land	4	1	5

<sup>1</sup> Sonstige Einrichtungen waren: Haus Öjendorf, Pflegen und Wohnen und NOX.

Im Durchschnitt waren die Befragten 50 Jahre alt, wobei die Männer ein halbes Jahr älter als die Frauen waren. Insgesamt waren die befragten Frauen und Männer zwischen 45 und 62 Jahre alt, wobei etwa zwei Drittel der Befragten nicht älter als 50 Jahre war (n=33). Im Hinblick auf die Altersspanne zeigt sich, dass ehemalige und aktive Drogenkonsumierende erreicht wurden, die sich im mittleren Lebensalter (45-64 Jahre) befinden (Lademann & Kolip 2005). Bei keinem der Interviewten handelt es sich folglich um eine Seniorin oder einen Senior im höheren Lebensalter.

Die weitaus meisten der interviewten Frauen und Männer haben die deutsche Nationalität und sind auch in Deutschland geboren. Lediglich fünf Befragte haben eine andere Nationalität und nicht mehr als insgesamt acht Befragte weisen einen Migrationshintergrund auf. Als Geburtsland wurde von diesen Befragten Irland, Rumänien, Tunesien, Äthiopien, Iran, Portugal und Ex-Jugoslawien angegeben. Der geringe Anteil an Personen nicht deutscher Herkunft ist wahrscheinlich Ausdruck des Selektionseffektes in der Form, dass eher Personen mit der Muttersprache Deutsch zu einem Interview bereit waren.

Die Interviews werden thematisch gegliedert ausgewertet. Ebenso wie bei der Reanalyse der Daten aus der Hamburger Basisdatendokumentation beginnt die Auswertung zunächst mit der Deskription der sozialen und gesundheitlichen Lage. Anschließend wird die Behandlungserfahrung der Interviewpartner dargestellt. Die Daten zu den Umweltfaktoren und zur Aktivität und Partizipation, die auf Grundlage des ICF erhoben wurden, sind Gegenstand der nachfolgenden thematischen Auswertung. Zum Abschluss wird die subjektive Bewertung der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen dargelegt.



## 4.1 Soziale Lage

Die soziale Lage der Interviewten wird im Hinblick auf ihre Wohnform, Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen und Verschuldung beschrieben. Des Weiteren werden die Daten zur Unterbringung in Untersuchungs- und Strafhafte analysiert, um die justizielle Belastung darzulegen. Im Zusammenhang mit der sozialen Lage stellen die sozialen Beziehungen einen wichtigen Lebensbereich dar. Daher wurde untersucht, ob die älteren Drogenabhängigen in einer Partnerschaft leben, mit welchen Personen eine gute persönliche Beziehung bestand und auf welche Personen sie sich aktuell verlassen können.

Insgesamt wird die soziale Lage vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus den BADO Daten (vgl. Kapitel 3) vorgenommen, da die Interviewten eine Teilgruppe der in der BADO erfassten Klienten und Klientinnen darstellt.

### 4.1.1 Wohnen, Bildung und Arbeit

Im Hinblick auf die Wohnsituation wurde zum einen erfasst, wie die älteren Drogenabhängigen in den letzten drei Jahren vorwiegend gewohnt haben und wie ihre aktuelle Wohnsituation zum Zeitpunkt des Interviews war.

In den letzten drei Jahren lebte die überwiegende Mehrheit von über 80% der älteren Frauen und Männer in einer eigenen Wohnung. Lediglich bei drei der Befragten waren die Wohnverhältnisse von Instabilität gekennzeichnet; ein Mann war vorübergehend bei Freunden untergebracht, und jeweils ein Mann und eine Frau waren obdachlos. Auch gegenwärtig lebt die Mehrheit der älteren Frauen und Männer in der eigenen Wohnung (69%).

Tabelle 15

Vorherige und aktuelle Wohnsituation (N=51)

	In den letzten 3 Jahren			Aktuell		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
in eigener Wohnung	80 (28)	81 (13)	80 (41)	69 (24)	69 (11)	69 (35)
bei Angehörigen	3 (1)	6 (1)	4 (2)	3 (1)	19 (3)	8 (4)
in einer Wohngemeinschaft	9 (3)	6 (1)	8 (4)	11 (4)	6 (1)	10 (5)
in Institutionen (Klinik/Therapie, Gefängnis)	3 (1)	0	2 (1)	6 (2)	0	4 (2)
vorübergehend bei Freunden, Bekannten	3 (1)	0	2 (1)	3 (1)	0	2 (1)
in Hotel/ Pension/Wohnheim	0	0	0	6 (2)	6 (1)	6 (3)
Obdachlos, auf der Straße	3 (1)	6 (1)	4 (2)	3 (1)	0	2 (1)
Instabile Wohnverhältnisse <sup>1</sup>	6 (2)	6 (1)	6 (3)	11 (4)	6 (1)	10 (5)

<sup>1</sup> Instabile Wohnverhältnisse beziehen sich auf die letzten drei vorangehenden Nennungen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur Wohnsituation, dass die Mehrheit über eine eigene Wohnung verfügt und nur ein kleiner Teil der älteren Drogenabhängigen in instabilen Wohn-

verhältnissen lebt. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Ergebnissen der BADO Auswertung zur Wohnsituation der älteren Opiatabhängigen.

Die Auswertung der Daten zur Bildung veranschaulichen, dass bis auf zwei Personen alle Interviewten einen Schulabschluss besitzen. Bei den älteren Frauen und Männern dominieren der Hauptschulabschluss und die mittlere Reife. Frauen haben tendenziell etwas höhere Schulabschlüsse als Männer. Über 90% der befragten älteren Drogenabhängigen haben eine Berufsausbildung angefangen, und etwa zwei Drittel der Befragten haben die Berufsausbildung auch abgeschlossen. Eine abgeschlossene Berufsausbildung weisen mehr Männer als Frauen auf (71% zu 63%). In den letzten drei Jahren waren weit mehr als die Hälfte der Befragten arbeitslos, wobei mehr Frauen als Männer betroffen waren (75% zu 63%). Unter den älteren Drogenabhängigen ist eine Erwerbstätigkeit, sei es ganztags oder in Teilzeit, selten. Diese Ergebnisse stimmen ebenfalls mit den Ergebnissen aus der Hamburger Basisdatendokumentation überein.

Tabelle 16

Höchster Schulabschluss, Berufsausbildung und Arbeitssituation (N=51)

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Höchster Schulabschluss</b>			
Keiner	3 (1)	6 (1)	4 (2)
Hauptschule	46 (16)	38 (6)	43 (22)
Mittlere Reife	31 (11)	38 (6)	33 (17)
Abitur	9 (3)	13 (2)	10 (5)
Berufsfachschule, Akademie	6 (2)	(0)	4 (2)
Hochschulabschluss	6 (2)	6 (1)	6 (3)
<b>Berufsausbildung</b>			
Jemals angefangen	91 (32)	94 (15)	92 (47)
Abgeschlossen	71 (25)	63 (10)	69 (35)
<b>Überwiegende Erwerbstätigkeit in den letzten 3 Jahren</b>			
Ganztags	9 (3)	0	6(3)
Teilzeit regelmäßig	6 (2)	0	4 (2)
Teilzeit gelegentlich	9 (3)	6 (1)	8 (4)
In Rente, behindert	14 (5)	13(2)	14 (7)
Arbeitslos	63 (22)	75 (12)	67 (34)
Hausfrau	0	6 (1)	2 (1)
Legale Arbeit im letzten Monat			
Jemals gearbeitet	20 (7)	13 (2)	18 (9)
Durchschnittl. Anzahl der Tage	17	30	20

Nur einige wenige der Befragten sind in dem Monat vor dem Interview einer legalen Arbeit nachgegangen. Um einen Einblick in das Verhältnis von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit zu erhalten, wurden die älteren Drogenabhängigen gefragt:

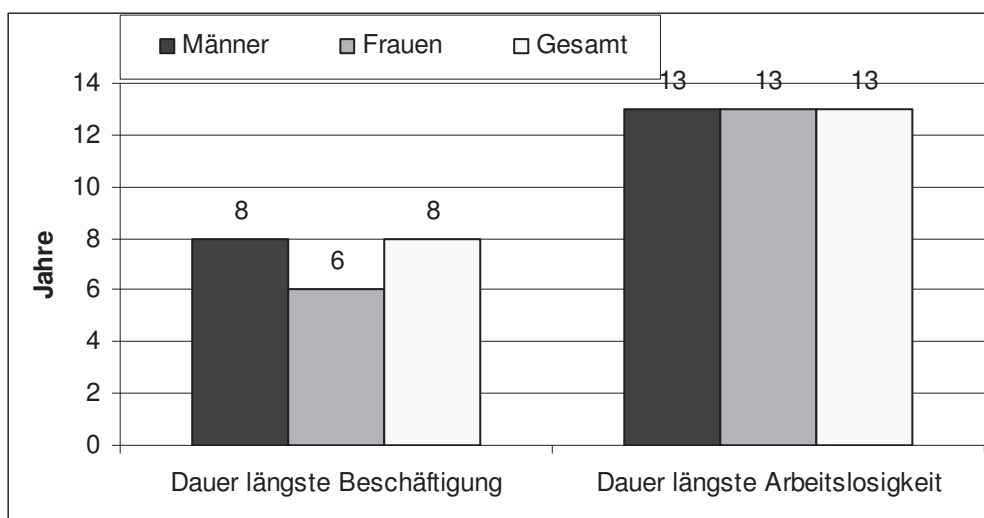
- Wie lange dauerte Ihre längste Phase der durchgehenden und regulären Beschäftigung an?
- Wie lange dauerte der längste Zeitraum der Arbeitslosigkeit an?

Aus der Datenauswertung geht hervor, dass drei Männer niemals regulär gearbeitet haben und drei Männer und eine Frau niemals arbeitslos waren. Die nachfolgende Abbildung basiert daher auf den Angaben derjenigen Befragten, die jemals gearbeitet haben bzw. jemals arbeitslos waren.

Die interviewten Männer gingen im Mittel 8 Jahre einer regulären Beschäftigung ohne Unterbrechung nach. Bei den interviewten Frauen betrug die mittlere Dauer einer regulären Beschäftigung dagegen lediglich 6 Jahre. Die längste Phase der Arbeitslosigkeit dauerte bei den Männern wie Frauen durchschnittlich etwa 13 Jahre. Die langjährige Arbeitslosigkeit ist weniger auf die fehlende Arbeitsfähigkeit durch gesundheitliche Beeinträchtigungen als vielmehr auf die Involvierung in einen drogenbezogenen Alltag zurückzuführen.

Abbildung 1

Jahre der längsten Beschäftigung und Jahre der längsten Arbeitslosigkeit (N=47)

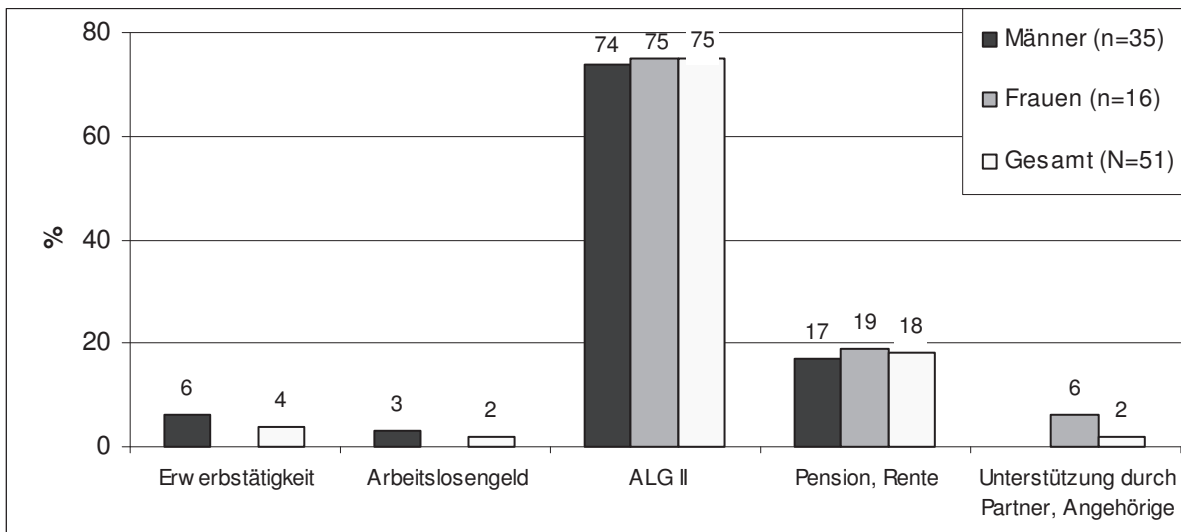


#### 4.1.2 Einkommen und Schulden

Um das aktuelle Einkommen abzubilden, wurden die älteren Drogenabhängigen danach gefragt, aus welchen Quellen sie ihren Lebensunterhalt in den letzten 30 Tagen finanzieren. Die Ergebnisse zur Erwerbstätigkeit spiegeln sich in den Einkommensquellen wider.

Abbildung 2

Einkommensquellen zur Finanzierung des Lebensunterhaltes im letzten Monat (N=51)



Drei Viertel der älteren Drogenabhängigen bezieht das Einkommen aus dem Arbeitslosengeld II, der Grundsicherung für Arbeitssuchende. An zweiter Stelle folgt mit weitem Abstand die Finanzierung des Lebensunterhaltes durch die Renten- oder Pensionszahlungen. Alle anderen Einkommensarbeiten nehmen nur eine untergeordnete Rolle ein, wobei nur Männer Geld aus einer Arbeitstätigkeit beziehen und Frauen eher auf private finanzielle Unterstützung angewiesen sind.

Niemand gibt an, von illegalen Einkünften zu leben. Im Alter wird der Lebensunterhalt folglich vorwiegend durch legale Einkünfte finanziert.

Tabelle 17

Vorhandene Schulden (N=51)

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Vorhandene Schulden</b>			
keine	40 (14)	56 (9)	45 (23)
Bis 5.000	20 (7)	19 (3)	20 (10)
Bis 25.000	26 (9)	6 (1)	20 (10)
Bis 50.000	3 (1)	19 (3)	8 (4)
über 50.000	11 (4)	0	8 (4)
<b>Schuldenshöhe</b>			
Im Mittel	24.500	19.900	23.300
Minimal - Maximal	1.000 - 150.000	500 - 42.000	500 - 150.000

Unter den Befragten haben deutlich mehr Männer als Frauen Schulden (60% zu 44%). Zudem haben die befragten Männer im Vergleich zu den Frauen höhere Schulden. Während

die älteren Frauen im Mittel 19.900 Euro Schulden haben, sind es bei den älteren Männern 24.500 Euro.

#### 4.1.3 Justizielle Belastung

Die Mehrheit der interviewten Drogenabhängigen ist mindestens einmal im Verlaufe ihres Lebens in Untersuchungshaft oder im Strafvollzug gewesen. Von den Männern waren bereits 86% in Haft und von den Frauen weisen 63% Hafterfahrungen auf (vgl. Tabelle 18). Inhaftierungen sind somit unter drogenabhängigen Männern verbreiteter als unter Frauen.

Die Gesamthaftdauer ist zudem bei den Männern im Vergleich zu den Frauen wesentlich höher. Im Mittel waren die befragten älteren Männer 5½ Jahre ihres Lebens im Gefängnis während die befragten älteren Frauen durchschnittlich zwei Jahre weniger inhaftiert waren. Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen betrug die maximale Lebenszeit in Haft 20 Jahre.

Tabelle 18

Belastung durch Untersuchungshaft und Strafhaft (N=51)

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Jemals in U-Haft oder Strafhaft	86 (30)	62 (10)	78 (40)
<b>Haftdauer – Lifetime in Jahren</b>			
Bis zu 1 Jahr	43 (13)	50 (5)	45 (18)
1-2Jahre	7 (2)	0	5 (2)
2-5 Jahre	13 (4)	40 (4)	20 (8)
über 5 Jahre	37 (11)	10 (1)	30 (12)
<b>Haftdauer im Mittel (Jahre)</b>	6	4	5

#### 4.1.4 Familienstand und soziale Beziehungen

Die Auswertung zum Familienstand zeigt, dass mehr als die Hälfte der älteren Männer ledig sind, wohingegen mehr als die Hälfte der älteren Frauen von ihrem Mann geschieden oder getrennt sind. Im Hinblick auf den Familienstand dominiert das Leben in Trennung und als Alleinstehende.

Tabelle 19

Familienstand, Partnerbeziehung (N=51)

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Familienstand</b>			
verheiratet	6 (2)	0	4 (2)
verwitwet	3 (1)	6 (1)	4 (2)
getrennt / geschieden	29 (10)	56 (9)	37 (19)
ledig	63 (22)	38 (6)	55 (28)
<b>Zusammenleben – mit</b>			
niemanden, allein lebend	77 (27)	50 (8)	69 (35)
Lebenspartner	17 (6)	25 (4)	20 (10)
Eltern, Verwandte	3 (1)	13 (2)	6 (3)
minderjähriges Kind	3 (1)	13 (2)	6 (3)
Dauer dieser Lebenssituation Im Mittel - Jahre	12	8	10
Partnerschaft vorhanden	17 (6)	44 (7)	26 (13)
Partner hat Alkoholprobleme	17 (1)	43 (3)	31 (4)
Partner hat Drogenprobleme	83 (5)	71 (5)	77 (10)

Die Hälfte der befragten Frauen und 77% der befragten Männer geben an, allein zu leben. Lediglich ein Viertel der Frauen lebt mit ihrem Lebenspartner zusammen, bei den Männern ist der dieser Anteil mit 17% noch geringer. Die Art des Zusammenlebens besteht im Mittel seit 8 Jahren bei den befragten Frauen und vier Jahre länger bei den befragten Männern. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hälfte der älteren Drogenkonsumentinnen seit etwa 8 Jahren mit einem anderen Menschen zusammenlebt, während mehr als drei Viertel der älteren Drogenkonsumenten bereits seit 12 Jahren alleine lebt. Diese unterschiedliche Lebenssituation der befragten Männer und Frauen spiegelt sich auch in dem Vorhandensein einer Partnerschaft wider. So leben die befragten Frauen häufiger als die befragten Männer in einer Partnerbeziehung. In den weitaus meisten Fällen weisen die jeweiligen Partner der Frauen und der Männer eine Drogenproblematik auf. Die Partner der Frauen haben zudem oftmals Alkoholprobleme.

Abschließend wird ausgewertet, mit welchen Personen jemals im Leben eine lang anhaltende persönliche Beziehung bestand und auf welche dieser Personen sich die interviewten älteren Drogenabhängigen aktuell verlassen können. Zuvor ist darauf hinzuweisen, dass nicht bei allen Befragten zentrale Personen wie Mutter, Vater, Geschwister, Kinder etc. jemals vorhanden waren<sup>8</sup>. Es wurde auch nach Beziehungen zum Hausarzt oder Substitutionsarzt gefragt. Hierbei gaben 10 Befragte an, keinen Kontakt zu entsprechenden Ärztinnen und Ärzten gehabt zu haben.

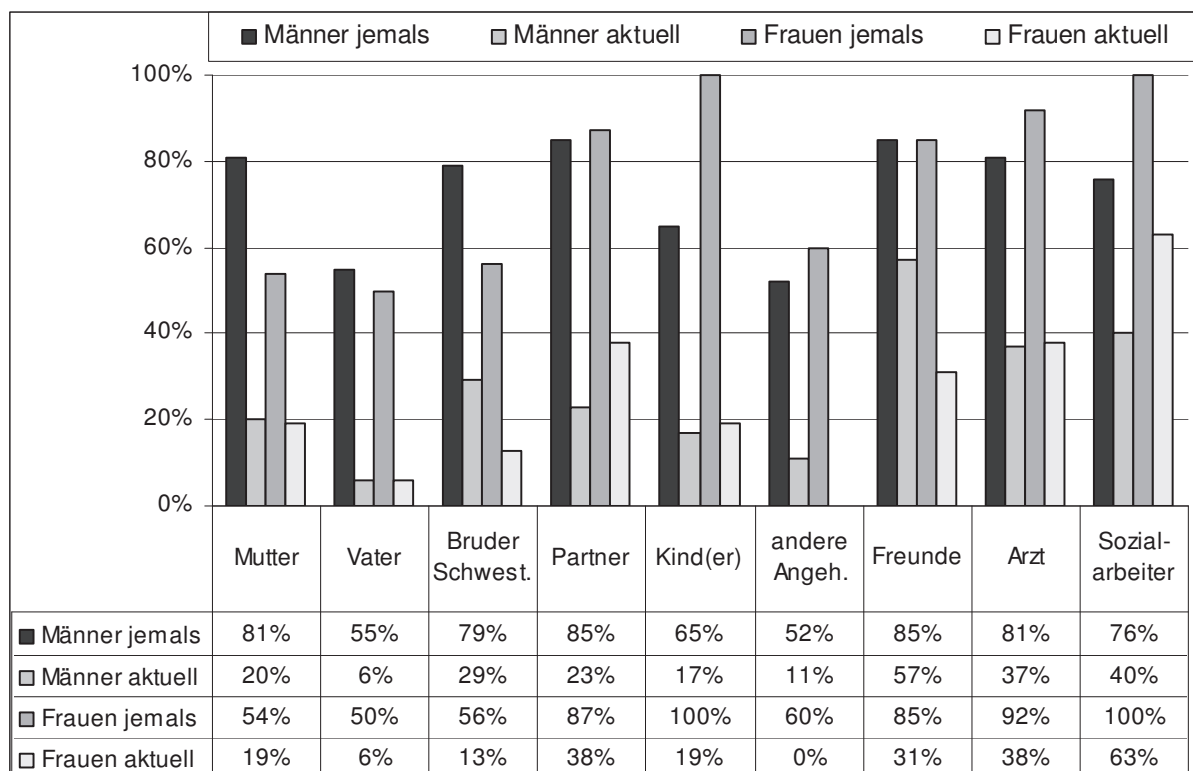
<sup>8</sup> Bei der folgenden Anzahl an Interviewten (in Klammern) waren die zentralen Bezugspersonen niemals vorhanden: Mutter (2), Vater (4), Geschwister (9), Partner/Partnerin (1), Kind(er) (27), andere Familienangehörige (14) und gute Freunde (1).

Die folgenden Auswertungen zu den persönlichen Beziehungen berücksichtigen nur die Angaben derjenigen Personen, bei denen die jeweilige Bezugsperson vorhanden war. Zudem basieren die Auswertungen ausschließlich auf der subjektiven Einschätzung, eine gute persönliche Beziehung gehabt zu haben.

Wie die nachfolgende Abbildung (Abbildung 3) veranschaulicht, hatten sowohl die älteren männlichen wie weiblichen Befragten in ihrem Leben eine gute und lang anhaltenden Beziehung zu Freunden und zu einem Partner bzw. einer Partnerin. Im Hinblick auf alle anderen persönlichen Beziehungen gibt es zum Teil erhebliche Geschlechterdifferenzen. So gaben etwa 80% der befragten Männer an, in ihrem Leben eine gute persönliche Beziehung zur Mutter und zu den Geschwistern gehabt zu haben. Im Vergleich dazu hatten die befragten Frauen deutlich seltener eine gute persönliche Beziehung zu ihren engsten Familienmitgliedern. Alle Frauen mit einem Kind bestätigten, eine gute Beziehung zu ihrem Kind oder ihren Kindern gehabt zu haben. Gleichermäßen bestätigen alle Frauen mit Kontakten zu Sozialarbeitern eine persönliche Beziehung zu diesen Personen. Generell scheinen der Haus- oder Substitutionsarzt sowie sozialpädagogische Fachkräfte wichtige Bezugspersonen im Leben der älteren drogenabhängigen Frauen zu sein. Bei den älteren Männern spielen Beziehungen zu solchen Fachkräften demgegenüber eine geringere Rolle.

Abbildung 3

Personen, zu denen jemals eine gute persönliche Beziehung bestand und Personen, auf die sich aktuell verlassen werden kann



Mit zunehmendem Alter scheinen sich die sozialen Beziehungen zu verringern. Diese Veränderung zeigt sich bei den älteren Männern wie Frauen. Nur jede/jeder 5. Befragte kann

sich aus subjektiver Sicht aktuell auf die eigene Mutter verlassen. Bei den befragten Männern stellen noch die Geschwister Bezugspersonen dar, auf die sie sich verlassen können. Andere Familienangehörige und auch der eigene Vater sind bei Männern wie bei den Frauen zumeist keine verlässliche Bezugsperson mehr. Selbst die eigenen Kinder werden nur in Ausnahmen als aktuell verlässliche und unterstützende Personen wahrgenommen. Auffallend ist, dass auch die eigene Partnerin/der eigene Partner nur von einem Teil der befragten Frauen und Männern als eine Bezugsperson eingeschätzt wird, auf die sie sich verlassen können. Auch im Alter verfügt die Hälfte der drogenabhängigen Männer über mindestens einen guten Freund, der für sie da ist. Bei den Frauen sind solche Freundschaften deutlich seltener vorhanden. Auch aktuell besteht für die meisten Frauen eine verlässliche Beziehung primär zu einer Sozialarbeiterin bzw. zu einem Sozialarbeiter.

## **4.2 Gesundheitliche Lage und Behandlungen**

Das Lebensalter hat einen Einfluss auf die Entwicklung der sozialen Lage, denn mit zunehmenden Alter verändern sich die familiären Bindungen, sozialen Beziehungen und für einige Drogenkonsumierende auch die berufliche Situation. Noch stärker als die soziale Lage unterliegt die gesundheitliche Lage den Alterungsprozessen. Aus der Literatur ist hinlänglich bekannt, dass Erkrankungen und Schmerzzustände mit dem Älterwerden zunehmen. Im Abschnitt zur Gesundheit werden die Auswertungen zum Drogenkonsum, zu den körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie entsprechenden Behandlungen dargestellt.

### *4.2.1 Drogenkonsum und Hauptdrogenprobleme*

Im Hinblick auf den Drogenkonsum werden zunächst die Ergebnisse zum Einstiegsalter und zur Konsumdauer präsentiert. Das Einstiegsalter sowie die Konsumjahre beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt eines regelmäßigen Konsums der aufgeführten fünf Substanzen.

Bei 90% der Interviewten steht Heroin an erster Stelle unter den regelmäßig konsumierten Substanzen (Tabelle 20). An zweiter Stelle folgt Cannabis mit 78%, gefolgt von Kokainpulver mit 65% und Crack mit 43%. Ein Viertel der Befragten gibt an, regelmäßig Alkohol getrunken zu haben. Mehr Männer als Frauen haben jemals regelmäßig Cannabis geraucht, Alkohol getrunken und/oder Kokainpulver konsumiert.

Cannabis und Alkohol sind diejenigen Substanzen, die mit einem Einstiegsalter von knapp 18 bzw. 19 Jahren am frühesten regelmäßig konsumiert wurden. Heroin und Kokain haben die befragten Frauen mit Anfang 20, und somit etwa vier Jahre früher als die befragten Männer, regelmäßig konsumiert. Crack wurde von den männlichen wie weiblichen Befragten erst ab dem fortgeschrittenen Alter von Ende 30 regelmäßig konsumiert. Das späte Einstiegsalter in den Crackkonsum lässt sich darauf zurückführen, dass Crack erst seit etwa Mitte der 1990er Jahre auf dem Hamburger Drogenmarkt verbreitet war. Zu diesem Zeitpunkt waren einige der Befragten bereits 30 Jahre und älter.



Tabelle 20

Einstieg und Dauer des regelmäßigen Drogenkonsums und Abstinenzphasen

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
<b>Alter bei Beginn des regelmäßigen Konsums – im Mittel (SD)</b>			
Heroin	26 (9,2)	22 (6,9)	24 (8,7)
Kokainpulver	26 (7,7)	22 (5,2)	26 (7,5)
Crack	38 (7,8)	41 (4,9)	39 (7,0)
Cannabis	18 (4,4)	19 (10,4)	18 (6,5)
Alkohol	20 (7,9)	19 (14,0)	20 (8,9)
<b>Einstiegsalter bei Hauptdroge<sup>1</sup> in %</b>			
Bis 18 Jahre alt	23	31	26
19 bis 27 Jahre	43	31	39
über 27 Jahre	34	38	35
Jahre des regelmäßigen Konsums der Hauptdroge – im Mittel (SD) <sup>2</sup>	16 (9,3)	16 (9,7)	16 (9,3)
Befragte mit einer Konsumdauer der Hauptdroge von über 10 Jahre	57%	63%	59%
<b>Jahre des Alkoholkonsums (SD)</b>	20 (13,5)	3 (2,0)	16 (14,0)
<b>Phasen der Drogenabstinenz außerhalb von Inhaftierungen</b>			
Jemals erlebt – in % (n)	74 (26)	75 (12)	75 (38)
Dauer der längsten Clean-Phase in Monaten - im Mittel (SD)	18 (16,0)	27 (32,7)	21 (22,5)

<sup>1</sup> Das Einstiegsalter bezieht sich auf den Zeitpunkt des Beginns eines regelmäßigen Substanzkonsums, wobei regelmäßig als ein Konsum an mindestens 2-3 Tagen pro Woche oder an 2 ununterbrochenen Tagen definiert ist. Als Hauptdroge gilt die Substanz, die am längsten seit Beginn des regelmäßigen Konsums konsumiert wurde. Unter den 51 Befragten war die primär konsumierte Droge bei 32 Befragten Heroin, bei 11 Befragten Kokainpulver und bei 8 weiteren Befragten Crack.

<sup>2</sup> Die Berechnung der Dauer des regelmäßigen Konsums beruht auf den Altersangaben zu Ein- und Ausstieg aus dem Konsum. Phasen der Abstinenz sind unberücksichtigt.

Das Einstiegsalter beim regelmäßigen Konsum der Hauptdrogen verdeutlicht, dass ein erheblicher Teil der älteren Drogenabhängigen zu den Späteinsteigern zählt. Als Hauptdroge gilt diejenige der drei Substanzen Heroin, Kokainpulver oder Crack, die von den Befragten am längsten regelmäßig konsumiert wurde. Bezogen auf die Hauptdroge zeigt die Auswertung, dass etwa ein Viertel der Befragten bis zu ihrem 18. Lebensjahr mit dem regelmäßigen Konsum begonnen haben und somit sehr früh in ihrem Leben in den Drogenkonsum eingestiegen sind. Etwa ein Drittel der Befragten ist jedoch erst nach dem 27. Lebensjahr in den Konsum von Heroin, Kokainpulver oder Crack eingestiegen.

Die Mehrheit der Befragten konsumiert seit über 10 Jahren regelmäßig Heroin, Kokainpulver oder Crack. Im Mittel sind die älteren Drogenabhängigen seit 16 Jahren dauerhaft konsumierende einer der drei Substanzen. Neun der 35 befragten Männer weisen überdies eine lange Alkoholkarriere von 20 Jahren auf.

Drei Viertel aller Befragten hatten mindestens einmal eine Abstinenzphase, die nicht durch eine Haftunterbringung, sondern freiwillig erfolgte. Bei den Männern dauerte die längste konsumfreie Zeit 18 Monate, während Frauen eine deutlich längere Clean-Phase von 26 Monaten aufweisen.

Um die gegenwärtig bestehende Drogenproblematik zu erfassen, wurde nach dem Konsumverhalten in den letzten 30 Tagen gefragt (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21  
Aktueller Drogenkonsum und Hauptdrogenproblem

	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Konsumierte Substanzen im letzten Monat</b>			
Alkohol	43 (15)	50 (8)	45 (23)
Heroin	37 (13)	38 (6)	37 (19)
Kokainpulver	11 (4)	0	8 (4)
Crack	23 (8)	25 (4)	24 (12)
Verschriebene Substitutionsmittel	77 (27)	69 (11)	75 (38)
Verschriebene Benzodiazepine, Barbiturate	23 (8)	44 (7)	29 (15)
Cannabis	46 (16)	25 (4)	39 (20)
<b>Ausgaben für Drogen im letzten Monat</b>			
Gar nichts	37 (13)	31 (5)	35 (18)
Im Mittel	317 €	228 €	287 €
<b>Aktuelles Haupt-Drogenproblem der Befragten</b>			
Alkohol	17 (6)	13 (2)	16 (8)
Illegale Drogen	40 (14)	50 (8)	43 (22)
Substitutionsmittel	17 (6)	13 (2)	16 (8)
verschriebene Psychopharmaka	0	13 (2)	4 (2)
Kein Drogenproblem	26 (9)	13(2)	22 (11)
<b>Beeinträchtigung durch das genannte Drogenproblem<sup>1</sup></b>			
Gar nicht / wenig	23 (6)	21 (3)	23 (9)
mittel	15 (4)	21 (3)	18 (7)
Erheblich /extrem	61 (16)	57 (8)	60 (24)

<sup>1</sup> Die Beeinträchtigung bezieht sich auf die letzten 30 Tage. Ohne Berücksichtigung derjenigen, die angaben, kein Drogenproblem zu haben.

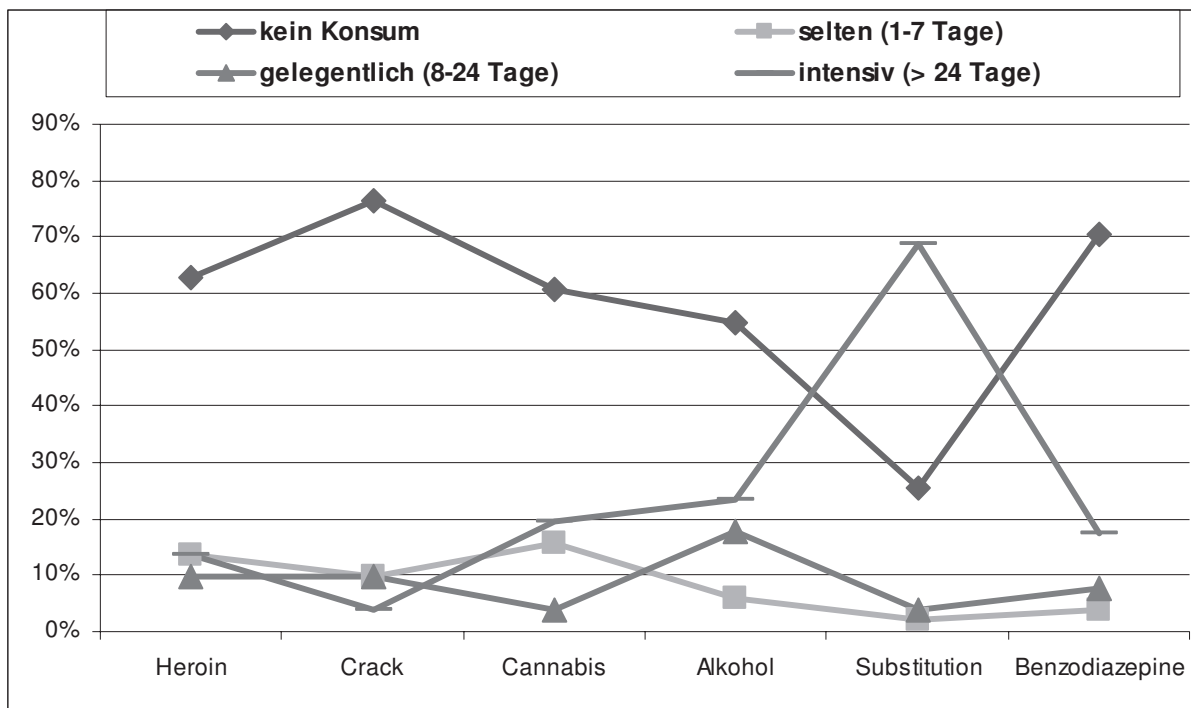
Im Alter geht der Konsum illegaler Substanzen zurück, während die Einnahme von ärztlich verschriebenen Medikamenten steigt. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der älteren drogenabhängigen Männer und Frauen hat in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert. Einen aktuellen Konsum von Crack bestätigten nur etwa ein Viertel der Befragten. Unter allen Substanzen ist die Einnahme von Substitutionsmitteln wie Methadon, Buprenorphin oder Diamorphin am meisten unter den älteren Drogenabhängigen verbreitet. Knapp drei Viertel aller Befragten – und deutlich mehr Männer als Frauen – berichteten, gegenwärtig ein verschriebenes Substitut einzunehmen. Knapp die Hälfte der Frauen hat im letzten Monat ärztlich verschriebene Benzodiazepine oder Barbiturate wegen psychischer Beschwerden oder

Schmerzen eingenommen. Neben der Einnahme von Medikamenten ist der Alkoholkonsum unter den Älteren weit verbreitet. Die Hälfte aller Frauen und 43% der Männer gaben an, im letzten Monat Alkohol getrunken zu haben.

Der insgesamt reduzierte aktuelle Konsum illegaler Drogen zeigt sich auch an den Ausgaben, die im letzten Monat für den Kauf von Drogen aufgewendet wurden. So gaben die befragten Männer in den letzten 30 Tagen durchschnittlich 317 Euro für den Drogenkauf aus und Frauen etwa 100 Euro weniger. Fünf Befragte gaben zwischen 800 und maximal 1.500 Euro für Drogen aus.

Gleichwohl der Konsum illegaler Drogen im Alter an Bedeutung verliert, äußerten die Hälfte der Frauen und 40% der Männer, dass aus ihrer Sicht illegale Drogen das gegenwärtige Hauptproblem darstellt. Die Mehrheit der Befragten bestätigte zudem, durch das jeweilige Drogenproblem erheblich oder sogar extrem belastet zu sein. Offenbar ist neben dem gegenwärtigen Konsumverhalten das langjährig drogenbezogene Leben für die subjektive Einschätzung maßgeblich, auch im Alter noch durch die Drogenerfahrung beeinträchtigt zu sein.

Abbildung 4  
Konsumintensität in den letzten 30 Tagen nach Anzahl der Konsumtage (N=51)



Die Kategorien „Substitution“ und „Benzodiazepine“ beziehen sich jeweils auf verschriebene Medikamente.

Aus der Abbildung zur Konsumintensität geht erneut hervor, dass ein Großteil der Befragten im letzten Monat keine illegalen Substanzen und auch keinen Alkohol konsumiert hat. Diejenigen Befragten, die im letzten Monat illegale Drogen und/oder Alkohol konsumiert haben, tendieren dazu, diese Substanzen in einer hohen Intensität zu konsumieren. Insbesondere

Alkohol und Cannabis zählen zu denjenigen Substanzen, die ältere Drogenabhängige intensiv, d.h. an mindestens fünf Tage die Woche zu sich nehmen. Unter diesen Intensivkonsumenten befinden sich deutlich mehr Männer als Frauen. Sind ältere Drogenabhängige in einer Substitutionsbehandlung, so nehmen sie das verschriebene Substitutionsmittel gewöhnlich regelmäßig täglich ein. Gleiches gilt für verschriebene Benzodiazepine. Vor allem die Frauen nehmen die ihnen verschriebenen Benzodiazepine oder Barbiturate täglich oder nahezu täglich.

#### 4.2.2 Drogenbehandlung

Wie aus den Ergebnissen zum aktuellen Drogenkonsum bereits hervorgeht, befindet sich ein Großteil der älteren Drogenabhängigen in einer Substitutionsbehandlung (Tabelle 22). 77% der befragten älteren Männer und 69% der befragten älteren Frauen berichteten, zum Zeitpunkt des Interviews regulär substituiert zu werden. Die Substitution erfolgt in 70% aller Substituierten mit Methadon, Methaddict oder Polamidon.

Bei Beginn der ersten Substitutionsbehandlung waren die Befragten bereits in einem Alter von Mitte 30. In der bundesweiten „Premos“ Studie<sup>9</sup> zur Substitutionsbehandlung haben die 2.442 untersuchten Klientinnen und Klienten deutlich früher erstmalig eine Substitutionsbehandlung aufgenommen (Wittchen, Apelt et al. 2008). Während die Substituierten der Premos-Studie durchschnittlich in einem Alter von 29 Jahren das erste Mal substituiert wurden, sind die Befragten der Hamburger Studie erst sehr spät in ihrer Drogenentwicklung in dem Alter von 37 Jahren erstmalig substituiert worden. Im Mittel wurden die älteren Männer und Frauen bereits langjährig seit über 10 Jahren substituiert.

Im Hinblick auf die Nutzung von ambulanten und stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen zeigen die Ergebnisse: In den letzten fünf Jahren haben 60% der befragten Männer und die Hälfte der befragten Frauen mindestens eine ambulante oder stationäre Behandlung wegen ihrer Drogenabhängigkeit aufgenommen. Unter den vier vorgegebenen Drogenbehandlungen haben mehr als die Hälfte der Männer und mehr als ein Drittel der Frauen stationäre Entzugsbehandlungen genutzt. Entzugsbehandlungen sind offensichtlich auch unter Älteren noch von Bedeutung für die Versorgung. Überdies hat etwa ein Viertel der befragten Männer eine stationäre Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Wird die Anzahl der Drogenbehandlungen während der letzten fünf Jahre summiert, dann wird deutlich: Während die befragten Frauen im Mittel einmal in einer Drogenbehandlung waren, haben sich die Männer dreimal so häufig einer Behandlung wegen ihrer Drogenabhängigkeit unterzogen.

---

<sup>9</sup> Premos bedeutet „Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome“ ([www.premos-studie.de](http://www.premos-studie.de)).

Tabelle 22

Einstieg und Dauer des regelmäßigen Drogenkonsums und Abstinenzphasen

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
Aktuell in Substitutionsbehandlung – in % (n)	77 (27)	69 (11)	75 (38)
<b>Substitutionsmittel – in % (n)</b>			
Methadon/Polamidon/Methadict	70 (19)	73 (8)	71 (27)
Buprenorphin	26 (7)	18 (2)	24 (9)
Diamorphin	4 (1)	9 (1)	5 (2)
<b>Alter bei erstmaliger Substitution – im Mittel (SD)</b>	38 (6,9)	36 (5,9)	37 (6,6)
20-30 Jahre	17	17	17
31-40 Jahre	48	67	54
41-50 Jahre	35	17	29
<b>Jahre in Substitutionsbehandlung – im Mittel (SD)</b>	11 (6,7)	13 (4,1)	12 (6,0)
Bis 5 Jahre	28%	0%	19%
6-10 Jahre	21%	33%	24%
Über 10 Jahre	51%	67%	57%
<b>Jemals in einer Drogenbehandlung in den letzten 5 Jahren<sup>1</sup> - in % (n)</b>	60 (21)	50 (8)	57 (29)
In ambulanter Entgiftung	3 (1)	13 (2)	6 (3)
In ambulanter Entwöhnung, Therapie	3 (1)	0	2 (1)
In stationärer Entgiftung	51 (18)	38 (6)	47 (24)
In stationäre Entwöhnung, Therapie	29 (10)	13 (2)	24 (12)
Anzahl an Drogenbehandlungen in den letzten 5 Jahren - im Mittel (SD)	3 (8,4)	1 (1,4)	3 (7,0)

<sup>1</sup> Die Art der Drogenbehandlung bezieht sich ausschließlich auf ambulante und stationäre Entgiftungen und Entwöhnungen. Die Angaben schließen sowohl regulär beendete als auch abgebrochene Drogenbehandlungen ein.

#### 4.2.3 Körperliche Beschwerden und Behandlungen

Die älteren Drogenabhängigen wurden gefragt, welche körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen sie in den letzten 12 Monaten hatten, ob sie wegen dieser Beschwerden in Behandlung sind und wie stark ihr aktuelles Leben durch die gesundheitlichen Beschwerden beeinträchtigt ist (Tabelle 23).

Nur ein kleiner Teil der Befragten gibt an, unter keinerlei körperlichen Beschwerden zu leiden. Etwa 80% der Älteren berichten dagegen von körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen. Unter den genannten Beschwerden werden Erkrankungen der Gelenke am häufigsten genannt. Etwa 60% der älteren Frauen und 40% der älteren Männer leiden unter Gelenkserkrankungen. Die zweithäufigste Erkrankung sind Erkrankungen der Atemwege, von denen ein Viertel der befragten Älteren berichtete. Dass ein riskanter Drogenkonsum mit einem erhöhten Risiko der Erkrankung an Virusinfektionen einhergeht, zeigt sich darin, dass die Hälfte der befragten älteren Drogenabhängigen HCV positiv ist. Zudem ist ein erheblicher Anteil (14%) der älteren Frauen und Männer HIV-infiziert.

Gleichwohl die älteren Frauen deutlich häufiger von körperlichen Erkrankungen betroffen sind als die befragten Männer, fühlen sich die Männer stärker als die Frauen durch die körperlichen Beschwerden in ihrem Leben eingeschränkt. Nach subjektiver Einschätzung sind mehr als die Hälfte der Frauen und ein Viertel der Männer in ihrem gegenwärtigen Leben durch körperliche Erkrankungen beeinträchtigt. Als erhebliche oder gar extreme Belastung bewerten über 50% der Männer und 40% der Frauen ihre körperlichen Erkrankungen.

Tabelle 23  
Körperliche Erkrankungen in den letzten 12 Monaten

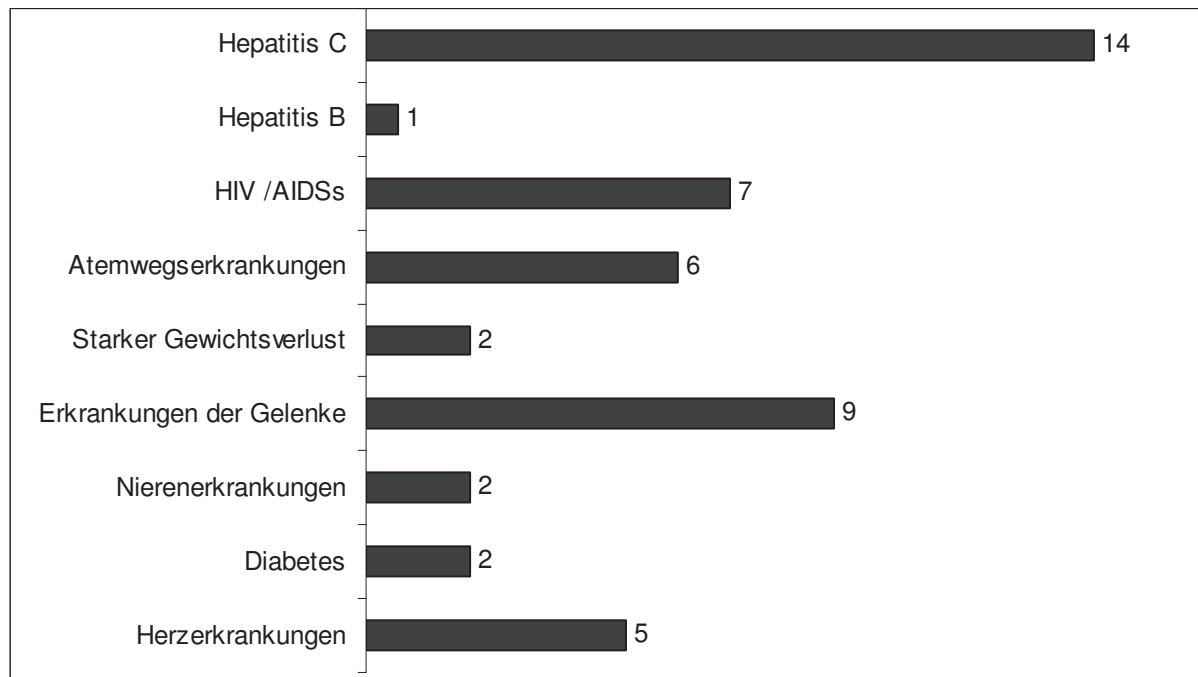
	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Keinerlei gesundheitlichen Beschwerden</b>	20 (7)	6 (1)	16 (8)
<b>Vorhandene Beschwerden / Erkrankungen</b>			
Herzerkrankungen	9 (3)	13 (2)	10 (5)
Diabetes	3 (1)	6 (1)	4 (2)
Nierenerkrankungen	3 (1)	6 (1)	4 (2)
Erkrankungen der Gelenke	43 (15)	63 (10)	49 (25)
Krebs	6 (2)	6 (1)	6 (3)
Starker Gewichtsverlust	9 (3)	6 (1)	8 (4)
Atemwegserkrankungen (TBC etc.)	26 (9)	25 (4)	26 (13)
<b>Infektionskrankheiten</b>			
HIV /AIDSs	17 (6)	6 (1)	14 (7)
Hepatitis B	26 (9)	0	18 (9)
Hepatitis C	43 (15)	69 (11)	51 (26)
<b>Beeinträchtigung durch die genannten gesundheitlichen Beschwerden<sup>1</sup></b>			
Gar nicht / wenig	25 (7)	54 (8)	35 (15)
mittel	18 (5)	7 (1)	14 (6)
Erheblich /extrem	57 (16)	40 (6)	51 (22)

<sup>1</sup> Die subjektive Bewertung der Beeinträchtigung bezieht sich auf die letzten 30 Tage. Berücksichtigt sind nur diejenigen, mit mindestens einer Erkrankung.

Diejenigen mit körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen befinden sich zumeist auch in einer medizinischen Behandlung (Abbildung 5). Angesichts der hohen Prävalenz von HCV Infektionen ist es wenig erstaunlich, dass Behandlungen wegen der Hepatitis C die häufigste Behandlungsart darstellen. Behandlungen aufgrund von Gelenkserkrankungen stehen an zweiter Stelle und werden von neun Befragten genannt. Relativ häufig sind außerdem Behandlungen wegen HIV/AIDS und Atemwegserkrankungen.

Abbildung 5

Anzahl der Befragten in Behandlung wegen körperlicher Beschwerden (N=51)



#### 4.2.4 Psychische Beschwerden und Behandlung

Ebenso wie bei den körperlichen Beschwerden wurden die älteren Drogenabhängigen auch nach ihren psychischen Beschwerden oder Erkrankungen in den letzten 12 Monaten gefragt. Gleichermäßen wurde auch gefragt, wie stark ihr aktuelles Leben durch die vorhandenen psychischen Beschwerden beeinträchtigt ist.

Tabelle 24

## Psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten

	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Keinerlei psychische Beschwerden</b>	18 (6)	6 (1)	14 (7)
<b>Vorhandene Beschwerden / Erkrankungen</b>			
Depressionen	54 (19)	63 (10)	57 (29)
Angst-, Spannungszustände	43 (15)	56 (9)	47 (24)
Halluzinationen	0	6 (1)	2 (1)
Probleme mit Konzentration, Gedächtnis	49 (17)	44 (7)	47 (24)
Probleme mit gewalttätigem Verhalten	6 (2)	0	4 (2)
Einsamkeit, Vereinsamung	43 (15)	44 (7)	43 (22)
Essstörungen	11 (4)	19 (3)	14 (7)
Selbstmordgedanken	23 (8)	25 (4)	18 (12)
Selbstmordversuche	3 (1)	6 (1)	4 (2)
<b>Beeinträchtigung durch die genannten psychischen Beschwerden<sup>1</sup></b>			
Gar nicht / wenig	29 (8)	20 (3)	26 (11)
mittel	25 (7)	20 (3)	23 (10)
Erheblich /extrem	46 (13)	60 (9)	51(22)

<sup>1</sup> Die subjektive Bewertung der Beeinträchtigung bezieht sich auf die letzten 30 Tage. Berücksichtigt sind nur diejenigen, mit mindestens einer psychischen Problematik.

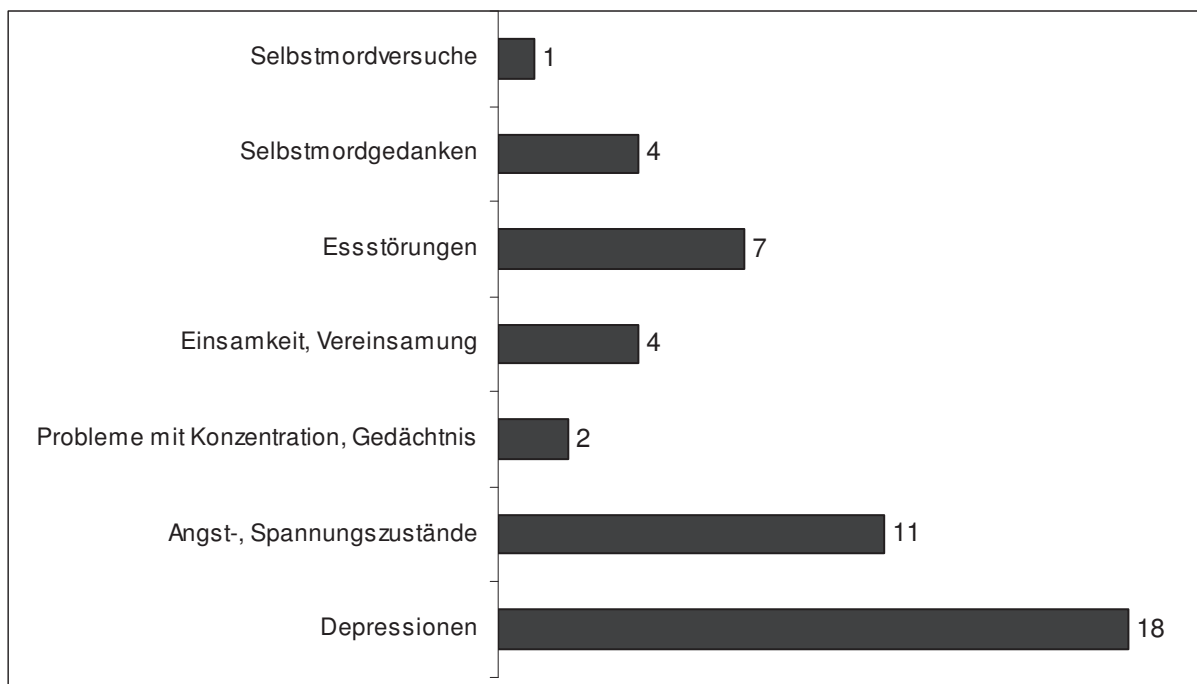
Die Auswertung verdeutlicht, dass nur ein kleiner Teil der Befragten keinerlei psychische Beschwerden aufweist. Über 80% der Befragten gibt an, unter mindestens einer psychischen Belastung zu leiden. Besonders häufig sind Depressionen, Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Konzentration, Angst- und Spannungszustände sowie Einsamkeit. Jeweils etwa die Hälfte der interviewten Frauen und Männer berichtet, unter einer dieser vier psychischen Beschwerden zu leiden. Überdies hatte ein nicht unerheblicher Teil der Befragten im letzten Jahr Selbstmordgedanken. Psychische Beschwerden haben offenbar einen starken Einfluss auf das gegenwärtige Leben. So gibt die Hälfte der älteren Frauen und Männer 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.

Behandlungen aufgrund von psychischen Beschwerden oder diagnostizierten psychischen Störungen fanden in den letzten 12 Monaten primär in Zusammenhang mit Depressionen statt. Insgesamt wurde etwa ein Drittel der älteren Drogenabhängigen in dieser Studie wegen Depressionen behandelt. Angst- und Spannungszustände veranlassten 11 Befragte zu einer Behandlung. Jeweils vier Befragte befanden sich in einer Behandlung wegen Vereinsamung und Selbstmordgedanken. Insgesamt nahmen die befragten Frauen häufiger als die befragten Männer eine Behandlung wegen psychischer Beschwerden in Anspruch. Dieses Verhalten zeigt sich durchgängig bei jeder Art von behandelten psychischen Belastungen.



Abbildung 6

Anzahl der Befragten in Behandlung wegen psychischer Beschwerden (N=51)



### 4.3 Umweltfaktoren und Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation (ICF)

In diesem Kapitel werden die Auswertungen der Untersuchungsbereiche des ICF präsentiert. Hauptanliegen des ICF ist es, den Grad der Beeinträchtigung in den jeweiligen Bereichen zu bestimmen. Die Beurteilung der Beeinträchtigung stützt sich dabei allein auf die Einschätzung der Interviewerin bzw. des Interviewers.

In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass Entscheidungen einer Person für oder gegen die Teilhabe an bestimmten Lebensbereichen nicht als Beeinträchtigung aufgefasst werden. Somit wird nicht unterschieden, ob bestimmte Bereiche für eine/einen Befragte/ Befragten nicht wichtig sind, in ihrem/seinem Alltag keine Rolle spielen oder ob in dem Bereich kein Problem vorhanden ist. Grundsätzlich wird die Einschätzung der Beeinträchtigungen jeweils auf einer Skala mit fünf Ausprägungen vorgenommen.

## ICF- Beurteilungsmerkmal

Beurteilung	Schweregrad	Intensität	Häufigkeit
Nicht vorhanden	0-4%	Nicht spürbar	Kommt nie vor
Leicht ausgeprägt	5-24%	Erträglich/zumutbar	Kommt selten vor
Mäßig ausgeprägt	25-49%	Beeinträchtigt den Alltag	Kommt manchmal vor
Erheblich ausgeprägt	50-95%	Verhindert teilweise den Alltag	Kommt häufig vor
Voll ausgeprägt	96-100%	Verhindert vollständig den Alltag	Kommt immer vor

Aus dem umfangreichen ICF wurden Fragenstellungen aus den folgenden 5 Bereichen ausgewählt: Umweltfaktoren, Selbstversorgung, Haushalt, interpersonelle Beziehungen und bedeutende Lebensbereiche. Beeinträchtigungen in den genannten fünf Bereichen werden auf Grundlage eines offenen Gespräches beurteilt. Zu jedem der abgefragten Lebensbereiche sind die Ergebnisse getrennt nach Männern und Frauen dargestellt. Nur bei weiteren Detailanalysen wird aufgrund der kleinen Stichprobe lediglich die Gesamtgruppe berücksichtigt.

### 4.3.1 Umweltfaktoren mit positivem und negativem Einfluss

Unter den Begriff der Umweltfaktoren sind Faktoren zusammengefasst, die einen Einfluss auf den Rehabilitationsprozess einer Person haben. Hierbei ist mit Rehabilitation nicht die Beendigung des Substanzkonsums, sondern die Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der Leistungsfähigkeit und Teilhabe gemeint. Umweltfaktoren können sich positiv oder negativ auswirken, daher wird zwischen Förderfaktoren, die einen positiven Einfluss haben, und Barrieren, die einen negativen Einfluss ausüben, unterschieden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Analyseergebnisse zu den drei Fragen dargestellt:

- Gibt es in ihrem Umfeld Menschen, die sie unterstützen und so einen positiven Einfluss auf ihren Rehabilitationsprozess haben?

Die Fremdbeurteilung ist abhängig von der Qualität der vorhandenen sozialen Beziehungen/Unterstützung und der Gelegenheit zum Kontakt.

- Gibt es in ihrem Umfeld Menschen, die einen negativen Einfluss auf ihren Rehabilitationsprozess haben (z. B. Personen, die zum Substanzkonsum veranlassen)?

Die Beurteilung basiert darauf, ob sich solche Kontakte vermeiden lassen und wie intensiv der negative Einfluss ist.

- Haben sie im letzten Jahr eine zentrale Bezugsperson durch Tod oder Scheidung verloren, und hat dieser Verlust einen negativen Einfluss auf ihren Rehabilitationsprozess?

Entscheidungskriterium für die Einschätzung des Negativeinflusses ist das Vorhandensein einer Bewältigungsstrategie im Umgang mit dem Verlust.

Tabelle 25

## Einfluss der Umweltfaktoren auf den Rehabilitationsprozess

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>Personen, die unterstützen und positiven Einfluss haben</b>			
Nicht vorhanden	23 (8)	31 (5)	26 (13)
Leicht unterstützt	9 (3)	6 (1)	8 (4)
Mäßig unterstützt	17 (6)	19 (3)	18 (9)
Erheblich unterstützt	43 (15)	44 (7)	43 (22)
Voll unterstützt	9 (3)	0	6 (3)
<b>Personen, die einen negativen Einfluss haben</b>			
Nicht vorhanden	60 (21)	50 (8)	57 (29)
Leicht beeinträchtigt	14 (5)	13 (2)	14 (7)
Mäßig beeinträchtigt	9 (3)	25 (4)	14 (7)
Erheblich beeinträchtigt	17 (6)	6 (1)	14 (7)
Voll beeinträchtigt	0	6 (1)	2 (1)
<b>Verlust einer zentralen Bezugsperson (Tod, Trennung) und dadurch negativ beeinflusst</b>			
Nicht vorhanden	74 (26)	81 (13)	77 (39)
Leicht beeinträchtigt	17 (6)	0	19 (6)
Mäßig beeinträchtigt	6 (2)	0	4 (2)
Erheblich beeinträchtigt	0	19 (3)	6 (3)
Voll beeinträchtigt	3 (1)	0	2 (1)

Knapp drei Viertel der Befragten hat in ihrem Umfeld Personen, die sie unterstützen. Unter diesen ist bei über 40% der unterstützten Älteren die Unterstützung die meiste Zeit zugänglich und daher in einem erheblichen Ausmaß vorhanden. Bei etwa einem Viertel der Befragten ist eine Unterstützung durch Familienangehörige oder Freunde vorhanden, diese Personen sind jedoch nicht immer zuverlässig oder immer verfügbar.

Die Hälfte der befragten Frauen und 60% der befragten Männer sind nicht mit Personen konfrontiert, die einen negativen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Andersherum bedeutet dieses Ergebnis, dass eine erhebliche Zahl der älteren Drogenabhängigen Beziehungen zu Personen hat, die ihr Leben negativ beeinflussen. Der Schweregrad des Negativeinflusses ist höchst unterschiedlich und reicht von einem leichten negativen Einfluss durch seltene und vermeidbare Kontakte bis zu einem stark negativem Einfluss aufgrund häufiger Kontakte. Ein negativer Einfluss resultierte beispielsweise aufgrund wiederkehrender telefonischer oder persönlicher Kontakte mit dem Dealer, des fortgesetzten Kontaktes zur Ex-Freundin oder zum Ex-Freund oder der Konfrontation mit dem Drogenkonsum anderer in der eigenen Wohnung.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist nicht durch den Verlust einer Bezugsperson beeinträchtigt oder hat einen solchen Verlust im letzten Jahr nicht erlebt. Von denjenigen Männern mit einem Verlusterlebnis sind die meisten nur leicht durch den Verlust beeinträchtigt.

tigt. Die Frauen scheinen dagegen stärker von dem Verlust betroffen zu sein und eine erhebliche Trauer zu verspüren.

#### 4.3.2 Selbstversorgung und Alltagskompetenzen

Zur Beurteilung von möglichen Schwierigkeiten in der Selbstversorgung wurde in einem offenen Gespräch ermittelt, ob eine eigenständige Alltagsgestaltung durch den Drogenkonsum oder andere Gesundheitsprobleme beeinträchtigt ist. Weiterhin wurde gefragt, ob die Person aufgrund der Beeinträchtigung bereits professionelle Hilfe erhält und falls nicht, ob ein Hilfebedarf vorhanden ist. Die Fragen zur Selbstversorgung und weiteren Alltagskompetenzen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 30 Tage.

Tabelle 26

Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung und Gesundheit in den letzten 30 Tagen

	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>SCHWIERIGKEITEN mit</b>			
<b>Mahlzeiten zubereiten, Haushalt erledigen</b>			
Nicht vorhanden	74 (26)	63 (10)	70 (36)
Leicht ausgeprägt	14 (5)	6 (1)	12 (6)
Mäßig ausgeprägt	6 (2)	25 (4)	12 (6)
Erheblich ausgeprägt	3 (1)	0	2 (1)
Voll ausgeprägt	3 (1)	6 (1)	4 (2)
<b>Sich waschen, pflegen, ankleiden</b>			
Nicht vorhanden	91 (32)	94 (15)	92 (47)
Leicht ausgeprägt	6 (2)	0)	4 (2)
Mäßig ausgeprägt	3 (1)	6 (1)	4 (2)
<b>Sich ausgewogen ernähren und fit halten</b>			
Nicht vorhanden	57 (20)	44 (7)	53 (27)
Leicht ausgeprägt	17 (6)	6 (1)	14 (7)
Mäßig ausgeprägt	9 (3)	25 (4)	14 (7)
Erheblich ausgeprägt	17 (6)	25 (4)	20 (10)
<b>Ärztlichen Anweisungen folgen</b>			
Nicht vorhanden	71 (25)	50 (8)	65 (33)
Leicht ausgeprägt	14 (5)	19 (3)	16 (8)
Mäßig ausgeprägt	9 (3)	13 (2)	10 (5)
Erheblich ausgeprägt	6 (2)	19 (3)	10 (5)
<b>Gesundheitsrisiken meiden</b>			
Nicht vorhanden	80 (28)	56 (9)	73 (37)
Leicht ausgeprägt	11 (4)	19 (3)	14 (7)
Mäßig ausgeprägt	6 (2)	6 (1)	6 (3)
Erheblich ausgeprägt	3 (1)	19 (3)	8 (4)

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass bis auf wenige Ausnahmen alle älteren Drogenabhängigen bislang keinerlei Schwierigkeiten haben, sich zu waschen und anzukleiden. Lediglich vier Befragte weisen leichte bis mäßige Schwierigkeiten mit der Körperpflege und dem Ankleiden auf. Bei 70% der befragten älteren Drogenabhängigen liegen keine Schwierigkei-

ten damit vor, sich Mahlzeiten zu bereiten und den Haushalt eigenständig zu führen. Unter denjenigen mit solchen Schwierigkeiten, dominieren leichte und mäßige Einschränkungen in der Selbstversorgung.

Ein Großteil der Älteren ist in der Lage, Gesundheitsrisiken zu meiden, wie gebrauchte Spritzen zu verwenden oder ungeschützten Sex zu praktizieren. Allerdings vermeiden deutlich mehr ältere Männer als ältere Frauen verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken (80% zu 56%). Sofern Probleme damit bestehen, keine Gesundheitsrisiken einzugehen, sind diese primär leicht ausgeprägt. Ein erheblich gesundheitsriskantes Verhalten zeigen drei Frauen und ein Mann, wobei die Gesundheitsrisiken der Frauen in der fortgesetzten Prostitution und/oder dem intravenösen Drogenkonsum bestehen. Etwa 65% der Interviewten hat keinerlei Schwierigkeiten damit, auf die eigene Gesundheit zu achten und etwa ärztlichen Anweisungen zu folgen. Wiederum sind die älteren Männer häufiger als die älteren Frauen in der Lage, auf ihre Gesundheit zu achten (70% zu 50%). Die Ergebnisse verweisen darauf, dass ein erheblicher Teil, insbesondere der älteren Frauen ein beeinträchtigtes Gesundheitsbewusstsein aufweist. Unter diesen Personen befinden sich viele mit mäßigen und erheblichen Schwierigkeiten, auf die eigene Gesundheit zu achten.

Im Vergleich zu den genannten Alltagskompetenzen bestehen die meisten Beeinträchtigungen unter den älteren Drogenabhängigen darin, sich ausgewogen zu ernähren und sich körperlich fit zu halten. Nahezu die Hälfte der Befragten hat Schwierigkeiten, für eine gesunde Ernährung und körperliche Fitness Sorge zu tragen. Nahezu jeder 5. Befragte weist sogar erhebliche Schwierigkeiten mit diesen beiden Anforderungen auf. In den Interviews berichteten einige Frauen und Männer, sich zuhause keine warmen Mahlzeiten zuzubereiten, sondern regelmäßig die Essensangebote in den Drogenhilfeeinrichtungen wahrzunehmen. Die ausgewogene Ernährung wird in diesen Fällen nur durch die Hilfeangebote sichergestellt. Im Hinblick auf die Fitness schilderten zwar einige Befragte, sich regelmäßig zu bewegen oder sogar Sport zu treiben, die meisten der befragten älteren Drogenabhängigen ließen jedoch wenig körperliche Aktivitäten erkennen.

Im Zusammenhang mit Alltagskompetenzen wurden auch Fähigkeiten zur Strukturierung des Tagesablaufes und der Umgang mit Stress und Krisensituationen thematisiert.

Nahezu 60% der älteren Drogenabhängigen lässt keinerlei Schwierigkeiten erkennen, den Tagesablauf zu strukturieren (Tabelle 27). Frauen haben tendenziell weniger Schwierigkeiten mit dieser Anforderung als Männer. Unter denjenigen Befragten mit Schwierigkeiten bestehen mehrheitlich leichte bis mäßige Probleme, den Tagesablauf zu strukturieren und feste Zeiten oder Termine einzuhalten. Zu den allgemeine Anforderungen gehört auch, mit Stress und Krisen umgehen zu können. Das Interview ergab, dass die Hälfte der Befragten keine nennenswerten Probleme in der Stressbewältigung aufweist, während die andere Hälfte in unterschiedlicher Intensität Schwierigkeiten im Umgang mit Konflikten und Stress hat. In der Mehrzahl sind diese Schwierigkeiten mäßig ausgeprägt.

Tabelle 27

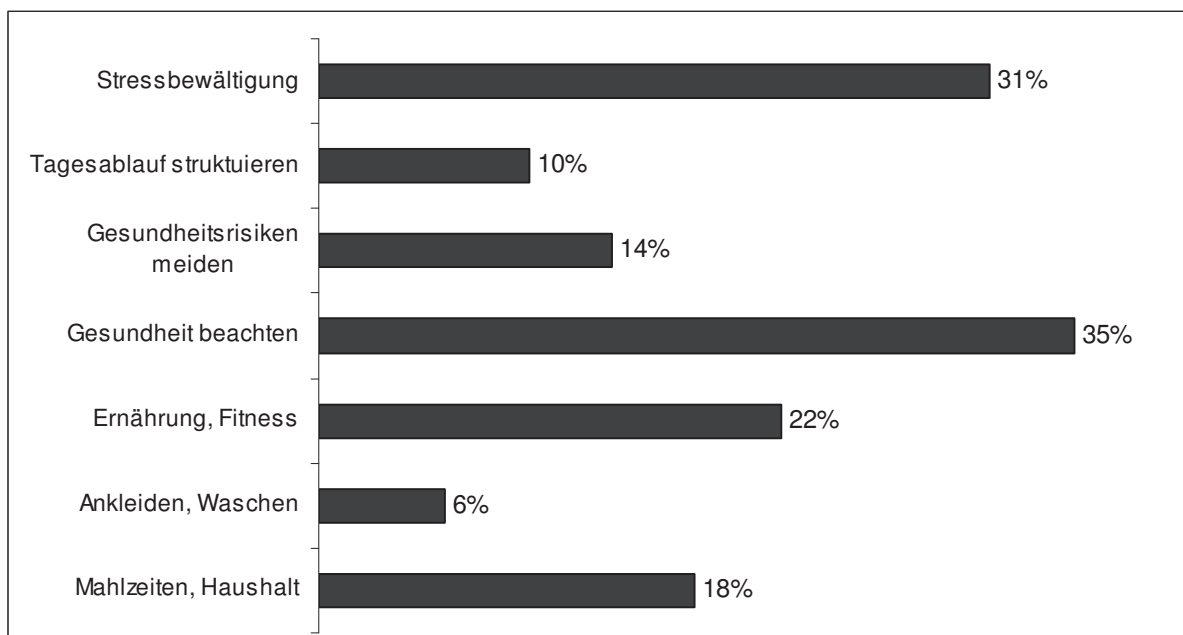
## Tagesstruktur und Stressbewältigung

	Männer (n=35)	Frauen (n=16)	Gesamt (N=51)
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>SCHWIERIGKEITEN mit</b>			
<b>Tagesablauf strukturieren, Zeiten einhalten</b>			
Nicht vorhanden	66 (23)	75 (12)	69 (35)
Leicht ausgeprägt	20 (7)	0	14 (7)
Mäßig ausgeprägt	9 (3)	25 (4)	14 (7)
Erheblich ausgeprägt	6 (2)	0	4 (2)
<b>Mit Stress und Krisen umgehen</b>			
Nicht vorhanden	51 (18)	44 (7)	49 (25)
Leicht ausgeprägt	9 (3)	6 (1)	8 (4)
Mäßig ausgeprägt	26 (9)	31 (5)	28 (14)
Erheblich ausgeprägt	14 (5)	13 (2)	14 (7)
Voll ausgeprägt	0	6 (1)	2 (1)

Mit Blick auf zukünftige Versorgungsbedarfe ist nicht nur relevant, in welchen Lebensbereichen ältere Drogenabhängige Einschränkungen in der Aktivität und Teilhabe aufweisen. Zudem ist die Frage von Bedeutung, ob bereits professionelle Hilfen aufgrund von Einschränkungen genutzt werden oder ob aus subjektiver Sicht der Befragten aktuell ein Hilfebedarf vorhanden ist.

Abbildung 7

Vorhandene aktuelle professionelle Hilfe aufgrund von Schwierigkeiten mit folgenden Bereichen – N=51



Von den 51 Befragten erhielten zum Zeitpunkt des Interviews 35% professionelle Hilfe zur Gesundheitsförderung und 31% zur Stressbewältigung (Abbildung 7). In beiden Fällen bestand die professionelle Hilfe zumeist in einer medizinischen Behandlung durch Fachärztinnen und Fachärzten. So wurden etwa im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung oftmals Medikamente zur Bewältigung von Stress und Krisen verabreicht. Professionelle Hilfe zur Sicherung einer ausgewogenen Ernährung beinhaltet üblicherweise, dass die befragten älteren Drogenabhängigen regelmäßig die Frühstücks- und Mittagsessensangebote in Drogenhilfeeinrichtungen in Anspruch genommen haben. Des Weiteren erhielten einige Befragte eine ambulante Betreuung zur Unterstützung bei Alltagsangelegenheiten, eine ambulante Haushaltshilfe zur Unterstützung bei der Selbstversorgung, oder eine ambulante Pflege zur Medikamentenverabreichung oder zur Hilfe beim Waschen und Ankleiden. Wichtig ist, dass diejenigen mit einem subjektiv vorhandenen Hilfebedarf denen entsprechen, die professionelle Hilfe erhalten.

#### 4.3.3 *Teilhabe an bedeutsamen Lebensbereichen*

Ein weiterer Fragenkomplex, der aus dem ICF verwendet wurde, umfasst bedeutsame Lebensbereiche wie Arbeit, Finanzierung, Wohnraum und Freizeit. Die Beurteilungen zu möglichen Einschränkungen in den bedeutsamen Lebensbereichen beziehen sich auf die letzten 30 Tage.

Aus der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 28) geht hervor, dass 90% der Befragten keine Beeinträchtigungen dahingehend erkennen lassen, sich durch eine witterungsabhängig adäquate Kleidung und einen sicheren Schlafplatz selbst zu schützen. Weiterhin haben 82% der befragten älteren Drogenabhängigen keine Schwierigkeiten damit, sich einen stabilen Wohnraum zu beschaffen und zu bewahren. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit dem hohen Anteil an Befragten, die bereits langjährig über eine eigene Wohnung verfügen. Zugleich weisen einige wenige Ältere massive Schwierigkeiten mit der Beschaffung eines Wohnraumes auf. Diese Personen sind obdachlos und auf Notschlafunterkünfte angewiesen.

Zwei Drittel der befragten älteren Drogenabhängigen sind in ihrer Arbeitssuche, der Finanzierung des Lebensunterhaltes oder in ihrer Freizeitgestaltung beeinträchtigt. Bedenklich ist, dass ein Drittel der arbeitsfähigen Befragten erhebliche Schwierigkeiten haben, eine Beschäftigung oder eine Arbeit zu finden. In der Regel handelt es sich bei diesen Personen um Langzeitarbeitslose. Im Hinblick auf die wirtschaftliche Eigenständigkeit haben die meisten Befragten geringe oder mäßige Schwierigkeiten, den Lebensunterhalt zu sichern und mit dem verfügbaren Geld auszukommen. In Zusammenhang mit der Erholung und Freizeit weist ein beträchtlicher Anteil der Befragten erhebliche Probleme auf, ihre Freizeit zu gestalten und sich zu entspannen.

Tabelle 28

Beeinträchtigungen in bedeutsamen Lebensbereichen in den letzten 30 Tagen

	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>SCHWIERIGKEITEN mit</b>			
<b>Arbeit und Beschäftigung finden</b>			
Nicht vorhanden	34 (12)	31 (5)	33 (17)
Leicht ausgeprägt	6 (2)	6 (1)	6 (3)
Mäßig ausgeprägt	17 (6)	18 (3)	18 (9)
Erheblich ausgeprägt	37 (13)	31 (5)	35 (18)
Voll ausgeprägt	6 (2)	13 (2)	8 (4)
<b>Wirtschaftlicher Eigenständigkeit</b>			
Nicht vorhanden	51 (18)	13 (2)	39 (20)
Leicht ausgeprägt	14 (5)	44 (7)	24 (12)
Mäßig ausgeprägt	17 (6)	38 (6)	24 (12)
Erheblich ausgeprägt	14 (5)	6 (1)	12 (6)
Voll ausgeprägt	3 (1)	0	2 (1)
<b>Stabilen Wohnraum beschaffen und erhalten</b>			
Nicht vorhanden	83 (29)	81 (13)	82 (42)
Leicht ausgeprägt	0	0	0
Mäßig ausgeprägt	3 (1)	6 (1)	4 (2)
Erheblich ausgeprägt	9 (3)	6 (1)	8 (4)
Voll ausgeprägt	6 (2)	6 (1)	6 (3)
<b>Selbstschutz (Schlafplatz, Kleidung)</b>			
Nicht vorhanden	92 (32)	88 (14)	90 (46)
Leicht ausgeprägt	0	6 (1)	2 (1)
Mäßig ausgeprägt	3 (1)	0	2 (1)
Erheblich ausgeprägt	6 (2)	0	4 (2)
Voll ausgeprägt	0	6 (1)	2 (1)
<b>Erholung und Freizeit</b>			
Nicht vorhanden	40 (14)	38 (6)	39 (20)
Leicht ausgeprägt	20 (7)	13 (2)	18 (9)
Mäßig ausgeprägt	17 (6)	25 (4)	16 (8)
Erheblich ausgeprägt	22 (8)	13 (2)	24 (12)
Voll ausgeprägt	0	13 (2)	4 (2)

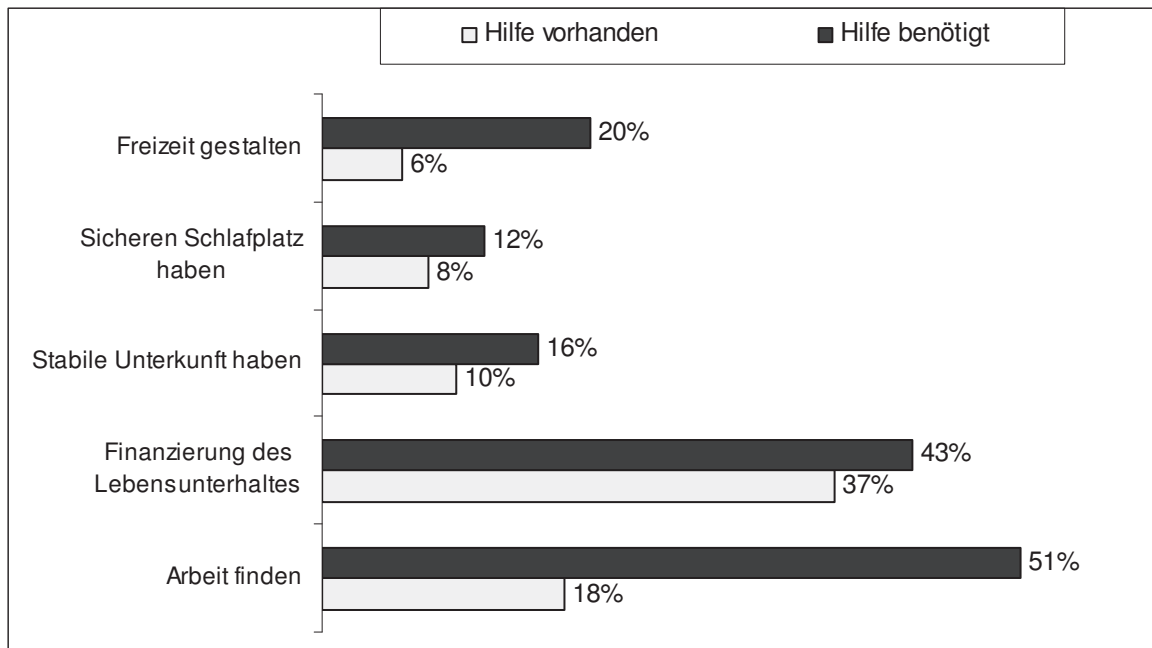
Ein Drittel der Befragten erhält zum Zeitpunkt des Interviews professionelle Hilfe im Zusammenhang mit der finanziellen Eigenständigkeit (Abbildung 8). Zumeist besteht diese Hilfe in der Leistung von Hartz IV. Des Weiteren werden einige Befragte professionell darin unterstützt, eine Beschäftigung zu finden. Zumeist erfolgt die Unterstützung durch die Vermittlung von Ein-Euro-Jobs. Die Auswertung zur vorhandenen Hilfe und der benötigten Hilfe zeigt deutlich, dass in den bedeutsamen Lebensbereichen Arbeit, Finanzen und Freizeit erheblich mehr ältere Drogenabhängige professionelle Hilfe benötigten als sie gegenwärtig erhalten. Insbesondere bei der Suche nach einer Beschäftigung weist die Hälfte der Befragten einen Hilfebedarf auf. Auch im Kontext mit der Sicherung des Lebensunterhaltes besteht ein beträchtlicher Hilfebedarf, häufig in Form einer Beratung zu Versorgungsansprüchen oder der



Beantragung einer Schwerbehinderung. Nicht zuletzt ist der Freizeitbereich ein Lebensbereich, in dem der Bedarf nach professioneller Unterstützung durch gezielte Freizeitangebote besteht.

Abbildung 8

Vorhandene professionelle Hilfe und Hilfebedarfe aufgrund von Schwierigkeiten mit folgenden Bereichen – N=51



#### 4.3.4 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Der letzte Bereich des ICF, der im Rahmen der Interviews mit älteren Drogenabhängigen verwendet wurde, handelt von interpersonellen Interaktionen und Beziehungen. Konkret wurde nach intimen, sozialen und formellen Beziehungen gefragt.

Im Zusammenhang mit intimen Beziehungen geht es um die Abklärung von Beeinträchtigungen im Aufbauen oder Aufrechterhalten von Liebesbeziehungen, ehelichen Beziehungen und/oder Sexualbeziehungen. Drei Viertel der befragten Frauen, jedoch nur knapp die Hälfte der befragten Männer weisen keine Probleme mit dem Aufbau oder der Aufrechterhaltung von intimen Beziehungen auf. Bestehen Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen, sind diese oftmals lediglich leicht ausgeprägt. Allerdings haben sechs Befragte erhebliche Schwierigkeiten, einen Partner zu finden und/oder dauerhaft in einer Partnerschaft zu leben.

Bei den sozialen Beziehungen wird thematisiert, wie häufig Kontakt mit anderen Menschen aufgenommen und gepflegt wird. Soziale bzw. informelle Beziehungen können zu Freunden, Bekannten, Eltern, Kindern, Nachbarn etc. bestehen. Die Mehrheit von 63% der Befragten hat keinerlei Schwierigkeiten, soziale Kontakte aufzubauen und beizubehalten. Bei knapp 20% der Befragten bestehen allerdings erhebliche Probleme im Bereich der sozialen Beziehungen, was auf deren soziale Isolation hindeutet.

Informelle Beziehungen umfassen Kontakte zu und Konflikte mit Autoritätspersonen (z.B. Arbeitgebern), Untergebenen oder Gleichrangigen). Über 90% der Befragten hat keine Konflikte mit informellen Beziehungen. Dass dieser Anteil so hoch ist, hat zwei Gründe: Zum einen sind die meisten älteren Drogenabhängigen seit vielen Jahren erwerbslos und haben daher keine formellen Beziehungen zu Arbeitgebern. Zum anderen werden auch Kontakte zu Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und Ärztinnen/Ärzten als formelle Beziehungen gesehen. Zu diesem Fachpersonal bestehen überwiegend gute und vertrauensvolle Kontakte.

Tabelle 29  
Interpersonelle Interaktionen

	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b>SCHWIERIGKEITEN mit</b>			
<b>Aufbau, Erhalt intimer Beziehungen</b>			
Nicht vorhanden	49 (17)	75 (12)	57 (29)
Leicht ausgeprägt	23 (8)	6 (1)	18 (9)
Mäßig ausgeprägt	17 (6)	6 (1)	14 (7)
Erheblich ausgeprägt	11 (4)	13 (2)	12 (6)
<b>Aufbau, Erhalt sozialer Beziehungen</b>			
Nicht vorhanden	66 (23)	56 (9)	63 (32)
Leicht ausgeprägt	6 (2)	13 (2)	8 (4)
Mäßig ausgeprägt	14 (5)	0	10 (5)
Erheblich ausgeprägt	14 (5)	31 (5)	20 (10)
<b>Aufbau, Erhalt formeller Beziehungen</b>			
Nicht vorhanden	94 (33)	81 (13)	90 (46)
Leicht ausgeprägt	0	6 (1)	2 (1)
Mäßig ausgeprägt	0	6 (1)	2 (1)
Erheblich ausgeprägt	6 (2)	6 (1)	6 (3)

Bezogen auf vorhandene Konflikte mit intimen, sozialen oder formellen Beziehungen wird ebenfalls erfasst, ob bereits professionelle Hilfe beansprucht wird oder ob eine solche Hilfe notwendig wäre. Insgesamt erhalten fünf Befragte professionelle Hilfe im Zusammenhang mit formellen Beziehungen, zwei Befragte aufgrund von Konflikten mit sozialen Beziehungen und ein Befragter wegen Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen. Auf Grundlage aktuell existierender Probleme benötigen sieben Befragte zur Förderung sozialer Beziehungen und fünf Befragte zum Umgang mit intimen Beziehungen professionelle Hilfe. Insgesamt weisen die älteren Männer häufiger als die älteren Frauen Schwierigkeiten mit Beziehungen auf und benötigen auch häufiger professionelle Hilfe.

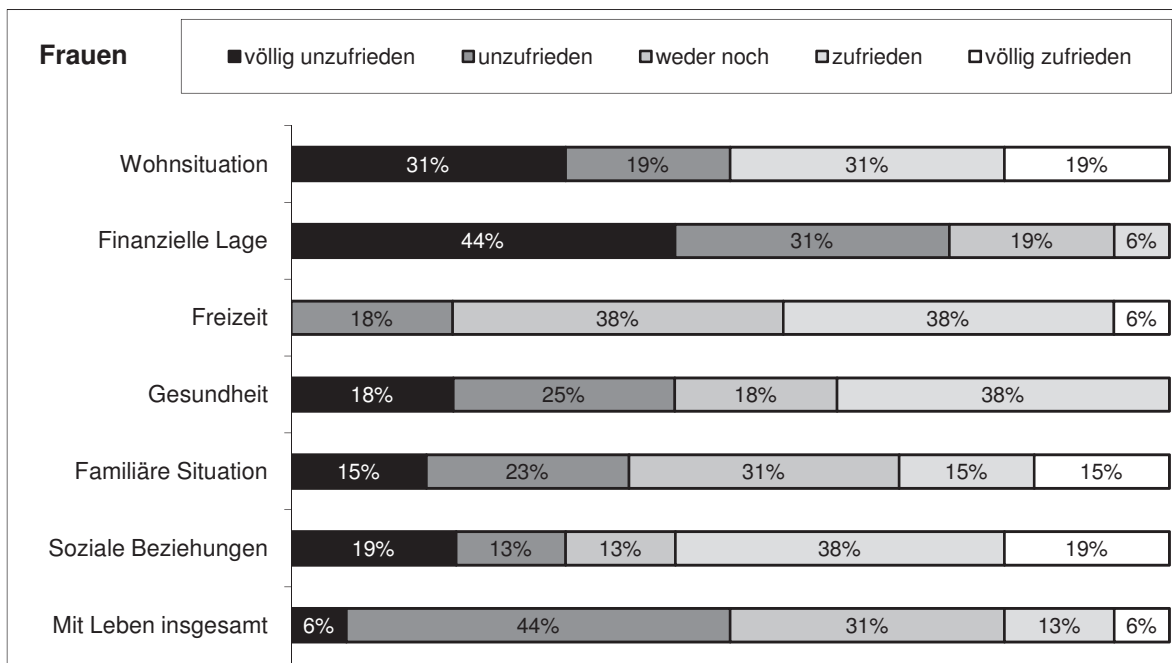
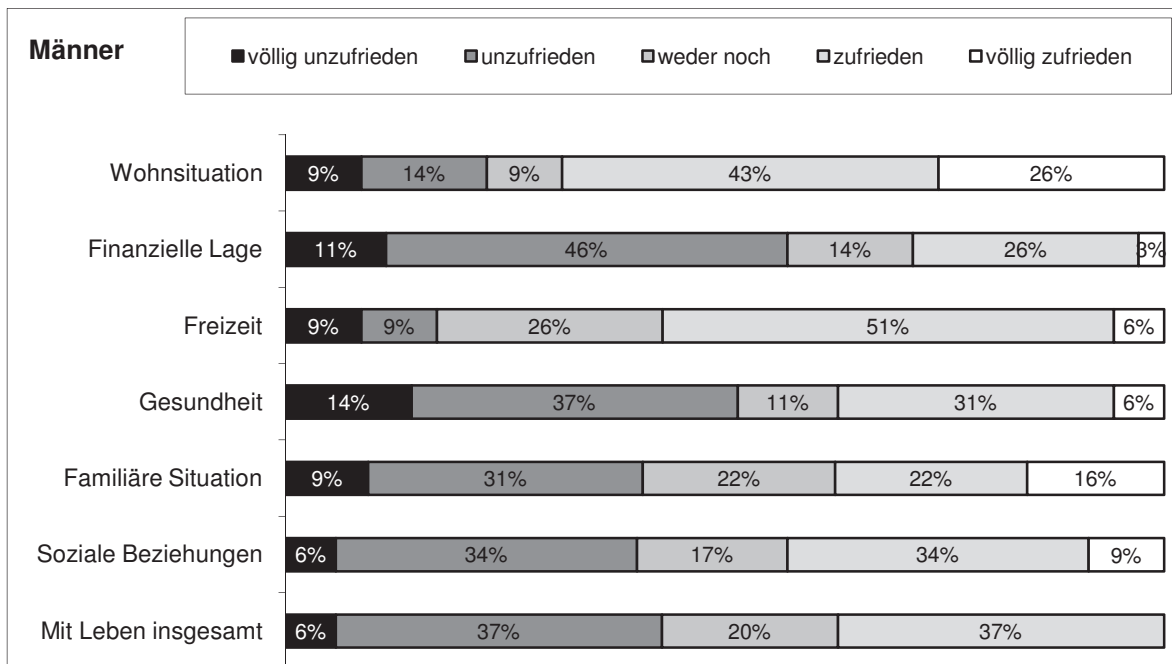
#### 4.4 Subjektive Zufriedenheit mit zentralen Lebensbereichen

Da die Untersuchungsbereiche des ICF eine Fremdeinschätzung verlangen, war beabsichtigt auch die Selbsteinschätzung der älteren Drogenabhängigen zu erfassen. Aus diesem Grund wurden die älteren Männer und Frauen zum Abschluss des Interviews gebeten, ihre Zufriedenheit mit zentralen Lebensbereichen auf einer vorgegebenen Skala einzuschätzen.

Die Fragen nach der subjektiven Zufriedenheit bezogen sich auf die letzten vier Wochen, so dass die gegenwärtige Lebenszufriedenheit abgebildet ist (Abbildung 9). Im Mittelpunkt stehen dabei die Selbsteinschätzung zu alltagsfunktionalen Lebensbereichen wie Wohnen und Finanzen, zu psychischen und sozialen Ressourcen wie Freizeit und soziale Beziehungen sowie zur Gesundheit.

Abbildung 9

Subjektive Zufriedenheit der befragten Männer (n=35) und befragten Frauen (n=16)



Die befragten Männer und Frauen sind in unterschiedlichen Lebensbereichen und Ausprägungen zufrieden. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die älteren Männer vor allem mit ihrer aktuellen Wohnsituation höchst zufrieden sind. Mit knapp 70% der befragten Männer steht die Wohnsituation an erster Stelle der Lebensbereiche, mit denen die größte Zufriedenheit besteht. Des Weiteren sind mehr als die Hälfte der befragten Männer mit ihrer Freizeitgestaltung zufrieden. Besonders unzufrieden sind die männlichen Befragten mit ihrer finanziellen Lage. Bezogen auf die Finanzen gaben drei Viertel der Männer an, unzufrieden oder völlig unzufrieden zu sein. In Hinblick auf alle weiteren Lebensbereiche sind jeweils etwa gleich viele Männer unzufrieden oder zufrieden. Das gilt für die eigene Gesundheit, die familiäre Situation und die vorhandenen sozialen Beziehungen. Bei der Gesamtbewertung des eigenen Lebens tendieren die meisten Männer dazu, eher unzufrieden zu sein.

Im Unterschied zu den befragten Männern sind die befragten Frauen primär mit ihren sozialen Beziehungen zufrieden. Nahezu 60% der Frauen bestätigen, mit ihren Beziehungen zufrieden zu sein. Auch im Hinblick auf das Freizeitverhalten überwiegt eine positive Bewertung. Zugleich äußert ein erheblicher Teil der befragten Frauen, weder unzufrieden noch zufrieden mit dem eigenen Freizeitverhalten zu sein. Ebenso wie bei den Männern gibt es auch bei den Frauen Lebensbereiche, mit denen ein etwa gleich großer Anteil zufrieden oder unzufrieden ist. Eine solcherart geteilte Einschätzung liegt insbesondere in Bezug auf die aktuelle Wohnsituation vor, aber auch hinsichtlich der familiären Situation und der eigenen Gesundheit. Das Gefühl der Unzufriedenheit herrscht insbesondere mit Blick auf die finanzielle Lage, mit der drei Viertel der Frauen völlig unzufrieden oder unzufrieden sind. Noch deutlicher als die befragten Männer tendieren die befragten Frauen dazu, mit ihrem gesamten Leben unzufrieden zu sein.

#### **4.5 Subjektive Erwartungen an die Versorgung im Alter**

Zum Abschluss des standardisierten Interviews wurde in einem offenen Gespräch thematisiert, wie sich die älteren Drogenabhängigen ihre weitere Zukunft vorstellen und welche Erwartungen sie an das Hilfesystem haben, wenn sie sich nicht mehr eigenständig selbst versorgen können. Die Aussagen dazu wurden während des Gesprächs schriftlich dokumentiert.

Aus den Äußerungen der älteren Drogenabhängigen geht deutlich hervor, dass die überwiegende Mehrheit großen Wert darauf legt, eigenständig zu leben und sich auch noch in den nächsten Jahren ohne Hilfe selbst versorgen zu können. Zur eigenständigen Lebensführung gehört es, weiterhin in der eigenen Wohnung zu wohnen, wieder zu arbeiten, eine feste Beziehung zu haben oder den Kontakt zu Eltern und Geschwistern zu festigen. Unter dem Gesichtspunkt der Eigenständigkeit sind Arbeit und Beschäftigung ein zentrales Thema. Insbesondere mehrere männliche Befragte betonten, auch mit über 50 Jahren noch körperlich fit genug zu sein, um einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen. Selbst diejenigen, die nur eingeschränkt arbeitsfähig sind, äußerten den Wunsch nach einer Beschäftigung für täglich 2-3 Stunden. Ältere Drogenabhängige, die perspektivisch wieder arbeiten wollen, sagten zugleich, dass das Älterwerden für sie noch kein Thema ist. Aus ihrer Sicht besteht noch

keine Notwendigkeit, sich über das Alter Gedanken zu machen, da sie sich mobil, wenig körperlich beeinträchtigt und auch psychisch stabil fühlen.

Ein Drittel der Interviewpartner ist bereits körperlich eingeschränkt und hat einen Behindertenausweis. Für diese Personen stellt sich die Frage nach ersten Hilfsmitteln, um die Eigenständigkeit und Mobilität weiterhin zu gewährleisten. So berichtet einer der Befragten, dass er bereits Vorsorge getroffen und sich einen Rollstuhl besorgt hat. Zudem besitzt er eine Parterrewohnung, die er behindertengerecht umbauen lassen will. Zwei andere Befragte können aufgrund von Gelenkschmerzen und offenen Beinen kaum laufen und berichten, einen Rollator zu benötigen. Zudem ist ein eigenständiges Wohnen in der eigenen Wohnung nahezu unmöglich geworden, da sie kaum Treppen steigen können. In beiden Fällen besteht eine akute Wohnproblematik in der Hinsicht, dass sie eine Wohnung mit Lift oder im Parterre benötigen, die auch mit einem Rollator oder Rollstuhl zugänglich ist.

Einige der älteren Drogenabhängigen erhalten bereits eine häusliche Hilfe. Zu diesen Hilfen zählt etwa eine Haushaltshilfe, die tägliche Medikamentenvergabe durch einen ambulanten Pflegedienst, die tägliche ambulante Wundversorgung sowie eine sozialpädagogische oder psychische Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen. Letzteres richtet sich an psychisch kranke Drogenabhängige, die überdies suizidgefährdet sind. Zwei Befragte sind stark in ihrer Selbstversorgung eingeschränkt und benötigen aus eigener Sicht dringend eine Haushaltshilfe, die Einkäufe erledigt und auch warmes Essen zubereitet, und Hilfe beim Anziehen und der Körperpflege leistet.

Das Thema Altern wird von den meisten Befragten vorzugsweise tabuisiert. Sie wollen sich ihr zukünftiges Leben nicht vorstellen, teils aufgrund der Angst vor einer weiter zunehmenden Vereinsamung, teils aus der Befürchtung heraus, an Autonomie einzubüßen und ein würde- und hilfloses Dasein zu fristen. Auffallend viele der älteren Drogenabhängigen äußerten daher ihre Überzeugung, lieber Selbstmord zu begehen als in einem „Pflegeheim zu enden“. Einer der Befragten bekräftigte gar, lieber wieder ins Gefängnis als in ein Pflegeheim zu gehen, da die Haftanstalt eine bessere Pflege und mehr Respekt bieten würde.

Dessen ungeachtet wurden alle Interviewpartner gefragt, welche Erwartungen sie an ihr Leben im Alter haben und welche Unterstützung sie benötigen, wenn sie sich nicht mehr ausschließlich selbst versorgen können. Aus den Aussagen lässt sich ein Szenario entwerfen, das die Mehrheit der älteren Drogenabhängigen teilt.

Priorität hat die eigenständige Lebensführung. Sollten sich dabei erste Einschränkungen bemerkbar machen, wird eine Haushaltshilfe gewünscht. Reicht auch diese Unterstützung nicht aus, wünschen sich die älteren Drogenabhängigen eine ambulante Pflege in der eigenen Wohnung. Von einigen Befragten wurden spezielle Anforderungen an eine ambulante Pflege für die Zielgruppe der Drogenkonsumierenden benannt. So soll die ambulante Pflege durch qualifiziertes Personal geleistet werden, das sich mit Suchtproblemen, der Substitutionsbehandlung und Infektionskrankheiten auskennt. Explizit werden Hausbesuche durch die Aidshilfe, einen Fachärztin/Facharzt (HIV), Psychiaterin/Psychiater oder Hausärztin/Hausarzt gewünscht. Eine interviewte Person betont dagegen, keine spezifische Pflege für Drogenabhängige zu wollen, sondern eine „normale“ Pflege.

Für einige der älteren Drogenabhängigen ist eine betreute Wohnform eine Option, wenn die eigenständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Die Vorstellungen zu einem betreuten Wohnen sind individuell höchst unterschiedlich. So favorisieren zwei Befragte explizit ein betreutes Wohnen, das sich spezifisch an ältere Menschen mit Drogenproblemen oder an Substituierte wendet. Demgegenüber äußerten andere Befragte, auf keinen Fall mit ehemaligen oder aktuell Drogenabhängigen zusammen wohnen zu wollen. Betreutes Wohnen wird primär als Wohngemeinschaft gedacht, wobei diese für einige Befragte selbstverwaltet sein soll und für andere in einem professionellen Hilfeangebot mit einem eigenen Zimmer besteht. Übereinstimmend wird davon ausgegangen, dass ambulante Hilfen nicht Teil des betreuten Wohnens sind, sondern Leistungen wie eine medizinische und psychiatrische Versorgung von den Bewohnern „dazu gekauft“ werden müssen.

Einige der Befragten vermuten, in den nächsten 10 Jahren eine Pflegestufe beantragen und in ein Altenheim einziehen zu müssen. Während im Kontext des betreuten Wohnens unterschiedliche Vorstellungen dazu vorlagen, ob eher zielgruppenspezifische oder reguläre Versorgungsleistungen für angemessener gehalten werden, ist die Tendenz bei den stationären Hilfen eindeutiger. Im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit ziehen die meisten der älteren Drogenabhängigen ein Alters- oder Pflegeheim vor, das nicht spezifisch auf Menschen mit Drogenproblemen ausgerichtet ist. Die Altenhilfe und Pflege sowie die Sterbebegleitung im Hospiz soll aus Sicht der Befragten nicht als Angebot der Drogenhilfe konzipiert sein, sondern im Rahmen der Regelversorgung gewährleistet werden. Allerdings wird es für notwendig gehalten, dass das Pflegepersonal im Umgang mit Menschen mit Drogenproblemen geschult ist. Lediglich zwei der Befragten nennt den Wunsch nach einer Pflegeeinrichtung für ältere Drogenabhängige bzw. nach einem Altersheim mit einem Rauchraum zum Konsum von Cannabis.

Dessen ungeachtet betonen mehrere Befragte, dass ein Altersheim für sie nicht infrage kommt. Die meisten dieser älteren Drogenabhängigen äußerten im Falle der Pflegebedürftigkeit oder drohenden Unterbringung in einem Altersheim, Suizid begehen zu wollen.

Mehrere männliche Befragte schilderten, dass die Auseinandersetzung mit der Pflegebedürftigkeit bereits zu ihrem Lebensalltag gehört, da sie ihre Partnerinnen seit längerer Zeit pflegen. Bei jedem dieser Befragten ist absehbar, dass die Partnerin in naher Zukunft stirbt. Angesichts der Befürchtung, in Zukunft aufgrund einer schweren Erkrankung potenziell nicht mehr über das eigene Leben entscheiden zu können, berichteten auffallend viele der Befragten eine Patientenverfügung zu besitzen.

Ein Großteil der Befragten hat Pläne, in naher Zukunft das eigene Konsumverhalten zu verändern. Zumeist ist hierbei ein drogenfreies Leben angestrebt. Einige der älteren Drogenabhängigen wollen eine Drogenbehandlung aufnehmen, um abstinent zu werden oder das Substitutionsmittel ab zu dosieren. Zu den jeweils genannten Behandlungen zählen eine Entgiftung, eine teilstationäre Therapie, eine stationäre Paartherapie und die Aufnahme in das Heroinprogramm oder die Methadonsubstitution. Im Alter, was hier gleichbedeutend mit einem Alter von Ende 50 ist, besteht offensichtlich das Bedürfnis, sich von einem konsumbezogenen Lebensstil gelöst zu haben und drogenfrei zu sein.

## 4.6 Zusammenfassung

51 aktive und ehemalige Drogenkonsumierende ab einem Alter von 45 Jahren wurden mittels eines standardisierten Fragebogens und abschließend offener Fragen interviewt. 31% der Befragten waren Frauen und das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 50 Jahren.

Die Interviews haben im Wesentlichen folgende Ergebnisse zur sozialen und gesundheitlichen Lage von älteren Drogenabhängigen erbracht:

- Lediglich knapp 10% der befragten älteren Drogenabhängigen lebt in instabilen Wohnverhältnissen. Nahezu alle Befragten haben einen Schulabschluss, wobei die Frauen tendenziell eine bessere Schulbildung aufweisen. Dennoch verfügen die Frauen seltener über eine abgeschlossene Berufsausbildung, haben seltener regelmäßig gearbeitet, waren häufiger arbeitslos und kürzer regulär beschäftigt als die befragten Männer.
- Der Lebensunterhalt im Alter wird durch legale Einkünfte finanziert, wobei ALG II als alleinige Einkommensquelle dominiert. Zugleich weisen die Einkommensarten auf besondere Schwierigkeiten hin, im Alter finanziell abgesichert zu sein. Durch die geringen und unregelmäßigen Zeiten der Erwerbstätigkeit ist der Rentenanspruch und somit die Altersversorgung von älteren Drogenkonsumierenden oftmals ungeklärt. Von einer fehlenden Altersversorgung sind insbesondere die älteren Frauen stark betroffen.
- Sozialen Beziehungen nehmen im Alter ab. Demzufolge ist die Lebenssituation zunehmend davon geprägt ist, auf sich alleine gestellt zu sein. Bei einem Teil der interviewten älteren Drogenabhängigen 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. Bei vielen der Interviewten bestehen nur noch zu wenigen Menschen gute und verlässliche Beziehungen und die dadurch bedingte soziale Isolation begründet oftmals den Rückzug von der Außenwelt.
- Hinsichtlich der Nutzung von Drogenbehandlungen hat sich gezeigt, dass ältere Drogenabhängige größtenteils Substitutionsbehandlungen in Anspruch nehmen, gefolgt von stationären Entzugsbehandlungen. Mehr ältere drogenabhängige Männer als ältere drogenabhängige Frauen nutzen verfügbare Drogenbehandlungen. Überdies nehmen die älteren Männer Drogenbehandlungen häufiger als Frauen in Anspruch.
- 80% der Befragten berichtete von körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen. Ein gleichermaßen hoher Anteil leidet unter mindestens einer psychischen Belastung. Unter den körperlichen Beschwerden wurden mit etwa 50% Erkrankungen der Gelenke und eine Hepatitis C Infektion am häufigsten genannt. Ebenfalls jeweils etwa die Hälfte der Interviewten bestätigte, unter Depressionen, Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Konzentration, Angst- und Spannungszustände und/oder Einsamkeit zu leiden. Die Hälfte

der befragten Männer und Frauen bewerteten ihrer körperlichen und psychischen Beschwerden als erhebliche oder gar extreme Belastung.

- Der hohe Anteil an älteren Drogenabhängigen mit Hepatitis C kann dazu führen, dass eine relevante Zahl dieser Personen zukünftig einen hohen medizinischen und potenziell pflegerischen Versorgungsbedarf aufweisen wird. Die starke Verbreitung von Gelenkserkrankungen wirft die Frage nach einer möglichen Einschränkung in der Mobilität und einer vorhandenen Gehbehinderung auf.
- Die weitaus meisten der befragten älteren Drogenabhängigen haben gegenwärtig keine Schwierigkeiten mit der Selbstversorgung. Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist in der Lage, sich zu waschen, pflegen, anzukleiden, Mahlzeiten zuzubereiten, den Haushalt zu erledigen und Gesundheitsrisiken zu meiden. Sofern in diesen Alltagsbereichen Schwierigkeiten bestehen, sind mehr Frauen als Männer davon betroffen.
- Häufiger verbreitet sind Einschränkungen im Zusammenhang mit der Stressbewältigung und der ausgewogenen Ernährung; so weisen jeweils die Hälfte der befragten Älteren gegenwärtig Schwierigkeiten mit den beiden Anforderungen auf. Einem Drittel der Befragten fällt es in einem unterschiedlichen Ausmaß schwer, auf die eigene Gesundheit zu achten.
- Gemessen an den subjektiven Einschätzungen scheinen ältere drogenabhängige Männer häufiger als ältere drogenabhängige Frauen eine zufrieden stellende Wohnsituation aufzuweisen. Beide Geschlechter nehmen ihre gegenwärtige finanzielle Lage als gleich problematisch wahr, was auf eine drohende Altersarmut von Drogenkonsumierenden hindeutet.
- Von ihrem zukünftigen Leben erhoffen sich die älteren Drogenabhängigen mehrheitlich, so lange wie möglich eigenständig zu leben und sich in der eigenen Wohnung selbst zu versorgen. Sofern professionelle Hilfe erforderlich werden sollte, wird eine ambulante häusliche Unterstützung und Pflege favorisiert. Für einige der Befragten ist es überdies vorstellbar, ein Angebot des betreuten Wohnens anzunehmen. Die Einstellung dazu, ob die Versorgung von älteren Drogenabhängigen durch die Drogenhilfe oder die Altenpflege erfolgen soll, divergiert. Zugleich herrscht Einigkeit darüber, dass das Personal qualifiziert und im Umgang mit Menschen mit Suchtproblemen geschult sein soll.
- Alten- und Pflegeheime werden mehrheitlich abgelehnt und stellen folglich aus subjektiver Sicht keine akzeptable Perspektive dar.

Etwa ein Viertel der Befragten hat sehr früh in ihrem Leben, d.h. bis zu ihrem 18. Lebensjahr, mit dem regelmäßigen Konsum begonnen. Demgegenüber zählen etwa ein Drittel der Befragten zu den Späteinsteigenden, da sie erst nach dem 27. Lebensjahr mit dem Konsum von Heroin, Kokainpulver oder Crack begonnen haben.



In einer Sonderausgabe der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle wurde ausgeführt, dass sich ältere Drogenkonsumierende den zwei Kategorien der Früheinsteigenden und Späteinsteigenden zuordnen lassen (EBDD 2008). Früheinsteigende repräsentieren die klassische Drogenkarriere, da sie gewöhnlich schon in jungen Jahren mit dem Substanzkonsum begonnen haben und der Konsum im fortgeschrittenen Alter weiter fortgesetzt wird. Ältere Konsumierende, die zur Gruppe der Früheinsteigenden gehören, haben ihr drogenbezogenes Leben überlebt. Späteinsteigende werden demgegenüber als „reaktive“ Konsumierende charakterisiert, da sie erst aufgrund kritischer Lebensereignisse mit dem Konsum begonnen haben. Ausgelöst durch einschneidende Ereignisse wie die Scheidung, der Arbeitsplatzverlust, soziale Isolierung oder der Tod einer wichtigen Person, entwickeln Späteinsteigende erst in späteren Jahren ein Suchtmittelproblem. Zu untersuchen bleibt, ob das Lebensalter beim Beginn eines Drogenkonsums einen bedeutsamen Einfluss auf den Alterungsprozess im Hinblick auf die Gesundheit und Behandlungsbedürftigkeit hat.

## 5 Versorgungsangebote für ältere Drogenkonsumierende

In der Praxis besteht seit Jahren die Erfahrung, dass die Zahl an älteren Substituierten und Abhängigen von illegalen Drogen zunimmt und diese Gruppe neben den physischen und sozialen Folgen ihres marginalisierten Lebens auch die Folgen gewöhnlicher Alterungsprozesse aufweist. Auf die Herausforderungen einer Betreuung alternder Drogenabhängiger wurde konzeptionell mit verschiedenen Versorgungsangeboten reagiert.

In diesem Kapitel werden bestehende Angebote für ältere Drogenabhängige kurz vorgestellt. Dabei geht es zum einen um Versorgungsangebote in verschiedenen Städten Deutschlands mit einem Schwerpunkt auf Hamburg, zum anderen um Angebote in den Nachbarländern – Schweiz, Niederlande und Dänemark.

### 5.1 Angebote in Hamburg

Projektverbund Wohngruppen/ Projekt Care

Das Projekt Care des Trägers Jugendhilfe e.V. arbeitet auf Grundlage der Eingliederungshilfe und bietet u.a. für ältere, chronisch mehrfach belastete Drogenabhängige eine Unterbringung in angemieteten und möblierten Wohngemeinschaften an ([www.jugendhilfe.de/projektverbundwohngruppen.de/wohn10.html](http://www.jugendhilfe.de/projektverbundwohngruppen.de/wohn10.html)). Im Rahmen des „beschützten Wohnens“ wird Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Behinderung sowie bei der Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen angeboten. Überdies bieten sozialpädagogisch ausgebildete Fachkräfte Hilfe bei der Anbahnung einer medizinischen oder pflegerischen Versorgung.

Ambulanter Pflegedienst „Ancora“

Der ambulante Pflegedienst Ancora, Gesellschaft für häusliche Pflege, hat explizit einen Schwerpunkt auf das Thema „Alter und Sucht“ gelegt ([www.ancora-ghp.de](http://www.ancora-ghp.de)). Die Pflegeeinrichtung wendet sich an die Klientel der älteren hilfebedürftigen Drogenabhängigen und bietet diesen folgende Leistungen an:

- Praktische Alltagshilfe
- Wundversorgung, Körperpflege, Behandlungspflege und Nachsorge bei Erkrankungen
- Medikamentenvergabe und -einstellung
- Ernährungs- und Therapieberatung bei Hepatitis und HIV

Der Geschäftsführer war zuvor ein Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtung Palette und ist im Vorstand der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen e.V.. Vor diesem Hintergrund soll dieser Pflegedienst dazu beitragen, eine Schnittstelle zwischen der Sucht- und Altenhilfe zu schaffen.

Pflegedienst „Solidarische Hilfe im Alter“

Die Solidarische Hilfe im Alter SHA GmbH ist ein ambulanter Pflegedienst für Pflegebedürftige jeden Alters. Das Leistungsangebotes – Beratung, Haushaltshilfen, Pflege – zielt darauf ab, Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben in gewohnter Umgebung zu erhalten. Ein

Schwerpunkt des Pflegediensts stellen Überlebende von NS-Verfolgung, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit sozialen und/oder psychischen Problemen dar. Überdies wenden sich die Hilfeleistungen auch an Suchtkranke (Kämper 2009a) ([www.solihilfe.de/themen/sucht/](http://www.solihilfe.de/themen/sucht/)). Das Team besteht aus examinierten Kranken- und Altenpflegekräften, Haushaltshilfen, einem Psychologen und Verwaltungsfachleuten.

#### Pflegen und Wohnen „Haus Öjendorf“

Haus Öjendorf ist die einzige spezialisierte stationäre Einrichtung in Hamburg, die chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtmittelabhängigen Pflege und Betreuung anbietet und den fortgesetzten Konsum akzeptiert ([www.pflegenundwohnen.de](http://www.pflegenundwohnen.de)). Aufgenommen werden erwachsene Männer und Frauen aller Altersstufen, die

- keine aktuelle Abstinenzmotivation haben,
- schwere Beeinträchtigungen, Persönlichkeitsstörungen etc. aufweisen,
- in anderen Einrichtungen nicht unterzubringen sind, und die
- als pflegebedürftig nach SGB XI anerkannt sind.

In Haus Öjendorf gibt es 131 Pflegeplätze für alkoholranke Menschen. Die Mehrzahl der Bewohner ist alkoholabhängig, jedoch werden auch Drogenabhängige aufgenommen. Der Konsum von Alkohol ist im Zimmer und in dem Haus gestattet. Zu den Pflegeleistungen der Einrichtung gehören die Alten- und Krankenpflege und die 24-Stunden Behandlungspflege einschließlich der Medikamentenvergabe. Wesentliche Ziele der Einrichtung sind, den Krankheitsverlauf zu verbessern und die Selbstschädigung zu verlangsamen.

#### Hamburger Hospiz im Helenenstift

Das Hamburger Hospiz im Helenenstift betreut Menschen in der letzten Phase ihres Lebens ([www.hamburger-hospiz.de](http://www.hamburger-hospiz.de)). In die rollstuhlgerechte Einrichtung mit 16 Einzelzimmern werden diejenigen Menschen aufgenommen, die in Kürze sterben werden. Für die Aufnahme ist eine ärztliche Prognose erforderlich, die bestätigt, dass die Person eine sehr geringe Lebenserwartung hat und palliative Versorgung benötigt. Das Hospiz wurde im Jahr 2001 gegründet und bietet Sterbenden eine respekt- und würdevolle Begleitung, medizinische Betreuung und Pflege. Das Hospiz wendet sich grundsätzlich an alle Menschen in der letzten Lebensphase, also auch an Drogenabhängige. Die Kosten für die Unterbringung betragen etwa 7000 Euro pro Person und Monat. Diese Kosten werden zu einem Großteil von der Krankenkasse (3/4 der Kosten) und der Pflegeversicherung (1/4 der Kosten) übernommen, den verbleibenden Eigenanteil müssen die aufgenommenen Personen aufbringen. Ist es nicht möglich, den Eigenanteil aufzubringen, wird dieser vom Sozialamt oder vom Amt für Grundsicherung übernommen.

## 5.2 Versorgungsangebote in anderen deutschen Städten

Berlin: Betreutes Gemeinschaftswohnen für Menschen mit HIV/AIDS oder HCV

Zuhause im Kiez (ZIK) bietet Menschen mit HIV, AIDS oder chronischer HCV, die nicht mehr alleine wohnen können, eine intensive tägliche Betreuung in vier Wohnprojekten an. Die Hilfen in den Wohnprojekten erfolgen nach §53 und §67 SGB XII. Grundsätzlich bestehen Wohnprojekte für die folgenden drei Zielgruppen ([www.zik-ggmbh.de](http://www.zik-ggmbh.de)):

- Junge Erwachsene (19-29 Jahre)
- Erwachsene (30-59 Jahre)
- Seniorinnen / Senioren (ab 60 Jahre)

Für Menschen, die neben einer Erkrankung mit HIV/Aids oder Hepatitis eine Suchtproblematik aufweisen und die auf eine umfassende psychosoziale Unterstützung angewiesen sind, bietet ZIK das betreute Gemeinschaftswohnen „Pankstraße“. Das Wohnprojekt hat 28 Wohn- und Betreuungsplätze, es steht eine Nachtbereitschaft zur Verfügung und bei Bedarf wird eine pflegerische Versorgung sichergestellt.

Die ambulante Pflege wird von dem Pflegeteam der Einrichtung „Felix“ geleistet. „Felix“ ist ein ambulanter Pflegedienst für Menschen mit Aids und deren Angehörige. Ziel der Pflege ist es, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, vorhandene Ressourcen durch aktivierende Hilfe zu stärken und die Pflegebedürftigen in einer selbständigen Lebensführung zu unterstützen.

Bremen: Intensiv betreutes Wohnen für ältere Drogenabhängige

Die Bremer AIDS-Hilfe e.V. bietet alternden und schwer chronisch erkrankten Drogenabhängigen eigene Wohnungen im Rahmen eines Betreuten Wohnens. Zurzeit ist ein Haus mit drei Wohnungen und Gemeinschaftsräumen angemietet, das insgesamt für 8 Personen Platz vorhält. Das ambulante Betreuungsangebot wird nach SGB XII Wiedereingliederungshilfe zur Erreichung einer selbst- und eigenständigen Lebensführung finanziert. Der Betreuungsschlüssel ist mit 1:2,5 sehr hoch. Das ist unter anderem durch ambulante Pflegeleistungen wie Medikamentenvergabe begründet (Schmidt Oktober 2008).

Frankfurt: Betreutes Einzelwohnen für ältere Substituierte

Der Kontaktladen „Café Fix“ in Trägerschaft des Vereins Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. hat bereits seit 2003 verschiedene Konzepte zur Versorgung von älteren Drogenabhängigen entwickelt. Das im Jahr 2008 realisierte Konzept bietet älteren Menschen in Substitutionsbehandlung ein Betreutes Einzelwohnen mit 10 Plätze an ([www.vae-ev.de/html/Betreutes%20Einzelwohnen%20fuer%20Substituierte%20Drogen.htm](http://www.vae-ev.de/html/Betreutes%20Einzelwohnen%20fuer%20Substituierte%20Drogen.htm)).

Das betreute Wohnen erfolgt nach SGB XII in Verbindung mit SGB IX, den Leistungen der Wiedereingliederungshilfe zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten. Das Betreuungsverhältnis beträgt 1:8. Aufgenommen werden können Opiatabhängige, die substituiert und älter als 45 Jahre sind, ihren Wohnsitz in Frankfurt/Main haben und deren Antrag auf das betreute Wohnen bewilligt wurde.

Köln: Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige, Frauen und Männer

Seit November 2008 besteht die Krankenwohnung „Notel-Kosmidion“ mit 5 Betten für obdachlose drogenabhängige Frauen und Männer. Die niedrigschwellige Krankenwohnung wird von der Missionsgesellschaft vom Heiligen Geist (Spiritaner) in Köln betrieben und finanziert ([www.notel-koeln.de/konzept.kw.html](http://www.notel-koeln.de/konzept.kw.html)). In Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Mobilen Medizinischen Dienstes der Stadt Köln werden Personen aus der Zielgruppe an die Krankenwohnung verwiesen, die zusätzlich unter einer Akut- oder Kurzzeiterkrankung leiden oder eine Rekonvaleszenzphase benötigen. Die Unterbringung in der Krankenwohnung ist zeitlich auf maximal 4 Wochen begrenzt.

Während des Aufenthaltes in der Krankenwohnung steht eine sozialpädagogische, medizinische und pflegerische Betreuung (letzteres durch den Mobilen Medizinischen Dienst) zur Verfügung. Ziele der Einrichtung sind, eine Genesung bei vermindertem Überlebens- und Suchtdruck auf der Straße zu ermöglichen, den Gesundheitszustand zu verbessern und in Ausnahmen ein menschenwürdiges Sterben zu gewähren.

Köln: Betreutes Wohnen Marin

Die Einrichtung „Marin“ wendet sich zwar nicht explizit an ältere Drogenabhängige, jedoch werden Menschen mit Suchterkrankungen sowie Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Erkrankungen als Zielgruppe genannt. Die betreute Wohnform beinhaltet, dass die Hilfebedürftigen in ihrem eigenen Zuhause betreut werden. Zu den individuellen Hilfen gehören unter anderem Hausbesuche und Begleitung bei Arztbesuchen ([www.bewomarin.de/bewo/bewo.htm](http://www.bewomarin.de/bewo/bewo.htm)).

München: Betreutes Wohnen für ältere Drogenabhängige

Der Verein Condrops bietet das Betreute Wohnen „40plus“ für Suchtmittelkonsumierende an, die über 40 Jahre alt sind und eine Begleitung bei der Stabilisierung ihrer Lebenssituation und der Entwicklung neuer Perspektiven wünschen. Das Angebot wird auf Grundlage von Eingliederungshilfe nach §53 und §54 SGB XII in Form von Betreutem Wohnen finanziert. Die Betreuungsangebote werden in der Einrichtung durchgeführt und die Betreuten leben in ihrer eigenen Wohnung. Im Rahmen der Betreuung wird mit einer persönlichen Betreuungsperson ein individueller Betreuungsplan entwickelt. Die Betreuung umfasst Hilfe bei der Alltagsbewältigung, Krisenmanagement und Hilfe bei der Suche eines Arbeitsplatzes (Condrops e.V. o.J.) ([www.condrops.de/cms/einrichtungen/betreutes-wohnen-40-plus.html](http://www.condrops.de/cms/einrichtungen/betreutes-wohnen-40-plus.html)).

Unna: Ambulantes Betreutes Wohnen für Drogenabhängige mit Mehrfachschädigungen

Der Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger (VFWD) e. V. hat ein Langzeit, Übergangs- und Stützungsangebot (Lüsa) für chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigungen entwickelt. Diesem Personenkreis wird ein ambulantes Betreutes Wohnen mit insgesamt 34 Plätzen zur Verfügung gestellt. Alle Plätze befinden sich in einem Haus. Die Betreuung findet folglich nicht in der eigenen Wohnung statt. Die Unterbringung in dem Haus ist als ein Dauerwohnangebot für ältere Singles, Paare und Kleingruppen konzipiert (Dias de Oliveira 2005).

### 5.3 Spezielle Angebote in den Nachbarländern Niederlande, Schweiz und Dänemark

#### Rotterdam: Altersheim für Drogenabhängige im Alter von 55+

Bereits Ende der 1990er Jahre haben Fachkräfte und Selbsthilfegruppen in Rotterdam festgestellt, dass für ältere chronisch Drogenabhängige, die in gängigen Altenheimen wegen ihres abweichenden Verhaltens nicht untergebracht werden können, der Bedarf nach einem unterstützten Wohnen besteht. Im Jahr 1999 hat die Stiftung Bouman in Rotterdam ein Altenheim für methadon- und kokainkonsumierende Seniorinnen und Senioren eingerichtet ([www.boumanhuis.nl](http://www.boumanhuis.nl)). Gefördert durch das städtische Gesundheitsamt wurde eine "Senioren-Wohnung" in einem bereits bestehenden Seniorenheim angemietet. Für Drogenabhängige, die älter als 55 Jahre sind, bestehen 7 Plätze in dem Altenheim. Innerhalb der privaten Zimmer ist der Konsum von Drogen erlaubt.

Neben der Versorgung mit Essen steht den älteren Drogenabhängigen eine 24-stündige medizinische Betreuung zur Verfügung (Welt online vom 28. November 1998 mit dem Titel „Altersheim für Drogensüchtige“). Per Rufbereitschaft ist ein medizinischer Dienst innerhalb weniger Minuten im Haus. Ein Jahr nach Eröffnung des Altersheims wurde das Versorgungsangebot evaluiert. Den Ergebnissen zufolge sind drogenabhängige Seniorinnen und Senioren nicht extrem problematisch, jedoch sollten die Wohneinheiten durch erfahrenes und geschultes Personal betrieben werden. Die Klientinnen und Klienten zeigten sich mit der Form des betreuten Wohnens zufrieden und waren in der Lage, ihren Kokainkonsum mithilfe professioneller Unterstützung in Grenzen zu halten (Nationaler Bericht an die EMCDDA aus dem Jahr 2001).

#### Zürich: Betreutes Wohnen City

In Zürich besteht seit 2007 ein ärztlich betreutes Wohnhaus (BeWo City), das sich primär an langjährige Drogenabhängige richtet. Zudem besteht die Zielgruppe in Personen, die zur Abstinenz nicht willens oder nicht fähig sind. Anders als in den meisten Einrichtungen ist der Konsum illegaler Drogen in dem Wohnhaus, d.h. in den jeweiligen Zimmern erlaubt (Tazmag Sex, Drugs & Rollstuhl" vom 3./4. November 2007).

Der Konzeption nach ist das Wohnheim ein Angebot für sozial und gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die nicht in der Lage sind, sich in einen „normalen“ Heimbetrieb einzufügen. Dennoch müssen die Bewohner und Bewohnerinnen weder alt noch pflegebedürftig sein, um aufgenommen zu werden. Das Wohnangebot ist nicht geeignet für Personen, die eine intensive medizinische und/oder psychiatrische Pflege benötigen.

Das Wohnheim ist rollstuhlgängig und bietet möblierte Einzelzimmer (mit Dusche/WC auf der Etage) für 19 Personen. Die Aufenthaltsdauer ist unbefristet. Die Betreuungsleistungen bestehen in der Krisenintervention, Vermittlung von externen Angeboten zur Verbesserung der Situation und in der pflegerischen Unterstützung. Die Kosten für die Unterbringung und Betreuung (ohne Verpflegung) betragen 2000 Franken pro Monat ([www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/arbeitswohndrogen/wohneinrichtungen/betreuteswohnen/kontakt.htm](http://www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/arbeitswohndrogen/wohneinrichtungen/betreuteswohnen/kontakt.htm)).

### Basel: Pilotprojekt – Pflegewohngruppe für ältere pflegebedürftige Suchtkranke

In der Alten- und Pflegeeinrichtung „Sternenhof“ in Basel ist am 1. Juli 2009 ein Pilotprojekt für ältere pflegebedürftige Suchtkranke gestartet (Pressemitteilung des Gesundheitsdepartements vom 02. Juli 2009). Hintergrund des Pilotprojektes ist, pflegebedürftigen Suchtkranken die gleichen Dienste anzubieten wie nichtsüchtigen Pflegebedürftigen. Zudem sollen mit dem neuen Angebot unnötig lange Aufenthalte in der Psychiatrie und Geriatrie vermieden werden ([www.sternenhof.ch](http://www.sternenhof.ch)).

Im Auftrag des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt hat der Sternenhof eine Pflegewohngruppe für sechs Personen geschaffen, die infolge ihrer Suchtmittelabhängigkeit pflegebedürftig geworden sind. Bei Bedarf kann das Angebot auf maximal zwölf Plätze ausgebaut werden, indem eine zweite Pflegewohngruppe eingerichtet wird. Das Konzept der Pflegewohngruppe soll im Jahr 2011 evaluiert werden. Auf Basis der Erkenntnisse soll dann über die Fortführung oder Modifikation des Angebotes entschieden werden.

### Dänemark: Wohnheime für ältere Drogenabhängige

In Dänemark ist die Etablierung von Wohnheimen für ältere Drogenabhängige seit 2003 ein wesentlicher Bestandteil der sozialen Hilfen. So genannte „alternative Wohnheime“ wurden unter §108 des dänischen Sozialhilfegesetzes geschaffen und aus dem Fond für vulnerable Gruppen finanziert. Die alternativen Wohnheime sind oftmals mit Kontakt- und Anlaufstellen in verschiedenen Regionen Dänemarks (Fünen, Vejle, Ribe, Aarhus, Kongens) verbunden. Die Wohnheime bieten eine langfristige Unterbringungen für ältere Drogenabhängige, die

- krank und somit nicht mehr in der Lage sind, selbstständig zu wohnen und die
- aufgrund ihres Drogenkonsums, Problemverhaltens oder ihrer Demenz nicht in einem „normalen“ Altenwohnheim untergebracht werden können.

Die Zielgruppe stellen folglich Personen dar, die wegen gravierender physischer oder psychischer Beeinträchtigungen eine intensive Pflege, Versorgung oder Behandlung benötigen (Nationaler Bericht an die EMCDDA aus den Jahren 2005 und 2008).

Wenngleich die bestehenden Versorgungsangebote für ältere Drogenabhängige unterschiedlich konzipiert sind, so weisen sie insgesamt dennoch einige gemeinsame Trends auf. Zum einen zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt in der Entwicklung von Angeboten im Bereich des Wohnens und der Pflege; es gibt die Pflegewohngruppe (Basel), Pflegewohnheime (Dänemark), Altenheim (Rotterdam), und unterschiedliche Formen des Betreuten Wohnens (Deutschland). Typischerweise wird die Konzentration auf Wohn- und Betreuungsangebote damit begründet, dass sich pflegebedürftige Suchtkranke nicht in „normale“ Einrichtungen eingliedern lassen. Auffallend ist zugleich, dass in den Pflege-Einrichtungen der fortgesetzte Konsum illegaler Substanzen bislang nur in Ausnahmen erlaubt ist (Zürich, Rotterdam).

## 6 Einschätzungen der Expertinnen und Experten zum Versorgungsbedarf

Mit Expertinnen und Experten aus insgesamt 10 Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe und (Alten-)Pflege wurden offene leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Hierbei standen vor allem Fragen zur gegenwärtigen Versorgung der älteren Drogenabhängigen und zu den zukünftigen Anforderungen an das Hilfesystem im Vordergrund. Im Wesentlichen sollten die Interviews mit den Expertinnen und Experten darüber Aufschluss geben, welche Angebote für die Gruppe der Älteren vorhanden sind, wie diese Angebote genutzt werden und welche Versorgungslücken aus Sicht der Praxis bestehen (zu den methodischen Details siehe Kap. 2.2.3).

An den Interviews haben Fachkräfte aus den folgenden Einrichtungen teilgenommen:

### Drogenhilfe

- Ambulanz Altona: Die Ambulanz führt Substitutionsbehandlungen und ambulante Entzugsbehandlungen durch.
- Projektverbund Wohngruppen des Jugendhilfe e.V.: In dem Projektverbund werden Wohngruppen für verschiedene Gruppen von Drogenabhängigen – unter anderem für Ältere – angeboten (siehe auch Kap. 5).
- Palette Bartelsstraße: Die Einrichtung bietet psychosoziale Betreuung für substituierte Opiatabhängige (PSB) an.
- Jugend hilft Jugend: Durch die Einrichtung wird u.a. die PSB in der Ambulanz Altona durchgeführt.
- Projekt Jork: Die Einrichtung besteht in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für drogenabhängige Personen.
- Viva Wandsbek: Die Einrichtung bietet u. a. eine ambulante Rehabilitation für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige an.

### Pflegeeinrichtungen (siehe auch Kap 5)

- Ancora: Der ambulante Pflegedienst hat unter anderem einen Schwerpunkt zu „Alter und Sucht“.
- Haus Öjendorf: Das Haus bietet eine stationäre Unterbringung für chronisch alkoholranke Männer und Frauen ohne Abstinenzmotivation, die heimpflegebedürftig sind.
- Hamburger Hospiz im Helenenstift: Das Hospiz begleitet und pflegt sterbende Menschen. Des Weiteren wurde ein Interview mit Fachkräften des Sachgebiets Eingliederungshilfe für Suchtkranke der BSG geführt.

Die Interviews wurden direkt während des Gespräches protokolliert. Das Protokoll erfolgte systematisch entlang der Struktur des Leitfadens. Die Ergebnisse der Interviewanalyse werden im Folgenden präsentiert. Alle sechs Interviews aus dem Bereich der Drogenhilfe werden jeweils mit „DH“ und einer Nummer versehen, um die Aussagen der Interviewten unter Wahrung des Datenschutzes zu kennzeichnen. Da die behördliche Eingliederungshilfe für Suchtkranke eine öffentliche Institution ist, wird das Interview nicht anonymisiert.



Auch die drei Interviews in Pflegeeinrichtungen werden nicht anonymisiert. Der Grund hierfür ist, dass die Einrichtungen höchst unterschiedlich in ihrer Konzeption und Zielgruppe sind und die geschilderten Erfahrungen nur vor dem Hintergrund dessen zu verstehen sind. Eine anonymisierte Darstellung würde in diesem Fall eher zu Missverständnissen beitragen.

## **6.1 Hilfeangebote und deren Inanspruchnahme**

Im Sinne einer Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungslage wurden die Interviewten befragt, welche Hilfeangebote in der jeweiligen Einrichtung grundsätzlich bestehen und wie viele Personen diese Angebote jährlich in Anspruch nehmen. Ein zentrales Interesse war auf die Versorgungsangebote für ältere Menschen mit Drogenproblemen gerichtet. Daher wurden die Expertinnen und Experten gefragt, wie viele ältere Menschen mit Drogenproblemen die Einrichtung aufsuchen, und ob und welche spezifischen Hilfeangebote für diese Gruppe vorhanden sind. Unter ältere Menschen mit Drogenproblemen werden alle aktiven, substituierten oder ehemaligen Konsumierenden illegaler Drogen verstanden, die mindestens 45 Jahre alt sind.

Die 10 an den Interviews beteiligten Einrichtungen repräsentieren eine Bandbreite an ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, die auch für ältere Drogenkonsumierende bedeutsam sein können. Dies gilt insbesondere für Substitutionsbehandlungen, Entzugsbehandlungen, Unterbringung und Pflegeleistungen. Im Hinblick auf die jeweiligen Hilfeangebote verfügen die Einrichtungen über qualifiziertes und den Angeboten angemessenes Personal. In den medizinischen Einrichtungen sind Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte der Sozialpädagogik und Psychotherapie sowie Pflegekräfte tätig. In sozialen Einrichtungen stehen ebenfalls Fachkräfte der Sozialpädagogik und Psychotherapie sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Die Pflegeeinrichtungen beschäftigen qualifizierte Fachkräfte aus der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege.

In stationären Einrichtungen und in betreuten Wohnformen richten sich die personellen Ressourcen nach dem Betreuungsverhältnis, das auch Ausdruck der Intensität der Betreuung ist. So besteht im Betreuten Wohnen ein Betreuungsverhältnis von 1:12 (1 Fachkraft für 12 Betreute). In stationären Wohneinrichtungen liegt das Betreuungsverhältnis bei 1:8, bei einer intensiveren stationären Betreuung bei 1:4. Für die Sterbebegleitung im Hospiz ist das Verhältnis von Pflegekraft zu Sterbendem 1:1.

In der nachfolgenden Tabelle ist dargestellt, welche zentralen Hilfeangebote in den jeweiligen Einrichtungen vorgehalten werden, an welche Zielgruppen sich die Angebote wenden und wie viele Personen diese Angebote nutzen. An der Finanzierung der Hilfeangebote ist eine Vielzahl unterschiedlicher Kostenträger beteiligt.

- Krankenkasse: Substitutionsbehandlung, Krankenpflege
- Eingliederungshilfe für Suchtkranke nach SGB XII: Wohnprojekte der Drogenhilfe
- Pflegekasse: ambulante und stationäre Pflegeleistungen
- Rentenversicherung: Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

- Fachamt für Grundsicherung: Alltagspraktisch Hilfen und ergänzende Finanzierung von Pflegeleistungen
- Sozialamt: ergänzende Finanzierung von Pflegeleistungen

Tabelle 30

Hilfeangebote, Zielgruppen und Nutzung der Angebote nach Einrichtung

Einrichtung/ Institution	Angebote	Zielgruppe	Anzahl der Nutzerin- nen und Nutzer pro Jahr
<b>Ambulante Hilfeangebote</b>			
Ambulanz Altona	Substitution und PSB	Opiatabhängige	350 (300 täglich)
Jugend hilft Jugend	PSB, Akupunktur	Methadon-Substituierte	150
Palette Bartelsstraße	PSB	Suchtmittelübergreifend Konsumierende und substituierte Opiatabhängige	500
VIVA Wandsbek	PSB, Entzugsbehand- lung, ambulante Therapie	Suchtmittelübergreifend Konsumierende und Substituierte	450 Drogenabhängige (30 Plätze für ambulan- te Therapie)
Wohnprojekte/ Projekt Care <sup>1</sup>	Betreutes Wohnen, Wiedereingliederung	Verschiedene Gruppen von Drogenabhängigen	160 (110 Plätze)
Ancora	Ambulante Pflege 24-Stunden Pflege	Pflegebedürftige Men- schen	Keine Information
<b>Stationäre Hilfeangebote</b>			
Projekt Jork	Stationäre Therapie, ambulante Nachsorge	Drogenabhängige mit Therapiebereitschaft	120 (44 Plätze)
Haus Öjendorf	Stationäre Pflege von CMA <sup>2</sup> (auch bei Pfl- gestufe 0)	CMA, primär Alkohol- abhängige	131 (130 Plätze)
Hospiz im Helenenstift	Sterbebegleitung inklu- sive Pflege	Menschen mit einer begrenzten Lebenser- wartung	120-130 (16 Plätze)

<sup>1</sup> In den Wohnprojekten gibt es ca. 50 Plätze für Betreutes Wohnen, 12 Plätze für das „Wohntraining“ und 32 Plätze in stationären Wohneinrichtungen. Zudem bestehen einige Wohnungen für die Nutzungsverträge mit den Klientinnen und Klienten abgeschlossen werden.

<sup>2</sup> CMA bedeutet chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige.

In den suchtmittelübergreifenden Einrichtungen sowie in den Pflegeeinrichtungen sind nicht alle Personen, die die Einrichtungen nutzen, Abhängige oder Konsumierende illegaler Drogen. Die meisten institutionellen Hilfen erreichen aber eine große Gruppe an Suchtmittelabhängigen, unter denen sich auch eine relevante Zahl an älteren Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen befindet.

Um genauer zu erfassen, in welchem Ausmaß ältere Menschen mit Drogenproblemen die vorhandenen Angebote nutzen, wurden die Expertinnen und Experten der Drogenhilfe gefragt, wie viele Menschen mit Drogenproblemen die Einrichtung im Monat aufsuchen und wie viele dieser Menschen zur Gruppe der Älteren ab 45 Jahre gehören? Den interviewten Fachkräften aus Pflegeeinrichtungen wurden diese Fragen etwas anders gestellt. Von ihnen wur-

den Angaben dazu erbeten, wie viele ältere Menschen die Pflegeleistungen monatlich in Anspruch nehmen und wie viele dieser Menschen eine Drogenproblematik aufweisen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der monatlichen drogenabhängigen bzw. älteren Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen sowie die Anzahl der älteren Drogenabhängigen unter den monatlichen Nutzerinnen und Nutzern.

Tabelle 31

Monatliche Inanspruchnahme der Einrichtungsangebote durch ältere Drogenabhängige

<b>Einrichtung</b>	<b>Anzahl der drogenabhängigen Nutzer(innen) (pro Monat)</b>	<b>Anzahl an älteren Drogenabhängigen</b>
Ambulanz Altona	300	150 (50 %)
Jugend hilft Jugend	40-50	20-25 (50 %)
Palette	120	38 (33 %)
VIVA Wandsbek	35	4 (12 %)
Wohnprojekte/Projekt Care	160	18 (11 %)
Haus Öjendorf	5	5
BSG/ Eingliederungshilfe für Suchtkranke	207 (Stichtag 1.9.2009)	45 (22 %)
Projekt Jork	Verweildauer sind 10 Monate	3
	Anzahl der älteren Nutzer(innen)	
Ancora	60	6 (10 %)
Hospiz im Helenenstift		2-3 pro Jahr

Deutlich wird, dass ältere Drogenabhängige in den Substitutionsbehandlungen und den damit verbundenen psychosozialen Betreuungen bereits jetzt ein Drittel bis die Hälfte der Klientel ausmachen. Bei den Leistungen der Eingliederungshilfe ist jede/jeder 5. Drogenabhängige bereits 45 Jahre oder älter. Demgegenüber stellen ältere Menschen mit Drogenproblemen in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen gegenwärtig eine Ausnahme dar.

#### 6.1.1 Inanspruchnahme durch ältere Menschen mit Drogenproblemen

Da zu erwarten war, dass ältere Drogenabhängige Hilfeeinrichtungen aufsuchen, wurden die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gefragt, welche Angebote vorwiegend von dieser Gruppe genutzt werden und ob spezifische Hilfeangebote für diese Gruppe bestehen.

Im Hinblick auf das Nutzungsverhalten verweisen die Expertinnen und Experten darauf, dass ältere Drogenkonsumierende ebenso wie die Jüngeren grundsätzlich alle vorhandenen Einrichtungsangebote nutzen. Zugleich wird angegeben, dass bestimmte Angebotssegmente vorwiegend von den älteren Menschen mit Drogenproblemen in Anspruch genommen werden. So haben die interviewten Fachkräfte übereinstimmend von der Tendenz des älteren Klientel berichtet, eine Substitutionsbehandlung und PSB gegenüber anderen Hilfemaßnahmen zu bevorzugen. Im Alter haben Drogenabhängige andere Hilfebedarfe und wollen eher seltener stationäre Entwöhnungsbehandlung aufnehmen. Auch eine ambulante Entzugsbehandlung oder das „Runterdosieren“ des Substitutionsmittels wird nur in Einzelfällen nachgefragt (DH 2, DH 4). Weitere Hilfeangebote, die von älteren Drogenabhängigen genutzt wer-

den, sind Akupunktur, Essensangebote (Frühstück, warmes Essen) und Beratungen zu Hartz IV und Schulden (*DH 2, DH 3*).

Aus Sicht der Befragten gelingt es mit den jeweiligen Hilfeleistungen, ältere Menschen mit Drogenproblemen in die Einrichtung zu integrieren. Nahezu alle Expertinnen und Experten betonen, dass insbesondere das Angebot der PSB dazu beiträgt, ältere Drogenkonsumierende an die Einrichtung anzubinden.

Eine Sonderrolle nehmen die behördliche Eingliederungshilfe für Suchtkranke und das Hamburger Hospiz im Helenenstift ein. Das Sachgebiet Eingliederungshilfe für Suchtkranke bewilligt Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII in verschiedenen Einrichtungen für Suchtkranke.

Im Hospiz im Helenenstift erhalten Drogenabhängige die gleiche stationäre Sterbebegleitung wie andere Sterbende auch. Ein wesentlicher Bestandteil der Konzeption des Hospizes ist es, dass die aufgenommenen Menschen alle ein Einzelzimmer haben, in dem sie ihre Lebensgewohnheiten beibehalten können. Daher ist dort das Rauchen und Trinken gestattet.

#### *6.1.2 Verfügbarkeit altersspezifischer Hilfeangebote*

Die meisten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner konstatierten, in ihrer Einrichtung keine speziellen Hilfeangebote für die Gruppe der älteren Drogenkonsumierenden zur Verfügung zu stellen. Zum Teil ist das Fehlen spezifischer Hilfen darin begründet, bereits eine spezialisierte Einrichtung zu sein (Hospiz im Helenenstift, Haus Öjendorf). Zum Teil gibt es aber auch Konzepte für spezifische Hilfen, die noch der Umsetzung und Finanzierung harren (wie z.B. Palette, Projekt Jork; Genaueres hierzu folgt weiter unten).

Dessen ungeachtet äußern nahezu alle Expertinnen und Experten, auf ältere Drogenabhängige anders als auf Jüngere zu reagieren, da sich deren Bedarfslagen im zunehmenden Alter wandeln. Aus ihrer Sicht erfordert die Berücksichtigung von psychischen und somatischen Erkrankungen, insbesondere von chronischen Erkrankungen mit einem Betreuungsbedarf wie etwa bei Zirrhosen, Diabetes etc. bei älteren Menschen mit Drogenproblemen eine verstärkte professionelle Aufmerksamkeit (*DH 6; DH 2*). Zudem werden in Einzel- und Gruppengesprächen altersspezifische Schwerpunkte gesetzt, die abhängig von der jeweiligen Hilfeeinrichtung unterschiedliche Inhalte haben. So nimmt in einer Einrichtung die Unterstützung bei der Lebensbilanzierung eine wichtige Rolle ein, da es für ältere Drogenabhängige ein wichtiges Thema ist, mit ihrer Drogenkarriere abzuschließen und mehr Lebenszufriedenheit zu erlangen (*DH 1*). Aus einer anderen Einrichtung wurde berichtet, dass der Fokus früher eher auf der schulischen und beruflichen Wiedereingliederung lag, heute jedoch für Ältere Ergotherapie und Gruppeninterventionen zum Thema „Freizeit und Alltagskompetenz“ angeboten werden (*DH 5*). Da die Freizeitgestaltung für ältere Drogenabhängige aufgrund ihrer Isolation zunehmend ein Problem darstellt, bietet die Einrichtung JHJ eine Altengruppe an, die sich einmal pro Woche für 2 Stunden trifft. In der Gruppe wird zusammen gekocht und über altersrelevante Themen wie Tod, Erkrankungen und Sterben gesprochen. Mitunter werden zu bestimmten Themen auch Fachleute eingeladen. Zwei der Interviewten betonen, dass der Frage der Beschäftigung im Alterungsprozess eine wesentliche Bedeutung zukommt, da die Drogenbeschaffung und der Konsum nicht mehr alltagsdominierend sind. Da-

her kann die Vermittlung in Ein-Euro-Jobs (*DH 5, DH 3*) eine wichtige Unterstützungsleistung bei älteren Menschen mit Drogenproblemen sein.

### 6.1.3 Weitervermittlung der älteren Klientel

Im Allgemeinen ist bei älteren Menschen mit Drogenproblemen häufig die Weitervermittlung in Einrichtungen nötig, die nicht zu dem üblichen Netzwerk der (Drogen-) Hilfeinrichtungen gehören. Insbesondere die Vermittlung von Pflegeleistungen gewinnt bei den Älteren an Bedeutung. Einhellig berichteten die Expertinnen und Experten aus der Drogenhilfe, ältere Drogenabhängige zumeist an ambulante Pflegedienste und in schwerwiegenderen Fällen in stationäre Pflegeheime zu vermitteln. Bei der Vermittlung an ambulante Pflegedienste ist es von zentraler Bedeutung, dass diese Haushaltshilfen anbieten und die häusliche Pflege übernehmen. In diesem Zusammenhang besteht in der Praxis oftmals die Schwierigkeit, geeignete Einrichtungen zu finden, an die ältere Menschen mit Drogenproblemen überhaupt vermittelt werden können. Geeignete Einrichtungen für die ambulante Pflege und Haushaltshilfe zu finden, erscheint noch problematischer bei älteren Drogenabhängigen, die zudem psychisch krank sind, oder geistig oder körperlich behindert sind (*DH 4, DH 2, DH 3*). Da Kooperationen zwischen der Drogenhilfe und Pflegediensten erst langsam entstehen, sind die Erfahrungen in der Praxis unterschiedlich. Während einige Pflegedienste im Umgang mit Drogenabhängigen offenbar unsicher sind und daher oft Drogenhilfeeinrichtungen um Rat fragen, hat sich mit anderen Pflegeeinrichtungen bereits eine gut funktionierende Kooperation entwickelt – so zum Beispiel mit dem Hospiz im Helenstift. Eine Drogenhilfeeinrichtung ist dazu übergegangen, mit Pflegediensten einen Kooperationsvertrag für die häusliche Pflege von chronisch erkrankten Abhängigen einzugehen (*DH 6*).

Bei älteren Menschen mit Drogenproblemen, die lediglich einer ambulanten Pflege bedürfen, lassen sich die Pflegeleistungen noch gut organisieren. Das stellt sich im Falle des Bedarfs nach einer stationären Pflege sehr viel schwieriger dar. Sowohl der ambulante Pflegedienst „Ancora“ als auch das Sachgebiet Eingliederungshilfe für Suchtkranke der BSG betonen, dass es in Hamburg schwierig ist, adäquate stationäre Einrichtungen zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Drogenproblemen zu finden.

Nach Erfahrung der Einrichtung „Haus Öjendorf“ wird die Wohnfähigkeit der dort Untergebrachten nur in Ausnahmefällen wieder hergestellt. Aus diesem Grund wird aus der Einrichtung faktisch nicht weitervermittelt. Wer im „Haus Öjendorf“ untergebracht wird, bleibt in der Regel in dieser Einrichtung. Nur wenn die Klientinnen und Klienten die Pflegestufe 3 erhalten, werden sie weitervermittelt, da eine entsprechende Pflege nicht in der Einrichtung geleistet werden kann.

## 6.2 Altersspezifische Problemlagen aus Sicht der Praxis

Ein zweiter Themenbereich des Interviews bestand darin, die besonderen gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Problemlagen von älteren Menschen mit Drogenproblemen aus Sicht der Praxis zu erfassen. Hierbei ging es darum, welche Erfahrungen die Einrichtungen mit der spezifischen Problemkonstellation von älteren Drogenkonsumierenden haben und

inwieweit sich diese von den Problemlagen der Jüngeren unterscheiden. Des Weiteren wurden die Interviewten gefragt, ob sie die Lebensvorstellungen der älteren Drogenkonsumierenden hinsichtlich ihrer Zukunft berücksichtigen und ob sie auf die geäußerten Bedarfe personell und konzeptionell eingestellt sind.

### 6.2.1 Problemlagen von älteren Drogenabhängigen

Anhand der von den Expertinnen und Experten geschilderten Problemlagen lassen sich vier zentrale Problembereiche präzisieren, die bei älteren Menschen mit Drogenproblemen verstärkt auftreten. Diese Problembereiche sind:

- Soziale Isolation

Aus Perspektive der Praxis wird die soziale Isolation umso stärker, je älter die Drogenkonsumierenden werden. Im Alter verringert sich sowohl das drogenspezifische als auch das private oder familiäre soziale Umfeld zunehmend. Nach Erfahrungen der Drogenhilfe stellen soziale Isolation und Vereinsamung ein primäres Problem von älteren Drogenabhängigen dar (*DH 1, DH 2, DH 3, DH 4, DH 5*). Zum Teil wird die soziale Isolation als Folge des Misstrauens gegenüber anderen Menschen aus der Drogenszene und gegenüber „normalen“ Menschen verstanden. Zum Teil wird die Isolation aber auch als bewusster Rückzug erlebt, der die Haltung der Älteren einschließt, nicht länger an Einrichtungen angebunden sein zu wollen. Eine weitere Erklärung für die Vereinsamung der älteren Drogenkonsumierenden ist, dass im zunehmenden Alter die Familienangehörigen bereits verstorben sind, so dass auch die Familie kein soziales Umfeld mehr bieten kann.

- Körperliche Erkrankungen

Einige Interviewpartnerinnen und Interviewpartner berichten, dass nach ihren Erfahrungen ältere Drogenkonsumierende schneller als „normale“ Menschen altern und alterstypische Erkrankungen etwa 20 Jahre früher auftreten. Diejenigen Drogenkonsumierenden mit einem frühen Einstieg scheinen zudem schneller zu vergreisen als die Späteinsteigenden. Unter älteren Menschen mit Drogenproblemen ist eine Infektion mit Hepatitis C sehr verbreitet, was nach Einschätzung der Praxis zu einem schnelleren Alterungsprozess beiträgt (*DH 4, DH 2, DH 1*). Eine Expertin weist darauf hin, dass auch die Arbeitslosigkeit dazu führt, dass die Betroffenen schneller körperlich abbauen und sie sich subjektiv älter fühlen als sie sind (*DH 1*). Körperliche Erkrankungen können die Mobilität einschränken, was für ältere Drogenabhängige mit Schwierigkeiten einhergehen kann, eine Arztpraxis oder eine Drogenambulanz aufzusuchen. Im Zusammenhang mit dem Crackkonsum werden vor allem neurologische Probleme beobachtet. Mit der zukünftigen Alterung der Gruppe der Crackkonsumierenden wird zugleich eine Zunahme an neurologischen Erkrankungen erwartet (*DH 1*).

- Psychische Störungen

In einigen Hilfeeinrichtungen wird beobachtet, dass viele ältere Menschen mit Drogenproblemen neben ihrer Suchterkrankung unter einer psychischen Störung leiden. Unter den Älteren mit Doppeldiagnosen ist insbesondere die Erkrankung an einer Depression verbreitet (*DH 1, DH 3*).

- Armut

Einige der Interviewten nannten Armut und Perspektivlosigkeit als ein relevantes Problem der älteren Drogenabhängigen. Die Armut wird zum einen auf ungeklärte Renten- und Altersversorgungsansprüche zurückgeführt (*DH 1*). Zum anderen wird Armut als Folge der mangelnden Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt gesehen (*DH 2*).

Aus Sicht der Expertinnen und Experten kommt ein Großteil der älteren Menschen mit Drogenproblemen alleine zurecht und kann sich selbst versorgen. Bei einem kleineren Teil der Betroffenen scheint allerdings absehbar zu sein, dass sie bald professionelle Unterstützung bei der Selbstversorgung benötigen. So wird etwa von der stationären Einrichtung Haus Öjendorf berichtet, dass mehr als die Hälfte der dort Untergebrachten eine gesetzliche Betreuung erhalten.

### 6.2.2 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede

Um Aufschluss über alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zu erhalten, wurden die Fachkräfte gefragt, ob ihrer Erfahrung nach zwischen älteren und jüngeren Abhängigen und zwischen älteren Frauen und älteren Männern Unterschiede in den Problemlagen bestehen.

Im Hinblick auf mögliche unterschiedliche Problemlagen zwischen älteren und jungen Drogenabhängigen liegen sehr heterogene Einschätzungen vor. So wird etwa von einer Expertin gesagt, dass die Probleme prinzipiell vergleichbar sind, bei Älteren diese Probleme jedoch in einem stärkeren Maße präsent sind. Eine andere Expertin wiederum betont, dass das Gesundheitsbewusstsein von Älteren wie Jüngeren gleich schlecht ist. Für einige der Interviewten bestehen wesentliche Unterschiede zwischen beiden Altersgruppen darin, andere Themen und Problemlagen zu haben.

Da jüngere Drogenabhängige nach wie vor ein akutes Drogenproblem haben, stehen Themen wie Wohnen, Finanzierung und justizielle Probleme im Vordergrund (*DH 2, DH 4*). Bei Jüngeren ist es zudem von zentraler Bedeutung, Ausstiegsprozesse und eine berufliche Wiedereingliederung zu fördern (*DH 4, DH 5*). Demgegenüber werden Ältere als realitätsnäher beschrieben, da ihre Lebensgrundlagen wie z.B. im Bereich Wohnen geklärt sind und für sie deshalb Themen wie Sinnfindung, soziale Isolation und Beschäftigung eine wichtige Rolle spielen (*DH 3, DH 5*).

Sofern ältere Menschen mit Drogenproblemen eine Beschäftigung haben, handelt es sich zumeist um Ein-Euro-Jobs. Diese sind für die Älteren wichtig, da sie durch die Ein-Euro-Jobs eine Tagesstruktur und soziale Kontakte haben. Überdies wird bei älteren Klientinnen und Klienten, die körperlich noch fit sind, versucht, diese in einen Familienbetrieb einzugliedern. Laut Erfahrung einer Expertin haben ältere Drogenabhängige zumeist eine vergleichsweise gute Bildung, einen Job und sind seit Jahren substituiert (*DH 4*). Das Hauptproblem der Älteren ist demzufolge nicht mehr der Drogenkonsum, sondern der Alkoholkonsum. Aus Sicht einer anderen Expertin bestehen zentrale Problemlagen von Älteren in der stärkeren Verbreitung von psychischen und körperlichen Belastungen und in der eingeschränkten Mobilität (*DH 6*).

Einrichtungen mit einem geringen Frauenanteil wie z.B. in Haus Öjendorf sahen sich nicht in der Lage, mögliche Unterschiede zwischen älteren Männern und Frauen zu benennen. Aus anderen Einrichtungen wurden geschlechtsspezifische Unterschiede geschildert, die im Bereich der Drogenhilfe hinlänglich bekannt sind. So wurde etwa geäußert, dass Frauen mehr Wert auf Kleidung und Hygiene legen (DH 3) und dass sie eine bessere Prognose als gleichaltrige Männer haben (DH 5), obwohl sie schwerer körperlich und psychisch erkrankt sind (DH 2, DH 6). Frauen seien zudem sozial kompatibler als Männer, würden ihre Alltagsangelegenheiten besser organisieren, könnten besser mit dem wenigen Geld auskommen und mit einem „inhaltslosen Alltag“ umgehen (DH 2, DH 5). Männer hingegen würden sich früher alt fühlen, eher als Frauen über ihre Gebrechlichkeit klagen und insgesamt eher passiv reagieren (DH 1, DH 2). Nach Einschätzung der behördlichen Eingliederungshilfe benötigt ein Teil der Frauen spezifische Einrichtungen, die es bislang jedoch nur in Ausnahmen (z.B. Prima Donna in München) gibt.

### 6.2.3 Lebensvorstellungen der Älteren

Den meisten Expertinnen und Experten ist bekannt, wie sich ältere Menschen mit Drogenproblemen die eigene Zukunft vorstellen bzw. welche Wünsche sie für die Zukunft haben. Auf Grundlage der Aussagen lassen sich zwei Lebensbereiche identifizieren, die für Zukunftsvorstellungen von zentraler Bedeutung sind – die Wohnform und der Tod.

- Zur Wohnform

Ein primäres Anliegen älterer Drogenabhängiger ist es den eigenen Wohnraum zu erhalten (DH 1, DH 2). Das gilt auch im Falle einer Erkrankung und dem Bedarf an einer medizinischen Versorgung. Ältere Drogenabhängige bevorzugen offenbar eine Betreuung in der eigenen Wohnung gegenüber einer Wohngemeinschaft oder einer anderen betreuten Wohnform. Auch Altersheime speziell für Drogenabhängige werden von den meisten Betroffenen abgelehnt, da eine solche Unterbringung mit dem Verlust von Autonomie und einer Intimsphäre assoziiert wird.

- Zum Tod

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod scheint auf zwei sehr gegensätzliche Weisen zu erfolgen. So berichtet eine Expertin, dass Ältere ihr Älterwerden ausblenden und das Thema Tod tabuisieren (DH 3). Andere Expertinnen schildern, dass sich Ältere große Sorgen um ihre Zukunft machen und das Bedürfnis haben, über eine Patientenverfügung und das Testament zu sprechen (DH 4, DH 5). Bei einigen Älteren spielt der Gedanke an einen Suizid eine große Rolle, wenn sie an ihre Zukunft denken.

Auf die Frage, ob die Einrichtungen auf die Bedürfnisse der älteren Drogenabhängigen konzeptionell und personell eingestellt sind, wurde lediglich von einer Einrichtung geäußert, nicht auf die Bedarfe eingestellt zu sein, da spezifische Angebote für diese Gruppe nicht vorhanden sind (DH 3). Demgegenüber gaben drei Einrichtungen an, konzeptionell bereits auf ältere Drogenabhängige reagiert zu haben durch entsprechende Schwerpunkte, Gruppen oder eine Pflegeversorgung (DH 5, DH 6, Haus Öjendorf). Haus Öjendorf bietet chronisch mehr-



fach beeinträchtigten Alkohol- und Drogenkonsumierenden eine Unterbringung, wenn die Personen sozial auffällig oder verwahrlost sind, eine gefährdete Selbstversorgung oder Pflegebedürftigkeit vorliegt.

#### 6.2.4 *Vorhandene Kompetenzen der Drogenhilfe und Pflegeeinrichtungen*

Die meisten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner bekräftigten, über gute fachliche Kompetenzen zu verfügen, um auf die Bedarfslagen der älteren Menschen mit Drogenproblemen angemessen reagieren zu können. Aus Sicht von zwei Einrichtungen der Drogenhilfe ist das Personal zwar gut qualifiziert, doch für eine adäquate Versorgung der Älteren müssen noch weitere Kompetenzen zur Verfügung stehen (*DH 1, DH 2*). So müsste ein stärkeres Bewusstsein für ältere Drogenabhängige vorhanden und die Begleitung dieser Personen auf eine längere Zeitdauer ausgerichtet sein. In Teilbereichen der ambulanten Pflege bestünde überdies der Bedarf an fachlichen Informationen.

Aus Sicht einer Drogenhilfeeinrichtung bekommen die meisten älteren Drogenabhängigen Medikamente, dennoch ist die Versorgung mit Medikamenten in den Hilfeeinrichtungen nicht hinreichend geregelt (*DH 6*). Die Befragten aus der Eingliederungshilfe verweisen darauf, dass die häusliche Behandlungspflege und die Vermittlung von Hilfe zur Pflege besser geregelt werden müsse. Nach Einschätzung einer ambulanten Pflegeeinrichtung kann die Einrichtung die medikamentöse Therapie unterstützen und die Pflegeleistungen erbringen. Der befragte Experte bekräftigte, konzeptionell auf die Gruppe der älteren Drogenabhängigen vorbereitet zu sein: Bei Substituierten wäre es sofort möglich, im Krankheitsfall oder bei fehlender „Take home“ Regelung das Medikament zu vergeben. Auch eine medikamentöse Behandlung von HIV oder Hepatitis C könnte durch die Pflege gewährleistet werden. Während die konzeptionellen Voraussetzungen in der Pflegeeinrichtung vorhanden sind, mangelt es an einem fachlich geeigneten Personal. Aus Sicht des Experten müsste das eigene Personal intern fortgebildet werden, um sich die nötigen Kompetenzen im Umgang mit Drogenkonsumierenden anzueignen.

## 6.3 Bestehende Versorgungslücken und zukünftige Versorgungsbedarfe in Hamburg

Ein wesentliches Ziel der Interviews war es, Einschätzung aus der Praxis zu den zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen zu erhalten. Zu diesem Zweck sind die Expertinnen und Experten zum einen nach ihrer fachlichen Meinung gefragt worden, wie sich der Trend im Hinblick auf die Gruppe der älteren Drogenabhängigen entwickeln wird. Zum anderen wurden die Befragten gebeten, bestehende Lücken im derzeitigen Versorgungssystem zu benennen und – gemessen an der erwarteten bevorstehenden Entwicklung – einzuschätzen, worin die zukünftigen Hauptprobleme in der Versorgung der älteren Menschen mit Drogenproblemen liegen werden. Zum Abschluss des Interviews wurde nach Plänen in der jeweiligen Einrichtung gefragt, spezifische Hilfeangebote für ältere Drogenabhängige zu realisieren.

Um einen Einblick in die Entwicklung älterer Menschen mit einer Drogenproblematik zu gewinnen, wurden die Expertinnen und Experten zunächst nach einer möglichen Zunahme an älteren Klientinnen und Klienten in den letzten fünf Jahren gefragt. In allen sechs Drogenhilfeeinrichtungen wurde in den letzten fünf Jahren eine Zunahme der älteren Klientel beobachtet. Diese Zunahme macht sich an dem Anstieg des Durchschnittsalters der Klientel, der langjährigen Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung sowie einem Anstieg von Älteren in der PSB fest. Zugleich verweisen die Interviewten darauf, dass diese Zunahme nicht sehr stark ist, sondern vielmehr auch Ausdruck dessen, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten gealtert zu sein. In der Regel kennen sich die Fachkräfte und das Klientel seit vielen Jahren, so dass die interviewten Fachkräfte aus der Drogenhilfe übereinstimmend berichten, zusammen mit ihrer Klientel alt zu werden. Die Wahrnehmung, gemeinsam zu altern, trifft vor allem in der ambulanten Drogenbehandlung und in Wohnangeboten zu. So macht eine Expertin darauf aufmerksam, dass Drogenabhängige in einer Entzugsbehandlung tendenziell eher jünger sind und in diesem Versorgungssegment auch keine altersbedingten Veränderungen erwartet werden (DH 4). Des Weiteren seien in den Rehabilitationseinrichtungen vorwiegend Rentner und Rentnerinnen, die jedoch zumeist alkoholabhängig und nicht drogenabhängig sind.

Aus Haus Öjendorf wird ebenfalls von einer Zunahme an älteren Drogenabhängigen berichtet. Diese Entwicklung hat dazu geführt, die Einrichtung schrittweise auch für Drogenabhängige zu öffnen.

### 6.3.1 Versorgungslücken

Nach Einschätzung der befragten Fachkräfte gibt es zurzeit in der Stadt Hamburg eine Vielzahl an Versorgungslücken von älteren Drogenabhängigen. Werden die Äußerungen systematisch zusammengefasst, lassen sich vier Haupt-Versorgungslücken feststellen.

- Inadäquate Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit werden höchst unterschiedliche Aspekte angesprochen, die aus Perspektive der Praxis bislang nicht gelöst sind. Eine Expertin der Dro-

genhilfe beklagt, dass eine Suchterkrankung sowie die Infektion mit HIV und HCV zwar zur Pflegebedürftigkeit führen kann, diese Faktoren beim MDK jedoch nicht für die Einstufung in eine Pflegestufe anerkannt sind (*DH 1*). Eine andere Expertin bemängelt, dass Versorgungsangebote bei bestehender Pflegebedürftigkeit für Substituierte und noch aktive Drogenkonsumierende fehlen (*DH 5*). Einige Befragte aus der Drogenhilfe sowie der Befragte aus der ambulanten Pflegeeinrichtung halten das Angebot einer stationären Unterbringung für pflegebedürftige Menschen, die illegale Drogen konsumieren oder konsumiert haben, für notwendig.

Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen existieren in Hamburg vor allem Pflegeeinrichtungen für Hochaltrige und Demenzkranke. Versorgungslücken bestehen insbesondere für jüngere Menschen, die pflegebedürftig sind und noch nicht im Sterben liegen. Nach Erfahrung der Interviewpartner sind die bestehenden Einrichtungen für Kranke und Pflegebedürftige entweder ausgelastet oder zu hochschwierig, so dass es kaum eine angemessene Unterbringung von Drogenabhängigen gibt.

- Unzureichende Absicherung von PSB

In den ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen zeigt die Erfahrung, dass der psychosozialen Betreuung im Alter ein wichtiger Stellenwert zukommt. Der Alterungsprozess wird von den Drogenabhängigen als ein neuer Lebensabschnitt wahrgenommen, der mit Krisen einhergehen kann. In dieser Lebensphase steigt der Bedarf an PSB (*DH 2, DH 3*). Zugleich steht den Substituierten PSB nur in einem begrenzten Rahmen zur Verfügung, denn eine Ausweitung des Angebotes ist gegenwärtig weder rechtlich noch finanziell abgesichert. Auch die Pflegeeinrichtung Ancora bemängelt die zeitliche Begrenzung von PSB, da mit der Beendigung der PSB auch der noch bestehende regelmäßige und verbindliche Kontakt zur/zum Klientin/Klienten wegfällt. Die Gewährleistung eines minimalen sozialen Bezugs ist jedoch von elementarer Bedeutung für die Beurteilung, ob der Klient oder die Klientin weitere oder andere ambulante Leistungen benötigt und ob die Selbstversorgung noch funktioniert.

- Unzureichende Angebote für Drogenabhängige mit psychischen Störungen

Eine Versorgungslücke besteht nach Einschätzung einiger Expertinnen und Experten aus der Drogenhilfe in dem Mangel an Angeboten für ältere Drogenkonsumierende mit einer Doppeldiagnose (*DH 1, DH 3, DH 6*.) Aus ihrer Sicht sollte die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung einen größeren Stellenwert erhalten.

- Mangel an einer altersspezifischen Drogenbehandlung

Die bestehenden Angebote zur Aufnahme einer stationären Entzugsbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung sind konzeptionell eher auf jüngere Drogenabhängige ausgerichtet. Für ältere Drogenabhängige fehlen bislang geeignete Plätze in einer Entzugseinrichtung (*DH 1*) und in einer stationären Therapieeinrichtung (*DH 4*).

Abgesehen von den bereits dargestellten Versorgungslücken haben die Befragten noch weitere Defizite benannt, die ihrer Meinung nach gegenwärtig in der Stadt Hamburg bestehen. Dazu zählen das fehlende Angebot von substituierenden Ärzten, Hausbesuche durchzuführen

ren (DH 1), ein Mangel an Angeboten zur Vermittlung von Wohnraum (BSG) und die Notwendigkeit, eine Regelung zur gesetzlichen Betreuung zu treffen, die zukünftig vermehrt eingesetzt werden müsse (DH 6). Auf der strukturellen Ebene wird eine bessere Versorgung dadurch behindert, dass der Übergang von der Versorgung im Drogenhilfesystem zu einer Versorgung durch das Pflegesystem nicht reibungslos abläuft, da keine Koordination der unterschiedlichen Kostenträger stattfindet (DH 6, DH 4). Schließlich wird noch auf das unzureichende Fachwissen zu Sucht und Substitution in der Altenpflege, Hospizen und Krankenhäusern hingewiesen (DH 2).

### 6.3.2 Zukünftige Versorgungsbedarfe

Die meisten der interviewten Expertinnen und Experten äußerten, dass in den nächsten fünf Jahren eine weitere Zunahme an älteren Menschen mit Drogenproblemen stattfinden wird (DH 6, DH 2, DH 4, DH 5, BSG, Haus Öjendorf). Allerdings wird keine massive Zunahme der Älteren, sondern ein stetiger Trend erwartet, der darin besteht, dass die heutigen 30- bis 40-Jährigen „nachrücken“ und in Zukunft die Älteren sein werden (DH 1, DH 2). Lediglich eine Expertin konstatierte, dass es in den nächsten Jahren keine Zunahme an älteren Menschen mit Drogenproblemen, sondern lediglich eine Verschiebung in der Drogenproblematik geben wird (DH 4). Ihrer Einschätzung nach werden Cannabiskonsumierende und Partygänger nach wie vor eher jung sein, unter Kokainkonsumierenden das mittlere Lebensalter primär vertreten sein, und Opiatkonsumierende entweder ihren Konsum überwunden haben oder im Verlaufe der PSB älter werden. Auch eine andere Expertin geht davon aus, dass es zukünftig weniger Opiatabhängige geben wird (DH 3). Stattdessen erwartet sie eine Zunahme an Crackkonsumierenden. Die neuen Alten werden vermutlich primär zur Generation derjenigen mit Crackkonsum gehören und entsprechende Problemlagen – vor allem psychischer und neurologischer Natur – mitbringen (DH 3, DH 2). Im Zusammenhang mit den Alterungsprozessen von Crackkonsumierenden wird überdies vermutet, dass vermehrt Einweisungen in die Psychiatrie oder ein Pflegeheim nötig werden.

Gefragt nach den zukünftigen Hauptproblemen in der Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen, benennen die interviewten Fachkräfte verschiedenartige Versorgungsprobleme, die sich vier Hauptbereichen zuordnen lassen.

- Zielgruppenspezifische Versorgung

Eine zukünftige Anforderung wird in der angemessenen Versorgung von nicht mobilen und schwerstbehinderten chronisch kranken Drogenabhängigen liegen (DH 6). Für Drogenabhängige mit psychischen Störungen werden begleitende Gesprächsangebote vorhanden sein müssen (DH 2). Für pflegebedürftige aktive oder ehemalige Drogenkonsumierende wird es für erforderlich gehalten, die Pflegeleistungen und ambulante Versorgung zu regeln (DH 5) und geeignete Pflegeeinrichtungen mit einer angemessenen Konzeption und angepassten Aufnahmebedingungen zu schaffen (*Hospiz im Helenstift*).

- Förderung von Selbsthilfe

Ein Aspekt erwarteter Versorgungsprobleme betrifft den Bereich der Selbsthilfe. Aus Sicht der Praxis wird es zukünftig von Bedeutung sein, die Selbsthilfe der älteren Drogenkonsumierenden zu fördern.

mierenden im Sinne von Selbstorganisation und Selbstversorgung zu fördern (DH 5, DH 3). Laut fachlicher Einschätzung wird es eine große Gruppe an älteren Drogenkonsumierenden geben, die auch bei chronifizierten körperlichen Problemen eigenständig wohnen wollen und in ihrem Zuhause Unterstützung bei der Selbstversorgung benötigen (DH 3, Haus Öjendorf). Zum Thema Selbsthilfe gehören nicht zuletzt Überlegungen, wie sich die Älteren sinnvoll beschäftigen oder engagieren können (DH 5).

- Vernetzung von Suchthilfe und Pflegediensten

Ein zentrales Versorgungsproblem wird in der Vernetzung von Einrichtungen der Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege gesehen (DH 1, DH 4). Es wird als notwendig erachtet, dass es zukünftig geregelte Kooperationen mit Pflegediensten gibt, so wie es derzeit bei einigen Einrichtungen mit dem Pflegedienst Ancora der Fall ist. Eine geregelte Kooperation kann fallbezogen erfolgen oder aber durch vertragliche Vereinbarung zwischen Einrichtungen der Drogenhilfe und ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden (DH 4).

- Schulung

Die Hilfebedarfe von älteren Menschen mit Drogenproblemen können sowohl in suchtspezifischen als auch altersspezifischen Unterstützungsleistungen bestehen, so dass eine gegenseitige Schulung von Sucht- und Altenhilfe zur Vermittlung des jeweiligen Fachwissens für erforderlich gehalten wird (DH 1).

Im Zusammenhang mit den zukünftigen Versorgungsbedarfen wurden die Expertinnen und Experten gefragt, ob ihrer Meinung nach gesonderte Angebote für die Zielgruppe der älteren Drogenkonsumierenden notwendig sind. Die Einstellungen zu dieser Problematik sind ausgesprochen heterogen – insbesondere innerhalb der Drogenhilfe.

Ein Teil der interviewten Fachkräfte bejaht, dass spezifische Angebote für ältere Drogenabhängige entwickelt werden und in die bestehenden Drogenhilfeeinrichtungen integriert werden sollten. Als ein erforderliches altersspezifisches Angebot wird das Konzentrations- und Gedächtnistraining und Bewegung und Gymnastik genannt (DH 1, DH 3). Zudem wird es für nötig erachtet, altersspezifische Angebote in der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung bereit zu stellen und spezifische Betreuungsangebote zu entwickeln (DH 4). Im Zusammenhang mit der abnehmenden Mobilität im Alter sei eine konzeptionelle Umorientierung weg von der Komm-Struktur hin zu einer verstärkten aufsuchenden Arbeit notwendig (DH 4).

Ein spezifischer Versorgungsbedarf wird auch im Bereich der Navigation durch das Hilfesystem gesehen. In dieser Hinsicht sei es wichtig, die Koordination zwischen verschiedenen Hilfetägern zu verbessern und für die Betroffenen die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (z.B. Wohnungssicherung für Wohnfähige) zu erleichtern (DH 6). Zudem sollten vor der Entlassung aus einer stationären Drogentherapie weitere Hilfen im Sinne eines „Altenhilfeplans“ koordiniert werden (DH 1).

Darüber hinaus wurden von den befragten Fachkräften weitere Unterstützungsangebote angeführt, die speziell älteren Menschen mit Drogenproblemen zur Verfügung gestellt werden sollten. Genannt wird die Absicherung einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (DH 1),

die Unterstützung der Freizeitgestaltung durch die Schaffung eines wohnortnahen Seniorentreffs (DH 1) und die Gewährleistung eines spezialisierten Betreuungspersonals für Hilfen in der eigenen Wohnung sowie für betreute Wohngruppen (DH 3). Aus Sicht einer Expertin sei auch ein stationäres Altenheim für die Gruppe der älteren Drogenabhängigen notwendig (DH 1).

Kontroverse Auffassungen zeigen die Interviewaussagen im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Frage, ob sich die Drogenhilfe auf die Versorgungsbedarfe der älteren Drogenkonsumierenden spezialisieren soll oder ob diese Personengruppe in das „normale“ Versorgungssystem integriert werden soll.

Von zwei Drogenhilfeeinrichtungen wird eindeutig eine Spezialisierung innerhalb der Drogenhilfe befürwortet. Eine Begründung dafür ist, dass Drogenabhängige in der Regel nie zuvor in das normale Versorgungssystem integriert waren und es daher auch keinen Grund gibt, im Alter mit einer solchen Integration anzufangen (DH 4). Einer anderen Argumentation zufolge bleibt der Habitus von Drogenkonsumierenden bestehen, so dass diese Gruppe für die Angebote der normalen Altenhilfe nicht geeignet ist (DH 5). Überdies sei das Klientel im Vergleich zur Gruppe der normalen Alten zu jung, und Altenpflegekräfte würden nicht über die nötigen Kompetenzen im Umgang mit älteren Drogenkonsumierenden verfügen (DH 5). Eine andere Expertin favorisiert eine Zuständigkeit in der Versorgung, die von der aktuellen Konsumproblematik abhängig ist. Demnach soll die Suchthilfe weiterhin bei Älteren mit einer aktuell bestehenden Sucht- oder Alkoholproblematik zuständig sein, während Ältere, bei denen die Drogenproblematik nicht mehr im Vordergrund steht, in das normale Versorgungssystem integriert werden sollen (DH 2).

Gänzlich anderer Auffassung sind die Pflegeeinrichtungen. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Pflegeeinrichtung betonen, dass eine pflegerische Versorgung von älteren Drogenabhängigen unproblematisch von ihrer Einrichtung gewährleistet werden kann. Explizit äußert einer der Befragten, dass Drogenabhängige nicht separiert und in Spezialeinrichtungen versorgt werden sollen. Stattdessen sollte diese Gruppe zusammen mit anderen beeinträchtigten Personen wie z.B. psychisch Kranken gemeinsam versorgt werden. Die Expertin aus dem Hamburger Hospiz erläuterte, dass Drogenprobleme im Hospiz nur eine Problematik unter vielen anderen darstellen, und beispielsweise eine Substitutionsbehandlung im Hospiz ohne Schwierigkeiten sichergestellt werden kann.

### 6.3.3 Anforderungen an die Einrichtungen und geplante Angebote

Zum Abschluss des Interviews wurde thematisiert, welche Anforderungen an die Qualifikation des Personals und an die Vernetzung der Hilfen gestellt sind, um ältere Menschen mit Drogenproblemen adäquat zu versorgen. Die Expertinnen und Experten wurden ebenfalls gefragt, ob in ihrer Einrichtung altersspezifische Angebote in naher Zukunft geplant sind.

Im Hinblick auf die Anforderungen und die Qualifikationen des Personals ist eine deutliche Tendenz zu erkennen, das Fachwissen auf Seiten der Drogenhilfe wie auf Seiten der Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und sich spezifische Kenntnisse anzueignen. Zu diesem Zweck wird eine gegenseitige Fort- und Weiterbildung gewünscht, in der die Drogenhilfe suchtspezi-

fisches Wissen an Pflegeeinrichtungen vermittelt und im Gegenzug pflegerische Kenntnisse durch Pflegeeinrichtungen erhält (*DH 1, Ancora*). Aus Haus Öjendorf wird berichtet, dass für die Pflegekräfte grundsätzlich ein kontinuierlicher Weiterbildungsbedarf besteht. Folgende Qualifikationen werden innerhalb der Drogenhilfe für nötig gehalten:

- Verfügbarkeit von geriatrischem Fachwissen (*DH 1*)
- Fachliche Kompetenzen im Umgang mit einer vorhandenen Pflegebedürftigkeit (*DH 3*)
- Schulungen in ambulanter Pflege, inklusive der Krankenpflege (*DH 3, DH 6*)
- Fachliche Kompetenz im Umgang mit körperlicher Verwahrlosung und Behinderung sowie mit neurologischen und psychischen Auffälligkeiten (*DH 5*)

Für die ambulante Pflegeeinrichtung ist es offenbar mit Schwierigkeiten verbunden, geeignetes Personal für die Pflege von Drogenabhängigen zu finden, denn das Thema Sucht wird in der Ausbildung von Pflegekräften nicht behandelt. Aus diesem Grund seien Krankenpflegekräfte zurzeit besser als Altenpflegekräfte im Umgang mit Suchterkrankungen geeignet.

Die nachfolgenden Qualifikationen werden für erforderlich im Pflegebereich gehalten:

- Kompetenzen im Umgang mit der Drogenproblematik wie z.B. mit den Folgen des Crackkonsums oder langjähriger Haftaufenthalte (*DH 5, DH 3*)
- Der Umgang mit HCV und HIV ist nötig (*DH 5*)

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass der Austausch mit Pflegeeinrichtungen und der Altenhilfe intensiviert werden sollte, um gegenseitig von den jeweiligen Erfahrungen zu profitieren. Eine Expertin geht über einen Erfahrungsaustausch hinaus und befürwortet ein noch stärker interdisziplinäres Team in der Drogenhilfe durch die Einstellung einer Altenpflegekraft, die im Bereich der Sucht qualifiziert ist (*DH 1*).

Anforderungen an Vernetzung bestehen aus Sicht der Drogenhilfe insbesondere in der Hinsicht, mit den Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege stärker zu kooperieren. So ist die Vernetzung mit Einrichtungen der Altenhilfe, mit Pflegediensten, Krankenhäusern und Hospizen wichtig, um Personen unterzubringen, die sich nicht mehr eigenständig versorgen können, krank sind oder in absehbarer Zeit sterben (*DH 1, DH 2*). Eine Vernetzung mit diesen Einrichtungen wird unter anderem deshalb für nötig gehalten, da die Medikamentenvergabe bei Substituierten noch nicht zufrieden stellend geregelt ist (*DH 2*). Bevorzugt wird eine Kooperation mit Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf die Zielgruppe der älteren Drogenkonsumierenden (*DH 1*). Die Expertin des Hamburger Hospizes berichtete, dass gegenwärtig ein Konzept für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erarbeitet wird. Dieses Konzept richtet sich an Menschen, die zuhause sterben wollen. Dafür ist ein vernetztes Arbeiten zwischen Hospiz, Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich. Für das vernetzte Arbeiten soll eine Case Managerin zuständig sein.

Einige der interviewten Fachkräfte äußerten, in ihrer Einrichtung bereits jetzt über qualifiziertes und fortgebildetes Personal zu verfügen (*DH 4, DH 6, Haus Öjendorf*). So haben etwa die Pflegekräfte in Haus Öjendorf eine suchtspezifische Zusatzqualifikation.

Um ältere Menschen mit Drogenproblemen zu versorgen, werden Kooperationen mit Hilfeeinrichtungen außerhalb der Suchthilfe zunehmend von Bedeutung sein. Vor diesem Hintergrund wurden die Expertinnen und Experten befragt, mit welchen Versorgungseinrichtungen bereits Kooperationen bestehen. Von den Befragten aus der Drogenhilfe wurde am häufigsten angegeben, mit Pflegediensten, Pflegeheimen und Hospizen sowie mit Ärztinnen und Ärzten zu kooperieren (*DH 1, DH 2, DH 3, DH 6*). Im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung wurden auch Kooperationen mit Krankenhäusern, Psychiatern und ambulanten Einrichtungen für psychisch Kranke genannt (*DH 2, DH 3*). In einzelnen Einrichtungen bestehen zudem Kooperationen mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern (*DH 3*) und mit dem Institut für Infektologie (*DH 2*). Insgesamt vermitteln die Interviews den Eindruck, dass jede Drogenhilfeeinrichtung fallbezogen mit anderen Einrichtungen kooperiert und daher individuell verschiedene Kooperationen bestehen. Es existiert kein Netz von Einrichtungen aus der pflegerischen und medizinischen Versorgung, mit denen im Fall älterer Drogenkonsumierender üblicherweise kooperiert wird. Dieser Mangel spiegelt sich auch in der Einschätzung einiger Einrichtungen wider, dass bislang keine geregelten, sondern nur vereinzelte Kooperationen stattfinden (*DH 4, DH 5*). Die Mitarbeit an dem Arbeitskreis „Alter und Sucht“ wird daher als eine gute Möglichkeit betrachtet, mit den dort vertretenen Pflegediensten und anderen Alteneinrichtungen regelmäßig in Kontakt zu stehen.

In Haus Öjendorf wird die medizinische Betreuung sowie die Substitutionsbehandlung für die Betroffenen auf individueller Basis durch die Einrichtung organisiert und gesichert. Angesichts weniger bestehender Kooperationen wären aus Sicht der behördlichen Eingliederungshilfe zukünftig Kooperationen mit anderen Kostenträgern und insbesondere innerhalb der Träger der Sozialhilfe nötig.

Zum Abschluss des Interviews wurde thematisiert, ob in nächster Zeit spezifische Angebote für die Gruppe der älteren Menschen mit Drogenproblemen geplant sind. Mehrere Drogenhilfeeinrichtungen (*DH 2, DH 4, DH 6*) sowie die stationären Pflegeeinrichtungen (*Haus Öjendorf, Hamburger Hospiz im Helenstift*) verneinen, über die bestehenden Angebote hinaus weitere Angebote zu planen. Die befragte Expertin aus dem Hospiz erläuterte dazu, dass es in Hamburg 5 Hospize gibt und damit die stationäre Versorgung im Hospiz in dieser Stadt ausreichend ist. Zudem sind weitere spezifische Angebote nicht erforderlich, da auch Drogenkonsumierende in ihrer letzten Lebensphase problemlos in das Hospiz integriert werden können und die durchschnittliche Verweildauer im Hospiz bei vier Wochen liegt.

Von drei Drogenhilfeeinrichtungen wird berichtet, dass es Planungen zur Umsetzung spezifischer Konzepte in ihren Einrichtungen gibt. Diese Planungen befinden sich in einem unterschiedlichen Stadium und richten sich insbesondere auf die Schaffung von Wohnangeboten. In einer der Einrichtungen liegt bereits ein ausgearbeitetes Konzept für ein Wohnangebot vor, das aktuell von einem Anwalt geprüft wird (*DH 3*). Das Konzept zielt darauf ab, altersgerechten Wohnraum zur Verfügung zu stellen und die Betroffenen bei der Selbstversorgung zu unterstützen. In einer anderen Einrichtung besteht die Überlegung, Betreutes Wohnen anzubieten (*DH 5*). In diesem Kontext ist geplant, Appartements in einer Anlage anzumieten, die dann an die zu Betreuenden weitervermietet werden.



Das Angebot zum Betreuten Wohnen soll sich an Menschen richten, die abstinent sind, die gelegentlich konsumieren oder die substituiert sind. In der Wohnanlage selbst soll es Aufenthaltsbereiche geben, die von den dort Untergebrachten gemeinsam genutzt werden. Grundsätzlich basiert die Planung auf der Idee, nach dem Vorbild der Wohnformen für Demente spezielle Wohnformen für Drogenabhängige zu schaffen. Neben der ambulanten Betreuung besteht die Idee, auch eine stationäre Einrichtung zu schaffen, die sich speziell an Drogenabhängige mit einer hohen Pflegebedürftigkeit wendet. In dieser Einrichtung sollen sich die Bewohner nach ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten in die Alltagsorganisation einbringen.

Während in diesen beiden Einrichtungen die Planungen bereits sehr weit vorangeschritten sind, wird von einer anderen Einrichtung berichtet, dass bislang zwar keine konkreten Pläne vorliegen, jedoch über das Angebot der Psychoedukation für Ältere nachgedacht wird (*DH 1*). Im Rahmen der Psychoedukation für Ältere ist das Training von Gesundheit und Gedächtnis vorgesehen.

Die Frage nach zukünftigen Plänen war für die ambulante Pflegeeinrichtung Anlass, Wünsche für die Zukunft zu formulieren. Aus Sicht der ambulanten Pflegeeinrichtung wäre es wünschenswert, wenn die Drogenhilfe das Angebot des Betreuten Wohnens schafft. Dieses Angebot würde einen guten Rahmen für gemeinsame Dienstbesprechungen im Sinne interdisziplinärer Kooperation mit Fachkräften aus der Krankpflege und Altenpflege bieten. Eine weitere Wunschvorstellung besteht darin, Statteilbüros als Begegnungsstätte für Süchtige, psychisch Kranke und behinderten Menscheneinzurichten. Diese Büros sollten dann jeweils mit entsprechenden Fachkräften besetzt sein, um die Klientel gemeinsam zu betreuen.

## 6.4 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Mit Expertinnen und Experten aus sechs Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe und drei (Alten-)Pflegeeinrichtungen sowie der behördlichen Eingliederungshilfe wurden offene leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Primäres Ziel der Interviews war es, Einschätzungen aus der Praxis zur gegenwärtigen Versorgung der älteren Drogenabhängigen und zum zukünftigen Versorgungsbedarf in der Stadt Hamburg zu gewinnen.

Die zentralen Ergebnisse aus den Interviews lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In den meisten Einrichtungen stellen ältere Menschen mit Drogenproblemen bereits jetzt eine relevante Gruppe dar. Gegenwärtig sind ein Drittel bis die Hälfte der Klientel in Substitutionsbehandlung und PSB älter als 45 Jahre. Übereinstimmend berichteten die Fachkräfte, dass ältere Drogenabhängige bevorzugt eine Substitutionsbehandlung und PSB in Anspruch nehmen. Mit zunehmendem Alter nutzen Drogenabhängige nur noch in Einzelfällen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung oder eine Entzugsbehandlung. Ältere Menschen mit Drogenproblemen sind bislang eher selten in Wohn- und Pflegeeinrichtungen untergebracht.
- Aus Sicht der Praxis bestehen die zentralen Problemlagen von älteren Drogenabhängigen in der sozialen Isolation, psychischen und körperlichen Erkrankungen und der damit verbundenen schnelleren Alterung sowie in der Armut durch ungeklärte Renten- und Altersversorgungsansprüche. Des Weiteren wurde geschildert, dass eine verstärkte professionelle Aufmerksamkeit für die Unterstützung bei der Lebensbilanzierung und bei der Vermittlung von Ein-Euro-Jobs nötig ist. Für ältere Drogenabhängige ist es von wesentlicher Bedeutung, in Zukunft den eigenen Wohnraum zu erhalten und weiterhin eigenständig zu leben.
- Die meisten Drogenhilfeeinrichtungen bestätigten, über qualifiziertes Personal zu verfügen, um auf die Hilfebedarfe der Älteren zu reagieren. Vorhandene Defizite beschränken sich aus ihrer Sicht darauf, noch nicht über das nötige Fachwissen zur Pflegebedürftigkeit zu verfügen. In der Pflegeeinrichtung verhält es sich genau umgekehrt; dort fehlt es an Personal, das im Umgang mit älteren Drogenabhängigen geschult ist.
- Bei älteren Menschen mit Drogenproblemen nimmt die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Psychiaterinnen und Psychiater sowie die Vermittlung von Pflegeleistungen einen wichtigen Stellenwert ein. Ältere Drogenabhängige werden zumeist an einen ambulanten Pflegedienst vermittelt, wobei es von zentraler Bedeutung ist, dass der Pflegedienst Haushaltshilfen anbietet und die häusliche Pflege übernimmt. In schwerwiegenderen Fällen werden ältere Drogenabhängige an stationäre Pflegeheime vermittelt.
- Gegenwärtig entstehen die Hauptprobleme in der Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen, wenn diese Menschen pflegebedürftig werden. Schwierigkeiten treten weniger im Zusammenhang mit einer ambulanten Pflege auf, sondern stellen sich vor allem im Falle einer notwendigen stationären Pflege. Da die vorhandenen Pflegeeinrichtungen primär für Hochaltrige und Demenzkranke konzipiert sind, mangelt es aus Sicht

der Fachkräfte an geeigneten Einrichtungen für pflegebedürftige Drogenkonsumierende, die entweder noch aktiv konsumieren und/oder die noch jung sind.

- Nach Einschätzung der interviewten Fachkräfte werden die zukünftigen Anforderungen in der angemessenen Versorgung von nicht mobilen und schwerstbehinderten, chronisch kranken Drogenabhängigen liegen. Durch die abnehmende Mobilität im Alter wird verstärkt eine aufsuchende Arbeit seitens der Drogenhilfe und Pflegedienste notwendig werden. Insbesondere wird erwartet, dass künftig vermehrt ältere Drogenabhängige in ihrer Wohnung die Unterstützung bei ihrer Selbstversorgung durch eine Haushaltshilfe, eine häusliche Krankenpflege und eine mobile Substitution benötigen. Im Hinblick auf erforderliche Pflegeleistung sollte zudem die Suchterkrankung beim MDK als Pflegegrund anerkannt werden.
- Für Drogenabhängige mit psychischen Störungen sollten neben der psychiatrischen Versorgung begleitende Gesprächsangebote vorhanden sein. Aus fachlicher Sicht bedeutet eine adäquate Begleitung oder PSB der Älteren, diese Interventionen auf eine längere Zeitdauer auszurichten, nicht zuletzt um den Kontakt zur Klientin und zum Klienten zu halten.
- Eine weitere zentrale zukünftige Anforderung besteht in der Vernetzung von Einrichtungen der Drogenhilfe, Altenhilfe und Pflege. Aus Sicht der Befragten beinhaltet die angemessene Versorgung von älteren Drogenabhängigen auf kommunaler Ebene träger- und systemübergreifende Arbeitsweisen im Sinne einer integrierten Versorgung zu entwickeln.

Unter den Befragten herrscht eine kontroverse Auffassung dazu, wer primär für die Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen zuständig sein und sich auf diese Gruppe spezialisieren soll. Dreh- und Angelpunkt der zukünftigen Diskussionen wird die Frage sein, ob ältere, aktive oder ehemalige Drogenkonsumierende besser in Einrichtungen der Drogenhilfe aufgehoben sind oder in das „normale“ Versorgungssystem zu integrieren sind.

Bislang bestehen in den meisten Einrichtungen keine Planungen, in nächster Zeit spezifische Angebote für die Gruppe der älteren Drogenkonsumierenden zu schaffen. Lediglich in drei Drogenhilfeeinrichtungen gibt es solche Planungen, die sich in einem unterschiedlichen Stadium der Konzipierung befinden und im Wesentlichen auf die Schaffung von Angeboten zum Betreuten Wohnen ausgerichtet sind.

Dessen ungeachtet äußerten die Expertinnen und Experten übereinstimmend, dass der gegenseitige Austausch zwischen der Drogenhilfe, den Pflegeeinrichtungen und der Altenhilfe intensiviert werden sollte, um von den jeweiligen Erfahrungen zu profitieren. In Hamburg hat sich der Arbeitskreis „Alter und Sucht“ etabliert, der sich regelmäßig trifft und für den gewünschten Erfahrungsaustausch eine gute Plattform bietet.

## 7 Schätzung und Prognose älterer Drogenkonsumierender für die Jahre 2008, 2013 und 2018

### 7.1 Quantitative Schätzung und Prognose

Die Schätzung von älteren Drogenkonsumierenden für 2008 und die Prognose für 2013 und 2018 erfolgt mit dem Ziel, Grundlagen für die quantitative Abschätzung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen zu schaffen. Diese Abschätzung erfolgt nicht spekulativ, sondern auf Grundlage der bislang im Hilfesystem bekannten Klientinnen und Klienten. Wer in 5-10 Jahren mit zunehmendem Alter verschiedene Hilfebedarfe entwickelt, ist dem Hilfesystem jetzt schon bekannt.

Für 2008 erfolgt die Zählung der aktuellen und ehemaligen Nutzer und Nutzerinnen von Hilfefmaßnahmen. Diese Zahl wird ergänzt durch die Schätzung der aus dem Hilfesystem ausgeschiedenen Verstorbenen.

Tabelle 32

Altersstruktur und Geschlecht nach Stellung zum Hilfesystem im Jahr 2008

	Im Hilfesystem 2006 bis 2008		Eher als 2006 aus Hilfesystem ausge- schieden		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<b>Geschlecht</b>						
männlich	5369	73,0%	7918	70,3%	13287	71,4%
weiblich	1941	26,4%	3180	28,2%	5121	27,5% <sup>1</sup>
Altersdurchschnitt	38,8±9,2		41,7±8,3		40,6±8,8	
<b>Altersgruppen – Detail</b>						
bis 18	10	0,1%	0	0%	10	0,1%
18-27	900	12,2%	334	3,0%	1234	6,6%
28-34	1490	20,3%	1804	16,0%	3294	17,7%
35-39	1423	19,4%	2481	22,0%	3904	21,0%
40-44	1584	21,5%	2761	24,5%	4345	23,3%
45-49	1034	14,1%	2065	18,3%	3099	16,6%
50-54	587	8,0%	1053	9,3%	1640	8,8%
55-59	248	3,4%	481	4,3%	729	3,9%
60-64	48	0,7%	170	1,5%	218	1,2%
≥ 65	28	0,4%	116	1,0%	144	0,8%
<b>Altersgruppen</b>						
≤ 44 Jahre – Jüngere	5397	73,8%	7380	66,2%	12777	69,2%
≥ 45 Jahre – Ältere	1917	26,2%	3769	33,8%	5686	30,8%
Gesamt	7314	100%	11149	100%	18463	100%

<sup>1</sup> Differenzen auf 100% aufgrund insgesamt 1,5% fehlender Werte für Geschlecht.

Die obige Tabelle bietet eine Übersicht über die Altersstruktur von 18.463 Opiatabhängigen, die entweder kürzlich (2006 bis 2008) mit der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Kontakt wa-

ren, oder die vor 2006 in den Jahren ab 1997 aus dem Hilfesystem ausgeschieden sind. Aktuell gehören davon 31% (n=5.700) zu den Älteren ab 45 Jahren; etwa die Hälfte dieser Personen gehören zur Gruppe der 45 bis 50-Jährigen. Über 60 Jahre ist aktuell nur eine kleine Gruppe von 2% (362 Personen). Die Gruppe der im Alltagsverständnis wirklich „Alten“ ist noch verschwindend gering.

Das Durchschnittsalter lag 2008 bei über 40 Jahren. Die aus dem Hilfesystem (vor 2006) Ausgeschiedenen sind dabei nur etwa drei Jahre älter (42 Jahre) als diejenigen mit aktuellem Kontakt zum Hilfesystem (39 Jahre). Erst das Altern der großen Gruppe heute 35 bis 44-Jährigen lässt die Gruppe der Alten wachsen.

Die Prognosen für die Jahre 2013 bzw. 2018 stützen sich hauptsächlich auf die Fortschreibung der Altersstruktur dieser bekannten, aktuellen oder ehemaligen Drogenkonsumierenden. Diese Fortschreibung wird ergänzt durch die Prognose der jährlichen Neueintritte in eine Betreuung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe und deren Alters- und Geschlechtsstruktur.

Tabelle 33

Altersstruktur und Geschlecht im Jahr 2013 – auf Grundlage der bekannten Drogenabhängigen bis 2008 und der Prognose der jährlichen Neueintritte von 2009 bis 2013

	Drogenabhängige jemals im Hilfesystem		Prognose Neueintritte ab 2009		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<b>Geschlecht</b>						
männlich	12596	71,3%	2749	70,7%	15345	71,2%
weiblich	4887	27,7%	1069	27,5%	5956	27,6% <sup>1</sup>
Altersdurchschnitt	45,6±8.8		36,9±10,2		44,0±9,7	
<b>Altersgruppen – Detail</b>						
bis 18	1	0%	20	0,5%	21	0,1%
18-27	238	1,3%	768	19,8%	1006	4,7%
28-34	1692	9,6%	953	24,5%	2645	12,3%
35-39	2397	13,6%	649	16,7%	3046	14,1%
40-44	3712	21,0%	593	15,3%	4305	20,0%
45-49	4100	23,2%	415	10,7%	4515	20,9%
50-54	2893	16,4%	287	7,4%	3180	14,7%
55-59	1583	9,0%	132	3,4%	1715	8,0%
60-64	700	4,0%	48	1,2%	748	3,5%
≥ 65	358	2,0%	21	0,5%	379	1,8%
<b>Altersgruppen</b>						
≤ 44 Jahre – Jüngere	8039	46,4%	2963	77,1%	11002	52,0%
≥ 45 Jahre – Ältere	9276	53,6%	882	22,9%	10158	48,0%
Gesamt	17315	100,0%	3845	100,0%	21160	100,0%

<sup>1</sup> Differenzen auf 100% aufgrund insgesamt 1,2% fehlender Werte für Geschlecht.

Basis der Prognose sind die tatsächlichen Betreuungs- und Behandlungs-Eintritte der drei Jahrgänge 2006 bis 2008 mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit sowie die Alters- und Geschlechtsstruktur dieser Neuaufnahmen. Der hier bestehende Trend wird für die Jahre

2009 bis 2017 fortgeschrieben. Da nur ein kleiner Teil der Neueintritte älter als 35 Jahre sind (etwa 15%) spielt die Fortschreibung der Neuaufnahmen insbesondere für die Prognose der Älteren zunächst (also bis 2013) eine untergeordnete Rolle. Auch ab 2009 werden die Gesamtzahl der aktuellen und ehemaligen Drogenkonsumierenden sowie die prognostizierten Neueintritte für die Jahre bis 2013 bzw. 2018 um die vermutete Sterberate von 1% pro Jahr korrigiert.

Die Tabelle 33 weist für 2013 die Gesamtzahl der aktuellen und ehemaligen Nutzerinnen und Nutzern des Hilfesystems mit 21.160 aus. Über 45 Jahre alt ist dann mit 48% fast die Hälfte der Drogenkonsumierenden. Auch zu diesem Zeitpunkt sind die über 60-Jährigen mit etwa 1.100 Personen für eine Großstadt wie Hamburg noch eine überschaubare Gruppe. Unter der Gesamtzahl der 10.158 über 45-jährigen – also der Älteren im Sinne dieser Untersuchung – gehen weniger als 10% auf die Prognose der Neueintritte der Jahre 2009 bis 2013 zurück.

Tabelle 34

Altersstruktur und Geschlecht im Jahr 2018 – auf Grundlage der bekannten Drogenabhängigen bis 2008 und der Prognose der jährlichen Neueintritte von 2009 bis 2018

	Drogenabhängige jemals im Hilfesystem		Prognose Neueintritte ab 2009		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<b>Geschlecht</b>						
männlich	11937	71,2%	5360	70,5%	17297	71,0%
weiblich	4641	27,7%	2106	27,7%	6747	27,7% <sup>1</sup>
Altersdurchschnitt	50,6±8.7		39,3±10,4		47,1±10,7	
<b>Altersgruppen – Detail</b>						
bis 18	0	0%	16	0,2%	16	,1%
18-27	9	,1%	986	13,0%	995	4,1%
28-34	438	2,6%	1724	22,7%	2162	8,9%
35-39	1364	8,1%	1319	17,3%	2683	11,0%
40-44	2305	13,7%	1266	16,7%	3571	14,7%
45-49	3492	20,8%	974	12,8%	4466	18,3%
50-54	3907	23,3%	653	8,6%	4560	18,7%
55-59	2805	16,7%	408	5,4%	3213	13,2%
60-64	1499	8,9%	174	2,3%	1673	6,9%
≥ 65	949	5,7%	83	1,1%	1032	4,2%
<b>Altersgruppen</b>						
≤ 44 Jahre – Jüngere	4116	26,0%	5295	70,6%	9411	40,4%
≥ 45 Jahre – Ältere	11703	74,0%	2209	29,4%	13912	59,6%
Gesamt	15819	100,0%	7504	100,0%	23323	100,0%

<sup>1</sup> Differenzen auf 100% aufgrund insgesamt 1,3% fehlender Werte für Geschlecht.

2018 ist mit 23.300 ehemaligen und aktuellen Drogenkonsumierenden zu rechnen, die mit der Diagnose Opiatabhängigkeit zumeist eine längere Zeit das Hilfesystem in Anspruch genommen haben. Zu diesem Zeitpunkt ist – bei Fortschreibung der aktuellen Trends – die Mehrheit von 60% und damit fast 14.000 Personen 45 Jahre und älter. 2018 sind in den Al-

tersgruppen von 50 bis 60 Jahren etwa 7.800 Personen. 60 Jahre und älter sind mit etwa 11% 2.700 Personen.

Mit dieser Abschätzung der Anzahl älterer Drogenkonsumierender (Opiatabhängiger im Verlauf ihrer Drogenkarriere) zu den Zeitpunkten 2008, 2013 und 2018 besteht eine Grundlage zur Beurteilung der quantitativen Bedeutung bestimmter Probleme wie z.B. somatischer Erkrankungen oder der Integration in den Arbeitsmarkt.

Die bestehende Lage von Personen, die als Opiatkonsumierende Hilfe in Anspruch genommen haben und nach meist mehrjährigen Kontakten das System der ambulanten Suchtkrankenhilfe verlassen haben, ist bei den wichtigsten Bedarfsbereichen die angemessene Grundlage der zukünftigen Bedarfsabschätzung. Das gilt insbesondere hinsichtlich chronischer körperlicher Probleme wie der HCV Infektion. In Bereichen der Teilhabe wie Wohnen, Beschäftigung und sozialer Integration bietet die Lage der (zumeist schon fast 40 Jahre alten) Konsumentinnen und Konsumenten zum Zeitpunkt ihres Verlassens des Hilfesystems einen wichtigen Anhaltspunkt für die vermutliche zukünftige Problemsituation der Gesamtgruppe. Andere Bereiche dagegen – etwa der Aktuelle Drogenkonsum derjenigen, die sich noch im Hilfesystem befinden – lassen sich nicht generalisieren.

## **7.2 Quantitative Beurteilung bestimmter Problemlagen älterer Drogenkonsumierender**

Die Deskription der Lage der älteren Drogenkonsumierenden, die im System der ambulanten Suchtkrankenhilfe bekannt sind (Kapitel 3) erlaubt in Kombination mit der Schätzung und Prognose der älteren Drogenkonsumierenden für die Jahre 2008, 2013 und 2018 eine erste Annäherung an bestehende und kommende Bedarfslagen und Herausforderungen für das Hilfesystem.

Exemplarisch wird die quantitative Bedeutung bestimmter Problemlagen für die kommenden 10 Jahre verdeutlicht. Zentrale Ergebnisse aus der Deskription der Klientinnen und Klienten (Kapitel 3) wurden zusammengefasst (Spalte 3, Tabelle 35), um den angenommenen Anteil an Personen mit Problemen abzuschätzen. Dahinter finden sich in Spalte 4 bis 6 die gerundeten Zahlen aktuell bekannter und zu erwartender Älterer mit entsprechenden Lagen.

### **Bedarfslagen im Hinblick auf die Wohnung oder Unterkunft**

Die Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass sich der Anteil der Personen mit Wohnproblemen unter den Älteren verringert. Aber es bleibt vermutlich eine relevante Gruppe von etwa 10% bis 15% mit prekärer Wohnsituation, die die Unterbringung ohne Unterstützung unzureichend regeln kann. Bei einem Teil der Betroffenen ist die eigenständige Wohnfähigkeit eingeschränkt. Dabei geht es um Gefährdung oder Verlust von Wohnraum sowie Schwierigkeiten auch nach Maßnahmen (z.B. der Eingliederungshilfe), Wohnraum zu finden. Hinzu kommt die Frage von Sicherung bzw. Beschaffung geeigneten Wohnraums bei zunehmenden Behinderungen, eingeschränkter Mobilität und zunehmender Pflegebedürftigkeit (4% befinden sich aktuell in betreuten Wohnformen).

Hinsichtlich der Wohnprobleme Älterer könnte eine Überschätzung der Probleme bestehen, da (möglicherweise) die Wohnsituation der aus dem Suchthilfesystem ausgeschiedenen günstiger ist.

Tabelle 35

Aktuelle und zukünftige quantitative Bedeutung von Problemlagen älterer Drogenkonsumierender ( $\geq 45$ )

Bereich	Problemdimension	Anteil mit Probleme/ Ressourcen	2008/9	2013	2018
		%	N <sup>3</sup>	N <sup>3</sup>	N <sup>3</sup>
Wohnen	Offene Wohnsituation	15% <sup>1</sup>	900	1500	2100
Arbeit	Erwerbslosigkeit	65% <sup>1</sup>	3700	6600	9000
Arbeit	voll erwerbsfähig	33% <sup>1</sup>	1900	3400	4600
Einkommen	Auf Transfereinkommen angewiesen	80% <sup>1</sup>	4500	8100	11100
Einkommen	Aktuell Einkommen aus Rente	7% <sup>1</sup>	400	700	1000
Beziehungen	alleinlebend	59% <sup>1</sup>	3400	6000	8200
Beziehungen	Leben mit Partner/in	24% <sup>1</sup>	1400	2400	3300
Beziehungen	Frauen mit minderj. Kind	13% <sup>1</sup>	700	1300	1800
Körperliche Gesundheit	Ge- Körperlich beeinträchtigt (stark/extrem)	31% <sup>1</sup>	1800	3400	4600
Körperliche Gesundheit	Ge- Schwerbehindert (>50%)	23% <sup>1</sup>	1300	2300	3200
Psychische Gesundheit	Ge- Psychische Beschwerden (stark/extrem)	26% <sup>1</sup>	1500	2600	3600
Psychische Gesundheit	Ge- Aktuelle (letzte 12 Monate) Diagnose	50% <sup>1</sup>	2800	5100	7000
Drogen	In Substitutionsbehandlung	68% <sup>2</sup>	1300	2300	3200
Drogen	Aktuell aktiv konsumierend	9% <sup>2</sup>	200	300	400

<sup>1</sup> %-Satz wird auf aktuelle und ehemalige Konsumierende mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit bezogen.

<sup>2</sup> %-Satz wird nur auf aktuelle Konsumierende mit Nähe zum Hilfesystem (Kontakt in den letzten drei Jahren) mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit bezogen; für die Jahre 2013 und 2018 wird auf Grundlage der Zahlen für 2008 angenommen, dass sich ein Drittel der Drogenkonsumierenden in Nähe zum Hilfesystem befinden.

<sup>3</sup> Werte auf 100 gerundet.

#### Arbeits- und Beschäftigungsprobleme

Zwei Drittel der Konsumierenden sind auch im Alter erwerbslos. Dieser Anteil steigt. Nur 20% schaffen im Alter einen gewissen Bezug zum Arbeitsmarkt als Gelegenheits-, Teil- oder Vollzeitbeschäftigte. Da es sich hier mehrheitlich eher um 50-Jährige als um kurz vor der Rente stehende Personen handelt, liegt in der Arbeitssituation (ebenso wie bei den Jüngeren) eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen – zumal die Mehrheit arbeitsfähig ist. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit besteht eine Drittelung: Je ein Drittel ist voll arbeitsfähig, hat eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und ist nicht arbeitsfähig.



Der Rückgang justizieller Belastungen und die Aufgabe der Reintegration unterstreichen die Anforderungen in Richtung Arbeitsförderung und Beschäftigung. In der weiteren Perspektive geht es hier um 9.000 Drogenkonsumierende, von denen etwa die Hälfte (auch der Älteren) erwerbsfähig ist, für die Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden müssen.

#### Einkommen und wirtschaftliche Eigenständigkeit

Die wirtschaftliche Eigenständigkeit der Älteren beruht zu fast 80% auf Transfereinkommen – ALG II, Sozialhilfe, Rente, Wohngeld – auf niedriger Stufe. Zumindest für diejenigen Personen mit Kontakt zum Hilfesystem ist aktuell der Zugang zu den Leistungen weitgehend geregelt. Für die Älteren werden Übergänge in Richtung der Rente wichtiger.

#### Probleme der Teilhabe an sozialen Beziehungen und Netzen

Die soziale Isolation und Vereinsamung der älter werdenden Drogenkonsumierenden verfestigt sich. In Verbindung mit fehlendem Zugang zu Arbeit, wenigen tragfähigen Partnerschaften (mit Suchtproblemen), wenigen weiteren (drogenfreien) Beziehungen/Freunden und zusätzlich dem Rückgang der Bedeutung der Szenekontakte verschärft sich die Isolation.

Aus dem (überwiegenden) Alleinleben und dem geringen Anteil von Partnerbeziehungen – über diese Ressource verfügt jede/jeder Vierte – resultieren aufgrund der quantitativen Bedeutung – zusätzliche sozialpolitische Probleme wie die eine fehlende Absicherung von sich entwickelnden Pflegebedarfen in Primärbeziehungen. Die Zahl der Älteren mit durchgängigen erhebliche Teilhabestörungen sowie einer geringen Zufriedenheit/Lebensqualität erhöht sich bedeutend.

#### Zunehmende gesundheitliche Probleme

Der Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten ist bei 31% (erheblich bzw. stark) beeinträchtigt und die Schwerbehinderung (mehrheitlich >50%) liegt bei 23%. Ein Drittel ist nach ärztlichem Urteil nicht arbeitsfähig. 52% sind mit HCV infiziert und 38% berichten eine Leberschädigung. Dies sind eigenanamnestische Angaben, die durch ärztliche Untersuchungen (zum körperlichen Allgemeinzustand) bestätigt werden. Die Krankenhausaufenthalte des letzten Jahres bei 30% untermauern die somatische Multimorbidität.

Bislang ist die Selbstversorgung aufgrund chronischer Erkrankungen und Immobilität nur in Einzelfällen gefährdet. Dies beruht möglicherweise auf der Selektivität der BADO Daten, weil die Kommstruktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe eine gewisse Mobilität erfordert. Arbeitsunfähigkeit, Behinderung, schwere und chronische körperliche Erkrankungen gefährden für einen zunehmenden Teil die Selbstversorgung so weitgehend, dass Hilfestellungen zur Haushaltsführung sowie Pflegeleistungen – zunächst vorwiegend ambulant – erforderlich werden. Die Zahl chronisch Kranker und immobiler Drogenkonsumierender wird dramatisch steigen. Das Alter mit einer drastischen Zunahme von (auch stationärer) Pflegebedürftigkeit haben aber bislang die „starken Jahrgänge“ (der heute 45 – 50-jährigen) noch nicht erreicht.

### Fortbestehende Probleme der psychischen Gesundheit

„Erhebliche bis extreme“ psychische Belastungen berichten mehr als ein Drittel der älteren Klientinnen und Klienten (36%). Die Frauen fühlen sich etwas stärker belastet als die Männer. Allerdings nehmen psychische Belastungen bzw. Beeinträchtigungen aus subjektiver Sicht (im Unterschied zu körperlichen) mit dem Alter nicht weiter zu.

Selbstangaben zu psychischen Belastungen bleiben unter den Zahlen aus ärztlichen Untersuchungen: etwa die Hälfte der Drogen(Opiat)abhängigen hat nach ärztlichen Untersuchungen, bezogen auf die letzten 12 Monate, die Diagnose von mindestens einer affektiven, neurotischen, Angst- oder wahnhaften Störung bzw. einer Essstörung (Verthein, Degkwitz et al. 2008). Die im Alter bleibenden psychischen Probleme sind Teil der Multimorbidität Älterer und sind aufgrund ihrer Zahl und der Bedeutung für Chronifizierungen zu berücksichtigen.

### Zurückgehender Drogenkonsum

Probleme wie reduzierte Kontrolle, Craving treten bei den Älteren – insbesondere unter der langjährigen Substitutionsbehandlung und begleitender psychosozialer Betreuung – in ihrer Bedeutung zurück (kein Konsum in den letzten 30 Tagen bei 77% – „fast täglich“ konsumierenden etwa 9%). Diese Angaben gelten nur für diejenigen, die sich in Kontakt mit dem Hilfesystem befinden.

Für die Älteren haben Verlagerungen zu „Alltagsdrogen“ wie Alkohol (bei 64% eine weitere Problemdroge) und Sedativa (bei 35% eine weitere Problemdroge) zunehmende Bedeutung. Quantitativ stehen hinsichtlich der Versorgungsbedarfe die Folgeprobleme langer Suchtkarrieren – sozial, körperlich und psychisch – im Vordergrund.

## 8 Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen mit Drogenproblemen

Durch die vorangegangenen Analysen konnten einerseits wesentliche Problemlagen älterer Drogenabhängiger ( $\geq 45$  Jahre) und andererseits bestehende und kommende Probleme in der Versorgung dieser Gruppe identifiziert werden. Ausgehend von diesen Ergebnissen lassen sich Anforderungen formulieren, die gegenwärtig und zukünftig in der Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen von zunehmender Bedeutung sind.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass sich die Frage nach einer quantitativ präzisen Abschätzung zukünftig erforderlicher Kapazitäten, z.B. für Wohngruppen oder stationäre Pflege für ältere Drogenabhängige auf Grundlage des bestehenden Wissensstandes, nicht klar beantworten lassen. Zum einen liegt das Problem darin, dass sich aus der Zunahme etwa chronischer Krankheiten und damit verbundener Probleme der Mobilität und der Selbstversorgung die Zahl Pflegebedürftiger oder gar die Entwicklung der Pflegestufen noch nicht abschätzen lassen. Diese Probleme nehmen zu, aber bislang sind die Übergänge von Drogenkonsumierenden in die verschiedenen Pflegestufen oder in stationäre Pflegeeinrichtungen noch relativ seltene Ereignisse. Das liegt daran, dass die Gruppen etwa der über 60-jährigen noch klein sind. Deutlich ist, dass sich diese Situation im Laufe der nächsten 10 Jahre fundamental ändert. Insofern ist klar, dass sich die Versorgungsangebote in diesem Bereich erweitern müssen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die veränderten Anforderungen an die Versorgung sich in den nächsten 10 Jahren kontinuierlich und nicht sprunghaft entwickeln. Insofern können die erforderlichen Anpassungen, die im Folgenden behandelt werden, Schritt für Schritt erfolgen.

Die im Folgenden benannten Aufgaben beziehen sich auf die gesetzlichen Voraussetzungen und Beschränkungen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), des SGB XI (Pflegeversicherung) und des SGB XII (Sozialhilfe – Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege). Zwar wäre eine Diskussion, ob der Pflegebedarf nicht nur wegen körperlicher, sondern auch wegen psychiatrischer Erkrankungen und drogenkonsumbezogenen Einschränkungen anerkannt werden sollte (Kämper 2009b), erforderlich, aber sie ist nicht Gegenstand der Studie. Eine zusammenfassende Übersicht zu den einzelnen gesetzlichen Bestimmungen, die in der Versorgung älterer Drogenabhängiger relevant sind, findet sich bei Lenski & Wichelmann-Werth (o.J.).

In diesem Abschnitt werden auf Basis identifizierter Problembereiche Herausforderungen für die Versorgung erörtert. Hierbei geht es sowohl um Maßnahmen, die die besonderen Bedarfe von älteren Drogenabhängigen berücksichtigen, als auch um die Schnittstellen zwischen der Drogenhilfe, der Altenhilfe und Pflege.

Um den Hilfebedarfen von älteren Menschen mit Drogenproblemen zukünftig besser begegnen zu können, kommt es auf spezifische Änderungen, Erweiterungen und Systematisierungen an, die sich den folgenden Themen zuordnen lassen:

- Assessment zur Früherkennung und Diagnostik
- Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung der Versorgungsbereiche

- Qualifizierung und Weiterbildung in dem Bereich „Alter und Sucht“
- Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Einzelangeboten
- Umgang mit speziellen Gruppen

In all diesen Bereichen geht es darum, Maßnahmen zu entwickeln und Fachkräfte aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen für die Lage und Bedarfe von älteren Drogenkonsumierenden zu sensibilisieren und dadurch zu einer früheren Wahrnehmung von Hilfebedarfen im Alter beizutragen. Anpassungen der Versorgungsstruktur sollen dann individuell angemessene Behandlungspfade und Unterstützungsleistungen ermöglichen.

## **8.1 Assessment zur Früherkennung und Diagnostik**

Grundsätzlich erfolgt bei älteren Drogenkonsumierenden dasselbe Assessment, das üblicherweise auch bei jüngeren Drogenkonsumierenden angewendet wird. Als „Best practice“ gilt in diesem Zusammenhang (Health Canada 2002), nicht nur den Substanzkonsum und das Alter zu berücksichtigen, sondern ein umfassendes Screening vorzunehmen hinsichtlich

- der physischen und psychischen Gesundheit,
- der sozialen Aktivitäten und persönlichen Beziehungen
- der Umweltfaktoren
- und der vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen.

Bezüglich der spezifischen Bedarfslagen der Älteren sollen diese Bereiche spezifisch und differenzierter betrachtet werden.

Die Analysen zur Lebenssituation von älteren Opiatabhängigen verweisen darauf, dass der Konsum illegaler Substanzen im Alter an Bedeutung verliert. Angesichts des verringerten Anteils an aktuellen Konsumierenden spielen Probleme wie eine reduzierte Kontrolle, oder Entzugserscheinungen – nicht zuletzt aufgrund der langjährigen Substitutionsbehandlung und begleitender psychosozialer Betreuung – eine verminderte Rolle. Die Bewertung des Substanzkonsums sollte diese altersspezifischen Veränderungen ebenso wie Verlagerungen im Konsum in Richtung auf Alkohol und Sedativa berücksichtigen. Gleichzeitig ist der Blick stärker auf die durch den Substanzkonsum verursachten Folgeprobleme bei älteren Menschen zu richten, um die Bandbreite möglicher klinischer Probleme zu erkennen.

Bei älteren Drogenabhängigen soll sich daher das Augenmerk gezielter auf die fachliche Beurteilung chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen und die damit verbundenen Fragen von Mobilität, Selbstversorgung und eigenständiger Lebensweise richten. Insofern treten in der Altersgruppe Unterstützungsbedarfe in Bereichen wie Justiz und Suchtbehandlungen zurück. Folgende Lebensbereiche, in denen potenziell Hilfebedarfe seitens der Klientinnen und Klienten bestehen, sollten in Assessments bei Älteren besondere Beachtung haben:

- Hinsichtlich der Arbeitssituation und Beschäftigung geht es um Arbeitsfähigkeit, spezifische Beschäftigungsmöglichkeiten (analog zu Behindertenwerkstätten oder 1-Euro Jobs),
- Soziale Sicherung und Rechtsansprüche auf Rente, Abklärung des Behindertenstatus und -ausweis, Einleitung der Abklärung und Unterstützung bei Patientenverfügungen,
- Schulden: die Älteren haben mehrheitlich fortbestehende Schuldenprobleme, die Lösungen in anderen Bereichen verhindern,
- Wohnen: Ist die Wohnsituation stabil und alters- bzw. behindertengerecht?
- Gesundheit: Beachtung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands hinsichtlich chronischer körperlicher Erkrankungen (HCV, Lebererkrankungen) sowie psychischer Störungen (Komorbidität); Prüfung der ärztlichen Anbindung und ggf. Pflegestufe,
- Substanzkonsum: Da bei den Älteren eine Verlagerung der Problemdrogen in Richtung Alkohol und Sedativa festzustellen ist, sollten Fragen zum aktuellen Substanzkonsum und möglichen Behandlungen auch diese Substanzen umfassen,
- Soziale Beziehungen und Freizeit: Bekannt ist, dass ältere Drogenabhängige überwiegend alleine leben und selten eine Partnerbeziehung haben. Isolation und Einsamkeit ist daher ein zentrales Thema, das sich auch in der geringen subjektiven Lebenszufriedenheit niederschlägt. Soziale Aktivitäten und Teilhabe stellen folglich einen wichtigen Aspekt des Assessment dar.

Insgesamt treten bei älteren Drogenabhängigen die sozialen, körperlichen und psychischen Folgeprobleme langer Drogenkonsumkarrieren in den Vordergrund. Aus diesem Grund ist auch jeweils der Bedarf nach einer ambulanten Krankenpflege oder sonstigen Pflege abzuklären (bzw. die Klärung zu veranlassen).

Ein weiterer Bereich, in dem ein gezieltes Assessment stattfinden sollte, ist der Zeitraum vor der Entlassung aus stationären Aufenthalten. Hier erfolgt erneut die systematische Einschätzung der Grundbedarfe wie Wohnen, Ernährung, fortgesetzte medizinische Behandlung, um sicherzustellen, dass nach der Entlassung eine adäquate Versorgung zur Verfügung steht.

Zu prüfen wäre, einen speziellen Ergänzungsbogen (über die vorhandene Dokumentation hinaus) für die Untersuchungen und Bewertungen zu nutzen, um das Ansprechen besonderen Bedürfnisse und Probleme älterer Menschen systematischer abzusichern.

## **8.2 Verbesserung der multidisziplinären Vernetzung und Kooperation**

Um eine adäquate Versorgung von älteren Menschen mit Drogenproblemen zu gewährleisten, ist die Etablierung von Behandlungs- und Versorgungspfaden sinnvoll, die nicht durch die jeweiligen Hilfeträger begrenzt, sondern am individuellen Bedarf orientiert sind. Ziel ist es, häufig getrennte Hilfen in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung, Suchtbehandlungen und medizinischer Behandlungen sowie Pflegeleistungen zu integrieren. Eine angemessene Integration verschiedener Versorgungsbereiche für ältere Drogenabhängige erfordert insbesondere die stärkere Kooperation und Vernetzung von Suchthilfe, ambulanter Pflege und medizinischer Versorgung.

„Best Practice“, so eine Prämisse aus Kanada (Health Canada 2002), ist es hierbei, träger- und systemübergreifende Arbeitsweisen auf kommunaler Ebene zu schaffen, da Kooperation und Kommunikation zwischen den einzelnen Fachkräften und Hilfetägern elementare Komponenten der Versorgung sind. Eine solche Vernetzung bildet zudem die Basis für eine verbesserte Koordination der Hilfen im Sinne von Case Management, um die Kontinuität von Hilfen für Ältere zu sichern.

Um eine trägerübergreifende Hilfeplanung zu stärken, gilt es zunächst geregelte Kooperationen zwischen den Einrichtungen der Drogenhilfe und den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zu etablieren. Wünschenswert wäre, dass Einrichtungen der Drogenhilfe über Angebote, Konzepte der Pflegeeinrichtungen informiert und Ansprechpartner in den Einrichtungen bekannt sind. Im Gegenzug sollten sich Pflegeeinrichtungen auf das Klientel der Drogenabhängigen spezialisieren und für Fragen und Absprachen zur Verfügung stehen. Ziel einer solchen Vernetzung sollte sein, mit den bestehenden Kapazitäten und Ressourcen eine engere Verzahnung zwischen Drogenhilfe und Pflegeeinrichtungen zu entwickeln, nicht zuletzt um perspektivisch gemeinsame Fallkonferenzen abzuhalten.

Um hilfebedürftige ältere Drogenkonsumierende durch das Versorgungssystem zu navigieren und angemessene Hilfeleistungen zu initiieren und zu koordinieren, sollten der Case-Management Ansatz und eine systematischen „Altenhilfeplanung“ verstärkt werden. Aufgaben der Vernetzung und Koordination stellen sich in verschiedenen Lebensbereichen:

- Wohnen

In diesem Bereich sollten Hilfen zur Prävention von Wohnungslosigkeit und zum Erhalt eigenständiger Wohnformen sichergestellt werden. Dabei kann eine Betreuung oder Hilfestellung im eigenen Wohnraum zur Verhinderung von Wohnungsverlust oder eine Maßnahme der Eingliederungshilfe im Hinblick auf eine betreute Wohnform oder Wohngruppen sinnvoll sein.

- Arbeit und Finanzen

Die Finanzierung des Lebensunterhaltes beruht bei Drogenabhängigen größtenteils auf ALG II, Sozialhilfe, Rente und Wohngeld. Bei Älteren werden die Übergänge in Richtung Rente wichtiger. Zugleich ist die Arbeitsfähigkeit der älteren Drogenabhängigen oftmals nicht abgeklärt. Hilfen in diesem Bereich können darin bestehen, eine Fachberatung oder eine Beschäftigung zu vermitteln.

- Medizinische Versorgung

In Verbindung mit der Wohnsituation sollte eine wohnortnahe Vernetzung von Maßnahmen der Suchthilfe, der medizinischen Versorgung, der sozialen Dienste und der Pflege erfolgen. Hier gilt es neue Konzepte zu entwickeln und zu implementieren. Ein Großteil der älteren Klientel befindet sich in einer Substitutionsbehandlung. Da diese Behandlungsform für ältere Drogenabhängige einen hohen Stellenwert für die Stabilisierung hat, gilt es die Substitution als langfristige Behandlungsmaßnahme zu sichern.

- Pflegebedürftigkeit

Die Frage nach dem Bedarf an Pflege wird mit zunehmendem Alter aktueller. Erwartet wird, dass es sich hierbei zunächst primär um ambulante Pflegeleistungen handeln wird, da nur für einen kleineren Teil der älteren Drogenabhängigen eine stationäre Pflege erforderlich ist. Neben der Einleitung der Prüfung der Pflegebedürftigkeit (durch den MDK) sind ambulante Pflegedienste in die Kooperation mit der Suchthilfe einzubeziehen.

Wenn im Rahmen von Case Management für eine Klientin oder einen Klienten die jeweiligen Verantwortlichkeiten abzuklären sind und ein Gesamthilfeplan erstellt wird, sollte für die Älteren die Drogenhilfe als Schnittstelle der nötigen Hilfemaßnahmen dienen, da hier die älteren Drogenabhängigen in der Regel lange angebunden sind und die Absprachen und die Weitervermittlungen im Netz erfolgen können. Insgesamt verdeutlicht die Studie, dass hierbei für Ältere insbesondere die Unterstützung bei der Sicherstellung ihrer langfristigen medizinischen Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäusern wichtig ist.

### **8.3 Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte**

Generell ist das Personal der Drogenhilfe für die Versorgung Älterer qualifiziert. Aber zur stärkeren Beachtung der körperlichen und psychischen Gesundheitsprobleme bis hin zu geriatrischen Aspekten bei Älteren fehlt häufig die spezielle Qualifikation. Defizite bestehen hinsichtlich des nötigen Fachwissens zur Pflegebedürftigkeit, wobei die Professionellen nicht die Abklärung leisten, sondern wie in anderen Bereichen bei entsprechenden Anzeichen rechtzeitig entsprechende Prüfungen veranlassen sollten.

In Pflegeeinrichtungen ist die Situation umgekehrt. Hier fehlt es an Fachwissen zur Suchtkrankheit und zum Umgang mit Suchtkranken. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen für die Arbeit Lebenserfahrung, professionelle Distanz, Verständnis und Empathie für die Zielgruppe sowie Kommunikationsbereitschaft. Probleme im Umgang mit Suchtstörungen beziehen sich in der Altenhilfe bislang hauptsächlich auf Alkohol. In der ambulanten und stationären Pflege haben über 70% der Einrichtungen mit älteren suchtkranken Menschen zu tun. Bei über der Hälfte handelt es sich um Alkohol. Drogen nehmen dagegen lediglich 1,3% der suchtkranken Personen in der Pflege, so die Untersuchungsergebnisse einer bundesweiten Studie in Einrichtungen und Diensten der Suchthilfe sowie der Altenhilfe im Bereich der Diakonie (N=317) (Ratzke, Petersen et al. 2006). Die Befragung zeigt, dass es neben dem Verständnis für die Suchterkrankung in der Pflege auch um Zeitmangel, Ressourcen, Kompetenz sowie einen engen rechtlichen Rahmen geht (Ratzke, Petersen et al. 2006).

Zu den wechselseitigen Qualifizierungs-, sowie Fort- und Weiterbildungsthemen gehören:

- Akzeptanz von Drogenabhängigen in der Altenhilfe,
- Drogenhilfe lernt, spezifische Erscheinungen des Alterns zu erfassen. Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte in der Suchtbehandlung sollten altersspezifische Fortbildungsmomente haben. Das umfasst auch die Vermittlung elementarer, geriatrischer Kenntnisse.

- Bei den Kernteams in Pflegeeinrichtungen – medizinisch ausgebildete Krankenpflege, sozialpflegerische Kompetenzen in der Altenhilfe, Haushaltshilfen – sind mehr drogenspezifische Kenntnisse erforderlich (Kämper 2009b), da hier der Fokus auf altersbedingten Erkrankungen liegt.
- Benötigt werden Schulungen für Ärzte in den Alten- ebenso wie in den Suchthilfeinrichtungen (Ratzke, Petersen et al. 2006).
- Die Fachkräfte, die mit Älteren arbeiten, benötigen Training für substanzbezogene Probleme.
- Personal, das mit Älteren im Drogenbereich arbeitet, sollte hinsichtlich der Fähigkeiten, spezifische Hilfebedarfe zu identifizieren (vgl. Punkt 3), geschult werden. (Health Canada 2002).
- Auf der regionalen Ebene sollten gegenseitige Schulungen organisiert und durchgeführt werden. Das kann gleichzeitig zur Förderung von Kooperation und Vernetzung in beiden Versorgungsbereichen (Bossong 2007) beitragen.

#### **8.4 Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Einzelangeboten**

Die vorliegende Untersuchung verweist eher nicht auf die Notwendigkeit völlig neuer Einrichtungen. Im Vordergrund stehen daher eher eine weitere Ausdifferenzierung und Spezialisierung des Versorgungssystems. In einzelnen Bereichen sollten neue Akzentsetzungen erfolgen.

- Aufsuchende Arbeit und nachgehende Arbeit verstärken

Bislang dominiert in den meisten Versorgungsbereichen die Kommstruktur. Gerade im Hinblick auf die Älteren sollten die Aspekte der aufsuchenden Arbeit bis hin zur ambulanten Betreuung zuhause schrittweise gestärkt werden.

Dies ist wichtig für das Aufdecken von Problemen (etwa der Selbstversorgung) und teilweise auch für direkte Hilfeleistungen. Ein verbindliches Kontakthalten mit Älteren (etwa bei Kontaktverlust) erleichtert das Erkennen von plötzlichen Erkrankungen oder anderen gravierenden Änderungen. Die abnehmende Mobilität bei Präferenz der Betroffenen für eigenständige Lebensführung und der Kostenfaktor aller stationären Angebote fördert die Verstärkung aufsuchender Arbeit. Künftig benötigen ältere Drogenabhängige vermehrt in ihrer Wohnung Unterstützung bei ihrer Selbstversorgung durch eine Haushaltshilfe, eine häusliche Krankenpflege oder eine mobile Substitution. Erstrebt werden sollte, dass ein Großteil dieser aufsuchenden, nachgehenden Arbeit auf der kommunalen Ebene durch Betroffene (ehemalige Drogenabhängige oder stabil Substituierte – mit einer entsprechenden Qualifizierung) erbracht wird.

- Netze der Medizinischen Versorgung

Chronische Erkrankungen und lang andauernde medizinische Behandlungen machen neue Netzwerke der Versorgung um den substituierenden Arzt oder um den Facharzt zur Behandlung einer chronischen Erkrankung (z.B. HCV, COPD, Ulcus cruris, Diabetes) sinnvoll. Die Kontinuität der Betreuung und die Verbindung der Behandlung mit einer veränderten Le-



bensweise erfordern neue Formen, wobei die ambulant in eigener Wohnung zur Verfügung gestellte ärztliche Behandlung sicher die Ausnahme bleiben wird.

- **Ambulante Pflege für Drogenabhängige**

In Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit, Behinderung, schweren und chronischen körperlichen Erkrankungen wird für einen zunehmenden Teil die Selbstversorgung so weitgehend gefährdet, dass Hilfestellungen zur Haushaltsführung sowie Pflegeleistungen – zunächst vorwiegend ambulant – erforderlich werden. Im Vordergrund steht die Pflege von nicht mobilen und schwerstbehinderten chronisch kranken, meist substituierten Drogenkonsumierenden.

- **Ausdifferenzierung von Wohnformen mit Betreuung**

Die Frage der geeigneten Unterbringung ist für die Älteren bei zunehmenden Einschränkungen eine Schlüsselfrage. Dabei geht es auch um die Absicherung der erreichten eigenständigen Wohnform. Es besteht ein Konsens darüber, dass alten Menschen, sofern sie es wünschen, die Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts unter den vertrauten Lebensbedingungen ermöglicht werden sollte. So hat auch der Gesetzgeber das Prinzip des Vorrangs der privaten Haushaltsführung vor der stationären Pflege gezielt normiert (§9 Abs. 2 SGB XII). Hierbei geht es um neue Angebote zu Wohnraumbeschaffung und -sicherung mit gestufter Betreuung. Dazu zählen Wohngruppen (mit gestaffelter Unterstützung und „Pools“ von Maßnahmen), betreuter Wohnraum für alte Menschen, behindertengerechter Wohnraum, „Pflege-WG“ bis hin zu Pflegeappartements.

Den Grenzen des ambulanten Betreuten Wohnens wird sich durch den Einsatz pflegerischer Maßnahmen genähert. Individuell und regelmäßig muss geklärt werden, ob und unter welchen Voraussetzungen eine ambulante Betreuung sinnvoll ist (Ebert & Sturm 2006).

- **Beschäftigung und Arbeit**

Die Frage von Beschäftigung und Arbeit ist im Alter von knapp 50 Jahren – dies ist heute das Durchschnittsalter der „Älteren“ – nicht erledigt. Bei bestehender Arbeitsfähigkeit geht es daher um neue Angebote zur Weiterbildung und Beschäftigung oder wo dies nicht möglich ist, um Angebote zur Tagesstrukturierung.

Beschäftigungsmaßnahmen beispielsweise im Bereich soziale Dienstleistungen für die Zielgruppe sind bislang in keiner Weise ausgeschöpft. Darüber hinaus gilt es, beschützte Beschäftigungsmöglichkeiten analog der Angebote für Behinderte oder chronisch psychisch Kranke (bei entsprechendem Schwerbehindertenstatus) zu schaffen.

- **Freizeitangebote, Begegnungsstätten**

Um der sozialen Isolation und Vereinsamung der älter werdenden Drogenkonsumierenden entgegen zu treten, sollten Angebote in Richtung von Begegnungsstätten, Tagescafés, Kontaktstellen, „Alten-Treffs“, Netzen im Stadtteil, Selbsthilfe, Freizeitangebote (Hilfesystem/Netz als „Ersatzfamilie“) belebt oder neu geschaffen werden.

## 8.5 Umgang mit speziellen Gruppen und Bedarfen

Spezielle Gruppen unter den Älteren sollten hinsichtlich der geforderten Differenzierung der Versorgungsangebote genauer betrachtet werden. Solche „speziellen Gruppen“ sind beispielsweise die älteren, meist männlichen Haftentlassenen mit ihren besonderen Eingliederungsproblemen nach langjährigen Inhaftierungen, die Gruppe der wohnungslosen, sozial desintegrierter und noch aktiv Konsumierenden oder der älteren allein erziehenden Mütter mit minderjährigen Kindern im eigenen Haushalt.

Hier bestehen jeweils besondere Anforderungen für verschiedene Bereiche des Versorgungssystems, denen es sich in den nächsten Jahren zu stellen gilt.

An dieser Stelle wird nur die spezielle Gruppe der Älteren mit Multimorbidität und chronischen Krankheiten hervorgehoben.

- Multimorbidität und chronische Krankheiten

Verschiedene oben erörterte Maßnahmen sollten sich vorrangig zunächst der Gruppe der Älteren mit Multimorbidität und chronischen körperlichen Erkrankungen zuwenden und die Spezialisierung und Differenzierung auf diese konzentrieren.

Das gilt für die Verstärkung des Case-Management Aspekts in der Betreuung und ebenso für die Gesamthilfeplanung – entweder nach SGB XII oder SGB XI. Bei der Frage der Anbindung von Case-Management und Hilfeplanung wird es vermutlich nicht eine Lösung geben; sie kann von der psychosozialen Betreuung, der Pflege (Pflegestützpunkte) oder der Eingliederungshilfe ausgehen – bzw. dort angebunden sein. Aus fachlicher Sicht bedeutet eine adäquate Begleitung oder psychosoziale Betreuung der älteren Drogenabhängigen, diese Interventionen auf eine längere Zeitdauer auszurichten.

Für diese Gruppe ist die Einbindung der medizinischen Versorgung (und der Krankenpflege) in Betreuungsnetze von besonderer Bedeutung. Das gilt auch für die Frage der Wohnformen, die den Wunsch nach Selbstversorgung bei eingeschränkten Möglichkeiten unter Ausschöpfung von Selbsthilfepotentialen berücksichtigen sollen.

Da psychiatrische Zusatzerkrankungen häufig Teil der chronischen Krankheiten sind, gelten die genannten Aspekte auch für diese Gruppe.

## Literaturverzeichnis

- Beynon, C. M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age Ageing* 38(1): 8-10.
- Beynon, C. M., J. McVeigh, et al. (2007). Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in northwest England. *Ageing and Society* 27: 799-810
- Bossong, H. (2007). Was tun mit alt gewordenen Drogenabhängigen. Eine Herausforderung für vernetzte Hilfen. *Sozialmagazin* 32(6): 12-19.
- Buchholz, A., F. Rist, et al. (2009). Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. *Sucht* 55(4): 219-242.
- Buchholz, A., G. Schippers, et al. (2006). Handbuch zur Durchführung von MATE – Interviews. Studienversion 20. Mai 2006  
Mate: Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation: 36.
- Bührlen, B., N. Gerdes, et al. (2005). Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). *Rehabilitation* 44: 63-74.
- Bundesamt für Gesundheit (2008). Man findet nur, was man sucht spectra, Dezember 2007- Januar 2008. Bern. 66: 3.
- Center for Substance Abuse Treatment, Ed. (1998). Substance Abuse Among Older Adults: Tip 26, MA Health Promotion Clearinghouse, The Medical Foundation.
- Condrobs e.V. (o.J.). 40plus. Betreutes Wohnen für ältere Suchtmittelkonsumierende. Flyer zum Angebot 40plus. München, Condrobs e.V.,
- Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London, Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
- Dias de Oliveira, A. (2005). Projekt LÜSA. Ein Projekt des Vereins zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger (VFWD) e. V. Unna.
- EBDD (2008). Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem. *Drogen im Blickpunkt*. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. 1: 4.
- Ebert, K. und S. Sturm (2006) „Alte Junkies“: Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens? Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work Volume, 19-30 DOI: [www.indro-online.de/Ebert3\\_06.pdf](http://www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf)
- Egli, T. (2008). Alternde Drogensüchtige: ein junges Problem. spectra, Dezember 2007- Januar 2008. Bern. 66: 2.
- Fuhrmann, K. (2006). Umfrage zur speziellen Situation von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten über 40 Jahre. Durchgeführt in den Kontaktläden off, limit und Pedro von Condrobs e.v. München. München, Condrobs.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin, Robert Koch-Institut: 224.
- Health Canada, Ed. (2002). Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Seniors with Substance Use Problems. Ottawa, Minister of Health.
- Howard, A. A., R. S. Klein, et al. (2003). Association of Hepatitis C Infection and Antiretroviral Use with Diabetes Mellitus in Drug Users." *Clinical Infectious Diseases* 36: 64-69.
- Kämper, B. (2009a). Was kommt da auf uns zu? Anforderungen an die ambulante Kranken- und Altenpflege bei Suchterkrankungen. Hamburg, Vortrag auf den Hamburger Suchttherapietagen vom 02. bis 05. Juni 2009.
- Kämper, B. (2009b). Drogenabhängigkeit und ambulante Pflege - Eine Falldarstellung. *Suchttherapie* 1(10): 25-27.
- Lademann, J. und P. Kolip (2005). Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut: 110.

- Lenski, R. und B. Wichelmann-Werth (o.J.). Zwischenbericht: Rechtliche und Finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung Älterer Drogenabhängiger in Deutschland. European Project Senior Drug Dependents und Care Structures - SDDCare, EU-Projekt Nr. 2006 346. Frankfurt.
- Marcus, U. und A. Starker (2006). HIV und AIDS. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt, Hef 31: 42.
- Marsden, J. und M. Gossop (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93(12): 1857-1867.
- Pfeiffer-Gerschel, T., A. Hildebrand, et al. (2009). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs-/Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm>.
- Ratzke, K., P. Petersen, et al. (2006). Sucht im Alter – erste Ergebnisse einer Umfrage in diakonischen Arbeitsfeldern, Diakonisches Werk: 9.
- Reece, A. S. (2007). Evidence of accelerated ageing in clinical drug addiction from immune, hepatic and metabolic biomarkers. *Immun Ageing*: Published online 2007 September 24.
- Rehm J., U. Frick, et al. (2005). Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000. *Drug and Alcohol Dependence*, 79: 137-143.
- Robert Koch Institut (2007). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Halbjahresbericht II/2006. Stand: 01.03.2007. *Epidemiologisches Bulletin*. Berlin.
- Schmidt, T. (Oktober 2008). Intensiv betreutes Wohnen (IbW) für alternde und schwer chronisch erkrankte Menschen mit einer Drogenbiographie. Konzept. Bremen, AIDS-Hilfe Bremen e.V.
- Statistisches Bundesamt (2007). Bevölkerung Deutschlands nach Bundesländern bis 2050. Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern. Wiesbaden.
- Strobl, M., J. Klapper, et al. (2004). "Deutsche Suchthilfestatistik 2003. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Einrichtungen." <http://www.suchthilfe-statistik.de/ambulant.htm>.
- Strobl, M., J. Klapper, et al. (2005). "Deutsche Suchthilfestatistik 2004. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Einrichtungen." <http://www.suchthilfe-statistik.de/ambulant.htm>.
- Verthein U, Degkwitz P, Haasen, C (2008). Die Wirksamkeit der Diamorpinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase. In: (BMG) BfG (Hg.). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Nomos, Baden-Baden, 2008.
- Verthein, U., E. Neumann, et al. (2008). *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation*, BADO e.V. (Hg.), ZIS (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung), Hamburg: 97.
- Vogt, I. (2009). "Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht." *Suchttherapie* 1(10): 17-24.
- WHO (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 191.
- Wittchen, H.-U., S. M. Apelt, et al. (2008). "Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients". *Drug and Alcohol Dependence* 95: 245-257.