

Altern und Drogenkonsum Problemlagen von Konsumenten von illegalen Drogen

LÜSA

**15. Jahre Leben – Arbeiten – ein Rückblick
& Arbeitstagung
31. August 2012**

**Irmgard Vogt
Institut für Suchtforschung Frankfurt**

Gliederung

- **Altern und Drogenkonsum – zur Datenlage**
- **„Ältere Abhängige von illegalen und legalen Drogen“: Ergebnisse empirischer Studien zu**
 - **Gesundheit**
 - **Beziehungen**
 - **Diskriminierung/ Exklusion/ Inklusion**
- **Fragen an die Versorgungssysteme**

Konsum von Drogen im Lebenslauf

Von Menschen über 60 Jahre

rauchen ca. 20% Zigaretten;

trinken ca. 80% (regelmäßig) Alkoholisches (60%
risikoarm, 20% riskant);

nehmen zwischen 4% und 8% regelmäßig Hypnotika;

nimmt ein zunehmender Anteil regelmäßig
Schmerzmittel (auch opiathaltige Schmerzmittel).

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen im Alter ist, so gesehen, nichts Besonderes. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Gesundheit und dem Konsum von beruhigenden, schlaffördernden und schmerzlindernden Substanzen.

Konsum von Drogen im Lebenslauf

Je exzessiver der Konsum von Drogen, um so größer sind die Gefahren für die Gesundheit.

Drogen, die nur auf dem Schwarzen Markt erworben werden können, sind für die Konsumenten mit zusätzlichen gesundheitlichen Gefährdungen verbunden:

- Fehlende Qualitätskontrollen,**
- Abdrängen in die Illegalität; Verfolgung durch die Polizei, Gerichtsverfahren, Verurteilungen zu Haftstrafen usw. (Auswirkung der Haftstrafen auf das Selbstbild und das Verhalten!).**

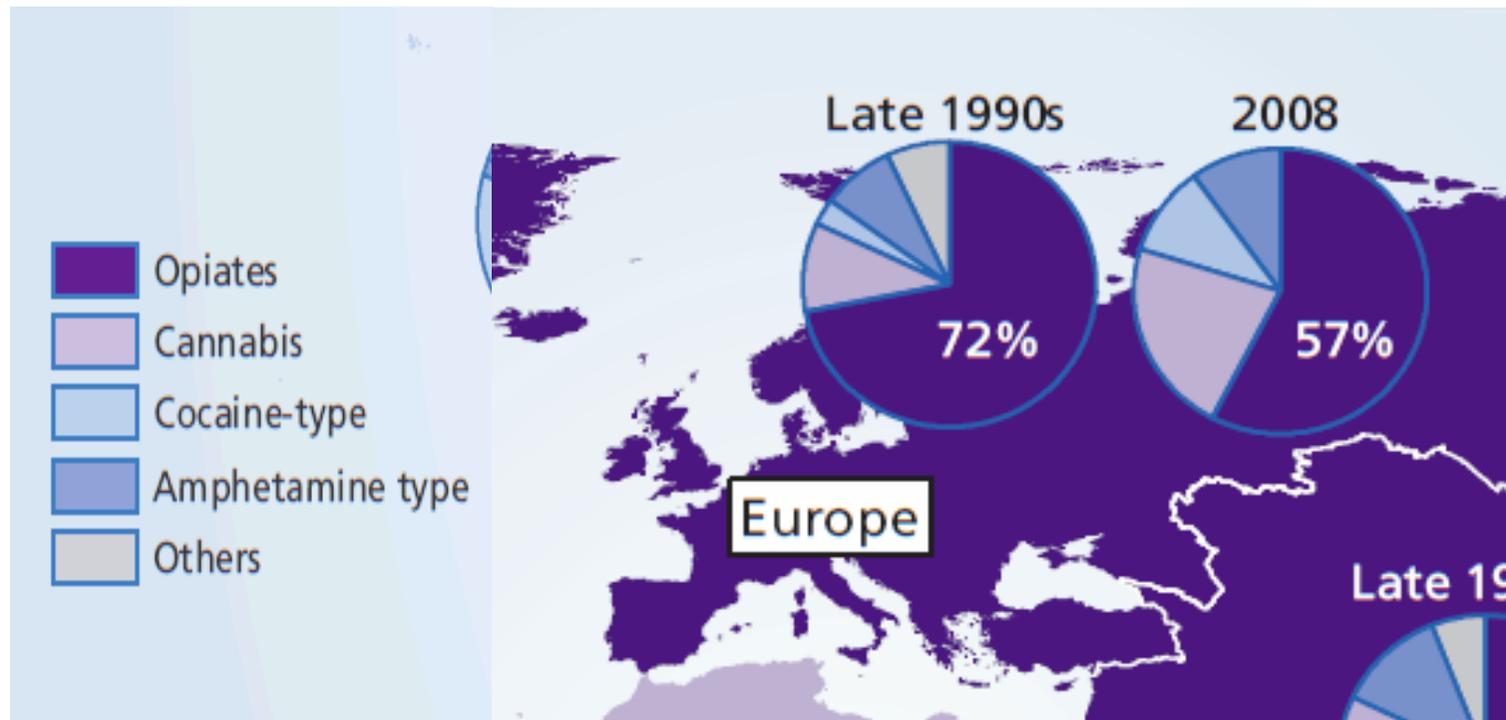
Konsum von Drogen im Lebenslauf – bei Konsumenten von illegalen Drogen

Drogenwelle erreicht D in den späten 1960 bzw. frühen 1970. In den 1980ern bilden sich in einigen Ländern Westeuropas offene Drogenszenen, z.B. in Zürich und Frankfurt.

Neben Haschisch und LSD wurde auf der illegalen Szene seit ca. 1970 auch Opiat angeboten. Es kristallisierte sich eine Gruppe von Drogenkonsumenten heraus, die von der Polizei massiv verfolgt wurde und von der damaligen Drogenhilfe wenig Hilfe zu erwarten hatte (vgl. Schmid, 2003).

Verteilung illegaler Drogen in Europa

(UNODC 2010)



In Europa hat sich in der Zeit von 1990 bis 2009 der Konsum illegalen Drogen erheblich diversifiziert.

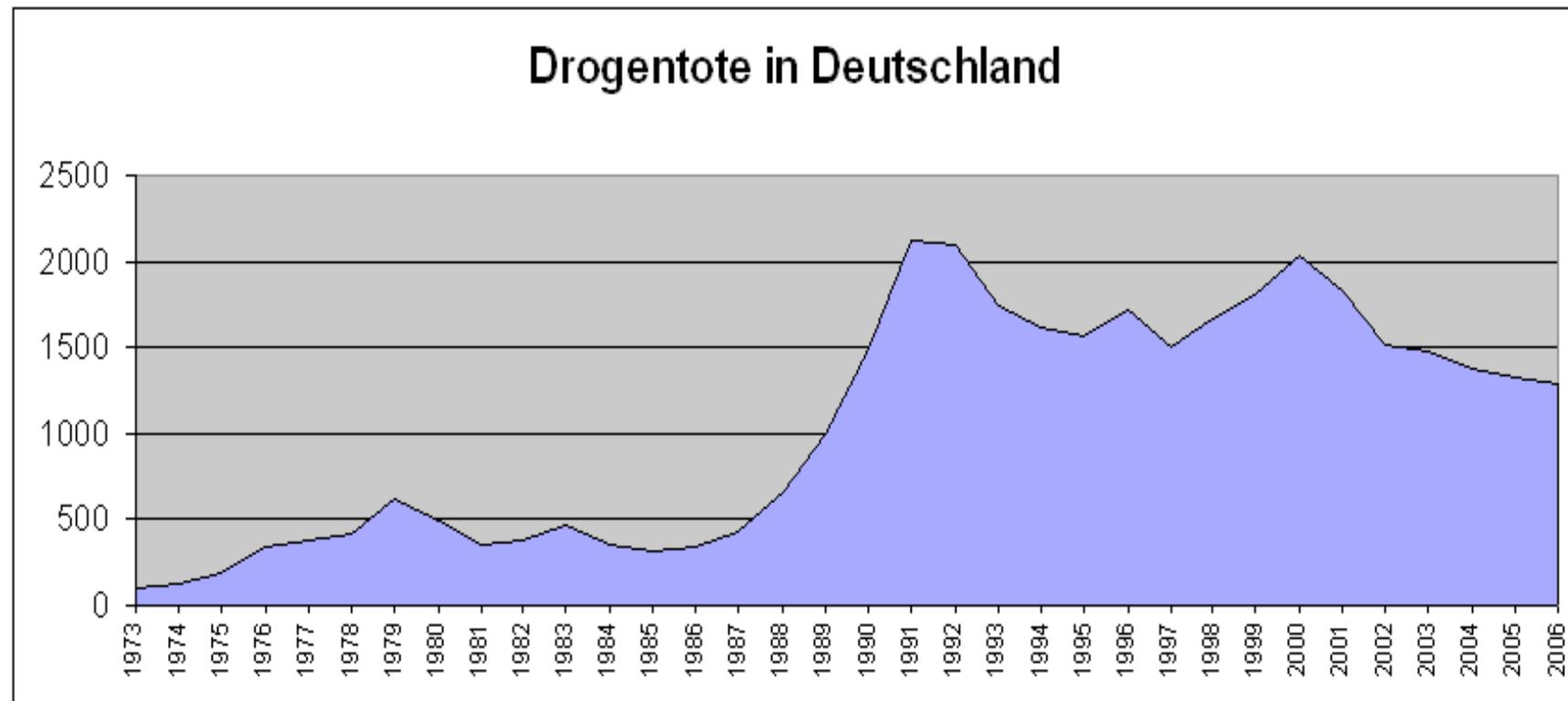
Drogenszene Zürich 1990



Drogenszene Frankfurt 1990



Drogentote 1973-2006



Überlebenschancen von Heroinkonsumenten

Das Risiko, an den Folgen des Drogenkonsums frühzeitig zu sterben, reduzierte sich mit der Einführung von schadensmindernden Hilfen, vor allem Spriztentauschprogramme und Methadonprogrammen. Seit den 1990er Jahren auch durch medikamentöse Behandlung von HIV.



Irmgard Vogt, Institut für So



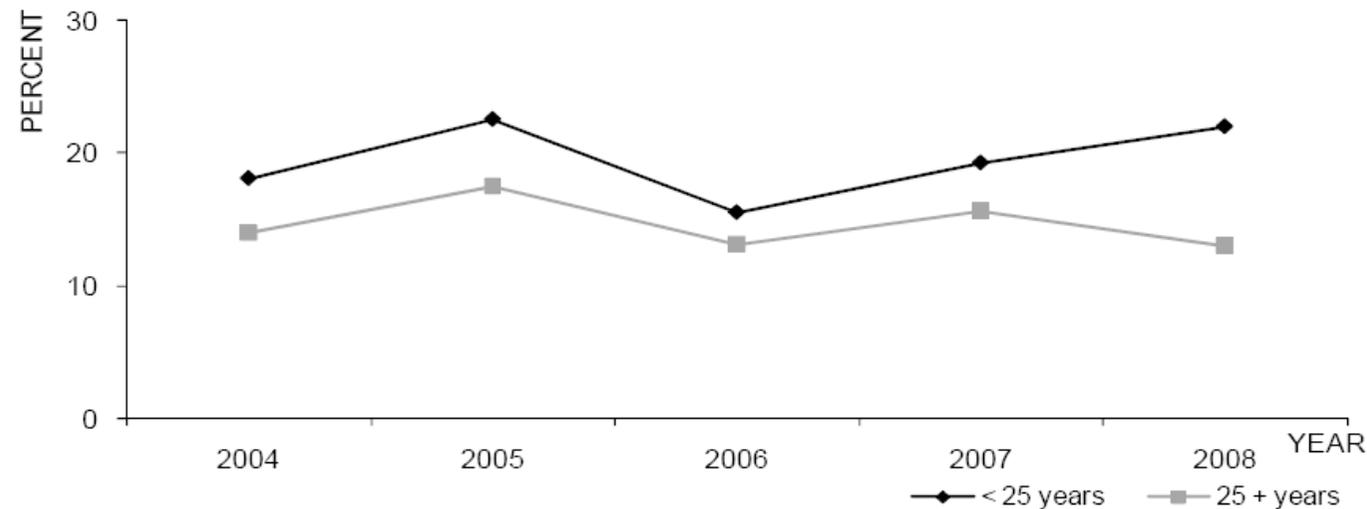
Drogenszene in Frankfurt, 2010



Probleme bei Methadonkonsum

- **Achtung: Ca. 60% der Menschen in Methadonprogrammen injizieren (andere) Drogen, tauschen Nadeln und verdienen sich Geld mit Sexarbeit!** (Daten aus Australien; Mathers et al., 2010)

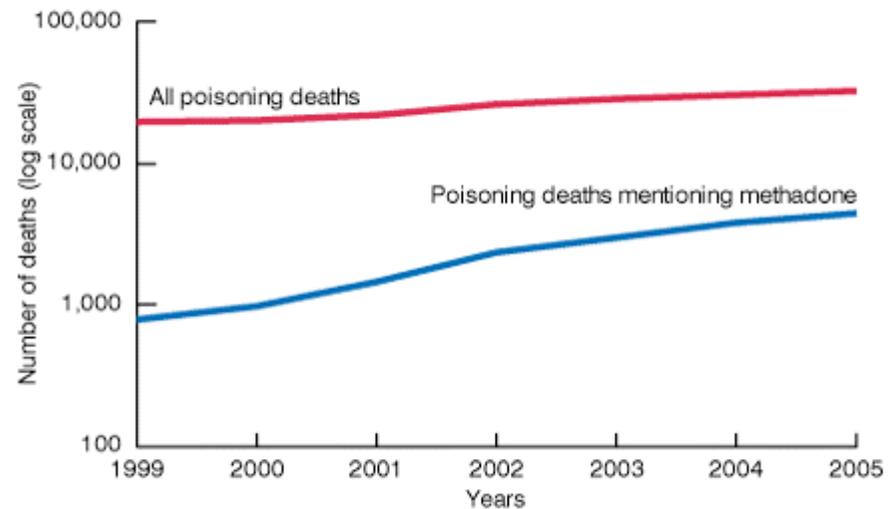
Figure 2 Participants reporting receptive sharing of a needle and syringe in the month prior to the survey by age group, 2004 - 2008



Probleme bei Methadonkonsum

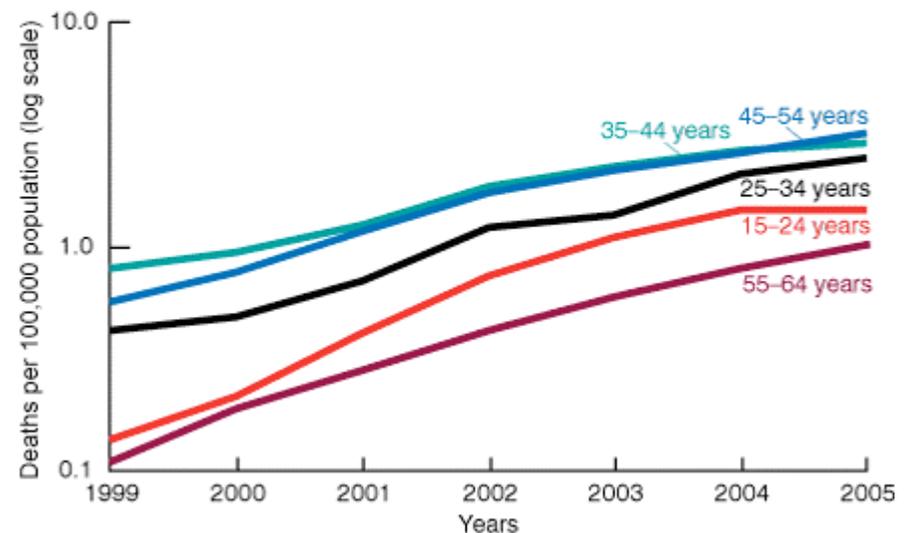
- In den USA wächst der Anteil der Todesfälle mit einer Überdosierung mit Methadon (allein oder in Kombination mit anderen Drogen).
- Der US-Trend ist in allen Altersklassen nachweisbar.
- Auch Schottland berichtet über eine Zunahme der Todesfälle unter Drogenabhängigen, die mit Methadon behandelt werden.

Figure 1. Poisoning and methadone-related poisoning deaths: 1999–2005



SOURCE: CDC/NCHS, data from the National Vital Statistics System.

Figure 2. Age-specific methadone-related death rates: 1999–2005



SOURCE: CDC/NCHS, data from the National Vital Statistics System.

Zwischenfazit

- **Heroin ist in Europa (noch immer) die wichtigste illegale Droge, oft in Kombination mit Kokain, Amphetaminen und anderen designer drugs.**
- **Drogenabhängigkeit kann (muss aber nicht) eine chronische, lebenslange psychische Störung sein – mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen, wenn die Konsumenten altern.**
- **Die Überlebenschancen sind besser in Ländern mit gut ausgebauten harm reduction measures.**

Definition „ältere Drogenabhängige“

- **Kalendarisches Alter**
Alter in Lebensjahren
- **Biologisches Alter**
Biologische Veränderungen mit dem Alter
- **Psychologisches Alter**
„wie alt fühle ich mich?!“
- **Soziologisches Alter**
gesellschaftlicher Status

Bevölkerung:
40-54jährige: mittleres Lebensalter
55-69jährige: „Junge“ Alte
70-85jährige: „Ältere“ Alte
86-100jährige: Hochbetagte

Drogenabhängige altern schneller, d.h. die alterstypischen biologischen Veränderungen beobachtet man an ihnen früher als an Nicht-Abhängigen.

Mit 45-50 Jahren entsprechen sie biologisch gesehen den „jungen“ Alten.

Schätzungen von Drogenabhängigen in Deutschland

Schätzungen der KonsumentInnen von Heroin und anderen Opioiden (Lebenszeitprävalenz):

bis 39 Jahre: 1,4%

älter als 40 Jahre 0,5%

Schätzungen der Abhängigen von Heroin/ Opioiden und anderen Drogen für das Jahr 2008:

82.000 – 156.000 Personen.

Davon sind 60% bis 39 Jahre und 40% über 40 Jahre.

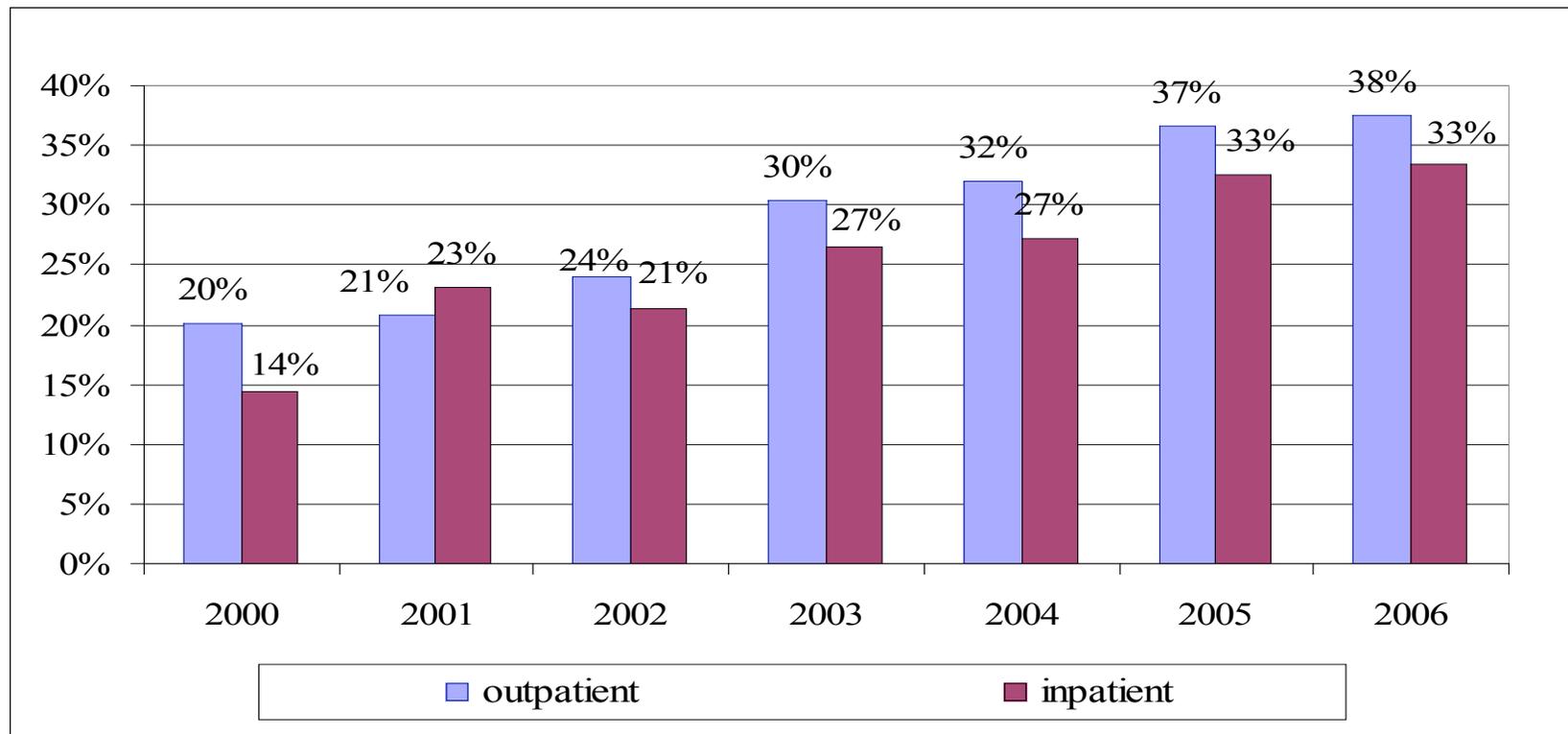
Tendenz: Zunehmende Alterung der Drogenabhängigen!

Schätzungen Drogenabhängige 40+ mit Versorgungsbedarf

- **Nach der aktuellen Datenlage geht man von 30.000 bis 60.000 Drogenabhängigen über 40 Jahre aus, von denen die meisten einen chronischen Krankheitsverlauf haben (EMCDDA, 2010). Das heißt, dass bei den meisten nicht damit zu rechnen ist, dass sie abstinent von Opiaten und anderen Drogen leben werden.**
- **Der aktuelle Hilfebedarf in dieser Gruppe variiert stark.**
- **In Ballungszentren häufen sich die Problemfälle.**

Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik

Relativer Anstieg des Anteils von Personen 35 + in Behandlungen (Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik, 2001-2006, Alter ab 35 Jahren).



Befragungen von älteren Opioidabhängigen in Deutschland

- **Zwei Studien**
 - Qualitative leitfadengestützte Interviews
 - Quantitative Befragung + MATE-ICF
- **Auswahl als „convenience-samples“ in Einrichtungen der Drogenhilfe in Frankfurt und Umgebung, Darmstadt und Berlin (Beratungsstellen, Kontaktläden, Methadonvergabestellen, Betreutes Wohnen)** (Eppler et al., 2010, 2011; Hößelbarth et al., 2012).

Überblick zu den Stichproben

(Eppler et al., 2010, 2011; Hößelbarth et al., 2011)

Sample:	50 bzw. 74 aktive Opioidabhängige
Alter AM:	52,7 bzw. 50,1 Jahre (45-61 Jahre)
Sex:	70%-80% männlich, 20%-30% weiblich
Wohn- situation	70% in eigener Wohnung/Zimmer mindestens 80% leben allein
Erwerbs- status:	0%-11% in regulärem Arbeitsverhältnis

80%-90% sind in medizinischer Betreuung, die meisten in einer Substitutionsbehandlung (im Durchschnitt seit 2001).

Selbstangaben zu chronischen Krankheiten, 45-61 Jahre

Selbstangaben zu

HIV ca. 15% (Prävalenz in PREMOS-Studie: 7%// in D: 0,05-0,08%)

HV B/C mindestens 60% (Prävalenz in PREMOS-Studie: 68%// in D: 0,4-0,7%)

Aktuelle andere Krankheiten: Abszesse 15%, Arthritis 15-30%, Erkrankungen der Atemwege 15-50%, Herz-Kreislaufbeschwerden 20-25%, Nierenbeschwerden 10-15%, Osteoporose 6-10%, Venenentzündungen 15-20%, Zahnbeschwerden 30-40% (vgl. Rosen et al., 2008).

Durchschnittliche Belastung mit körperlichen Krankheiten: 2,5 – 3,5

Selbstangaben zu chronischen Krankheiten, 45-61 Jahre

Selbstangaben zu psychischen Störungen:

Nach den Studien von Vogt et al. (2012) und Hößelbarth et al (2012) liegt der Anteil bei: 62% - Depressionen, Angststörungen, andere psychische Störungen.

Nach der PREMOS-Studie (Wittchen et al., 2012) liegt der Anteil bei: 65% - Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen.

Selbstangaben zum Konsum zusätzlicher Drogen

- **90-95% der älteren Drogenabhängigen rauchen Zigaretten.**
- **Ca. 50% rauchen Cannabis (nach PREMOS-Studie 27% - 47%).**
- **40-50% trinken Alkohol (auch bei Hepatitis C-Infektion).**
- **80% nehmen andere Drogen (gelegentlich)**



Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen

HIV-Medikation

Eventuell Behandlung der H C-Infektion

Medikamente zur Behandlung anderer Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf, Nierenbeschwerden, Leberbeschwerden usw.)

Medikamentöse Behandlung anderer psychischer Störungen (Depressionen, Ängste, ADHS usw.).

Beachte: Interaktionen der unterschiedlichen Medikamente und psychoaktiven Substanzen!!!

Aussagen zum Gesundheitszustand

"Ich bin zwar 60 % schwer behindert einmal der HEP C, dann hat ich äh, ne Operation an der Wirbelsäule gehabt. Da hab ich zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel hab ich keine Bandscheibe, sondern das ist verknorpelt und dann hab ich auf dem linken Auge nur 5 % Sehkraft noch, ne. Also daher kommen die 60 % Schwerbehinderung, ne. Aber es ist nicht so das mich das im Alltag jetzt großartig beeinträchtigen" (Interview 48, m).

Aussagen zum Gesundheitszustand

- **„Ja, ich, gesundheitlich, ich hab einen Bandscheibenvorfall, der hat aber, ich kann schlecht laufen also, ich muss mich, wenn ich n paar hundert Meter lauf, muss ich mich immer mal setzen, dann tut mir das Kreuz weh, (...) und, äh, ich hab zu hohem Blutdruck, ich hab Hepatitis C. Leber ist natürlich durch die Hepatitis geschädigt. Aber es wird schon ganz gut sein, hat mir meine Ärztin gestern noch gesagt, das hat sich gebessert, also, ich trink nix, ja, kein Alkohol, und ich nehme, wie gesagt, auch kein Drogen mehr^[1], und ich hab im Moment nix was, was ich eigentlich, wo ich, wo ich mich gesundheitlich irgendwie schädigen könnte“. „I: Und Sie kriegen dann Medikamente auch?“ „Ja, ich krieg Medikamente gegen Bluthochdruck, gegen Parkinson'sche; gegen Durchblutungsstörungen, ja, da krieg ich auch Tabletten. Ich hab so sieben Medikamente, die ich nehmen muss.“ (Interview 32, m)**

^[1] Dieser Befragte nimmt an einem Methadon-Programm teil. Methadon zählt für ihn nicht als „Droge“.

Aussagen zum Gesundheitszustand

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



orschung Frankfurt

Weitere gesundheitliche Probleme der älteren Opiatabhängigen

- **Hinweise auf Demenz („schwere Vergesslichkeit“) bei ca. 20-40%!**
- **Mit dem Alter steigt die Suizidgefahr.**



Ca. 50% erhalten Medikamente zur Behandlung der psychischen Störungen (Antidepressiva, Z-Drogen, Benzodiazepine, Neuroleptika usw.).

Komorbidität und Medikamente

„Und ich hab so und so mit Depressionen zu tun. Und Depressionen, das ist ne ganz üble Sache aus zweierlei Gründen, man sieht es dir nicht an und wenn Du jetzt z.B. ein Bein gebrochen hast, ne, wird keiner von dir erwarten, dass du hundert Meter rennen tust, ne. Aber wenn DU halt seelisch krank bist und dann, wenn man das nicht sieht und funk, funktionierst auch, dann sagt man auch "Stell Dich doch nicht so an" Oder "Das ist doch alles nicht so wild." Aber seelischer Schmerz der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“ (48, m).



Zwischenfazit

- **Der Gesundheitszustand der Mehrzahl der Befragten ist nicht sehr gut – obwohl nahezu alle in ärztlicher Behandlung sind.**
- **Die Interviewten tendieren dazu, ihre körperlichen Beschwerden und Leiden zu bagatellisieren. Die psychischen Leiden werden dagegen als sehr belastend geschildert.**
- **Die gesundheitlichen Belastungen führen nur in Einzelfällen dazu, dass der Konsum von legalen und illegalen Drogen reduziert oder ganz unterlassen wird (z.B. der Konsum von Alkohol).**

Ergebnisse – soziale Beziehungen

(Eppler et al., 2010, 2011)

Beziehungen zur Familie: Überwiegend nur sehr dünne, soziale Netzwerke zu Herkunfts- und zur eigenen Familie; im Vergleich zu den Männern haben mehr Frauen noch relativ gute Beziehungen zu Familienangehörigen.

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

Ergebnisse – soziale Beziehungen

(Eppler et al., 2010, 2011)

Typisch für Aussagen von Männern zu Familienmitgliedern ist folgende Aussage:

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

Ergebnisse – soziale Beziehungen

(Eppler et al., 2010, 2011)

Beziehungen zu nicht-konsumierenden Freunden: Sehr wenige Kontakte.

“I. Und sind das auch, äh, Drogenkonsumenten?“ „Ja. Entweder noch aktuell oder ehemalig, aber, äh, ja. Das ist einfach immer so die einzige Schiene, wo man sich kennenlernt. Halt über Substitution oder wo man halt ab und zu mal regelmäßiger hingeh“ (Interview 36, m).

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

Ergebnisse – soziale Beziehungen

(Eppler et al., 2010, 2011)

Wichtigste Bezugspersonen:

- Sozialarbeiter, Ärzte usw.

„Wenn ich Hilfe brauch... ich glaub, muss ich alleine mit klar kommen (lacht). Ja, bei mir gibt's keinen“ (Interview 49, m).

„I: Gibt es Menschen, die sich um Sie kümmern, wenn Sie Hilfe brauchen, zum Beispiel, wenn Sie krank sind und Pflege brauchen?“ „Ja, eigentlich nur die hier vom Haus jetzt also (...). Wenn ich im Krankenhaus war oder so was, dann hab... dann war der halt, ist vom Haus jemand gekommen und hat mit mir, nach mir geguckt, also so...“ „I: Also Bewohner oder Sozialarbeiter?“ „Sozialarbeiter“ (Interview 32, m).

Erfahrungen von Diskriminierung, Exklusion und Vereinsamung

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



Erfahrungen von Diskriminierung, Exklusion und Vereinsamung

Diskriminierungserfahrungen sind alltäglich. In manchen Fällen werden alle Grenzen überschritten:

„ Wie ich nach Stadt D gezogen bin, da hab ichs versucht und hab dummerweise hab ich ähm Schriften von der AIDS-Hilfe in Sperr- äh in Altpapier geworfen; das hat und der Hausmeister von dem Hochhaus, der hat das rausgezogen und hat sämtliche Mieter informiert. Ich bin nicht mehr begrüßt worden, die Kinder wurden weggezogen“. „I: Oh. Das is... bist du dann, bist du dann überhaupt da wohnen geblieben oder bist du dann auch...“ „Nee ich bin dann nach Stadt E gezogen und hab mich trotzdem geweigert diesen offenen Umgang damit zu beenden weil ich denke, wenn Menschen aufgeklärt sind, können sie damit umgehen“ (Interview 40, w).

Exklusion und Inklusion

**Als Reaktion auf die
Diskriminierungen und
die Exklusion aus der
Gesellschaftsmitte
halten sich**

**Drogenabhängige als
Ansprechpartner an**

- **andere
Drogenabhängige,**
- **Sozialarbeiter/innen
usw.**



Fazit: Ergebnisse zum Hilfebedarf

- **Die Angaben zum Hilfebedarf jüngerer (bis 45 Jahre) und älterer (45+) Drogenabhängiger variieren je nach untersuchter Stichprobe (exemplarisch: Degkwitz & Zurhold, 2010).**
- **In qualitativen Interviews wird sichtbar, dass 30% bis 50% der Befragten über 45 Jahre durch gesundheitliche Beschwerden erheblich belastet sind und neben kontinuierlicher ärztlicher Versorgung auch Unterstützung bei der Haushaltsführung benötigen (Degkwitz & Zurhold, 2010; Eppler et al., 2010, 2011; Hößelbarth et al., 2012).**

„Altersheime“ nur für Drogenabhängige?

- Aktuell gibt es Kliniken und Wohnheime (Altenheime) für pflegebedürftige Drogenabhängige (z.B. in Berlin und München – und jetzt auch in UNNA!!!).
- Die Kliniken sind u.a. aus den Institutionen und Abteilungen für pflegebedürftige AIDS-Kranke hervorgegangen. Altenheime sind neu dazu gekommen.



Ergebnisse zum Hilfebedarf

- **Es ist davon auszugehen, dass es Engpässe in der Versorgung von (älteren) und hilfebedürftigen Konsumenten von illegalen Drogen geben wird, die einen Platz zum Leben (und zum Sterben) suchen. Die wenigen Plätze in heute existierenden Wohngemeinschaften für Konsumenten von illegalen Drogen werden nicht ausreichen, um die Nachfrage zu befriedigen.**

Lebenswelten älterer Drogenabhängiger



Fragen an das Hilfesystem

- **Zur Versorgung älterer, hilfebedürftiger und pflegebedürftiger Konsumenten von illegalen Drogen muss es zu einer engere Zusammenarbeit zwischen der Drogenhilfe, der Altenpflege und der Institutionen für psychische kranke Menschen kommen.**
- **Vorurteile, die die verschiedenen Institutionen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber der Klientel der Drogenabhängigen haben, müssen bearbeitet und abgebaut werden.**



Zusammenfassung

- **Der Anteil der Konsumenten von illegalen Drogen über 40 Jahre wächst kontinuierlich an.**
- **Da diese Klientel erhebliche gesundheitliche Probleme hat, wächst ihr Versorgungsbedarf ebenfalls kontinuierlich an.**
- **Da die meisten älteren Konsumenten von illegalen Drogen sozial isoliert sind, gibt es wenig bis keine sozialen Netzwerke, die sie auffangen können.**

Zusammenfassung

- **Die Drogenhilfe muss sich mit ihren Angeboten auf diese Klientel einstellen.**
- **Notwendig ist eine engere Verzahnung und Kooperation der Drogenhilfe mit anderen Organisationen, u.a. den Institutionen für psychisch Kranke sowie der Altenpflege mit ihren verschiedenen Diensten.**
- **Sie muss darüber hinaus Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen aufbauen mit spezifischen Angeboten, die für diese Klientel erschlossen werden müssen.**

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



vogt@fb4.fh-frankfurt.de
Institut für Suchtforschung
www.sddcare.eu