

## Mit dem Platten auf der Standspur?

**Alternde und alt  
gewordene  
Drogenabhängige  
in der  
Versorgungslandschaft**

Workshop im Rahmen des  
Kooperationstages  
„Sucht und Drogen“ 2015



Münster, 29. April 2015

Suzanne Briesemeister

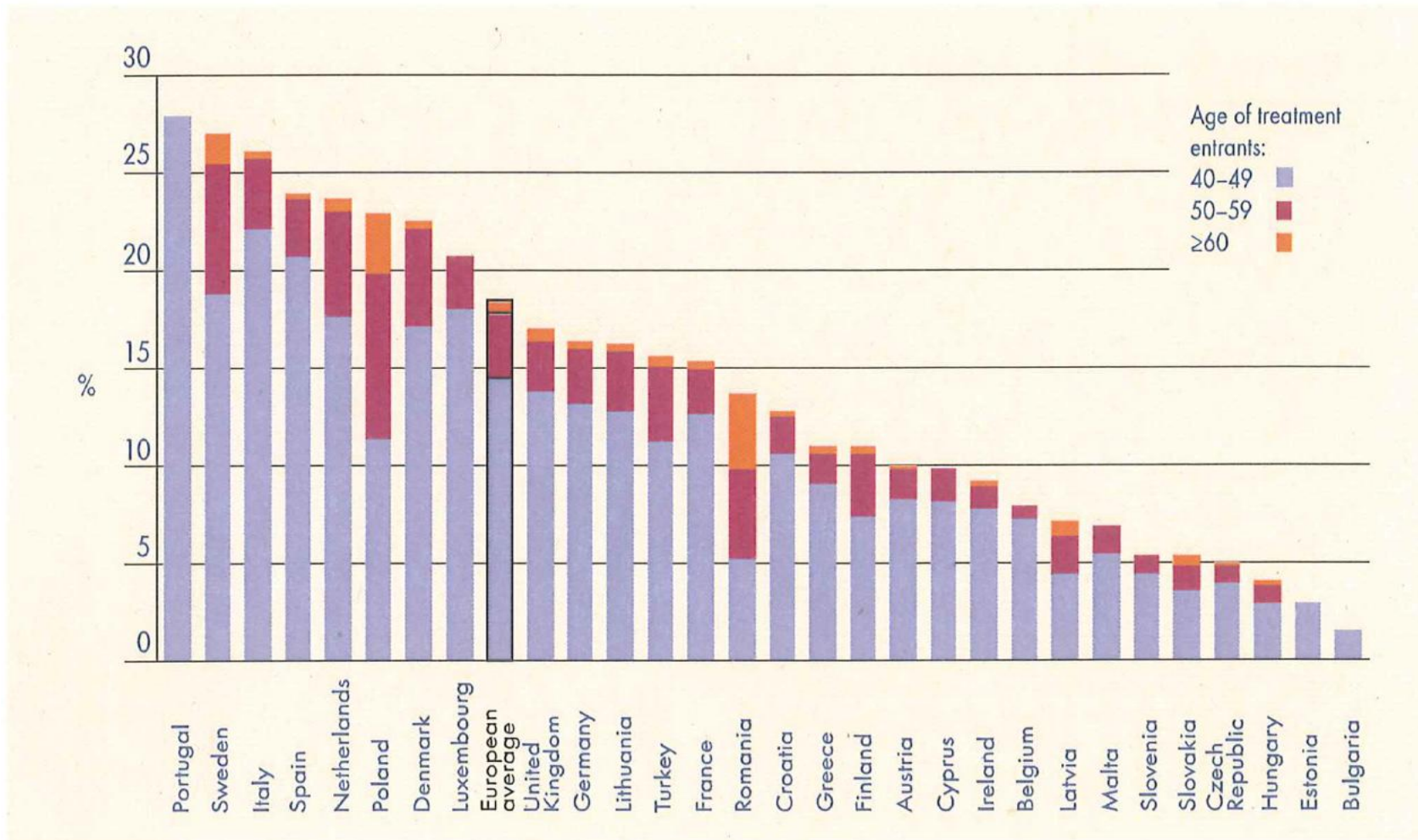
## Ein paar Zahlen:

Institut für Therapieforschung München: Der Anteil der über 40-jährigen an allen Klientinnen und Klienten mit einer Opiat-Diagnose in ambulanten Einrichtungen stieg von 11% im Jahr 2002 auf knapp 28 % in 2012.

Die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.** ging bereits 2008 von 400.000 Menschen über 60 Jahren mit einer Alkoholabhängigkeit oder einem Alkoholmissbrauch und weiteren 1-2 Millionen Älteren mit einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Substanzen aus. Dies bedingt einen immer größer werdenden Anteil an älteren Menschen mit Suchterkrankungen.

Die von **Joseph Gfroerer** und Kollegen durchgeführten Hochrechnungen schätzen für die USA einen Anstieg der Älteren, die einen Substanzmissbrauch betreiben, bis 2020 um 70% (Gfroerer et al. 2003).

**Figure 3:** Drug users aged 40 or more as a proportion (%) of all treatment entrants



NB: Data are from 2008, except for Belgium (2005), Spain (2007) and Malta (2006).

Source: Reitox national focal points.

## Entwicklung der Altersstruktur

Altersstruktur in Deutschland hat sich und wird sich auch weiterhin deutlich verändern

Steigenden Zahl älterer Menschen <<<älter werdende geburtenstarke Jahrgänge + steigende Lebenserwartung

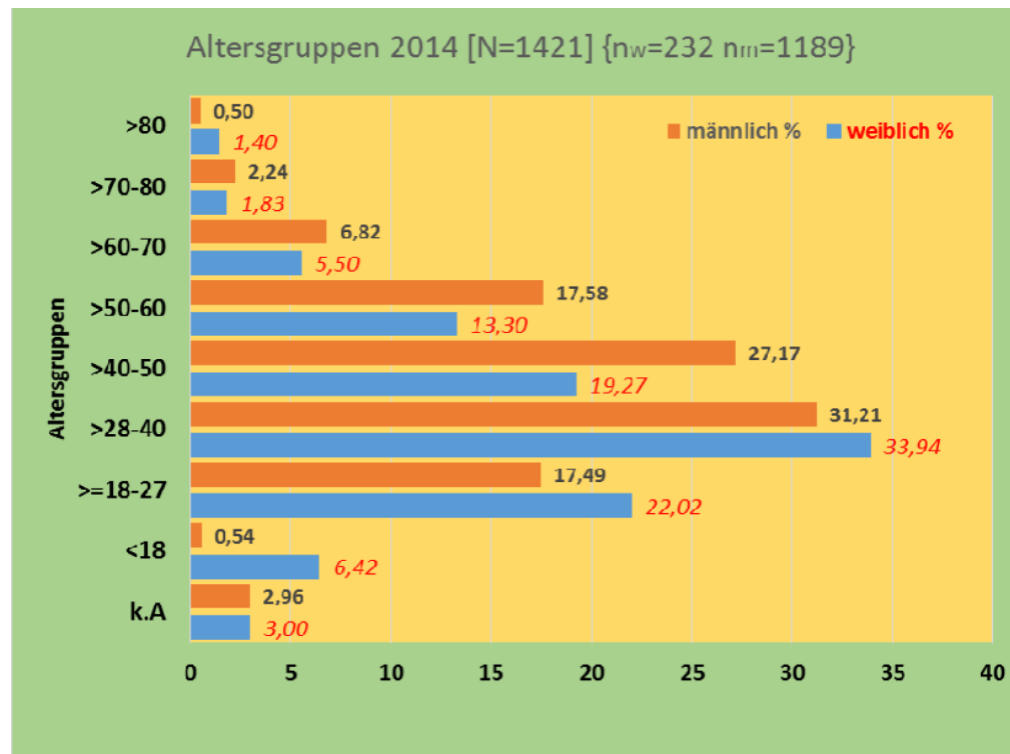
Lebensalter wird in vier Abschnitte eingeteilt: „Alter“ wird nochmals in zwei Abschnitte unterteilt, in ältere Menschen und Hochaltrige ab ca. 80 Jahre.

Zur Zeit sind ca. 22,4 % der Einwohner in Deutschland älter als 60 Jahre, 1990 waren es nur 8%.

Der Anteil der Hochaltrigen an der Bevölkerung wird sich von zur Zeit 3,5% auf 6,6% in 2020 erhöht haben.

Deutlicher Geschlechtsunterschied: während zwei Drittel der Menschen **über 65** Jahre weiblich sind, sind es fast drei Viertel der **über 80-Jährigen** (Kruse et al. 2005).

## Mobiler Medizinischer Dienst (MMD Köln)



## **MMD: Altersstruktur**

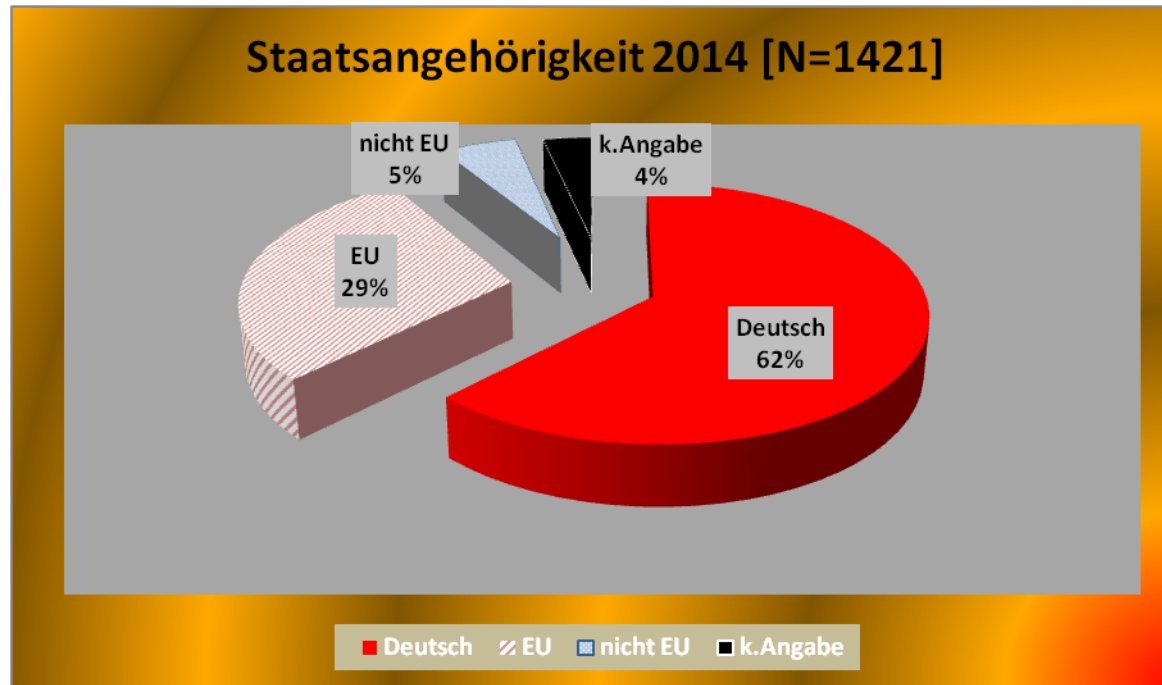
Bei der Altersstruktur zeigte sich eine Spannweite von 14 - 86 Jahren (Stichtag 31.12.2014), der Mittelwert lag bei 42,07 Jahren, der Median bei 42,62 Jahren.

20 Patienten waren jünger als 18 Jahre,  
**87 älter als 60 Jahre, 22 über 70 Jahre und 10 Patient über 80 Jahre.**

Das Durchschnittsalter der Frauen lag mit 38,18 Jahren um fast 4 Jahre niedriger als das der Männer (42,07 Jahre).

Dies spiegelt auch der geschlechtsbezogene Vergleich in den Altersgruppen wieder:

während bis zum 40. Lebensjahr der prozentuale Anteil der Frauen wesentlich höher ist, steigt ab einem Alter von 40 Jahren der Anteil der Männer deutlich an.



## **Auch die Drogentoten werden immer älter:**

**im Mittel 26,5 % (0-58%) aller Drogentoten ist älter als 40 Jahre,** der Anteil der unter-25-Jährigen liegt bei ca. 13 %.

**Schweden** publizierte 2010 das Alter der weiblichen Drogentoten mit 42 und das der männlichen mit 49; die Lebenserwartung dieser Gruppe liegt bei 79 Jahren für Männer und 83 Jahren für Frauen.

Das Durchschnittsalter von weiblichen Drogentoten in **Deutschland** liegt mit 37 Jahren deutlich über dem von männlichen mit 33,4 Jahren.

### **Im Einzelnen:**

Niederlande, Dänemark und Schweden über 50 %

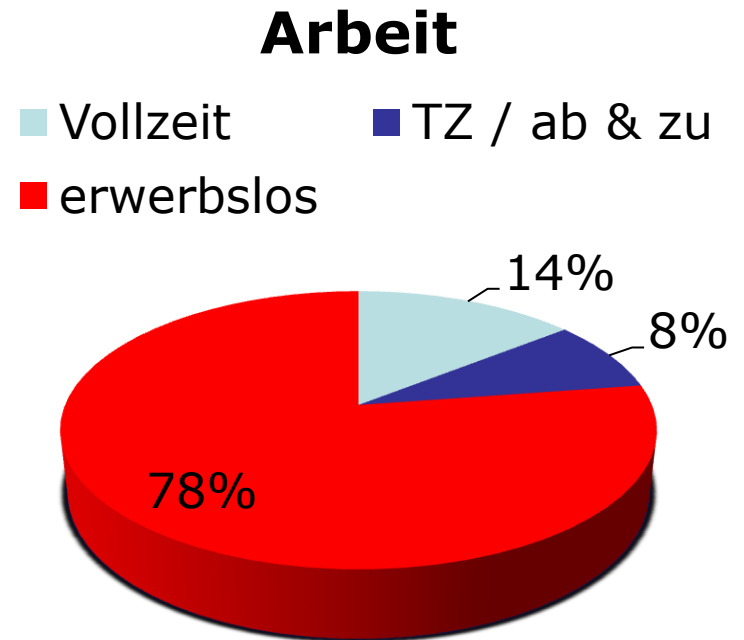
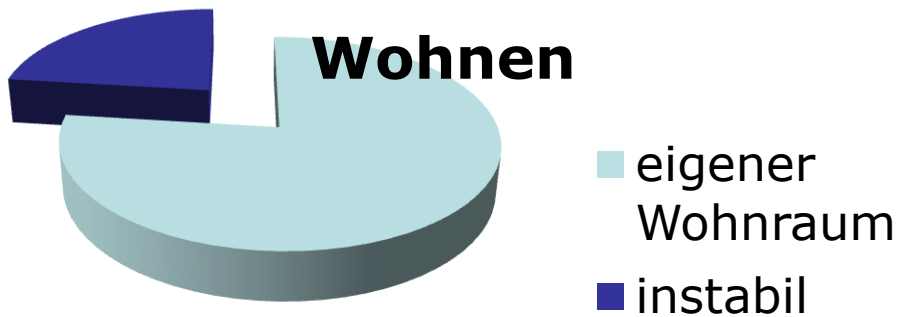
Deutschland, Spanien, Finnland und Italien über 30 %

EU-Mittel 28 %

es handelt sich in den „alten“ EU-Staaten am ehesten um Überlebende der Drogenepidemie der 80-er und 90-er und zu einem vermutlich deutlich geringeren Anteil um Späteinsteiger.



## Wohnen und Arbeit (Degkwitz / Zurhold 2007)



## **Partnerschaft und Kinder** (Degwitz / Zurhold 2007)

Etwa 40 % der älteren Drogenabhängigen waren im Laufe ihres Lebens verheiratet, etwa 2/3 der Ehen wurden geschieden

Etwa 25 % leben in einer Partnerschaft zusammen  
Einen Partner / Partnerin haben 35 %. Partner von älteren drogenabhängigen Frauen haben überwiegend ein Suchtproblem (2/3)

Über 60 % haben zumeist 1 Kind (im Durchschnitt 1,2 Kinder pP)

## **Schulbildung**

Keinen Schulabschluss haben nur 7 % der Älteren  
24 % haben Abitur (z. Vergleich: 13 % der Jüngeren)

## **Einkommen**

ALG, Sozialhilfe 68 % (59% der Jüngeren), illegale Einkommen 11% (16%), Prostitution 12% (20%)

**Gravierende Schulden:** ca. 76 % der über 45-Jährigen (79%)

## **Biographie** (zusammengefaßt nach Degkwitz / Zurhold 2007)

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.

**Körperliche Gewalterfahrungen** liegen bei etwa zwei Dritteln vor.

21% der über 45-Jährigen geben **sexuellen Missbrauch** an ( jüngere: 26%).

**58% unter den älteren** Klientinnen ( 61% der jüngeren) waren von **sexueller Gewalt** betroffen.

## **Juristische Situation** (Degkwitz / Zurhold 2007)

Verurteilungen wegen BTM-Delikten	61,6 %	(w: 46,4%	m: 66%)
keine Verurteilung	24,6 %	(w: 38,8%	m: 20,4%)
Haft > 3 Jahre	31,4 %	(w: 10,6%,	m: 37,5%)

Keine (aktuellen) Probleme m. Justiz 63,4 %

**Der** Hilfebedarf hinsichtlich der personalen, finanziellen und der juristischen Situation nimmt mit dem Alter (und der Dauer des Drogenkonsums) deutlich zu.

# Gesundheitsprobleme

## **Körperlich**

Venenschäden bei i.v. Konsum:  
Nekrosen durch para-Injektion oder  
arterielle Injektion, Injektion in Fuß  
oder Leiste  
Tiefe Beinvenenthrombose  
Infekte sind schlechter zu behandeln  
- incl. Hep.C  
Interaktion medikamentöser  
Behandlung mit der Droge / dem  
Substitut  
Früheres Auftreten / schwererer  
Verlauf von Diabetes, Krebs oder  
neurologischen Erkrankungen incl.  
Sturzgefahr  
desaströser Zahnstatus / Zahnverlust  
Mangelernährung

## **Seelisch**

Ängstlichkeit, Demenz, Vereinsamung,  
Verwirrtheit,  
Gedächtnisstörungen, Kognitive  
Beeinträchtigungen  
Depression  
„Stressful life events“  
unzureichende Coping-Strategien



vermehrter Konsum oder risikoreichere  
Konsumgewohnheiten

	<b>Klassifikation nach ICD 10 (Kategorie)</b>	<b>N=13486</b>
<b>I.</b>	<b>Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)</b>	<b>656</b>
<b>II.</b>	<b>Neubildungen (C00-D48)</b>	<b>99</b>
<b>III.</b>	<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen des Immunsystems (D50-D89)</b>	<b>56</b>
<b>IV.</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen E00-E90</b>	<b>163</b>
<b>V.</b>	<b>Psychische- und Verhaltensstörungen (F00-F99)</b>	<b>1849</b>
<b>VI.</b>	<b>Erkrankungen des Nervensystems (G00-G99)</b>	<b>172</b>
<b>VII.+ VIII.</b>	<b>Krankheiten des Auges und des Ohres (H00-H95)</b>	<b>136</b>
<b>IX.</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)</b>	<b>1448</b>
<b>X.</b>	<b>Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99)</b>	<b>1027</b>
<b>XI.</b>	<b>Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)</b>	<b>713</b>
<b>XII.</b>	<b>Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)</b>	<b>2434</b>
<b>XIII.</b>	<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)</b>	<b>501</b>
<b>XIV.</b>	<b>Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)</b>	<b>243</b>
<b>XV.</b>	<b>Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett (O00-O99)</b>	<b>14</b>
<b>XVII.</b>	<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)</b>	<b>1</b>
<b>XVIII.</b>	<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)</b>	<b>1122</b>
<b>XIX.</b>	<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>	<b>2089</b>
<b>XX.</b>	<b>Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y99)</b>	<b>93</b>
<b>XXI.</b>	<b>Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>	<b>661</b>

**???**

**Was braucht's inhaltlich,**

**insbesondere im Hinblick auf die „Haltung“ zu**

**Abstinenz**

**Alltag**

**Orientierung**

**Zielen**

**PatientInnen- / KlientInnen-Interessen**

**sektoren-, berufsgruppen- und kostenträgerübergreifender  
lösungsorientierter gemeinsamer Arbeit**

## **Akzeptanz ohne moralische Bewertung**

### **Stärkung der Abstinenzmotivation, aber keine Abstinenzforderung**

**„Baukasten“ für die Bearbeitung des Suchtproblems (Sucht-  
Gesprächsgruppe, motivierende Gesprächsführung,  
Konsumreduktionsprogramme, aber auch lebenspraktische Angebote  
wie Geldeinteilung etc.)**

**Lebenspraktische Unterstützung bei der Wohnraumsicherung und bei  
der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung**

**Orientierung an den Fähigkeiten und Ressourcen der Klienten**

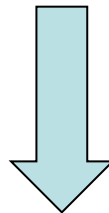
**Ziele, Inhalte und Grenzen der Betreuung gemeinsam, flexibel und  
transparent aushandeln**



## **Wünsche der Betroffenen nach Veränderung**

- der persönlichen Beziehungen**
- der berufliche Tätigkeit**
- der Tagesstruktur**
- >> rein ins „normale“ Alltagsleben**

**bei besserem Ansprechen auf suchtspezifische Behandlung und mindestens gleich guter, zuweilen auch besseren Erfolgsraten im Erreichen selbst formulierter Ziele** (Oslin et al., 2002, Satre et al., 2003/2005, zitiert nach: Vogt)



**Suchttherapeutisches Engagement lohnt sich!**

## Ich wäre nicht ausgeschieden, wenn

<b>praktische Hilfe und sozialarbeiterische Unterstützung</b>	<b>54.2%</b>
Dienstleistungen auf mich zugeschnitten	15,4%
Beschäftigung / Ausbildung / Training	10.3%
Behandlungskosten / Krankentransport	7.7%
Hilfreichere und bedeutsamere Gruppenthemen	5.2%
Einbeziehung in Behandlungsentscheidungen	5.2%
Wohnung	2.6%
Kinderbetreuung	2.6%
Rechtsberatung / Unterstützung	2.6%
Versicherungsfragen	2.6%
<b>Behandlungsteam</b>	<b>25.8%</b>
Bessere MitarbeiterInnen	12.8%
die empathisch statt konfrontativ arbeiten	5.2%
die für mich da sind, an mich glauben, mir vertrauen	5.2%
die mir zeigen, wo es lang geht und mich unterstützen	2.6%
Flexible Servicezeiten	20.0%

**Strategien der Schadensbegrenzung (harm reduction) nutzen, um zu vermeiden, dass Klienten aus dem Hilfesystem herausfallen**

**Vernetzung und Kooperation der helfenden Akteure: psychosoziale Betreuung, ärztliche Versorgung und Pflege in einer Gesamtplanung aufeinander abstimmen**

**Pragmatische Hilfen:**

**Absicherung der Grundbedürfnisse,  
adäquater Wohnraum (housing first!)  
Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung  
Überwindung von sozialer Isolation**

**Empathie und Humor, ohne dass dabei die professionelle Distanz verloren geht. Die Lebensweisen und Wünsche der Klienten werden dabei grundsätzlich akzeptiert.**

**???**

**Was braucht's strukturell im Bereich**

**Reha**

**Teilhabe Wohnen / Arbeit**

**Pflege**

**Ärztliche Behandlung**

**Sozialarbeit**

**Forschung**

**Politik / Gesetzgebung**

## Reha

In der Regel auf deutlich jüngere Drogenabhängige ausgerichtet

In der Regel strikt abstinenzorientiert

selten barrierefrei (Rollator, Rollstuhl)

Ausgerichtet auf Wiedereingliederung in das Berufsleben / 1.  
Arbeitsmarkt

Häufig unangemessen hohe / unangepasste Anforderungen an die  
RehabilitandInnen

Aufwände der Einrichtungen, sich an den hohen und differenzierten  
Bedarf der KlientInnen anzupassen, werden nicht honoriert

## Teilhabe Wohnen / Arbeit

z. B.

Lüsa (Langzeit Übergangs- und Stützungs-Angebot Unna  
Wiedereingliederungshilfe §53 SGB XII)

Dawo : Da, wo man bleiben kann

ZIK „Zuhause im Kiez“ (Berlin)

Wohnprojekt R 129 (Berlin)

Oranienhof Köln

## Pflege

Pflegehilfe

Krankenhilfe

Hauswirtschaftshilfe

Ausmaß und Problematik des Konsums werden häufig unterschätzt

Auffälligkeiten werden dem Alter, nicht den Konsumgewohnheiten  
zugeschrieben

Die eigene Kompetenz wird gering eingeschätzt, die Zuständigkeit  
aber ebenso

Die doppelte Stigmatisierung „alt“ und „suchtkrank“ macht nicht bei  
den Betroffenen halt

## Ärztliche Behandlung

Bessere Palliativversorgung

größere Bereitschaft zur Übernahme der Substitutionsbehandlung

Offenheit für interdisziplinäre Betreuung dieser Klientel

interkollegiale Behandlung (Allgemeinmedizin, Facharzt, Psychiater:  
Suchtmedizin & Gerontopsychiatrie)



## Forschung Epidemiologie

Großes Forschungsdefizit an repräsentativen epidemiologischen Studien mit hochaltrigen Menschen (z.B. Weyerer, 2009)

Wenig aussagefähige und vergleichbare Studien zum Konsum psychotroper Substanzen, Missbrauch und Abhängigkeit bei älteren Menschen (Weyerer & Schäufele, 2014)

Bislang allenfalls Festlegung von Definitionen zu moderatem vs. riskantem Alkoholkonsum über alle Altersklassen: benötigt wird diese Definition nach Alter und Geschlecht differenziert (dito)

Die Diagnostik muss an die Gruppe angepaßt werden (sprachl. Anpassung + Evaluation)

## **Forschung Medizin / Pharmakologie**

Anpassung der Dosis-Empfehlungen für Substitutionsmittel an die Multimorbidität und polypharmazeutischen Gegebenheiten der alten und hochaltrigen Patienten

Erforschung der Wechselwirkungen mit somatischen Therapeutika unter Berücksichtigung von Gender-Aspekten

Entwicklung von Disease-Management-Programmen ähnlich wie für andere chronische und nicht heilbare Erkrankungen (Diabetes, Multiple Sklerose, Parkinson'sche Erkrankung)

## **Sozialarbeit**

### **Eier-legende Wollmilchsau?**

### **Case-Management**

### **Soziotherapie**

### **Sozialberatung**

### **Suchttherapie**

### **amb. Be-Wo**

### **PsychoSoziale Betreuung**

## Politik

- Förderung von Pilotprojekten
- Überleitungen in den Regelbetrieb unterstützen
- Kostenträgervielfalt / -divergenz aufheben
- Rechtssicherheit herstellen
- Rechtsstaatlichkeit aufrechterhalten

**Segmentierung der Hilfeleistungen:  
Woher kommt das Geld?**

**SGB V**

Krankenhilfe,  
Behandlung,  
Therapie,  
Behandlungspflege  
= Krankenkasse

**SGB XI**

Pflege  
Einstufung in  
Pflegestufe  
(MDK)=  
Pflegeversicherung

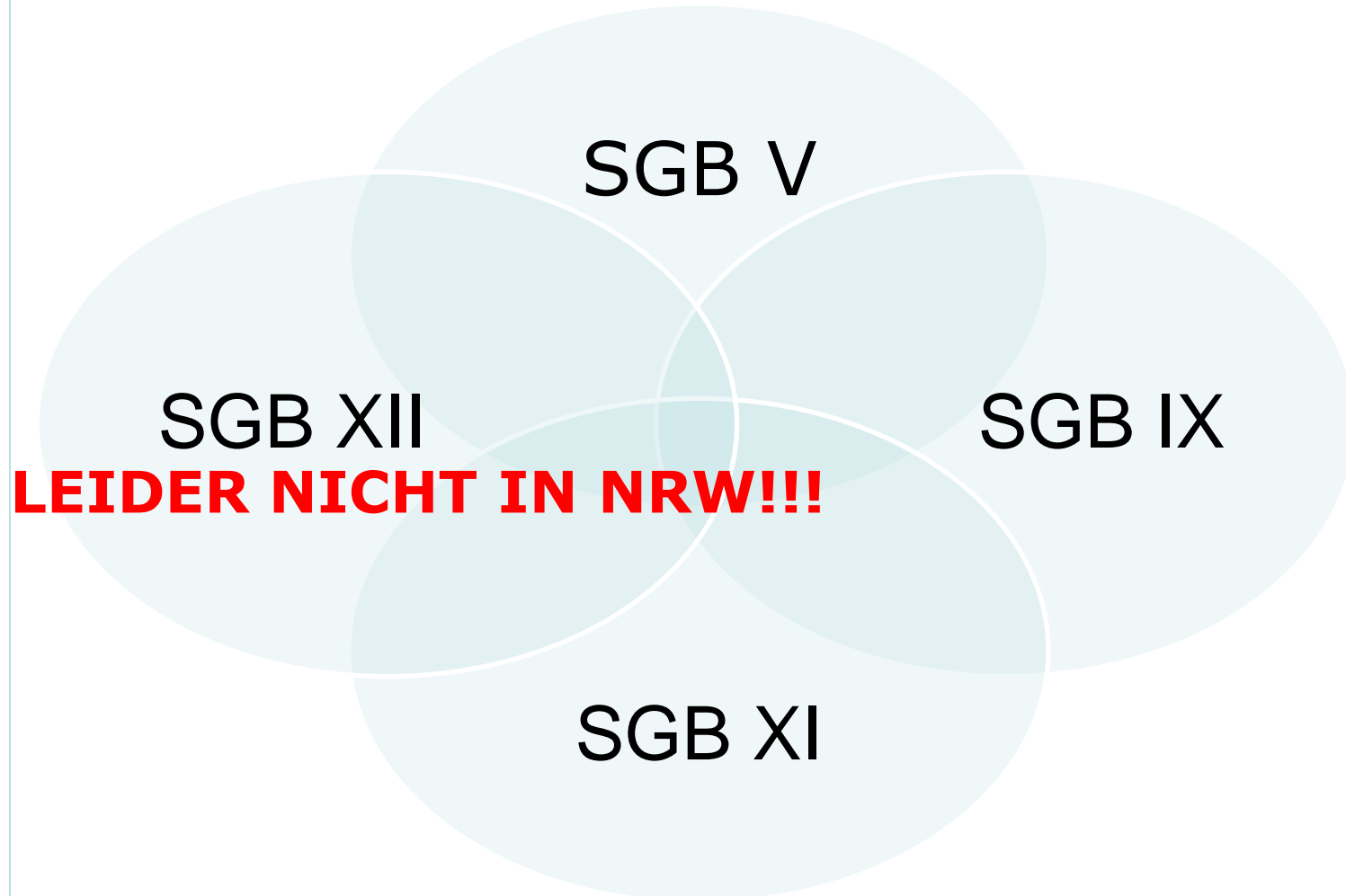
**SGB XII**

Eingliederungshilfe /  
Teilhabe Wohnen  
und Arbeit  
Ergänzende Hilfe zur  
Pflege  
Altenhilfe

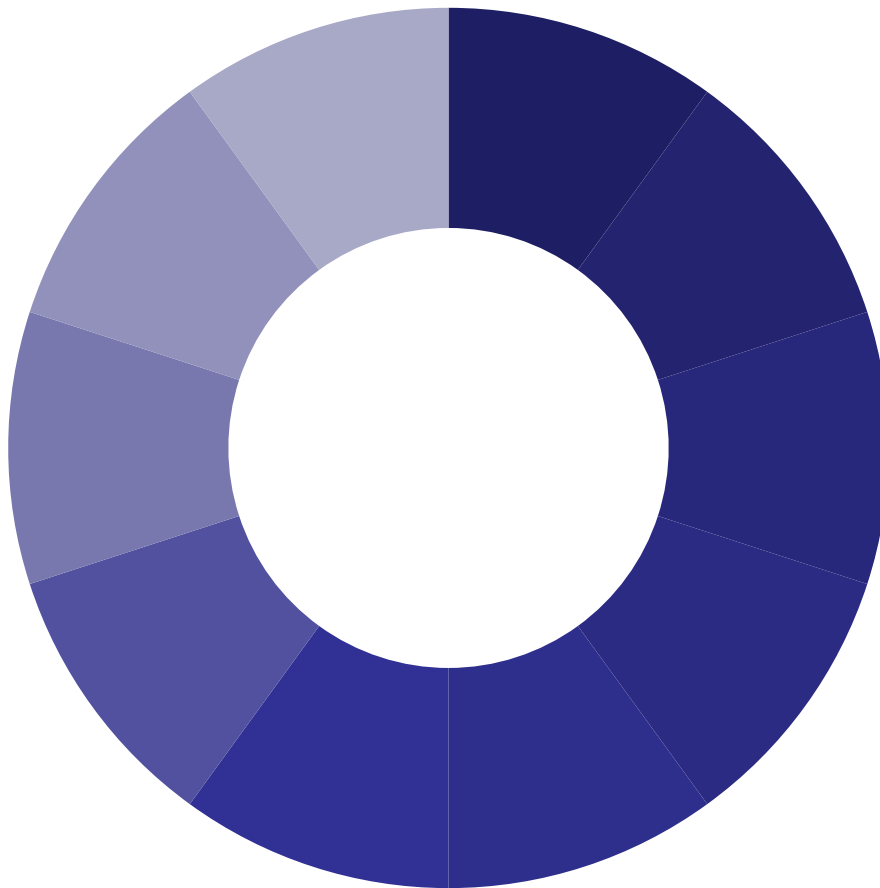
**SGB IX**

Versorgung von  
behinderten und  
von Behinderung  
bedrohten  
Menschen (z.B.  
Drogenabhängige)

**Mischeinrichtungen???** !!!



## Wer gehört an den Tisch?



- MDK
- Rentenvers.
- kommun. Behörden
- Wohlfahrtsverbände
- Suchthilfe
- Altenhilfe
- Heimaufsicht
- Substitution
- amb. Pflege
- Be-Wo

# **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit- und Ihre engagierte weitere Mitarbeit!**

Suzanne Briesemeister

Fachärztin für Psychiatrie  
& Psychotherapie

- Suchtmedizin -

Fachärztliche Beratung

Fachbereich Planung, Qualitäts- und

Innovationsmanagement im LVR-Dezernat Klinikverbund und

Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Siegburger Str. 203

50679 Köln

Tel.: 0221/809-6690 Fax: 0221/82844461

E-Mail: [suzanne.briesemeister2@lvr.de](mailto:suzanne.briesemeister2@lvr.de) [www.lvr.de](http://www.lvr.de)



## **Ergänzungen aus der Diskussion:**

**Anregung zu fallbezogenem Austausch mit den jeweils „Anderen“: z.B. Pflegebedürftiger entwickelt ein Suchtproblem oder Suchtkranker wird pflegebedürftig- auf der Ebene der aktiv Beteiligten**

**Sich für ein „Problem“ zuständig erklären (Führungsaufgabe!) und Lösungen einfordern im persönlichen Austausch zwischen Kostenträger und Leistungserbringer („Runder Tisch“)- in die Verantwortung nehmen!**

**Tu Gutes und rede darüber- dann wird aus Einzelfällen vielleicht ein Konzept für eine neue Ausrichtung der Einrichtung**