







































































































































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/Methaddict	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

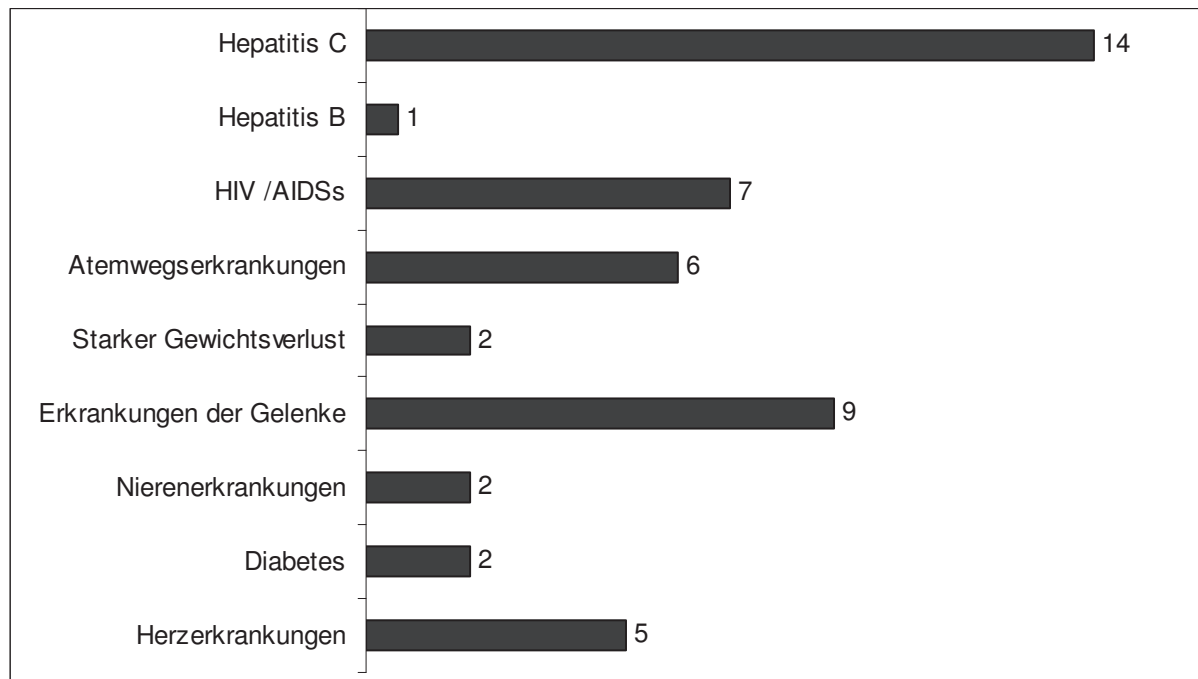
	<b>Männer (n=35)</b>	<b>Frauen (n=16)</b>	<b>Gesamt (N=51)</b>
	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
<b><i>Keinerlei gesundheitlichen Beschwerden</i></b>	20 (7)	6 (1)	16 (8)
<b><i>Vorhandene Beschwerden / Erkrankungen</i></b>			
Herzerkrankungen	9 (3)	13 (2)	10 (5)
Diabetes	3 (1)	6 (1)	4 (2)
Nierenerkrankungen	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><i>Infektionskrankheiten</i></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><i>Beeinträchtigung durch die genannten gesundheitlichen Beschwerden<sup>1</sup></i></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.

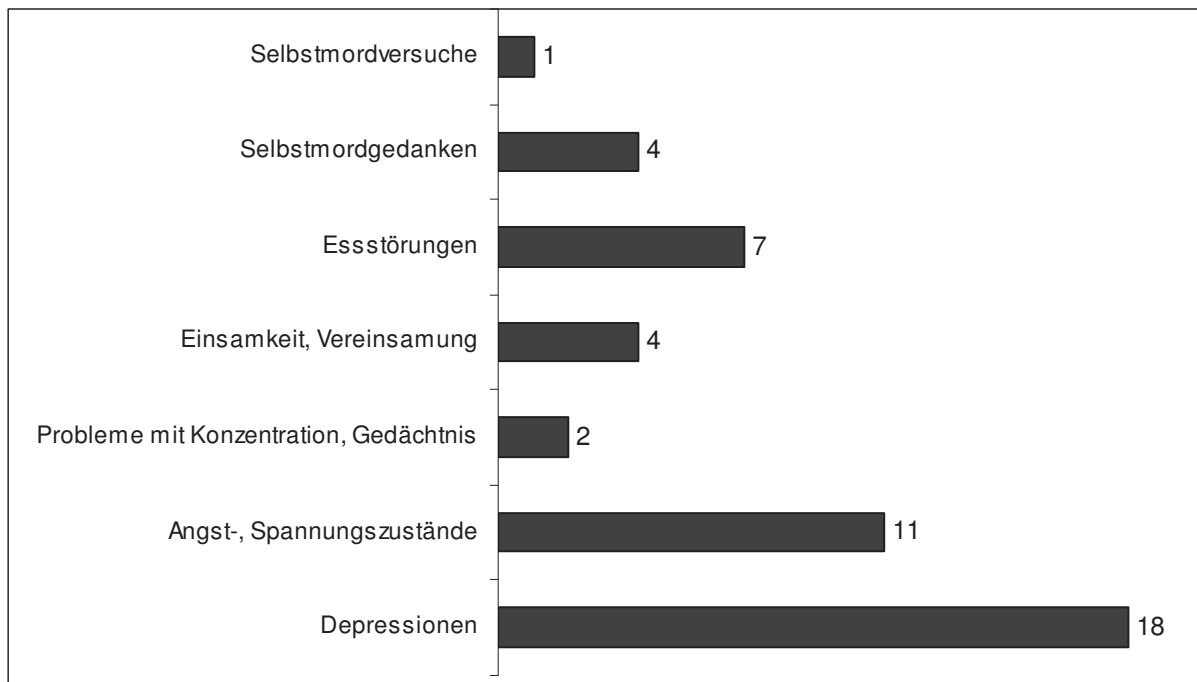
Die Auswertung verdeutlicht, dass nur ein kleiner Teil der Befragten keinerlei psychische Beschwerden aufweist. Über 80% der Befragten gibt an, unter mindestens einer psychischen Belastung zu leiden. Besonders häufig sind Depressionen, Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Konzentration, Angst- 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

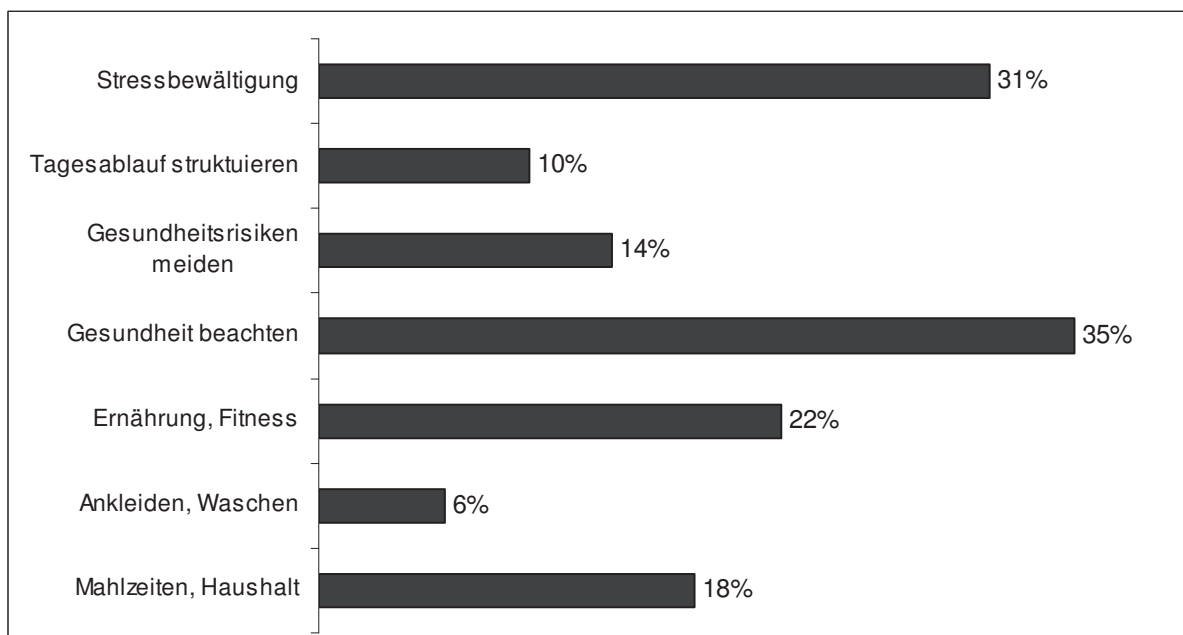
## Tagesstruktur und Stressbewältigung

	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><i>SCHWIERIGKEITEN mit</i></b>			
<b><i>Arbeit und Beschäftigung finden</i></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><i>Wirtschaftlicher Eigenständigkeit</i></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><i>Stabilen Wohnraum beschaffen und erhalten</i></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><i>Selbstschutz (Schlafplatz, Kleidung)</i></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><i>Erholung und Freizeit</i></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)

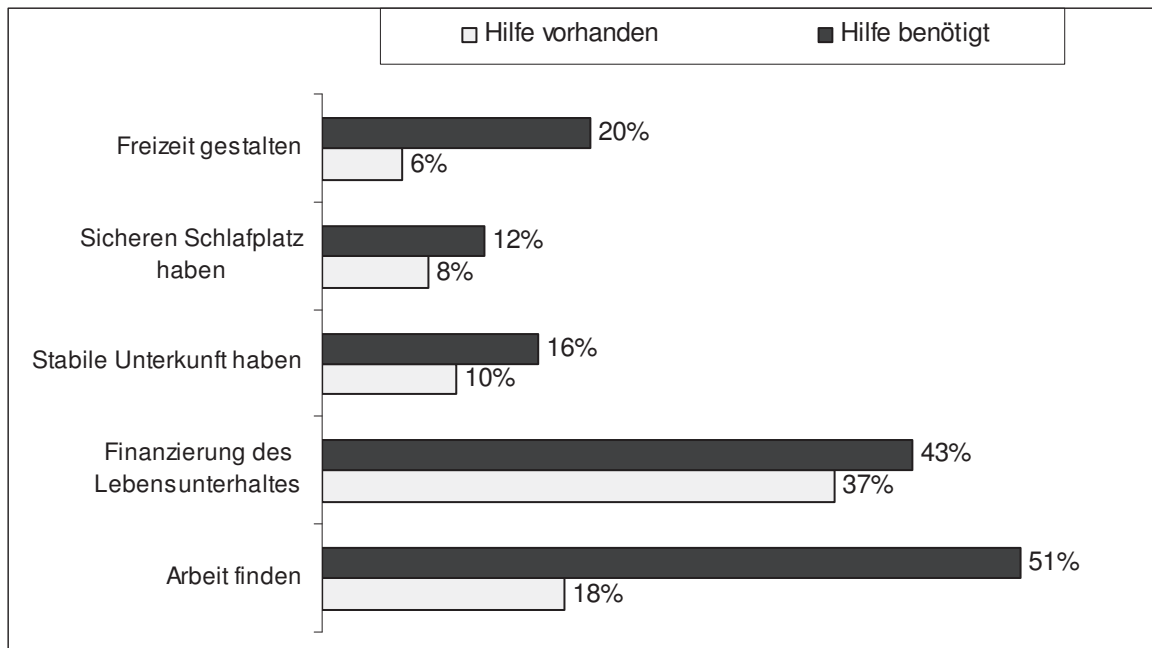
Ein Drittel der Befragten erhält zum Zeitpunkt des Interviews professionelle Hilfe im Zusammenhang mit der finanziellen Eigenständigkeit (Abbildung 8). Zumeist besteht diese Hilfe in der Leistung von Hartz IV. Des Weiteren werden einige Befragte professionell darin unterstützt, eine Beschäftigung zu 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><i>SCHWIERIGKEITEN mit</i></b>			
<b><i>Aufbau, Erhalt intimer Beziehungen</i></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><i>Aufbau, Erhalt sozialer Beziehungen</i></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><i>Aufbau, Erhalt formeller Beziehungen</i></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.

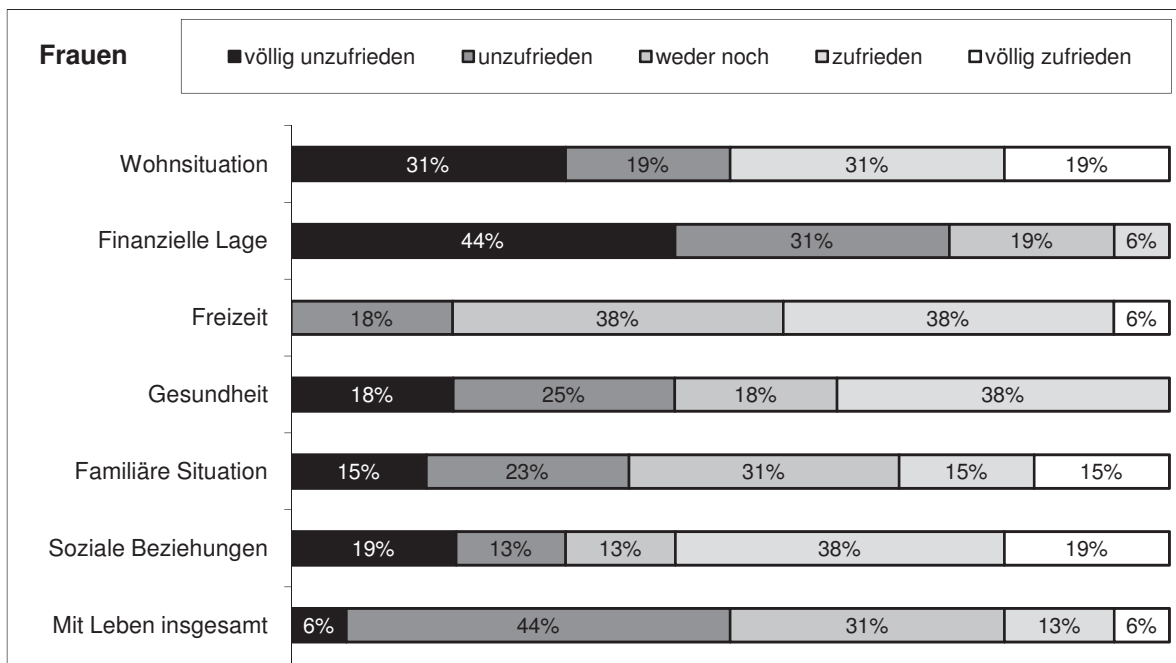
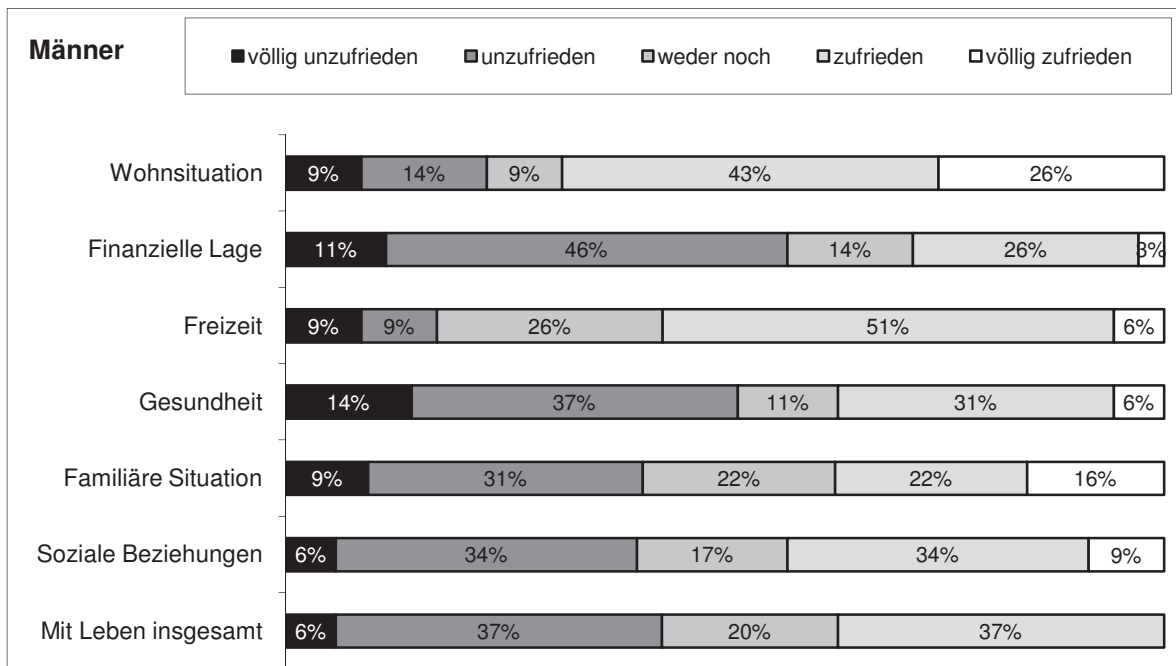
#### **4.4 Subjektive Zufriedenheit mit zentralen Lebensbereichen**

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 Leistungsangebot – 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 Zirrrosen, 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 vereinzelt 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 Hilfemaßnahmen. 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 Hilfetragern 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 Suchthilfeeinrichtungen (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, Heft 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.