

Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden
und Wünschen an die Zukunft:
Handlungsansätze der Sozialen Arbeit

Irmgard Vogt

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

*Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!*

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Irmgard Vogt

Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden
und Wünschen an die Zukunft:
Handlungsansätze der Sozialen Arbeit



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Irmgard Vogt

Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden und Wünschen an die Zukunft:
Handlungsansätze der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-43-7

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche
Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg,
Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN
Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Inhaltsverzeichnis	Seite
Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
2. Kurzer Überblick über die Studie	6
3. Ältere Drogenabhängige und ihre Gesundheit im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung	8
4. Süchte heute und morgen	13
5. Wünsche	18
6. Konsequenzen für die Praxis	20
7. Fazit	26
Literatur	27

Zusammenfassung

Viele Drogenabhängige – insbesondere diejenigen, die an niedrigschwellige Programme der Suchthilfe angebunden sind - leiden schon ab der Lebensmitte unter akuten und chronischen Krankheiten. Besonders häufig sind Hepatopathien und Zahnerkrankungen, aber auch Herz-Kreislauf Erkrankungen und Atembeschwerden. Dazu kommen psychische Störungen, vor allem Depressionen, Ängste und Panikattacken sowie soziale Isolierung. Zur Behandlung ihrer körperlichen Krankheiten und psychosozialen Störungen sind die meisten älteren Drogenabhängigen auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen, die sie gewöhnlich mit Straßendrogen kombinieren. Über die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Substanzen sowie deren Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit ist wenig bekannt. Umso wichtiger ist eine optimale Vernetzung mit dem medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem. Hier kann Sozialarbeit mit Case Management ansetzen mit individuell zugeschnittenen Hilfe- und Veränderungsplänen. Für die kleine Gruppe von Personen, die motiviert ist, die Drogenabhängigkeit hinter sich zu lassen, können Case Manager in Zusammenarbeit mit der Klientel und mit Ärzten und Ärztinnen Abdosierungs- und Ausstiegspläne erarbeiten in Kopplung mit Angeboten für eine sinnvolle Gestaltung des Alltags. Für die Mehrheit, die mit der medikamentösen Behandlung ihrer Sucht alt werden will, geht es eher darum, akute Probleme, die das Alltagsleben belasten, in den Griff zu bekommen. Dafür bieten sich Problemlösungs-Trainings an, die helfen, die Lebenssituation der älteren Drogenabhängigen zu verbessern. Darüber hinaus erweisen sich Konsumreduktionsprogramme als hilfreich zur Stärkung der Selbstkontrolle im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Für alle älteren Drogenabhängigen liegt der Fokus auf der Verbesserung der Gesundheit und der Lebenssituation sowie dem Aufbau eines professionellen Hilfenetzwerkes.

1. Einleitung

Die Daten zum Konsum von psychoaktiven Substanzen von Männern und Frauen ab der Lebensmitte zeigen, pauschal betrachtet, dass der Konsums von alkoholischen Getränken und Tabak mit dem Alter abnimmt (Vogt, 2010a, 2011a). Mit zunehmendem Alter, insbesondere bei denen, die 65 Jahre und älter sind, nehmen die ärztlichen Verschreibungen für psychoaktive Medikamente zu, oft in enger Anlehnung an das gesundheitliche Befinden und an Krankheitsdiagnosen. Dazu gehören neben den Beruhigungsmitteln (Glaeske, 2014; Glaeske et al., 2010) und den Medikamenten gegen Depressionen auch die Verordnungen von Opiaten und verwandten Mitteln zur Bekämpfung von Schmerzen. Es zeigen sich zudem ausgeprägte geschlechtsspezifische Differenzen: Frauen reduzieren ihren Konsum von Alkohol und Tabak lebenszeitlich gesehen früher und stärker als Männer, erhalten aber auch früher mehr ärztliche Verschreibungen für psychoaktive Medikamente als diese.

Mit Blick auf die allgemeine Bevölkerung in Deutschland ab der Lebensmitte weiß man recht wenig über ihren Zugang und ihren Konsum von illegalen Drogen, insbesondere von Cannabis und seinen Produkten, aber auch von Kokain und verwandten Anregungsmitteln. In Anlehnung an englische Studien (Fahmy et al., 2012; Older People's Substance Misuse, 2011) ist davon auszugehen, dass die Konsumentenzahlen höher liegen als oft angenommen wird. Straßenheroin, so scheint es, verwenden Männer und Frauen um 50 Jahre und Ältere eher selten. Das heißt aber nicht, dass sie keine Opiate oder Opioide nehmen; vielmehr erhalten sie die einschlägigen Substanzen in der Regel auf ärztliches Rezept (Meyer-Thompson, 2014; Schubert et al., 2013).

Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung wissen wir vergleichsweise viel über den Konsum von psychoaktiven Substanzen von Männern und Frauen, die als drogenabhängig diagnostiziert worden sind (ICD F-10 bis F-19). Überblicksarbeiten belegen, dass es eine vergleichsweise große Gruppe von Männern und Frauen in der Lebensmitte gibt, die als drogenabhängig diagnostiziert sind. Die Mehrzahl der Diagnosen bezieht sich auf Störungen mit Bezug zum Konsum von Alkohol und Zigaretten (z.B. Batra & Bilke-Hentsch, 2011; Tretter, 2012), die Minderheit auf die Abhängigkeit von Straßenheroin und anderen Stoffen, die illegal auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden. Wir konzentrieren uns hier auf diese Minderheit (Vogt, 2011b; Wolter, 2011; Zurhold et al., 2010). In der Regel handelt es sich dabei um Männer und Frauen, die als Jugendliche oder junge Erwachsene mit dem Konsum von Opiaten, Kokain und verwandten Mitteln, verschiedenen halluzinogenen Drogen (z.B. LSD) und anderen Stoffen angefangen haben. Sie haben oft eine langjährige Drogenkarriere hinter sich mit vielen gesundheitlichen Gefährdungen durch die Stoffe, die sie konsumieren, die Umstände, unter denen

sie sich diese beschaffen, die Konsumformen sowie ihre generelle Lebensweise und der damit verbundenen Ausgrenzung aus vielen Lebensbereichen, auch in der Folge von Kriminalität und der Ahndung mit Gefängnisstrafen .

Man war sehr lange davon ausgegangen, dass Abhängige von illegalen Drogen, insbesondere diejenigen, die Opiate auf dem Schwarzen Markt kaufen und intravenös verwenden, eine eher kurze Lebenserwartung haben. Das hat sich in den letzten 15 Jahren geändert (z.B. Hser & Anglin, 2011). Mit der Einführung von lebenserhaltenden und gesundheitsförderlichen Angeboten, die gezielt diese Gruppe von Drogenkonsumenten anspricht, haben sich die Überlebenschancen erheblich verbessert. Folglich altern auch Drogenabhängige, worauf in diesem Beitrag genauer eingegangen wird. Im Mittelpunkt stehen dabei Aussagen von Drogenabhängigen, die 45 Jahre und älter sind und die gut in das Suchthilfesystem eingebunden sind. Wir haben sie unter anderem zu ihrer Gesundheit und ihren Krankheiten befragt sowie zu ihrem aktuellen und zukünftigen Drogenkonsum und ihren Wunschträumen.

Wir gehen von folgenden Überlegungen aus. (1) Der Konsum von Straßendrogen beeinträchtigt die Gesundheit mit der Folge, dass Drogenabhängige schon in der Lebensmitte unter mittleren bis schweren gesundheitlichen Störungen leiden können, was in dieser Form und Häufigkeit eher typisch ist für Ältere und Hochbetagte. (2) Wir gehen weiterhin davon aus, dass es Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und dem aktuellen Drogenkonsum gibt. Diese sind jedoch komplex; sie lassen sich meist nur indirekt erfassen. Einsicht in die Befindlichkeit von Drogenabhängigen in der zweiten Lebenshälfte eröffnet Antworten auf Fragen nach dem zukünftigen Konsum von Opioiden und illegalen Substanzen wie Heroin, Kokain usw.. Das erlaubt Einschätzungen darüber, ob die Interviewten einen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit erwägen oder nicht. Wir erwarten, dass die Ausstiegsbereitschaft bei denjenigen, die ihre Gesundheit als eher gut einschätzen, insgesamt genommen etwas größer ist als bei denjenigen, die ihre Gesundheit als mittel oder eher schlecht bewerten. (3) Auf der Grundlage der Ergebnisse sind die Hilfen für die Drogenabhängigen differenziert zu strukturieren, wobei der gesundheitliche Status ebenso zu berücksichtigen ist wie die Bereitschaft zum Ausstieg aus der Sucht bzw. die Beibehaltung des Status quo. Darauf sollten Ansätze zur Gesundheitsförderung zugeschnitten sein, wobei weitere Wünsche, die die Interviewten für die Zukunft haben, soweit möglich berücksichtigt werden sollten.

2. Kurzer Überblick über die Studie

In den Jahren 2008-2009 haben wir in der Rhein-Main-Region und in Berlin insgesamt 50 qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Frauen und Männern durchgeführt, die mindestens 45 Jahre alt waren und aktuelle Erfahrungen mit illegalen Drogen hatten (Vogt et al. 2010b). Zur Vereinfachung des Vorgehens wurden alle Interviewpartnerinnen und –partner in Einrichtungen der Suchthilfe und unter Mithilfe der dort arbeitenden Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen rekrutiert; in der Regel wurden die im Schnitt 60 Minuten dauernden Interviews auch in diesen Einrichtungen durchgeführt. Alle Gespräche wurden medial aufgenommen, transkribiert, anonymisiert, kontrolliert und anschließend auf den Tonträgern gelöscht. Alle Interviews wurden von trainierten Interviewerinnen und Interviewern durchgeführt.

Insgesamt wurden 39 Männern und 11 Frauen erreicht mit einem Durchschnittsalter von 52,7 Jahren (Spannbreite 45-61 Jahre). Zum Zeitpunkt des Interviews sind 10% der Befragten verheiratet, 38% geschieden, 4% verwitwet und 48% ledig. 44 (88%) der Befragten leben allein, die meisten in einer eigenen Wohnung oder einem Zimmer (zum Beispiel im Betreuten Wohnen), sechs (12%) zusammen mit einem Kind, einem Lebenspartner oder den Eltern. Lediglich fünf der Befragten sind wohnungslos und leben auf der Straße. Kein Teilnehmender an den Interviews ist auf dem ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig. 11 Befragte sind berentet, 12 erhalten Sozialhilfe und 27 sind arbeitslos gemeldet (und erhalten ALGI oder ALGII). Manche bessern ihre Transferleistungen mit Arbeiten auf dem zweiten und dritten Arbeitsmarkt auf. 44 (84%) der Interviewten haben Haft Erfahrungen mit einer durchschnittlichen Haftdauer von 65 Monaten (vgl. Hößelbarth et al., 2011).

Alle Befragten sind Konsumenten von psychoaktiven Drogen. 45 (90%) Befragte rauchen Zigaretten, 21 (42%) Cannabis und einige von ihnen geben an, von Cannabis abhängig zu sein. 22 (44%) konsumieren alkoholische Getränke und etliche geben an, Probleme mit Alkohol zu haben. 43 (86%) Befragte erhalten ärztlich verordnete Opioide (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Diacetylmorphin, Morphinum). Einige wenige sagen, dass sie auf ärztliche Verordnung Antidepressiva oder Benzodiazepine einnehmen. Benzodiazepine und andere Medikamente werden aber auch auf dem Schwarzmarkt angeboten und von den Drogenabhängigen gekauft und konsumiert. Kokain, Crack oder Speed sind ebenfalls Substanzen, die bei Drogenabhängigen beliebt sind. Pauschal genommen ergibt sich, dass 43 (86%) der Interviewten sowohl ärztlich verordnete psychoaktive Stoffe einnehmen als auch nicht verordnete. 7 (14%) Personen besorgen sich Opioide, Kokain bzw. Crack und andere Stoffe nur auf dem Schwarzen Markt. Bei den meisten Interviewten bestimmt das Geld, das ihnen zur Verfügung steht, darüber, wie viel und wie lange sie illegal erworbene Drogen nehmen. Insgesamt zeigt

sich, dass alle Befragten von mehreren psychoaktiven Substanzen abhängig sind, die meisten von Opioiden und Zigaretten. Dazu kommen dann je nach Situation und Befindlichkeit weitere Stoffe, die sie mehr oder weniger regelmäßig konsumieren. Hinsichtlich des Konsums von psychoaktiven Substanzen ergeben sich in dieser Stichprobe keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Wie wir gleich anhand der empirischen Daten zeigen werden, leiden die meisten Interviewten unter einer Reihe von physischen Erkrankungen, was wiederum die Einnahme weiterer Medikamente notwendig macht. Je nach dem Gesundheitszustand der Interviewten und ihren Vorlieben für verschiedene psychoaktive Substanzen kommt so eine sehr bunte Mischung an Stoffen heraus, die sie täglich einnehmen. Über die Wechselwirkungen dieser Stoffmischungen ist sehr wenig bekannt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass es sich um eine Stichprobe von Drogenkonsumenten handelt, die typisch ist für Nutzer niedrigschwelliger Einrichtungen (Förster & Stöver, 2013; Neumann-Runde et al., 2014; Verthein et al., 2014). Kennzeichnend für diese Personengruppe sind lange Drogenkarrieren, multiple Muster der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, riskante Konsumgewohnheiten, drogenbezogene Gesundheitsbelastungen, Einbindungen in die Drogenszenen vor Ort und Exklusion aus anderen Lebenszusammenhängen, eher schlechte Wohnbedingungen und Armut.

Für die Analyse der qualitativen Daten konnten insgesamt 46 Interviews in die Auswertung einbezogen werden. Vier Interviews konnten nicht berücksichtigt werden, weil sie inhaltlich unverständlich waren. Die inhaltsanalytischen Auswertungen und die Prozentzahlen, die im Folgenden angegeben werden, beziehen sich daher durchweg auf 46 Interviews.

3. Ältere Drogenabhängige und ihre Gesundheit im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung

Die Forschung zur Gesundheit unterscheidet durchweg zwischen Aussagen zur subjektiven Wahrnehmung der Gesundheit und objektiven Gesundheitsdaten. Als objektiv gelten medizinische Laboraten und ärztliche Diagnosen, als subjektiv Einschätzungen der eigenen Gesundheit. Subjektive Einschätzungen und objektive Datenlagen können auseinanderklaffen mit der Folge, dass Menschen ihre Gesundheit als gut oder eher gut einschätzen, obwohl sie akut oder chronisch krank sind (und das auch wissen). Und sie können ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen, obwohl es keine medizinischen Befunde gibt, die Krankheit signalisieren (Pinquart, 2001). Das Auseinanderdriften der subjektiven Einschätzung der Gesundheit und der objektiven Befundlage nimmt mit dem Alter zu. Ältere und alte Menschen schätzen ihre Gesundheit oft auch dann noch als eher gut oder wenigstens mittel ein, wenn sie unter einer oder mehreren Krankheiten leiden (Wurm et al., 2009).

In unserer Studie haben wir die Drogenabhängigen sowohl nach ihrer subjektiven Gesundheit als auch nach ihren Krankheiten befragt. Objektive, d.h. medizinische Daten zur Erfassung ihrer Krankheiten, stehen nicht nur Verfügung. So gesehen liegen zwei Typen von Aussagen zur subjektiven Gesundheit vor. Zum einen handelt es sich um Antworten auf Fragen wie: „*Wie gesund fühlen Sie sich zurzeit?*“ Zum andern berichten die Interviewten im Gespräch zum Teil sehr ausführlich über ihre Krankheiten. Zudem wurden noch einige Daten anhand einer Krankheitsliste im Anschluss an das Gespräch erhoben. Auf der Grundlage dieser Daten ist es möglich, die subjektive Einschätzung der Drogenabhängigen mit Daten der allgemeinen Bevölkerung zu vergleichen. In Tabelle 1 sind die Angaben zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit der Allgemeinbevölkerung der Altersgruppen 45-64 und 65+ zusammengestellt (vgl. RKI, 2014a). Aus der Generali Altersstudie (Klein & Rapp, 2012) wurden zudem entsprechende Daten für die Gruppe der 70-79jährigen in die Tabelle aufgenommen. In der letzten Zeile finden sich die Angaben von 46 Drogenabhängigen, die entsprechende Fragen beantwortet haben.

Der Vergleich zeigt, dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit der Drogenabhängigen erheblich von der der allgemeinen Bevölkerung der Altersgruppe 45-64 Jahre sowie derjenigen über 65 Jahre abweicht. Der Vergleich mit den Einschätzungen der Gesundheit der 70-79jährigen ergibt schließlich eine gewisse Annäherung. Es gibt aber auch einige Unterschiede: Der Anteil der Drogenabhängigen, die ihre Gesundheit als eher gut einschätzt, ist etwas größer als bei den 70-79jährigen ebenso wie der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzt.

Tabelle 1: Einschätzung der eigenen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung nach Altersgruppen (RKI, 2014a; Klein & Rapp, 2012, S. 259) im Vergleich zu den Einschätzungen unserer Stichprobe

Alter	Subjektive Gesundheit: Kategorien		
	sehr gut - gut	mittelmäßig	schlecht - sehr schlecht
Allgemeinbevölkerung			
RKI-GEDA 2010 45-64 Jahre	68%	24%	8%
RKI-GEDA 2010 65+ Jahre	52%	36%	12%
Klein & Rapp, 2012 70-79 Jahre	38%	42%	20%
Drogenabhängige N=46	eher gut	mittel	eher schlecht/ schlecht
45-61 Jahre	44% N=20	30% N=14	26% N=12

In der allgemeinen Bevölkerung lassen sich bei der Einschätzung der Gesundheit alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungen beobachten. Mit zunehmendem Alter sinkt zwar allgemein die Einschätzung, dass die eigene Gesundheit sehr gut oder gut ist; sie sinkt aber bei den Frauen stärker ab als bei den Männern (Wurm et al., 2009, S. 83). In unserer Stichprobe finden wir ein umgekehrtes Muster. Der Anteil der Frauen, die ihren Gesundheitszustand als eher gut einschätzt, ist mit 63% (bezogen auf die Gruppe der Frauen) erheblich grösser als der der Männer mit 37% (bezogen auf die Gruppe der Männer). Folglich ist der Anteil der Männer, die ihre Gesundheit als mittel oder eher schlecht einschätzen, etwa doppelt so groß wie bei den Frauen.

Insgesamt sprechen die Daten der Drogenabhängigen dafür, dass es mit ihrer subjektiven Gesundheit nicht allzu gut bestellt ist (Eppler & Kuplewatzky, 2010; Rajaratnam et al., 2009; Rosen, 2004; Rosen et al., 2008, 2011a; Vogt, 2009). Das steht in engem Zusammenhang mit den vielen Krankheiten, die die Interviewten bei Fragen nach ihrer Gesundheit aufzählen und zum Teil auch ausführlich beschreiben. Den ersten Platz auf der Krankheitsliste nehmen die Hepatopathien ein, die als frühere oder aktuelle Erkrankungen von 40 (87%) Befragten genannt werden. An zweiter Stelle stehen Herz-Kreislaufkrankungen mit Herzinfarkten, Schlaganfällen, Lungenödemen. Davon betroffen waren oder sind mindestens 25 (54%) der Interviewten (vgl. Reece & Hulse, 2013). Es folgen dann Probleme mit den Zähnen, Gelenk-, Knochen- Bandscheiben oder Rückenbeschwerden, Atemwegserkrankungen usw.. Sieben (15%) Befragte geben an, dass sie HIV-positiv sind. Ein Vergleich mit den Daten des Alterssurveys zeigt, dass in der Allgemeinbevölkerung in den Altersgruppen ab 40 Jahren Hepatopa-

thien und Zahnerkrankungen eine weniger wichtige Rolle spielen. Auch HIV-Infektionen sind bei Männern und Frauen, die 40 Jahre und älter sind, sehr selten (das RKI, 2014b, geht von Prävalenzraten von 0,1% aus). In der Allgemeinbevölkerung nehmen auf der Liste der häufigsten Erkrankungen für Erwachsene ab 40 Jahren die Herz- und Kreislauferkrankungen und die Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben oder Rückenleiden die ersten Plätze ein. Gallen-, Leber- oder Nierenleiden folgen an 10. Stelle (z.B. Wurm & Tesch-Römer, 2006, S. 337).

Die Erkrankungen, die von den Drogenabhängigen besonders oft genannt werden, stehen in einem engen Zusammenhang mit ihrem Konsum von psychoaktiven Drogen. Das zeigt sich neben anderem daran, dass die Kombination: Hepatische Erkrankungen und Zahnerkrankungen, am häufigsten zu finden ist. Die Injektion von Drogen und die Benutzung von bereits gebrauchtem Injektionsbesteck sowie ungeschützte Sexarbeit sind verbunden mit einem hohen Risiko einer Infektion mit Virus-Erkrankungen (Hepatitis B, C und HIV), und der Konsum von Kokain, Crack und anderen Stoffen kann Zähne angreifen. Zudem dämpfen Heroin und Opiode Zahnschmerzen, was dazu führen kann, dass diese sehr lange ignoriert werden. Kommt es schließlich zu einem Zahnarztbesuch, kann dieser oft nichts mehr reparieren. Es ist daher davon auszugehen, dass bemerkenswert viele Drogenabhängige schon in der Lebensmitte ein Gebiss haben. Die Mitteilungen der Befragten zu ihren häufigsten körperlichen Beschwerden und Erkrankungen spiegeln wider, wie ihre Gesundheit unter ihrem Drogenkonsum und dem damit zusammenhängenden Lebensstil leidet. Das gilt für alle Befragten.

Darüber hinaus gibt es innerhalb der Stichprobe der Drogenabhängigen durchaus Unterschiede. Wie die Auswertung der Mitteilungen zur Gesundheit und den Krankheiten zeigen, geben Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als eher gut einschätzen, pauschal genommen weniger gesundheitliche Belastungen an als diejenigen, die ihre Gesundheit als mittel oder als eher schlecht beurteilen.

„...ich bin ja kerngesund bis auf die Hep C, die ich mir da geholt hab' durch 'n Sex, hab' ich keine Probleme gehabt, noch nie... Ich hab' grad so durch den Drogenkonsum oder Missbrauch, den ich gehabt hab', keine Einwirkung auf meinen Körper gehabt“ (Interview 49♂).

„...Und daher staun' ich, dass also meine Gesundheit, also ich habe keine Probleme, außer was denn gewesen is' durch den exzessiven Kokainverbrauch. Hat mir die Zähne, innerhalb von Jahren ging des ruck zuck, dass mir die Zähne kaputtgegangen sind... Ich hab' mal geträumt, ich werd' hundertsechs. Und die werd' ich auch erreichen. Da bin ich mir ganz sicher“ (Interview 21♂).

„Mir geht’s relativ gut. Also, ich habe zwar Hepatitis B und C, also ich bin zumindest Virusträger... Das Einzige, was ich habe, ’ne Menge Abszess-Narben. Ja, okay, dann habe ich noch ein Loch in der Herzklappe, das ist wohl eine typische Fixererkrankung, weil Bakterien in den Blutkreislauf gekommen sind. Ich muss auch dabei sagen, seiner Zeit hab ich noch gespritzt, und als ich die Herzklappenentzündung hatte, das ist nu auch schon achtzehn Jahre her, da habe ich dann aufgehört zu spritzen... Und ich bin ein erstaunlich gesunder Brocken. Muss ich sagen. Ich bin extrem selten krank“ (Interview 16♀).

In der Gruppe der Befragten, die ihre Gesundheit als mittel einstuft, geben acht Männer an, dass sie zusätzlich zur Medikation mit Opioiden von Alkohol oder Benzodiazepinen allein oder in der Kombination mit Cannabis abhängig sind. Einer der Befragten spricht ganz offen von seinen Problemen mit Alkohol.

„Ja das ist das Problem im Moment, ich habe mich daran gewöhnt täglich irgendwie ein paar Bier zu trinken und das ist so regelmäßig geworden, ja, dass ich das letztens auch schon versucht habe abzustellen. Ich bin zehn Tage nach Stadt Z, habe mich da in die Klinik gelegt und das erstmal entzogen. Aber ich bin ruckzuck wieder in die alten Verhaltensweisen reingerutscht. Irgendwie hat es nicht sehr viel gebracht, außer für den Körper in dem Moment, ja natürlich“ (Interview 22♂).

Dieser Interviewte hat zudem eine Hepatitis-C-Virusinfektion und eine Fettleber. Er sagt weiter:

„Also dadurch entsteht dann schon ab und zu so Müdigkeit, nicht? Abgeschlagenheit, so irgendwie. Dazu kommt dann noch ein bisschen Lustlosigkeit und bla bla bla. Das gibt dann ein schönes Paket. Dann sitzt man zu Hause, manchmal etwas depressiv, so“ (Interview 22♂).

Die zusätzliche Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen scheint auf die Stimmung zu drücken mit entsprechenden negativen Folgen für das gesundheitliche Befinden. Ein Befragter sagt, dass er die unerwünschten Gedanken an seine gesundheitlichen Probleme „verdrängt“. Erst wenn die Schmerzen sehr stark werden und man sie „nicht mehr aushalten kann“, geht man zum Arzt und lässt sich behandeln. Insgesamt überwiegt in dieser Gruppe eine gewisse Lethargie, was nicht nur an den Belastungen mit Krankheiten liegt, sondern auch an der Versorgung mit Methadon und anderen Opioiden.

Unter denen, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen, finden sich viele mit sehr schweren Krankheiten. Etliche Aussagen weisen auf Krebserkrankungen hin, aber nur einige wenige sprechen das direkt aus.

„Ja, zum Beispiel, ich war ja drei Monate im Krankenhaus zur Krebsbehandlung und dann bin ich entlassen worden und dann stand ich also von ärztlicher Seite, stand ich praktisch auf mich selber gestellt. Ich hab einen künstlichen Darmausgang... Weil ich hab auch schon einen Herzinfarkt gehabt und Wasser in der Lunge... Und also, gesund fühl ich mich absolut nicht. Ich hab Darmkrebs gerade. Ja, ich hab Darmkrebs, der schon durch die äußersten Hautschichten...weil ich hab hinten wirklich alles offen, ne. Das nennen die Ärzte heute Tumorkrater... Ah, am Anfang, am Anfang hab ich das als Katastrophe gesehen. Aber ich hab mich da heute mit abgefunden so, ja“ (Interview 44♂).

Eine Befragte berichtet von ihren Nieren- und Herzerkrankungen.

„...weil ich ja nierenkrank bin... An die Dialyse muss - und ich muss, es muss halt... weil ich herzkrank auch noch bin.... Also ich leb jetzt wirklich im Moment von Tag zum nächsten Tag oder von Dialyse zur nächsten Dialyse, drei Mal in der Woche“ (Interview 3♀).

Die schweren Erkrankungen haben zur Folge, dass viele in dieser Gruppe zusätzlich zu Methadon, Zigaretten und anderen (illegalen) Drogen eine Reihe von Medikamenten einnehmen müssen. Typisch dafür ist folgende Aussage.

„Ja, und ich nehm auch kein Drogen mehr [außer Zigaretten und Methadon], und ich hab im Moment nix, was ich eigentlich, wo ich mich gesundheitlich irgendwie schädigen könnte. Ja, ich krieg Medikamente gegen Bluthochdruck, gegen Parkinson'sche, gegen Durchblutungsstörungen, ja, da krieg ich auch Tabletten. Ich hab so sieben Medikamente, die ich nehmen muss. Das war's. Ja, das isses eigentlich... Ja, Bluthochdruck, Wasser, Parkinson'sche, die Leber, also die Hepatitis, nee, das war's eigentlich. Das langt auch“ (Interview 32♂).

Es ist bemerkenswert, wie die Befragten mit ihren schweren körperlichen Krankheiten und ihrem Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen in Kombination mit den ärztlich verordneten Medikamenten umgehen. Sie fragen nicht nach Wechselwirkungen der Substanzen und scheinen keine Kenntnis darüber zu haben, inwieweit sich die Wirkungen der verschiedenen Stoffe verstärken oder schwächen.

Zu den körperlichen Erkrankungen kommen neben der Abhängigkeit von zwei und mehr psychoaktiven Substanzen bei 23 (50%) weitere psychische Belastungen mit Ängsten, Paniken, Depressionen oder Ess-Störungen.

„...im Moment also, is' bei mir mit meinen Depressionen so'n großes Auf und Ab. Gibt Tage, da fühl ich mich dann ganz wohl irgendwo und denn, ja manchmal verändere mich so uff der,

als wie wenn man 'nen Schalter umkippt. Dann geht's mir schrecklich, und ich kann gar nicht sagen, warum also“ (Interview 30♂).

Aussagen über psychische Beschwerden finden sich etwa gleich häufig sowohl in der Gruppe derjenigen, die ihre Gesundheit als gut/ eher gut einschätzt als auch in den Gruppen, die ihre Gesundheit als mittelmäßig oder eher schlecht beurteilen. Geschlechtsspezifische Differenzen finden sich nicht; Männer klagen ebenso wie Frauen über psychische Beschwerden, insbesondere über Ängste und Depressionen. Es ergibt sich lediglich eine Besonderheit für die Gruppe, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzt: Befragte in dieser Gruppe äußern häufiger und mehr Suizidgedanken als diejenigen, die ihre Gesundheit als mittelmäßig oder eher gut einschätzen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Drogenabhängigen in unserer Stichprobe wie erwartet schon zwischen 45 und 60 Jahren unter vielen Beschwerden und Krankheiten leiden. Es ist davon auszugehen, dass die körperlichen und psychischen Krankheiten und Leiden ihren Handlungsspielraum erheblich einschränken, was bei Beratungen und Hilfeplanungen zu berücksichtigen ist.

4. Süchte heute und morgen

Wir untersuchen im Folgenden, wie sich die Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Konsum von psychoaktiven Substanzen der Interviewten und ihren Projektionen in die Zukunft darstellen. Als Grundlagen dienen uns die Aussagen der Befragten zu ihrem Konsum von psychoaktiven Substanzen zum Zeitpunkt des Interviews und Antworten auf Fragen nach ihrem Konsum in fünf oder zehn Jahren.

Es zeigt sich, dass sich aus den Berichten der Interviewten mit Blick auf Veränderungen hinsichtlich des Drogenkonsums zwei Gruppen mit jeweils einer oder mehreren Untergruppen bilden lassen. In die erste Gruppe mit insgesamt 16 (35%) Befragten haben wir die Interviewten einsortiert, die den Willen oder den (starken) Wunsch danach ausdrücken, in fünf oder zehn Jahren nicht mehr drogenabhängig zu sein. Das bezieht sich sowohl auf die Straßendrogen (Heroin, Kokain, Crack usw.) als auch auf die Substitutionsmittel (Opioide und Opiate). In der zweiten Gruppe mit insgesamt 30 (65%) Interviewten befinden sich diejenigen, deren Aussagen implizit oder explizit deutlich machen, dass hinsichtlich des Drogenkonsums keine großen Änderungen angestrebt werden.

In der Gruppe derjenigen, die den (starken) Wunsch und die Hoffnung haben, in den nächsten Jahren keine harten Drogen wie Heroin, Kokain, Crack, etc. und auch keine Ersatzstoffe mehr zu nehmen, finden wir drei Männer, die das sehr deutlich signalisieren. Alle drei trinken keinen Alkohol und beschränken ihren aktuellen Konsum auf ein bis zwei illegale Drogen (Cannabis, Heroin). Zwei von ihnen sind fest eingebunden in ein Methadonprogramm und alle drei schätzen ihre Gesundheit als eher gut ein.

„Ich kann mir nicht nur 5-10 Jahre vorstellen, sondern ich stell mir schon vor, dass ich das ganze Leben, mein Rest des Lebens, clean bleibe“ (Interview 42♂).

Weitere 13 Interviewte wünschen sich sehr, dass es ihnen in den nächsten Jahren gelingt, sowohl mit dem Konsum von harten Drogen aufzuhören als auch aus der Routine der Substitution auszusteigen. Als Motive verweisen einige - vor allem Frauen - auf das Alter.

„Also ich hab’ keine Lust mit siebzig oder fünfundsiebzig da als alte Oma mit dem Krückstock anzukommen und zu sagen, ich brauch’ mein Metha, bitte gebt es mir... Ja, und so hoffe ich, dass ich das eben auch hinkriege, dass ich irgendwann mal nicht mehr hier erscheinen muss und auch nicht beim Arzt erscheinen muss und nach meinem Metha betteln muss. Und zig UKs abgeben muss. Denn irgendwo, ja, wenn ich mir das so bildlich vorstelle, das wär’ auch ein bisschen komisch“ (Interview 17♀).

Die Wünsche nach dem Ausstieg aus dem Konsum von Drogen und aus der Drogenabhängigkeit mischen sich mit Ambivalenzen. Die Aussagen schwanken daher hin und her zwischen den Verführungen durch „richtig gutes Heroin... dass man in den Himmel fliegt“ (Interview 19♀) oder „ab und zu“ (Interview 20♂) ein richtiges „Rauscherleben“ und den Mühen des Ausstiegs. Das führt dann immer wieder zu Rückfällen auch in Zeiten, in denen es ihnen „richtig gut ging“ (Interview 9♂). Rückfälle, das belegen einige Aussagen, finden nicht nur dann statt, wenn es im Leben der Interviewten viel Stress gibt, sondern auch, wenn der Alltag geordnet und das Leben relativ gut ist. Der Rückfall zwingt dann schnell dazu, sich Hilfe bei einer Drogenberatungsstelle und einem Arzt oder einer Ärztin zu suchen, auch wenn das „nervt“.

„Der Nachteil' is', dass man immer beim Doktor hängen muss, wa?! Ja, mit UK und Blut und weiß ich was alles, die ganze Kontrolle dabei, wa!? Des ist widerlich, finde ich. Stressig auch, gleichzeitig. Für mich jedenfalls“ (Interview 29♂).

Stressig und nervig ist aber nicht nur die Routine der Vergabe der Medikamente in den Arztpraxen oder Vergabezentren, sondern auch die Erkenntnis, dass man wirklich abhängig von dem Stoff ist.

„... also mit diesem Metha, des nervt mich also jetzt so, dass ich also merke, wenn ich also zwei Tage kein Metha habe, dass es mir wirklich schlecht geht. Also dass ich, oah, irgendwas fehlt. Und des nervt mich richtig ab... Und ich freu' mich auf den Tag, wo ich denn wirklich morgens aufstehe, nach drei Tagen, oder so, und ohne an den Metha zu denken, oder an den Pola zu denken... Da möchte' ich echt weg von. Des nervt mich ab. Ich war früher nicht so, hab' gedacht, dass ich nicht so drauf war, aber, dass ich jetzt so drauf bin, dass es mir also wirklich fehlt. Des nervt mich richtig ab“ (Interview 21♂).

So ist es verständlich, dass die Interviewten in dieser Gruppe den Wunsch haben, nicht nur den Konsum von Straßendrogen hinter sich zu lassen, sondern auch die Vergabe von ärztlich verordneten Medikamenten, die man sich täglich abholen muss. Ein Interviewter charakterisiert das folgendermaßen: *„Das ist ja wie ne kleine Fessel am Fuß“* (Interview 26♂). Wie man freilich eine solche Fessel aufschließen oder sprengen kann, ist nicht ganz klar.

„Ja, 'n paar Leute kenne ich hier, die wollen also bis zur Rente und weiter [in Substitutionsbehandlung bleiben]. Das könnt' ich irgendwo nicht nachvollziehen. .. Aber irgendwann ja, möchte' ich auch mal ohne sein, klar. Ja, vielleicht mal ein paar Tage erleben, die man ganz klar irgendwo durchleben wird“ (Interview 30♂).

In dieser Untergruppe von 16 Interviewten, die sich einen Ausstieg aus der Sucht wünschen, schätzen 11 ihre Gesundheit als eher gut ein, einer als mittel und vier als eher schlecht. Drei sind HIV-positiv. Neun Befragte trinken keinen Alkohol. Allerdings sind zwei Interviewte zusätzlich abhängig von Alkohol und zwei von Cannabis. Der Gesundheitszustand der Männer und Frauen in dieser Untergruppe ist also gemischt. Der Mehrzahl geht es gesundheitlich recht gut. Das könnte es für sie einfacher machen, sich den Ausstieg aus der Sucht zu wünschen und diesen auch zu planen. Es gibt aber auch einige wenige Frauen und Männer, denen es nicht gut geht und die unter komplexen Krankheiten leiden, die sich dennoch den Ausstieg aus den Abhängigkeiten von harten Drogen und von Substitutionsmitteln wünschen.

Für die weitaus größere Gruppe mit 30 (65%) Befragten gibt es *„keinen konkreten Grund, um aufzuhören“* (Interview 7♀). So oder so ähnlich formulieren das sehr viele in dieser Gruppe. Eine Befragte meint: *„Ja, ich weiß net, ob das überhaupt, ganz ehrlich gesagt, so erstrebenswert ist“* (Interview 8♀). Drogenkonsum macht ja auch Spaß. Etliche Befragte betonen, dass sie genau das *„Feeling“*, das ihre Lieblingsdrogen erzeugen, immer wieder haben wollen. Wie bereits gesagt ist es nicht nur Stress und Druck, der sie verführt, Drogen zu nehmen. Bei vielen geht es dabei um eine bewusste Entscheidung für den Konsum und für die Drogen (z.B. Interview 11♂, 5♂, 41♀).

„Naja, man begibt sich da sozusagen mal für ein paar Stunden oder so in, ja, nicht in eine andere Welt, aber es ist alles einfach mal weggeblasen, angenehm, man fühlt sich körperlich wohl, man macht sich keine Gedanken über irgendwas, über Zukunft, über Vergangenheit, über die Probleme der Welt oder so...“ (Interview 11♂).

„Ich fühl mich jetzt wohl. Und wenn ich jetzt nichts konsumiert hätte, dann würden wir das Gespräch wahrscheinlich nicht führen. Da hätte ich keine Lust, keine, gar keine Motivation, irgendwie. Dann wäre ich eher so depressiv“ (Interview 10♂).

Das hat seinen Preis. Zum einen bezahlt man mit der Abhängigkeit von den Substanzen, zum anderen mit der Gesundheit und schließlich mit Exklusion aus dem normalen Alltag und Inklusion in das Drogenmilieu (Eppler et al., 2011).

„Deswegen hab ich das als Teil meines Lebens genommen, ja, das [Methadon] ist für mich ein Medikament. Ich hab auch gar kein Feeling mehr für Methadon, sondern das gehört zu mir, wie jeden Tag, wie als wenn ich ne Tasse Kaffee trink, das weiß ich... dass ich vielleicht noch n bisschen runter geh [mit der Dosis], aber dass ich aussteigen tu, das klappt nicht mehr, bin ich auch zu alt dafür, ja“ (Interview 13♂).

Wer fest in einem Substitutions- und Hilfeprogramm verankert ist, sich halbwegs an die Regeln hält, kann ein selbständiges Leben führen (z.B. Interview 48). Mit gutem Grund sagen einige, dass sie sich auf der Drogenszene, wie sie heute ist, „überhaupt nicht mehr zurecht finden“ würden (Interview 48♂, vgl. 19♀) - und da würden sie unweigerlich landen, wenn sie aus ihren Programmen aussteigen würden oder müssten, aber nicht ohne Heroin oder Kokain leben könnten. Das sind weitere Argumente, die gegen einen Ausstieg aus den Arrangements sprechen.

Sechs Befragte identifizieren sich explizit als *Süchtige* (Interview 18♀ und 39♂), als *Junkies* (Interview 28♂ und 38♂), als *Morphinist* (Interview 12♂) und als *polytoxikoman* (Interview 14♂). Für diese Befragten versteht es sich von selbst, dass sie bis an das „Lebensende“ ihre Drogen nehmen und auf diese „nie verzichten“ werden. Exemplarisch formuliert das ein Befragter für diese Gruppe.

„...ich hab vor ein paar Jahren schon für mich entschieden dass ich mit Drogen nicht mehr aufhöre. Also ich bin ein Junkie und ich bleib auch ein Junkie“ (Interview 28♂).

Wer sich als Süchtiger identifiziert, hat keine Ambivalenzen und keine Zweifel im Umgang mit Drogen: Man will heute und in Zukunft Opiate und Opioide sowie noch eine Reihe weiterer Drogen nehmen. Der Konsum dieser Drogen gehört ganz selbstverständlich zum Leben eines Süchtigen oder

Junkies dazu, ebenso wie die Exklusion aus dem Alltagsleben und die Inklusion in das Drogenmilieu. Wie Goffman (1963) gezeigt hat, können mit der Identifizierung als Süchtiger die damit verbundenen Stigmatisierungen leichter ertragen werden. Auch die Inklusion in das Drogenmilieu und die Reduzierung sozialer Beziehungen auf Mitglieder dieses Milieus werden dann nicht mehr als Verlust erlebt, sondern als adäquat.

Zieht man für die Untergruppe derjenigen, die bis zum Lebensende Opioide und andere (illegale) Drogen nehmen wollen, die Aussagen zur Gesundheit heran, ergibt sich Folgendes. Acht bzw. neun Befragte schätzen ihre Gesundheit als eher gut ein. In einem Fall fällt das Urteil über die subjektive Gesundheit als eher gut anders aus als das Wissen um den eigenen Krankheitsstatus, den dieser Befragte als eher schlecht beschreibt (Interview 37♂). Das Beispiel zeigt, dass sich manche Befragte sehr wohl bewusst sind, dass ihr Gesundheitsstatus prekär ist. 13 Befragte schätzen ihre Gesundheit als mittel ein und acht als eher schlecht. In dieser Gruppe geben vier Befragte an, HIV-positiv zu sein. 18 von ihnen trinken wenig oder keinen Alkohol, aber sieben sind zusätzlich zu den Opiaten und Opioiden von Alkohol, Benzodiazepinen oder Cannabis bzw. Kombinationen dieser Substanzen abhängig. Wahrscheinlich muss man auch die fünf Männer und eine Frau zu den Mehrfachabhängigen rechnen, die sich als Süchtige oder Junkies identifizieren. Zum Bild des Junkies gehört der Konsum einer sehr breiten Palette von psychoaktiven Stoffen dazu (Noller, 1989; Vogt, 1998): Er stellt sozusagen den Markenkern dessen dar, was man landläufig mit den Begriffen Junkie oder Süchtiger verbindet. Rechnet man also diese Personen zu den identifizierten Mehrfachabhängigen dazu, dann würde das heißen, dass fast die Hälfte der Interviewten in dieser Gruppe von mindestens drei psychoaktiven Substanzen abhängig ist.

Einige Befragte mit schweren Krankheiten antworten auf Fragen nach ihrem Drogenkonsum in fünf oder zehn Jahren: „*In fünf oder zehn Jahren bin ich nicht mehr am Leben*“ (Interview 36♂, vgl. auch Interview 37♂, 6♀), oder „*Ich kann jeden Tag abnippeln, sterben*“ (Interview 3♀). Es sind aber nur wenige, die so antworten. Andere mit ebenso schweren und lebensbedrohenden Krankheiten wie Krebs (Interview 33♀, 44♂) oder Lebererkrankungen bzw. Leberzirrhose (25♂, 32♂, 14♂) erwarten vielmehr, dass sie auch in zehn Jahren noch leben werden.

Die Ergebnisse der Datenanalysen bestätigen unsere Annahmen zum Teil. Befragte, die sich vorstellen können, in fünf bis zehn Jahren keine Straßendrogen und auch keine Opioide zu nehmen, schätzen - pauschal genommen - ihre Gesundheit als eher gut ein. Das liegt wohl auch daran, dass die Mehrzahl von ihnen neben den ärztlich verordneten Opioiden vergleichsweise wenige Straßendrogen konsumiert und relativ viele auch keinen Alkohol trinkt. In der Gruppe derjenigen, die bis an ihr Le-

bensende Opiate (z.B. Heroin), Opioide und andere Straßendrogen nehmen wollen, finden wir ebenfalls einige Interviewte, die ihre Gesundheit als eher gut einschätzen. Die Mehrheit der Interviewten in dieser Gruppe schätzt die eigene Gesundheit jedoch als mittel oder eher schlecht ein. Wiederum zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Konsum von Straßendrogen und anderen psychoaktiven Stoffen: Er ist gerade in dieser Untergruppe weit verbreitet und hoch. Folglich häufen sich bei ihnen Aussagen zur Mehrfachabhängigkeit von Opiaten, Opoiden, Zigaretten, Alkohol, Cannabis und anderen Stoffen.

Für alle Befragten gilt allerdings, dass sie über ein spezifisches Wissen um Überdosierungen mit Opiaten und Opoiden und den damit verbundenen Folgen verfügen. Und sie wissen auch, wo und wie sie sich die Mittel beschaffen können. Die Suizidgefahr ist in der Population der älteren Drogenabhängigen als hoch bis sehr hoch einzuschätzen. Dafür sprechen auch die Daten zu Drogentodesfällen in den Altersgruppen ab 40 Jahren: Sie steigen seit 10 Jahren kontinuierlich an (Pfeiffer-Gerschel et al., 2014, S. 141ff.). Vor dem schnellen Griff nach einer Überdosis bewahrt viele Drogenabhängige der Wunsch, zu „*leben, leben, leben*“ (Interview 4♂) und noch einmal 50 Jahre oder besser noch 200 Jahre (Interview 12♂) länger zu leben.

5. Wünsche

Am Ende des Interviews haben wir die Interviewten nach ihren Wunschträumen und Wünschen in der Zukunft gefragt. Die Antworten von 46 Befragten lassen sich in 5 Kategorien einteilen. An erster Stelle stehen mit 22 Nennungen Wünsche nach Reisen in ferne Länder, an zweiter Stelle mit 16 Nennungen Wünsche nach Familienleben bzw. alternativen Lebensformen. Einige wenige haben ganz konkrete Wünsche, was sie gerne einmal machen wollen und zwei Befragte wünschen sich Glück im Lotto. Zwei Befragte beantworten die Fragen nach Wunschträumen nicht. Es gibt auch Doppelnennungen, also Antworten, die damit beginnen, dass man erst einmal im Lotto gewinnen muss um dann eine große Reise anzutreten.

Die Wünsche nach Reisen in ferne Länder - besonders oft genannt werden Indien und generell Asien - stehen in keinem Bezug zur aktuellen Anbindung an die medikamentöse Therapie. Auch diejenigen, die täglich ihre Medikation bei einem Arzt oder einer Ärztin abholen müssen, träumen von fernen Reisezielen. Aus vielerlei Gründen ist die Realisierung dieser Wünsche eher unwahrscheinlich. Wir gehen daher hier nicht ausführlich darauf ein.

Interessanter sind die Wünsche der Interviewten, die gerne ein „ganz normales Leben“ mit Partner oder Partnerin bzw. einer Familien führen würden oder die gerne alternativ leben würden, sowie derjenigen, die ganz konkrete Sachen machen oder erleben wollen.

„Also für mich ist wichtig, dass ich noch mal irgendwann die Kurve krieg‘. Vielleicht irgendwann dann mal ‘n Job hab‘. Und ‘n normales Leben führ‘. Ein ganz normales Leben. Also nicht mehr Reisen großartig, oder ‘ne Weltreise oder so was machen“ (Interview 20♂).

Die meisten Interviewten, die entsprechende Wünsche formulieren, sind nach ihren eigenen Aussagen eher gesund. Sie leben jedoch zum Zeitpunkt der Interviews allein, und nur einige wenige haben noch Kontakte zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie oder der eigenen Familie. Einige deuten an, dass es in verschiedenen Phasen ihrer Drogenabhängigkeit zu schweren Konflikten mit Familienmitgliedern gekommen ist. Da diese Konflikte nie bearbeitet worden sind, wäre es wahrscheinlich schwierig, diese Kontakte wiederzubeleben. So gesehen handelt es sich beim Wunsch nach dem „ganz normalen Leben“ mit Partner oder Partnerin, vielleicht sogar Kindern und Beziehungen zu Geschwistern tatsächlich um Wunschträume, die sich nur schwer realisieren lassen. Einfacher ist es dann schon, sich einige eine Wohnung zu wünschen, die man dann gemütlich einrichten könnte (z.B. Interview 28♂, 10♂).

Eine kleine Gruppe von Befragten würde gerne ganz bestimmte Dinge machen. Genannt werden Fallschirmspringen und Drachen fliegen (50♂, 42♂, 9♂, 7♀). Eine Frau sagt: *„Ich würd‘ gern noch mal Tanzen gehen. Ja. Also richtig so „shake your body“. Ja, das würd‘ ich gern noch mal machen“* (Interview 8♀). Und ein Mann erklärt: *„Wenn ich 60 bin, hab‘ ich mir gesagt, dann kauf‘ ich mir endlich meine Harley ...“* (Interview 11♂). Einige dieser Wünsche lassen sich vielleicht realisieren, andere eher nicht. Immerhin geben sie Anregungen, was manche ältere Drogenabhängige umtreibt und was sie gerne noch unternehmen möchten.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Wünsche der Interviewten nach Geld (Lottogewinn) und Reisen ganz normal sind, wenn auch für diese Personengruppe eher utopisch, zumal sich in dieser Untergruppe die Fälle mit schlechter Gesundheit und vielen schweren Krankheiten häufen. Anders steht es mit den Wünschen nach engen sozialen Beziehungen (zu einem Partner oder einer Partnerin, nach einer eigenen Familie mit Kindern). Auch diese Wünsche sind schwer zu realisieren. Aber immerhin sind die meisten, die sich ein „normales Leben“ wünschen, vergleichsweise gesund. So gesehen sind ihre Chancen, ihre Wünsche jedenfalls teilweise realisieren zu können, etwas besser. Eine gemütliche Wohnung kann ein erster Schritt in diese Richtung sein.

6. Konsequenzen für die Praxis

Wie im Vorhergehenden dargestellt, gibt es eine Reihe von komplexen Problemlagen der älteren Drogenabhängigen, die sozialarbeiterische Interventionen erfordern. Dazu gehören (a) Probleme mit Krankheiten in unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregraden und Fragen nach der Vernetzung mit dem medizinischen und psychosozialen Hilfesystem; (b) Probleme im Umgang mit Straßendrogen und Medikamenten, deren Wechselwirkungen sowie den Auswirkungen auf die Gesundheit; (c) Probleme mit der Konsumreduktion von psychoaktiven Substanzen; (d) Probleme bei der Planung des Ausstiegs aus der Abhängigkeit von Straßendrogen und Substitutionsmitteln; (e) Probleme bei der Bewältigung des Alltags (mit Bezug auf Wohnen, sinnvolle Zeitgestaltung und Betätigung, drohende Anklagen oder Strafverfahren etc.) sowie (f) beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Beziehungen. Die Sozialarbeit stellt eine Reihe von Ansätzen zur Verfügung, die bei der Beantwortung von Fragen und der Bewältigung mancher Probleme hilfreich sein können.

Das Case Management bietet ein Verfahrensschema an mit dem Ziel, relativ schnell Veränderungen auf den Weg zu bringen, insbesondere über die Vernetzung mit verschiedenen Institutionen und Diensten. Es eignet sich daher besonders gut dafür, Probleme im Zusammenhang mit Krankheiten und mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen anzugehen. Wie vielfach beschrieben (z.B. Löcherbach, 2005), folgt Case Management einem klar strukturierten Ablaufplan mit den Phasen: Kontaktaufnahme (Intake) und Herstellung einer positiven und tragfähigen Beziehung zwischen dem Case Manager (im Folgenden: CM) und den Ratsuchenden (z.B. Clarkson, 1996), Assessment mit Problem- und Ressourcenanalyse, Zielvereinbarung mit dem Hilfe- und Veränderungsplan und der Vernetzung mit anderen Hilfen und Diensten, Durchführung und Monitoring mit der dazugehörigen Evaluation. Der Kommunikationsstil im Case Management orientiert sich am besten an der Motivierenden Gesprächsführung, womit einige Schwierigkeiten in der Interaktion vermieden werden können. Wie man Case Management mit der Motivierenden Gesprächsführung verbinden kann, ist ausführlich bei Schmid et al. (2012) dargestellt.

In der Arbeit mit älteren Drogenabhängigen sind mehrere Faktoren zu berücksichtigen, die den Handlungsspielraum der CM und der Klientel abstecken. Zum einen sind ältere Drogenabhängige in der Regel therapieerfahren, d.h. sie haben meist bereits verschiedene ambulante und stationäre Therapien durchlaufen, kennen sich in der Beratungs- und Hilfelandschaft recht gut aus und sind daher oft skeptisch, wenn man sie einmal mehr mit einem neuen Hilfeverfahren konfrontiert. Die Therapieerfahrungen, die sie mitbringen, schlagen sich unter anderem darin nieder, dass sie mit den üblichen

Fragen im Assessment (wie zum Beispiel nach ihrem Konsum von Alkohol und anderen Drogen) bestens vertraut sind und diese schnell beantworten können. Will man mehr und anderes wissen, muss man andere Formen der Ansprache suchen. Der CM ist daher klug beraten, das Assessment entsprechend zu gestalten. Wenn er oder sie Zugang zu Akten für den konkreten Fall hat, sollten diese herangezogen werden. Wenn möglich sollten es CMs der Klientel ersparen, zum wiederholten Male ihre Suchtgeschichte zu erzählen. Vielmehr sollten neue und weiterführende Fragen gestellt werden, die sich zum Beispiel am Vorgehen des Problemlöse-Trainings (Fliegel et al., 1981) ausrichten. Wir kommen im Folgenden darauf zurück. Auch Fragen nach dem Drogenkonsum in fünf oder 10 Jahren oder nach Wunschträumen liefern interessante Antworten, die für die weitere Zusammenarbeit genutzt werden können.

Darüber hinaus sollten CMs in der Arbeit mit dieser Klientel berücksichtigen, dass deren soziale Netzwerke und finanziellen Ressourcen in der Regel sehr beschränkt sind. Das ist immer dann zu berücksichtigen, wenn Problemlösungs- oder Veränderungspläne gemacht werden. Und schließlich haben manche Klientinnen und Klienten gewisse Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen von Fragebogen und Anträgen. Darüber wird selten gesprochen, da das Thema Lese- und Schreibschwäche schambelegt ist. Gibt es Hinweise auf entsprechende Schwächen, sollte die Klientel bei schriftlichen Arbeiten entsprechend unterstützt werden.

Ergibt sich in den ersten Gesprächen zwischen den CMs und der Klientel, dass es um die Gesundheit der letzteren schlecht bestellt ist, dass aus deren Sicht die Einbindung in medizinische Hilfen nicht gut funktioniert und die medikamentöse Behandlung nicht gut geregelt ist, sollte über eine Verbesserung der Vernetzung gesprochen werden. Fühlen sich Patienten und Patientinnen mit ihren Sorgen um ihre Gesundheit allein gelassen, und haben Medikamente unerwünschte Nebenwirkungen, kommt es oft dazu, dass Arztbesuche ausgelassen und Medikamente nicht eingenommen werden. Das ist bei vielen Krankheiten, unter denen ältere Drogenabhängige leiden, nicht hilfreich. CMs könnten dann darauf hinwirken, die Vernetzung mit einschlägigen medizinischen Institutionen und Personen herzustellen bzw. zu verbessern. Assessments und Fragen nach der Gesundheit bzw. nach Krankheiten sowie nach persönlichen und konkreten Problemen, die das Leben beschwerlich machen, verlangen Einzelsitzungen. Informationen über Krankheitsbilder und über die Wechselwirkungen von Straßen- und Alltagsdrogen miteinander (z.B. Alkohol, Zigaretten mit Heroin und Kokain) oder mit den von den Ärzten und Ärztinnen verordneten Medikamenten (z.B. Methadon, Polamidon, Buprenorphin und Benzodiazepine sowie den Medikamenten zur Behandlung von Hepatopathien, HIV und anderen Krankheiten) und den Auswirkungen dieser Drogenmischungen auf die Gesundheit bzw. den Verlauf von Krankheiten können aber durchaus in Gruppen angeboten werden. Besonders gut eignen sich

dazu psychoedukative Gruppen (Farnbacher et al., 2008). Hier ergeben sich wiederum Vernetzungsaufgaben, da die meisten Beraterinnen und Berater in der Suchthilfe nicht über das notwendige Spezialwissen verfügen, um Wechselwirkungen von Medikamenten und deren Folgen für die Gesundheit zu erklären.

Zudem können bei älteren Drogenabhängigen ärztlich verordnete psychoaktive Medikamente wie Benzodiazepine und Antidepressiva zur Behandlung von Ängsten, Panikattacken und Depressionen besondere Probleme machen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich manche ältere Drogenabhängige Benzodiazepine auf dem Schwarzen Markt besorgen, die sie dann noch zusätzlich einnehmen. Wolter (2011, vgl. auch Prosser et al., 2006; Rapeli et al., 2009) weist darauf hin, dass die (regelmäßige) Einnahme von Benzodiazepinen bei älteren Menschen zu kognitiven Einbußen führen kann. Es ist auch nicht auszuschließen, dass es einen Zusammenhang mit Demenzerkrankungen gibt. Als weitere Komplikation kommt hinzu, dass die Behandlung von Depressionen mit Antidepressiva bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht besonders effektiv ist (Alexopoulos et al., 2008; Nunes & Levin, 2004). Es ist sicherlich nicht Aufgabe von CMs, hier regulierend einzugreifen, aber sie können bei den verschreibenden Ärzten und Ärztinnen rückfragen, ob die Medikation dringend notwendig oder ein Ausschleichen möglich ist. Ist letzteres der Fall, sollte auf ein Absetzen der Medikation hingearbeitet werden, wobei die Schritte individuell gestaltet werden sollten, da die Reaktionen der Konsumenten auf das Ausschleichen zum Beispiel der Benzodiazepine sehr unterschiedlich sein können (Wolter, 2011, S. 204ff). Eine stationäre Behandlung ist einer ambulanten vorzuziehen. Wenn sich die Klientel darauf jedoch nicht einlassen will, kann man ein Ausschleichen auch ambulant angehen, wenn ein Netzwerk für den Notfall vorhanden ist. Darüber hinaus ist in diesen Fällen eine kontinuierliche Begleitung durch die CMs oder die Mitarbeiter/innen einer Suchtberatungsstelle sowie eines Arztes oder einer Ärztin notwendig.

In den letzten Jahren haben Programme zur Konsumreduktion für Drogenabhängige allgemein und spezifisch für diejenigen, die an einer Substitutionsbehandlung teilnehmen, einen wichtigen Platz in den Angeboten der Suchthilfe gefunden (Hamacher & Klemm, 2008; Körkel, J. & Quest Akademie GK., 2012; Drinkmann, 2002). Hier geht es in erster Linie um die Reduktion des Konsums von Alkohol, von Zigaretten, von Straßenheroin und anderen Drogen, die auf dem Schwarzen Markt angeboten werden. Erste Evaluationsstudien zeigen, dass sich die Ansätze in der Praxis bewähren (Happel et al., 2014; Körkel, 2014). In der Regel handelt es sich um Gruppenprogramme, die im ambulanten Setting umgesetzt werden können. Sie eignen sich für Drogenkonsumenten mit ganz unterschiedlichen sozialen und finanziellen Hintergründen, also sowohl für Menschen, die fest in soziale Netzwerke und in das Erwerbsleben eingebunden sind, wie auch für Drogenabhängige, die wenige bis keine sozialen

Einbindungen mehr haben und unter schwierigen materiellen und finanziellen Bedingungen leben. Wir gehen davon aus, dass diese Ansätze sich auch bei älteren Drogenabhängigen bewähren. Aufgabe von CMs oder von Beratenden wäre es dann, die Klientel dazu zu ermutigen, an solchen Kursen teilzunehmen und sie darin zu bestärken, diese nicht abzubrechen. Zeigen sich Fortschritte, sollte die Klientel in ihren Bemühungen positiv bestärkt werden.

Wir haben auch gezeigt, dass es eine – kleine – Gruppe von älteren Drogenabhängigen gibt, die sich wünscht, in den kommenden Jahren aus der Drogenabhängigkeit ganz auszusteigen, auch aus einer medikamentösen Therapie. Die Voraussetzungen dafür sind besser, wenn die Ausstiegswilligen bei guter Gesundheit sind und chronische Krankheiten (z.B. Hepatopathien) abgeheilt bzw. gut kontrolliert (z.B. HIV) sind. Diese Gruppe von Personen sollte gezielt bei ihren Anstrengungen, die Drogenabhängigkeit hinter sich zu lassen, unterstützt werden. In Kooperation mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen können CMs oder Berater und Beraterinnen mit den älteren Drogenabhängigen Ausstiegspläne erarbeiten und diese bei der Umsetzung unterstützen. Einzelsettings sind auch für diese Fälle den Gruppenprogrammen vorzuziehen, da der Unterstützungsbedarf sehr unterschiedlich ist. Auch sollten frühzeitig auf den Einzelfall zugeschnittene Rückfallpräventionsmaßnahmen ausgearbeitet werden, um die Klientel aufzufangen, wenn der Ausschleichprozess ins Stocken kommt und sich jedenfalls nicht so abspielt, wie ursprünglich geplant. CMs und Beratende sollten vermeiden, dass Rückfälle als ein Scheitern erlebt und interpretiert werden, weil damit negative Folgen verbunden sein können.

Case Management ebenso wie Langzeit-Beratung lassen sich nicht nur mit psychoedukativen Programmen kombinieren sondern auch mit Problemlösungs-Training bzw. Problemlösungs-Beratung oder -Therapie. Der Ansatz, auf den wir uns hier beziehen, hat seine Wurzeln in der Verhaltenstherapie. Im Unterschied zur systemischen Therapie und Beratung geht es nicht um eine auf Systemänderungen angelegte Behandlung, wobei eine konkrete Bearbeitung von Problemen eher nebensächlich ist, sondern genau im Gegenteil um die Lösung konkreter Probleme, die Ratsuchende selbst benennen (Kanfer et al., 2012). Das Verfahren orientiert sich an folgendem Ablauf: (1) Eingangsphase mit Kontaktaufnahme und Herstellung einer positiven Beziehung zwischen den Beratenden und der Klientel; (2) Formulierung von Problemen und Fokussierung auf ein sehr konkretes Problem, das als erstes angegangen werden soll; (3) Erarbeitung von verschiedenen Wegen und Möglichkeiten zur Lösung des Problems; (4) Entscheidung für einen Lösungsweg unter Abwägung der Vor- und Nachteile dieses Weges; (5) Durchführung der einzelnen Schritte, die zur Problemlösung führen; und (6) der Evaluation des gesamten Prozesses. Nezu et al. (2013) bieten eine Reihe von Verfahren an zur Erhebung von Problemen und zur Entwicklung von Wegen zur Lösung von ganz konkreten Problemen.

Dieser Ansatz ist von Aréan und Mitarbeitern (2010, vgl. Hegerl & Aréan, 2003) für ältere Depressive, die exekutive Beeinträchtigungen aufweisen, weiter ausgearbeitet und manualisiert worden. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Depressionsforschung (Zank & Heidenblut, 2009) gehen sie davon aus, dass sich die kognitiven Beeinträchtigungen in Apathie und Lethargie äußern mit der Folge, dass es den Betroffenen schwer fällt, sich Ziele zu setzen und Pläne zur Veränderung ihrer – schlechten – Lebenslage zu machen. Manche geben es nach einiger Zeit ganz auf, sich Ziele zu setzen. Nach dem täglichen Besuch in der Arztpraxis oder der Vergabestelle gar nichts zu tun und nur noch zu Hause herumzuliegen entspannt auf die Dauer nicht; es erzeugt vielmehr chronischen Stress in Kombination mit chronischer Unzufriedenheit. Das verstärkt die Apathie und Lethargie und führt auf die Dauer zu weiteren kognitiven Einschränkungen. Das Problemlösungs-Training ist ein Ansatz, um diesen Stress zu vermindern und um Wege aus der Depression zu weisen. Die Effektivität konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Bell & D’Zurilla, 2009; Cuijpers et al., 2007).

Bedenkt man, dass Depressionen zu den häufigsten psychischen Komorbiditäten von älteren Drogenabhängigen gehören (Hser, 2007; Hößelbarth et al., 2011; Rosen et al., 2008, 2011a; Zurhold et al. 2010), dann liegt es nahe, das Problemlösungs-Training für diese Personengruppe zu nutzen. Das bietet sich auch deshalb an, weil das ganze Verfahren nur 6 bis 8 Sitzungen dauert, also recht kurz ist. Die erste Sitzung, die einerseits zum Aufbau einer positiven Beziehung zwischen den Beratenden und dem Klienten oder der Klientin dient und andererseits zur Erklärung des Verfahrens und des Ablaufs, dauert gewöhnlich 60 Minuten. Die folgenden Sitzungen sind in der Regel kürzer. Rosen und Mitarbeiter (2011b) weisen darauf hin, dass bei der Auswahl des Problems, das als erstes angegangen werden soll, darauf zu achten ist, dass es die Klientin oder der Klient selbst lösen kann, wenn sie oder er die richtigen Mittel und Wege dazu findet. Beratende unterstützen die Klientel dabei, wirksame Mittel und Wege zur Lösung des Problems zu finden. Dabei ist von beiden Seiten Kreativität gefragt. Auch geht es darum, mehrere Lösungswege zusammenzutragen und dann zu überlegen, welcher davon vom Klienten oder der Klientin am besten umgesetzt werden kann und am ehesten Erfolg verspricht. Zu berücksichtigen sind dabei die beschränkten finanziellen Ressourcen vieler älterer Drogenabhängiger sowie das fehlende soziale Netzwerk. Die Problemlösungen müssen mit den Mitteln und den Fähigkeiten, die der Klientel zur Verfügung stehen, kompatibel sein. Es ist die Kunst der CMs oder der Beratenden, unter diesen schwierigen Bedingungen zusammen mit der Klientel Lösungswege für die anstehenden Probleme zu finden. In diesem ersten Durchgang soll die Klientin oder der Klient lernen, Probleme strukturiert anzugehen – eben über die Entwicklung von Problemdefinitionen, der Erarbeitung von Lösungswegen und von Plänen zu deren Umsetzung. Auf diese Weise soll

die Klientel lernen, das Verfahren zu generalisieren, damit sie es zur Lösung weitere Probleme zunächst noch unter Mithilfe der Beratenden und später auch allein einsetzen kann.

Problemlösungs-Training und -Beratung kann dabei helfen, die Apathie und Lethargie aufzubrechen, in die nicht wenige ältere Drogenabhängige, die in Substitutionsbehandlungen integriert sind, verfallen. Es bietet sich jedenfalls als ein Verfahren an, das für die Sozialarbeit mit Drogenabhängigen genutzt werden kann. Das gilt auch für Probleme, die bei der Wohnungssuche oder der Einrichtung einer Wohnung entstehen sowie bei vielen anderen alltäglichen Problemen, mit denen sich die Drogenabhängigen konfrontiert sehen.

Einen ganz anderen Ansatz zur Aktivierung von mehr oder weniger depressiven, lethargischen und körperlich eingeschränkten älteren Drogenabhängigen stellen sportliche Angebote dar. Einige Befragte in dieser Studie sagen explizit, dass sie gerne Fahrrad fahren (Interview 11♂, 24♂, 15♂), andere vermissen den Sport, den sie, wie sie meinen, nicht (mehr) machen können (Interview 28♂, 48♂), und dritte wünsche sich, noch einmal Tanzen zu gehen oder mit dem Fallschirm zu fliegen (vgl. dazu Drumm et al., 2005; Neale et al., 2012). Gut belegt ist mittlerweile, dass sportliche Aktivitäten ebenso vor einer Depression schützen können wie sie behandeln helfen (Schäfer & Eschweiler, 2009). Sport wird ja auch systematisch in stationären Einrichtungen zur Behandlung von Suchtproblemen angeboten, wenngleich dort die Teilnahme selten freiwillig ist. Beynon et al. (2013) haben in einer Pilotstudie erkundet, wie sich die Teilnahme von ältere Drogenabhängigen an einem Trainingsprogramm in einem Fitnessstudio auf deren Gesundheit auswirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass man sehr wohl ältere Drogenabhängige für die Teilnahme an einem Fitnessprogramm finden kann, dass die regelmäßige Teilnahme jedoch stark fluktuiert wegen der vielen gesundheitlichen und sozialen Probleme im Leben dieser Personengruppe. Es braucht daher flexible Regeln und flexible Angebote, die die körperlichen Fähigkeiten der Drogenabhängigen ebenso berücksichtigen wie ihre Motivation, sich überhaupt auf körperliche Aktivitäten einzulassen. Insgesamt zeigen die Daten von Beynon et al. (2013), dass die Teilnehmenden an dem Fitnessprogramm davon profitiert haben. Sie fallen in den Fitness-Studios auch nicht besonders auf, und die Trainer haben wenige Probleme mit ihnen. Zu bedenken ist dabei wiederum, dass das Budget der meisten älteren Drogenabhängigen nicht ausreicht, die Kosten, die mit dem Besuch eines Fitnessstudios verbunden sind, zu decken. Es braucht also Sponsoren, die die notwendigen Kosten für Kleidung und Übungsstunden übernehmen, wenn man solche Ansätze verfolgen will. Das macht die Umsetzung solcher Programme etwas schwierig. Es wäre jedoch wünschenswert, sportliche Programme für ältere Drogenabhängige zu verfolgen und wann immer möglich anzubieten.

Sport im Fitness-Studio kann zudem eine wichtige Nebenwirkung haben. In diesem Ambiente können (ältere) Drogenabhängige mit Menschen in Kontakt kommen, die keine Probleme mit Straßendrogen haben. Im besten Fall können sich neue soziale Vernetzungen außerhalb des Drogenmilieus entwickeln. Das wäre ein wichtiger Schritt in Richtung auf den Abbau der Exklusion und der Vereinsamung, unter der so viele ältere Drogenabhängige leiden.

7. Fazit

Die Sozialarbeit stellt eine Reihe von Ansätzen und Verfahren zur Verfügung, die besonders geeignet sind für die Zusammenarbeit mit älteren Drogenabhängigen, die bereits ab der Lebensmitte an zum Teil an schweren akuten und chronischen Krankheiten leiden und einen - insgesamt genommen - hohen Konsum an psychoaktiven Substanzen und anderen Medikamenten haben. Mit Case Management lässt sich die wichtige und notwendige Vernetzung mit den medizinischen Institutionen und den Ärzten und Ärztinnen verbessern. Mit Konsumreduktionsprogrammen kann der Konsum von psychoaktiven Substanzen reduziert werden. Mit Problemlösungs-Trainings können akute Probleme, die das tägliche Leben beschweren, angegangen werden. Und mit Sport kann Gesundheitsförderung betrieben werden. Im Kern geht es darum, die Selbständigkeit der älteren Drogenabhängigen möglichst lange zu erhalten unter Lebensbedingungen, die trotz aller Restriktionen durch Armut und soziale Isolierung, angenehm sind und das Leben lebenswert machen.

Literatur

Alexopoulos, G.S., Raue P.J., Kanellopoulos, D., Mackin, S. & Aréan, P.A. (2008): Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(8):782–788.

Aréan, P.A., Raue, P., Mackin, R.S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C. & Alexopoulos, G.S. (2010): Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11): 1391-1398.

Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.)(2011): *Praxisbuch Sucht*. Stuttgart, Thieme.

Bell, A.C. & D’Zurilla, T.J. (2009): Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4): 348-353.

Beynon, C. M., Luxton, A., Whitaker, R. et al. (2013): Exercise referral for drug users aged 40 and over: results of a pilot study in the UK. *British Medical Journal Open* 2013; 3: e002619.

Clarkson, P. (1996): The eclectic and integrative paradigm: between the Scylla of confluence and the Charybdis of confusion. In: Woolfe, R. & Dryden, W. (Hrsg.): *Handbook of counselling psychology*. London, Sage, 258-283.

Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, I. (2007): Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1): 9-15.

Drinkmann, A. (2002): Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven. *Suchttherapie*, 3(3): 81-86.

Drumm, R., McBride, D., Metsch, L. et al. (2005): „I am a health nut!“ Street drug users’ accounts of self-care strategies. *Journal of Drug Issues*, 35: 607-629.

Eppler, N. & Kuplewatzky, N. (2010): Lebensqualität trotz Multimorbidität? Wie ältere DrogenkonsumentInnen mit Erkrankungen umgehen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 42(3): 625-636.

Eppler, N., Kuplewatzky, N., Vogt, I. (2011): „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer als Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: Vogt, I. (Hrsg.): *Auch Süchtige altern*. Frankfurt, Fachhochschulverlag, 167-208.

Fahmy, V., Hatch, S.L., Hotopf, M. & Stewart, R. (2012): Prevalence of illicit drug use in people aged 50 years and over from two surveys. *Age and Aging*, 41(4): 553-556.

Farnbacher, G., Brückner, E. & Haasen, C. (2008): *Manual zur Psychoedukation opiatabhängiger Menschen*. Freiburg, Lambertus.

Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. Sorgatz, H. (1981): *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. München, Urban & Schwarzenberg.

Förster, S. & Stöver, H. (2013): Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2012. Abgerufen unter: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Jahresbericht%202012%20DKR%20Frankfurt.pdf>.

- Glaeske, G. (2014): „Die Tablette ist wie ein Freund“ – Medikamentenabhängigkeit im Alter. Informationsdienst Altersfragen, 41(5): 10-17
- Glaeske, G., Wind, R. & Hoffmann, F. (2010): Konsum psychoaktiver Medikamente im Alter. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 42(3): 649-660.
- Goffman, E. (1963): Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood-Cliffs, Prentice-Hall.
- Hamacher, K. & Klemm, J. (2008): Ein ambulantes Konsumreduktions- und Selbstkontroll-Trainingsprogramm für Konsumenten illegaler Drogen. Tübingen, DGVT-Verlag.
- Happel, H-V., Körkel, J., Becker, G. & Lipsmeier, G. (2014): Erfolgreiche Konsumreduktion bei Drogenabhängigen: Ein Pyrrhussieg? Suchttherapie, 15(4): 187-190.
- Hegerl, M.T. & Aréan, A.M. (2003): Problem-solving treatment for primary care: a treatment manual for Project IMPACT. Dartmouth University (unveröffentlicht).
- Höselbarth, S., Stöver, H. & Vogt, I. (2011): Lebensweise und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In: Vogt, I. (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Frankfurt, Fachhochschulverlag, 137-166.
- Hser, Y.-I. (2007): Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33 year follow-up study. Journal of Addictive Disease, 26(1): 51-60.
- Hser, Y.-I. & Anglin, D. M. (2011): Addiction treatment and recovery careers. In: Kelly, J.F. & White, W. L. (Hrsg.): Addiction recovery management: theory, research and practice. New York, Springer, 9-30.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012): Selbstmanagement-Therapie. Berlin, Springer, 5. Auflage.
- Klein, T. & Rapp, I. (2012): Schlüsselfunktion Gesundheit. In: Köcher, R. & Bruttel, O. (Hrsg.): Generali Altersstudie 2013. Frankfurt, Fischer, 257-281.
- Körkel, J. (2014): Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder- Oder. Suchttherapie, 15: 165-173.
- Körkel, J. & Quest Akademie GK. (2012): Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). Heidelberg, Quest-Akademie.
- Löcherbach, P., Klug, W., Rammel-Faßbender, R. & Wendt, W.R. (Hrsg.) (2005): Case Management. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Meyer-Thompson, H-G. (2014): Substitution 2013 – Zahlen und Fakten aus der Bundesopiumstelle und die Entwicklung am Arzneimittelmarkt.
http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_84/Substitution_2013_%E2%80%93_Zahlen_und_Fakten_aus_der_Bundesopiumstelle_und_die_Entwicklung_am_Arzneimittelmarkt.pdf. Abgerufen am 25. 12. 2014.
- Neale, J., Nettelton, S. & Pickering, L. (2012): Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise. International Journal of Drug Policy, 23: 120-127.

Neumann-Runde, E., Kalke, J. & Wersé, B. (2014): Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) – Grunddaten 2013. Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt.

Nezu, A.M., Nezu, C. M. & D’Zurilla, T. J. (2013): Problem-solving therapy. A treatment manual. New York, Springer.

Noller, P. (1989): Junkie-Maschinen. Rebellion und Knechtschaft im Alltag von Heroinabhängigen. Wiesbaden, DUV.

Nunes EV. & Levin FR. (2004): Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence – a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 291(15): 1887–1896.

Older People’s Substance Misuse Working Group. College Report 165: Our Invisible Addicts. London: Royal College of Psychiatrists, 2011.

Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Deutschland. Drogensituation 2013/2014.
http://www.dbdd.de/images/dbdd_2014/reitox_report_2014_germany_de.pdf. Abgerufen am 28. 12. 2014.

Pinquart, M. (2001): Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3): 414-426.

Prosser, J., Cohena, L.J., Steinfeld, M., Eisenberg, D., London, E.D. & Galynkera, I.I. (2006): Neuropsychological functioning in opiate-dependent subjects receiving and following methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(3): 240–247.

Rajaratnam, R., Sivesind, D., Todman, M., Roane, D. & Seewald, R. (2009): The aging methadone maintenance patient: treatment adjustment, long-term success, and quality of life. *Journal of Opioid Management*, 5(1): 27–37.

Rapeli, P., Fabritius, C., Kalska, H. & Alho, H. (2009): Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy individuals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(1):6.

Reece, A.S. & Hulse, G.K. (2013): Lifetime opiate exposure as an independent and interactive cardiovascular risk factor in males: a cross-sectional clinical study. *Vascular Health and Risk Management*, 9: 551-561.

RKI - Robert-Koch-Institut (Hrsg.)(2014a): Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin, www.rki.de/geda. Abgerufen am 24. 12. 2014.

RKI - Robert-Koch-Institut (Hrsg.)(2014b): Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 2014/ Nr. 44.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/44_14.pdf?__blob=publicationFile. Abgerufen am 26. 12. 2014.

Rosen, D. (2004): Factors associated with illegal drug use among older methadone clients. *Gerontologist*, 44(4): 543-547.

Rosen, D., Smith, M.L. & Reynolds, C.F. (2008): The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6): 488-497.

Rosen, D., Hunsaker, A., Albert, S. M., Cornelius, J.R. & Reynolds, C.F. (2011a): Characteristics and consequences of heroin use among older adults in the United States: a review of the literature, treatment implications and recommendations for further research. *Addictive Behavior*, 36(4): 279-285.

Rosen, D., Morse, J.Q., Reynolds, C.F. (2011b): Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2): 132-141.

Schäfer, J.-E. & Eschweiler, G. W. (2009): Prävention depressiver Erkrankungen im Alter durch körperliche Aktivität. In: Adler, G., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R. & Wolter, D.K. (Hrsg.): *Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter*. Stuttgart, Kohlhammer, 50-54.

Schmid, M., Schu, M. & Vogt, I. (2012): *Motivational Case Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe*. Heidelberg, Medhochzwei-Verlag.

Schubert, I., Ihle, P. & Sabatowski, R. (2013): Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(4): 45-51; eSupplement 10-13.

Tretter, F. (Hrsg.)(2012): *Suchtmedizin kompakt*. Stuttgart, Schattauer, 2. Auflage.

Verthein, U., Neumann-Runde, E., Rosenkranz, M., Oechsler, H., Schütze, C. & Martens, M.-S. (2014): *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation*. Hamburg, BADO e.V..

Vogt, I. (1998): Frauen, illegal Drogen und Armut: Wiederholungszwänge im Elend. In: Henkel, D. (Hrsg.): *Sucht und Armut*. Opladen, Leske & Budrich, 191-208.

Vogt, I. (2009): Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. *Suchttherapie*, 10 (1): 17-24.

Vogt, I. (2010a): Alter und Alkohol, Zigaretten, Cannabisprodukte und andere illegale Drogen: Herauswachsen aus der Sucht, Weitermachen wie gewohnt oder Hineinwachsen in die Sucht? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 42(3): 593-609.

Vogt, I. (2011a): Lebenslaufperspektive auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter. In: Vogt, I. (Hrsg.): *Auch Süchtige altern*. Frankfurt, Fachhochschulverlag, 27-62.

Vogt, I. (Hrsg.)(2011b): *Auch Süchtige altern*. Frankfurt, Fachhochschulverlag.

Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K., Kraucher, M. (2010b): *Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Frankfurt, Institut für Suchtforschung Frankfurt. www.drogenbeauftragte.de

Wolter, D.K. (2011): *Sucht im Alter – Altern und Sucht*. Stuttgart, Kohlhammer.

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland*. Wiesbaden, VS-Verlag, 329-384.

Wurm, S., Lampert, T & Menning, S. (2009): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K. et al. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, RKI, S. 79-91.

Zank, S. & Heidenblut, S. (2009): Versorgung von Depressionen im Alter. In: Adler, G., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R. & Wolter, D.K. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Stuttgart, Kohlhammer, 15-19.

Zurhold, H., Degkwitz, P. & Martens, M. (2010): Lebenslagen von älteren Drogenabhängigen in Hamburg. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 42(3): 637-648.