

**Frauen und Männer 40/45+,  
die Strassendrogen konsumieren:  
Überblick über den Forschungsstand  
Irmgard Vogt**

**Beitrag zur Fachtagung**

**Alternd, abhängig und trotzdem gut versorgt  
Modelle für die Versorgung älterer Frauen und Männer mit  
einer Abhängigkeitserkrankungen**

**Zürich, 30. August 2017**

# Themen

- ❖ **Zur Einführung: Drogenkonsum, Gesundheit und der neue Heroinboom in den USA**
- ❖ **Datenlage zum Konsum von Strassendrogen in der Schweiz (Heroin/Opioide, Kokain, Haschisch)**
- ❖ **Behandlungen von Menschen mit riskanten Konsummustern von Strassendrogen (und legalen Substanzen)**
- ❖ **Einige kritische Gedanken zu den medikamentösen Behandlungen von Sucht**

# Begriffe

**Drogen** = alle psychoaktiven Substanzen, die man regulär (z.B. im Weinhandel, mit Rezept in der Apotheke usw.) erwerben kann.

**Straßendrogen** = alle psychoaktiven Substanzen, die nicht regulär angeboten und verkauft werden (auch Internethandel).

Der Begriff **Konsumierende von Straßendrogen** bezieht sich auf **riskant Konsumierende von Heroin + Co** (Opioide, Kokain, Crack, Crystal Meth usw. usw. sowie Nikotin, Alkohol, Cannabis-Produkte) im Folgenden kurz: Drogenabhängige.

**„Ältere Drogenabhängige“** meint Menschen, die 40/45 Jahre und älter sind und chronische Gebraucher von Straßen- und sogenannten Ersatzdrogen (Substitutionsmittel).

# **Substanzkonsum - Substanzkonsumstörungen und die Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebenserwartung aller Menschen**

**Gut belegt sind negative Auswirkungen auf die Gesundheit – in vielen Fällen in Kombination mit einer reduzierten Lebenserwartung beim:**

- ❖ chronischen Rauchen, chronischen riskantem Konsum von Alkohol und Alkoholabhängigkeit, Langzeitkonsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln (?) (Wolter, 2011) usw.**

❖ beim Langzeitkonsum von Schmerzmitteln - gilt sowohl für vom Arzt verschriebene Opioide (Wolter, 2017) zur Behandlung von Schmerzen wie zur Behandlung von Opiatabhängigkeit als auch für Straßenheroin (Degenhardt & Hall, 2012; WHO, 2013; 2014).

**Neue Daten zum Opioid- und Heroinkonsum in den USA belegen die negativen Auswirkungen sowohl hinsichtlich der Gesundheitsgefährdungen als auch der Überdosierungen**  
(z.B. Case & Deaton, 2015; Cicero & Ellis, 2015; Copeland et al. 2012; Degenhardt et al, 2010, 2011; Korff et al., 2011; Searby et al., 2015).

## **Opioide in den USA - Heroinboom seit 2010**

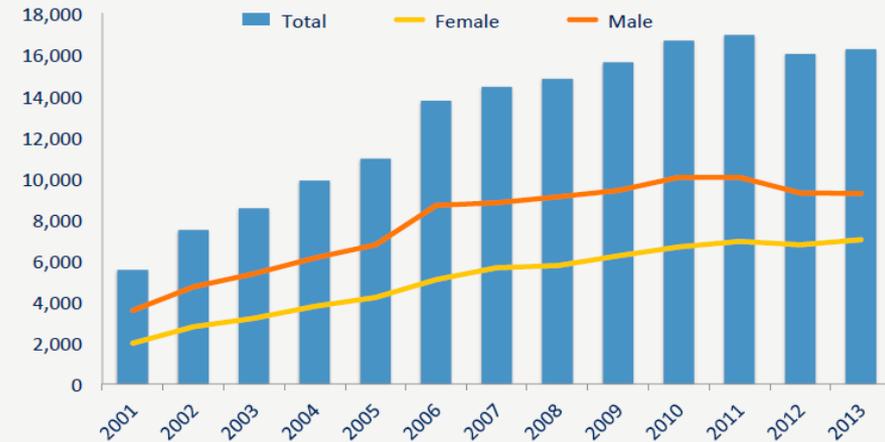
**Eine steil anwachsende Zahl von Publikationen belegt, dass in den USA von etwa 2000 bis 2011 die Verschreibungen für Opioide (z.B. Oxycodone, Hydrocodone, Fentanyl etc.) zur Behandlung von allen möglichen Schmerzen enorm angestiegen sind. Männer haben mindestens so viele Rezepte erhalten wie Frauen.**

**Die negativen Auswirkungen dieses Anstiegs sind beträchtlich.**

# Übersicht über Todesfallstatistiken Opioide, Kokain, Heroin

## National Overdose Deaths

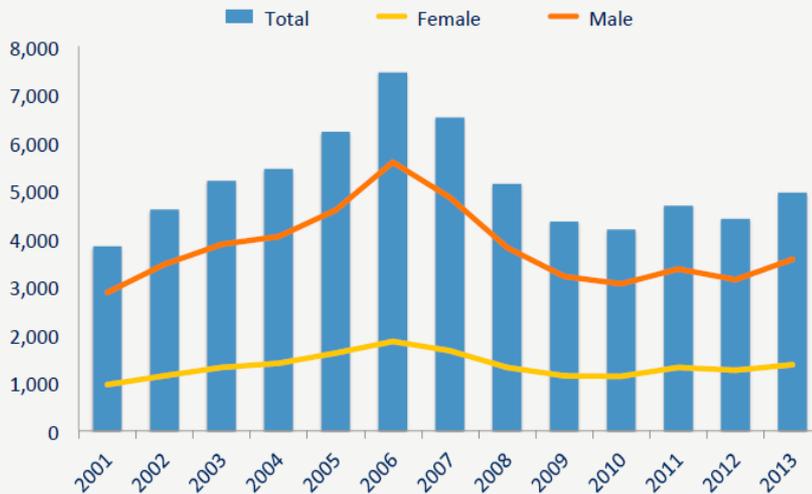
Number of Deaths from Rx Opioid Pain Relievers



Source: National Center for Health Statistics, CDC Wonder

## National Overdose Deaths

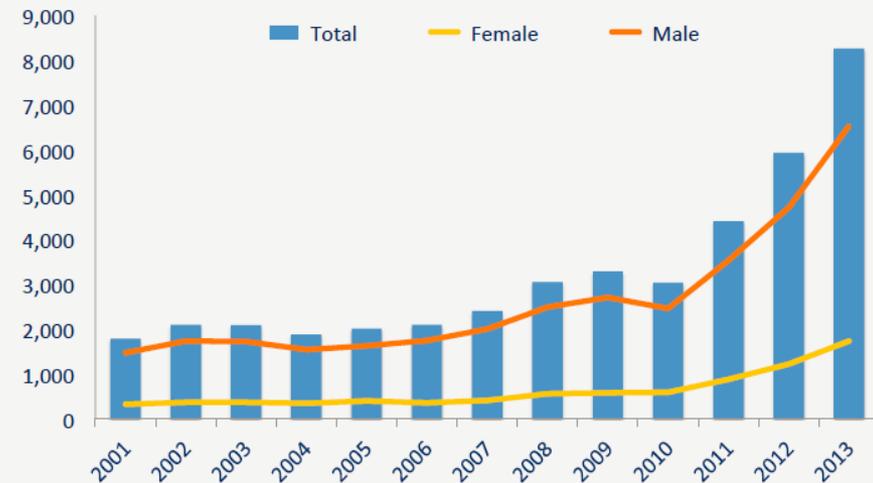
Number of Deaths from Cocaine



Source: National Center for Health Statistics, CDC Wonder

## National Overdose Deaths

Number of Deaths from Heroin



Source: National Center for Health Statistics, CDC Wonder

## **Opioid- und Heroinboom in den USA, 2010ff**

**In 2010, Verschärfung der Verschreibungsverordnungen für Opioide in den USA.**

**Es entstand eine „Versorgungslücke“, die die Heroinkartelle mit neuen Angeboten und neuen Vertriebswegen (vgl. Wainwright,2016) schnell füllten.**

**Von der neuen Heroinwelle sind vor allem weisse Männer 40+, die in ländlichen Gegenden leben, betroffen.**

**Case & Deaton (2015, 2017) liefern breitere Erklärungen zu diesen Entwicklungen.**

**Und wie sieht es beim Konsum von Haschisch in den Ländern der USA aus, die die Substanzen legalisiert haben?**

**In Colorado gibt es einen „spring brake market“, der vor allem Studierende bedient.**

**Es etabliert sich zudem ein Markt für Menschen im Alter von 35 bis 65 Jahren, die nach Colorado fahren und dort auf eine „WEED-TOUR“ gehen (vgl. Wainwright,2016) !**

**„Mit Pot aus der Krise ... Colorado eröffnet Marihuana Drive-In“  
(N-TV, 20. 02. 17)**

**Mit „legal highs“, dem Handel über Internet und der Lieferung der Substanzen an die Haustür müssen wir uns auf neue Trends und neue Konsumentengruppen einstellen; das betrifft auch Menschen im Alter von 40 bis 80 Jahren.**

**Dazu kommt, dass sich die Einstellungen gegenüber psychoaktiven Einflussnahmen weltweit verändern. Als Beispiel: Wenn eine Pille gegen Demenz und Alzheimer erfunden würde, wären wir alle dafür, dass Menschen ab 40 Jahren (vor allem Frauen) diese regelmässig einnehmen!**

**Daten für die Schweiz**  
**Tabak**  
**Haschisch**  
**Alkohol**  
**Opiate (Strassendrogen)**  
**Kokain**  
**Kumulierte Risiken**

# Abhängige von Drogen 45+ - Suchtmonitoring Schweiz 2014 (%)

Substanz	45-54	55-64	65-74	75+
Tabak rauchen	26,5	25,1	15,8	8
Hasch rauchen*	11,4		0,4	
Alkohol Riskant	1,3+1,3	3,6+1,4	5,4+1,3	4,7+0,6
Rausch	19,8	15,9	13,6	6,1
Heroin*	0,6	0,2	-	-
Kokain*	2,8	1,7	0,1	0,3
Kumulierte Risiken	37,8	37,6	34,6	31,5
Männer	42,2	43,5	39,7	32,4
Frauen	33,5	31,5	30	31

\* Lebenszeitprävalenz

## **Gender-Differenzen**

**Tabak und Alkohol: Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Frauen, die nicht rauchen und wenig oder gar keinen Alkohol mehr trinken, stärker an als bei den Männern.**

**Kumulierte Risiken: Der Anteil der Frauen mit kumulierten Risiken ist bis auf die Altersgruppe ab 75 Jahren erheblich niedriger als der der Männer.**

# **Altersbedingte psychosoziale Veränderungen als auslösende Faktoren (für Sucht)** (in Anlehnung an Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, 2016)

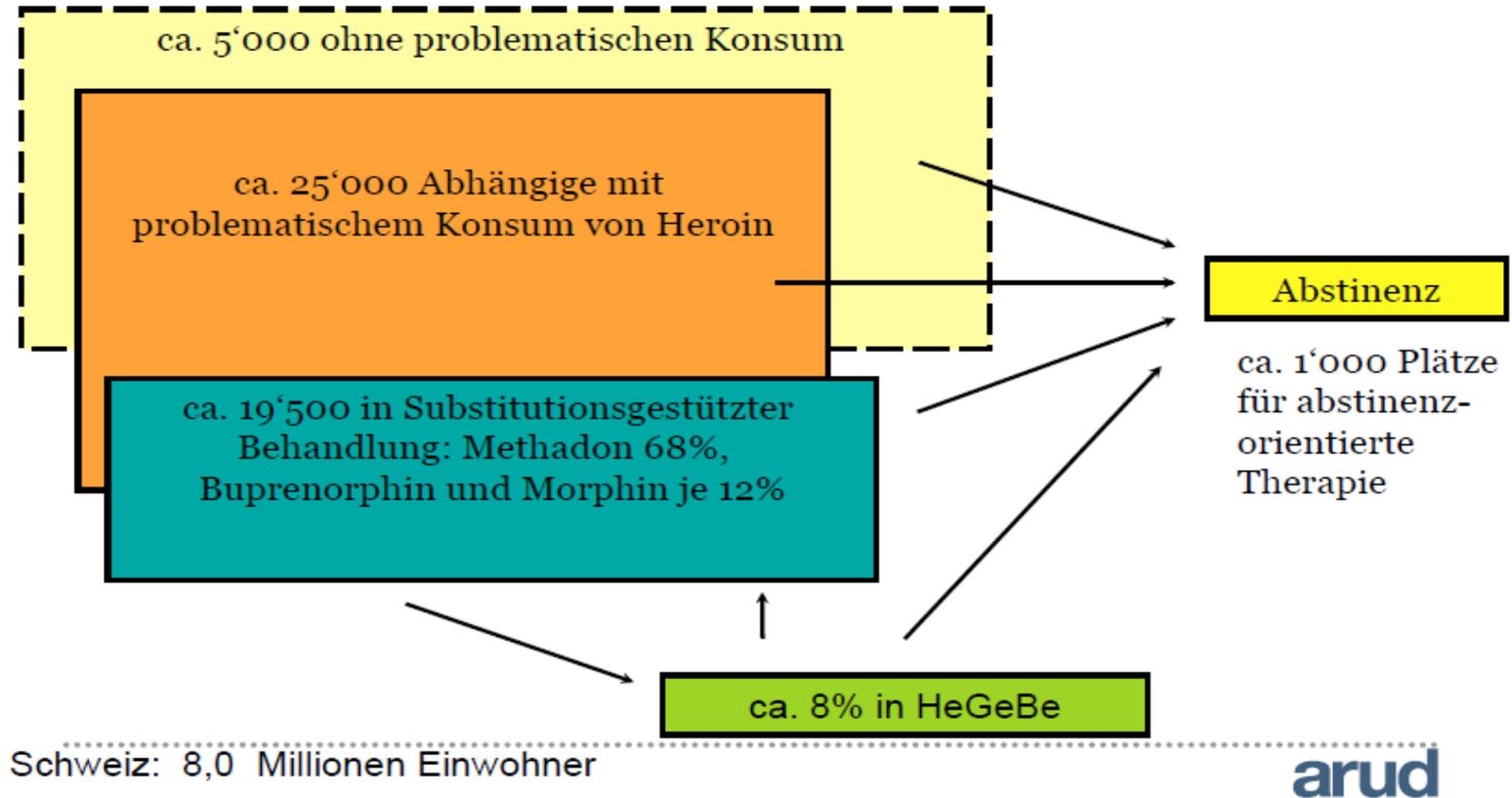
- **Soziale Isolation und Vereinsamung**
- **Beendigung des Berufslebens – Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden**
- **Leere, Langeweile**
- **Verlusterfahrungen**
- **Nachlassende körperliche und intellektuelle Fähigkeiten**
- **Zunahme von Beschwerden, Häufung von Krankheiten**
- **Heimaufnahme**
- **usw.**

**Keinerlei Hinweise auf positive Faktoren wie Lust am Konsum, Teilhabe an und in Gesellschaft, Zeit für Rausch haben usw.!**

**Vielleicht sollten wir unsere Altersbilder überprüfen und neu darüber nachdenken, was Drogen für Ältere attraktiv macht.**

**Behandlungsdaten Schweiz für Menschen,  
die von Strassendrogen abhängig sind**

## Behandlung Opiatabhängiger in der Schweiz



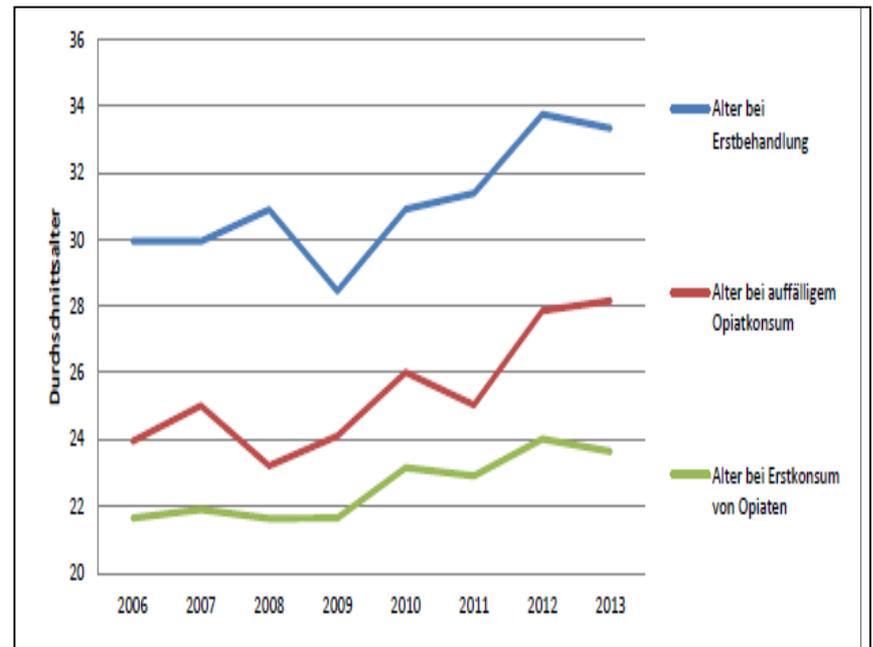
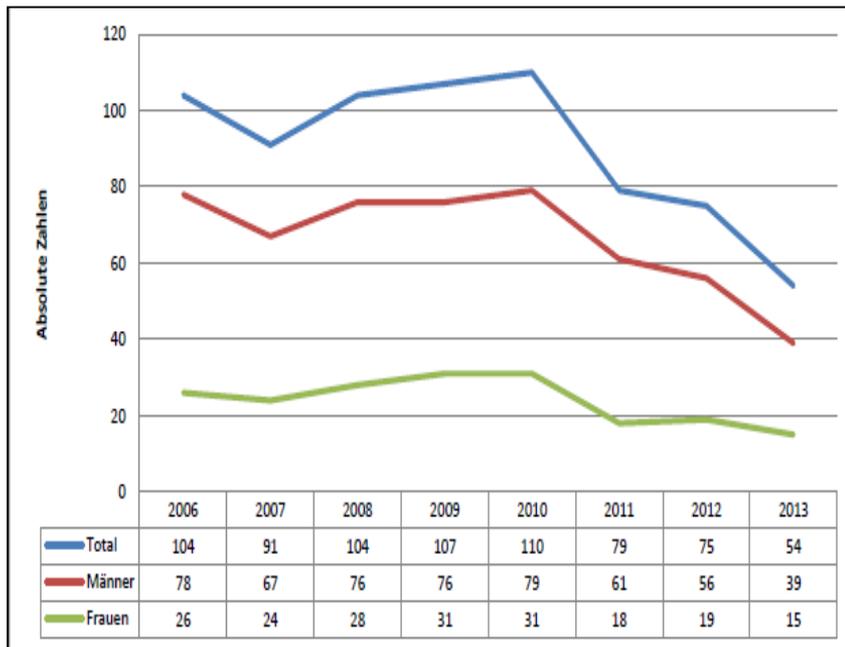
Quelle: A. R. Kormann, arud , 2015

Der Anteil der Frauen variiert je nach Stichprobe zwischen 15% und 30%. Frauen sind eine Minderheit in allen Angeboten zur Behandlung von Opioidabhängigkeit.

# Opiate in der Schweiz – Daten zum Anstieg des Anteils der Menschen 40+ mit Opiatabhängigkeit

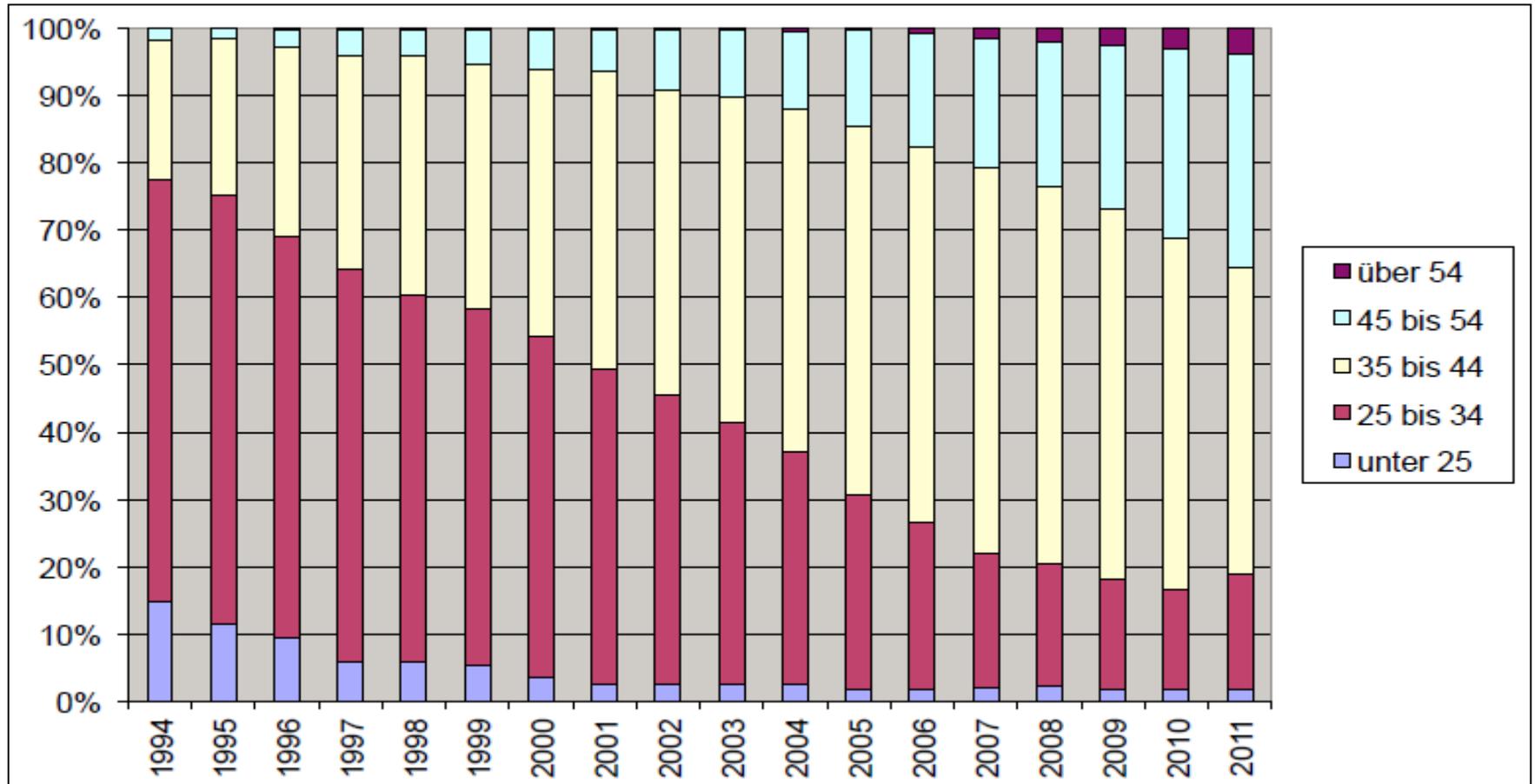
## Inzidenz Erstbehandlung Hauptproblem Opiate, 2006- 2013 (act-info Daten)

## Alter bei Erstkonsum, auffälligem Konsum und Erstbehandlung Opiate



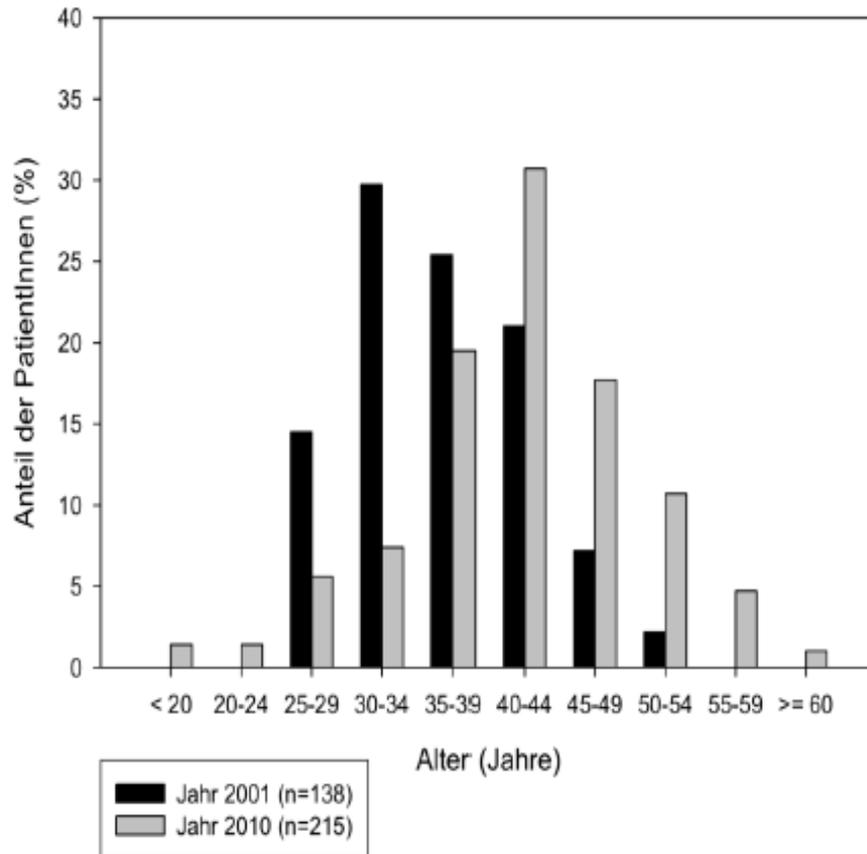
# Altersverteilung HeGeBe, 1994-2011

Quelle: A. R. Kormann, arud , 2015



# Substitutionsbehandlung in Basel – ADS der UPK Basel

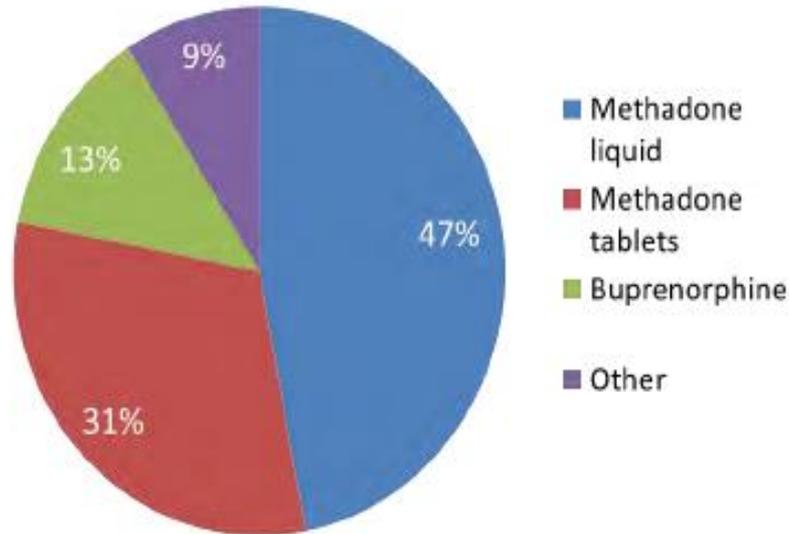
(Dürsteler et al., 2010/ 2013)



**2001 lag das Durchschnittsalter bei 36,1 Jahren, 2010 bei 42,1 Jahren. Im März 2010 waren 65% der Patientinnen über 40 Jahre alt und 16,5% über 50.**

# Substitutionsmittel in der Schweiz – Ergebnisse der Improve-Studie

## IMPROVE



N=207

**Mehr als 70% der Klientel erhält als Medikament Methadon.**

**Der Anteil derjenigen, die Buprenorphin erhalten, liegt bei knapp 15%.**

**Je nach Stichprobe kann der Anteil derjenigen, die Buprenorphin erhalten, auch etwas größer sein (bis 30% (act-info-FOS, 2016))**

## **Opiatabhängige - Straßendrogen, 40/45+**

**Gesundheitliche Belastungen setzen früh ein (auch als Folge von Strafverfolgung, Gefängnisaufenthalt, Armut usw.); im Alter von 40-45 Jahren nachweisbare hohe Belastung durch körperliche und psychische Krankheiten – oft auch dann, wenn sie medikamentös behandelt werden (z.B. mit Methadon oder Diamorphin) (Vogt, 2009).**

**„Mir geht’s relativ gut. .. 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♀).**

# **Opiatabhängige 40/45+ Mehrfachkonsum**

**Ergebnisse act-info-FOS 2016:**

**KlientInnen mit Hauptproblem Opioide nennen zusätzlich Kokain, Alkohol, Cannabis und Benzodiazepine als Problemsubstanzen.**

**Für Personen mit Hauptproblem Kokain stellen Alkohol, Heroin, Cannabis und Benzodiazepine zusätzliche Probleme dar.**

**KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis nennen als zusätzliche Problemsubstanzen Alkohol, Kokain, Amphetamine, MDMA/verwandte Stoffe und LSD.**

**Bei allen Personengruppen wird Tabak als Problemsubstanz eingestuft.**

# **Opiatabhängige 40/45+ Doppeldiagnosen**

(Walter et al., 2015)

- ❖ **Affektive Störungen (unipolare Depressionen)**
- ❖ **Bipolare Störungen**
- ❖ **Angststörungen**
- ❖ **PTBS**
- ❖ **ADHS**
- ❖ **Persönlichkeitsstörungen**
- ❖ **Psychosen**

**Zusätzlich mit höherem Lebensalter:**

- ❖ **Neurokognitive Defizite**

**Psychische Doppel- und Mehrfachbelastungen nehmen mit der Dauer des Drogenkonsums und dem Alter nicht ab.**

**Frage: Sind Doppelbehandlungen bei Menschen 40+ schwieriger als bei Jüngeren?**

(Zu Behandlungsplänen vgl. z.B. Moggi & Donati, 2004; Moggi, 2014)

# Opiatabhängige 40/45+

**Faktoren, die auf Stabilität hinweisen (in Anlehnung an Larance et al., 2014) :**

- ❖ **Höheres Lebensalter**
- ❖ **Medikation: Methadon bzw. Buprenorphin/ in privater Praxis (oder doch besser: Buprenorphin in privater Praxis?)**
- ❖ **Zeit in der Behandlung: eher länger**
- ❖ **In Arbeit (Erwerbsarbeit) – allerdings ist die überwiegende Mehrheit der Menschen in Substitutionsbehandlung in D 40+ auf Transferleistungen angewiesen!**
- ❖ **Möglichst kurze bzw. keine Gefängnisstrafe (das sind in D überwiegend Frauen!)**

# Medikamentöse Behandlung aus der Sicht der Betroffenen

(Vogt, 2015, S. 16; Notley et al, 2013b, S. 292)

„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 13m).

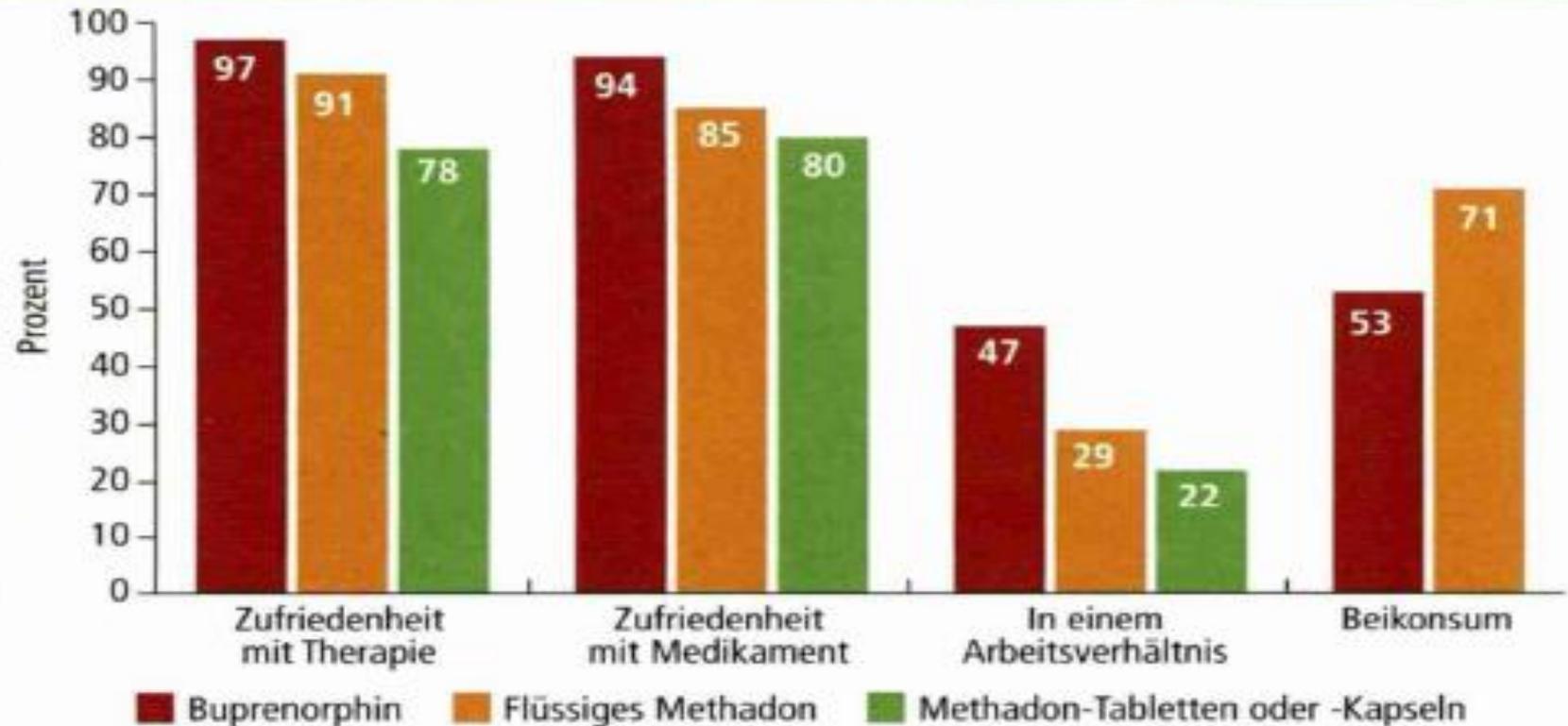
**Vorteile von Take-home Medikation: Man kann die Medikation besser einstellen mit der Folge, dass weniger Nebenwirkungen erlebt werden.**

I started taking it in the evenings, but I found out I would feel a bit rough in the mornings so I stopped, I changed it to taking it first thing in the morning, a half hour before I went out for work it seemed to work better for me. (ST303, male, supervised, discussing previous unsupervised buprenorphine treatment)

# Opiatabhängige- Zufriedenheit mit Behandlung, Improve-Studie, Schweiz

(Besson et al., 2014 )

## Methadon und Buprenorphin im Vergleich



Quelle: Besson J et al. Swiss Medical Weekly 2014; 144: w13933

MT-Grafik

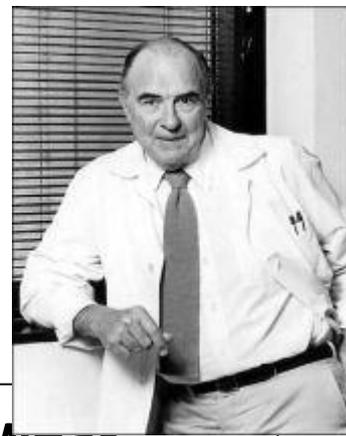
## **Zur Erinnerung:**

**Der Anteil derjenigen, die Buprenorphin erhalten, variiert zwischen ca. 15% (Improve-Studie) und ca. 30% (act-info-FOS, 2016).**

**Eine deutsche Studie belegt, dass viele Opioidabhängige 40+ gerne psychotherapeutische Hilfen erhalten würden – die gibt es für diese Personengruppe aber nur sehr selten.**

**Die Mehrzahl derjenigen 40+, die an der Studie von Wehrwein et al. (2016) teilgenommen haben, benötigen immer wieder Kriseninterventionen, manche konkrete Unterstützungen zur Erreichung selbstgesteckter Ziele (Case Management), andere zusätzlichen support vor allem bei der Suche nach einer Arbeit oder einer sinnvollen Betätigung bzw. von tagesstrukturierenden Angeboten.**

## Vincent Dole on methadone



**“... it must not be too quickly assumed that these are weak individuals who would fail in society if relieved of the compulsion to obtain drugs. The potential strengths of addicts, like their faults, cannot be judged while the addicts are trapped in the orbit of drug abuse.” (Dole & Nyswander, 1967)**

**“[MMT] patients are normally alert and functional; they live active lives, hold responsible jobs, succeed in school, care for families, have normal sexual activity and normal children, and have no greater incidence of psychopathology or general medical problems than their drug-free peers.” (Dole, 1988)**

# **Dreissig Jahre später: Problemfelder von Opiatabhängigen 40/45+ (in MMT)**

- ❖ **Zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigungen trotz medikamentöser Behandlung – auch als Folge der Langzeitwirkung von Opioiden:**  
Nebenwirkungen bei Dauerkonsum außer Verstopfung und Gefahr der Überdosierung: Herz-Kreislaufstörungen - zunehmendes Risiko für Herzinfarkte etc., Hypogonadismus, Hyperalgesie etc.  
und als Folge des zusätzlichen Konsums von psychoaktiven Substanzen und/oder des Lebensstils in Zusammenhang mit der Einbindung in das Drogenmilieu.
- ❖ **Hoher Anteil von Menschen ohne Einbindung in das Erwerbsleben bzw. in ehrenamtliche Arbeit und ohne Familien- und Freundesbindungen.**

# Problemfelder von Opiatabhängigen 40/45+ (in MMT)

- ❖ **Gefühle von Hoffnungslosigkeit/ in der Falle zu sitzen/ „Nichts geht mehr“ (z.B. Gronnestad & Sagvaad, 2016);**
- ❖ **Abnehmende Bereitschaft, sich um einen Job zu bemühen (Richardson et al., 2012);**
- ❖ **Habitusbildung und Identität als „Drogenabhängiger“ (Gronnesstad & Savaag, 2016; Vogt, 2015) erschwert die Eingliederung in das banale Alltagsleben bzw. in die Angebote für Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedarf.**

# **Problemfelder von Opiatabhängigen 40/45+ (in MMT) Ungelöste Probleme (Deutschland) (exemplarische Auswahl)**

- ❖ Versorgung mit den Stoffen bei Immobilität**
- ❖ Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen (auch bei schweren chronischen Erkrankungen)**
- ❖ Sterbevorbereitung und Versorgung in einem Hospiz**

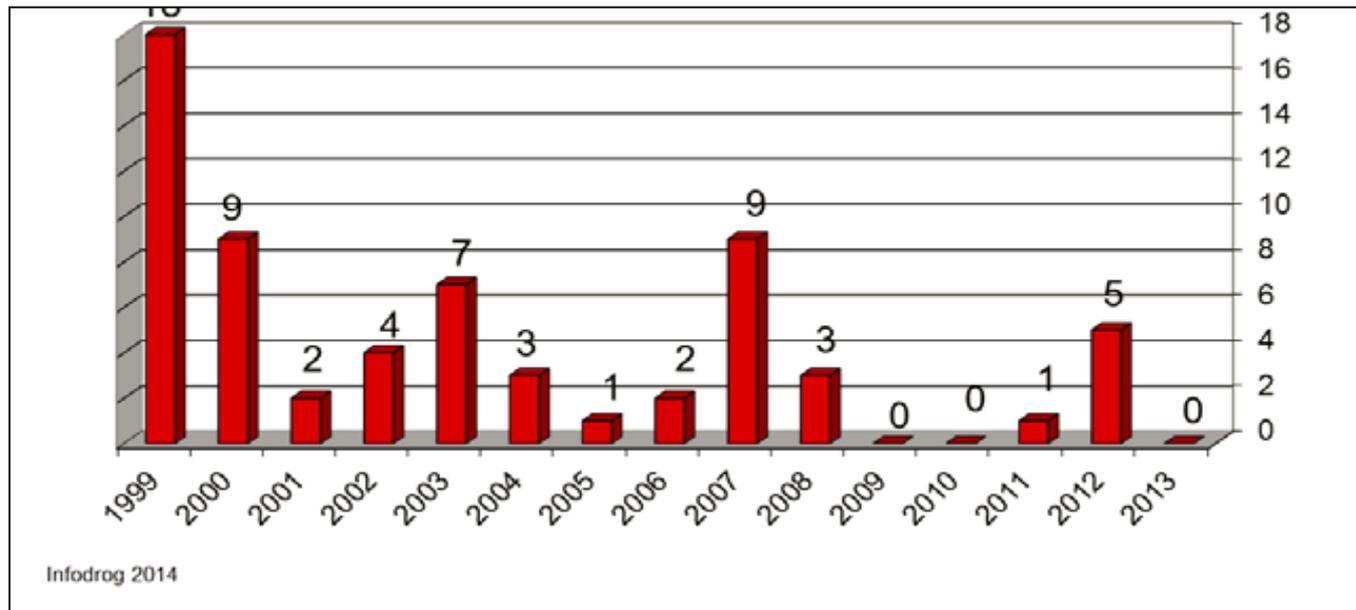
# **Substitutionsbehandlungen sind hilfreich, aber keine Wundermittel**

**Die Hoffnung darauf, dass mit MMT Opioidabhängige ein „normales, aktives Leben“ führen, einen (guten) Job haben, eine Familie, Kinder und einen Freundeskreis, hat sich nicht in dem Umfang verwirklicht, wie von Dole erwartet.**

**Die Daten weisen vielmehr darauf hin, dass sich die Lebensverhältnisse unter MMT für die Mehrheit der Behandelten nicht normalisieren – vielmehr nehmen eine Reihe von Problemen mit zunehmendem Alter zu!**

# Stationäre Therapie – “Entgiftungs”- und Abstinenz- Behandlungen act-Info-FOS, 2014, S. 6ff

In der Schweiz wurden seit 1999 insgesamt 64 stationäre Einrichtungen für Drogenabhängige geschlossen, insbesondere Einrichtungen nur für Frauen.



Die Institutionen, die „überlebt“ haben, sind zu rund 90% ausgelastet (Eckmann et al., 2014).

# Stationäre Therapie – Entgiftungs- und Abstinenz- Behandlungen - Act-Info-FOS 2016

**26% aller Personen in stationärer Therapie sind 40 - 64 Jahre alt (N=130). Menschen 65+ mit Suchtproblemen befinden sich nicht in stationärer Therapie.**

**Hauptdrogenprobleme:**

<b>Substanzen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>40-64 (N)</b>
<b>Opioide</b>	<b>23%</b>	<b>8% (39)</b>
<b>Kokain, Crack</b>	<b>31%</b>	<b>8% (39)</b>
<b>Cannabis</b>	<b>14%</b>	<b>0,4% (2)</b>

**Ca. die Hälfte aller Befragten haben multiple Substanzkonsumprobleme**

# **Stationäre Therapie - Abstinenz-Behandlungen**

act-info-FOS 2016

## **Beweggründe für stationäre Therapie (Auswahl)**

- **Hauptdroge Opioide: 93% der KlientInnen mit der Hauptdroge Opioide; und**
- **90% der KlientInnen mit der Hauptdroge Kokain streben „definitiv Abstinenz“ an (Daten nicht nach Altersgruppen aufgeschlüsselt).**

**Nach Schaaf (2017) liegt der Anteil der Opioidabhängigen, die abstinent werden wollen, bei ca. 50%.**

**16% aller KlientInnen in stat. Therapiewünschen sich eine Tagesstruktur, um wieder ein geregeltes, „normales“ und besseres Leben führen zu können;**

**und 17% wünschen sich eine berufliche Integration (Ausbildung, Lehre, Arbeit).**

# Stationäre Therapie - Abstinenz-Behandlungen

act-info-FOS 2016, S. 62

Was weiss man über diejenigen, die eine stationäre Therapie mit dem Ziel „Abstinenz“ begonnen haben?

	Planmässige Beendigung ohne und mit Übertritt	Kontaktverlust + Abbruch	Anderes
Opioide	53%	36%	11%
Kokain	46%	47%	7%

# **Abstinenz-Behandlungen in Deutschland und Katamnesedaten Drogenrehabilitation stationär**

(M. Fischer et al., 2017, S. 73)

**Katamnesedaten für den Entlassjahrgang 2014 (8 Kliniken),  
Rücklauf: 33%**

**Abstinent 1 Jahr nach Behandlung**

**Katamnestic Erfolgsquote DGSS 4 (Nicht-Antworten werden  
als Rückfall gezählt – intention to treat-Berechnung):**

**Hauptdroge Opioide: 12%**

**Hauptdroge Kokain: 25%**

**Hauptdroge Cannabis: 26%**

**Die Erfolgsaussichten sind besonders gut für die KlientInnen,  
die die Rehabilitation planmässig durchlaufen haben.**

**Warum sind die Erfolgsraten einer Behandlung mit dem Ziel: Abstinenz von Opioiden, so niedrig?**

**Warum sind sie nicht besser als in den 1980er Jahren???**

# **Kritik an der „allumfassenden“ Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigkeit**

**(B. Fischer et al., 2016) – Teil 1**

**Methadone maintenance treatment – “MMT in Ontario has widely proliferated towards a quasi-treatment industry within a system context of the public fee-payer offering generous incentives for community-based MMT providers”.**

**Die Autoren weisen darauf hin, dass für Menschen, die von verschreibungspflichtigen Opioiden abhängig geworden sind, die Standardbehandlung in einem Substitutionsangebot zu bestehen scheint mit langfristiger Laufzeit (wie bei MMT).**

# **Kritik an der „allumfassenden“ Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigkeit**

**(B. Fischer et al., 2016) – Teil 2**

**Zudem haben die Medikamente, die in Substitutionsbehandlungen eingesetzt werden, und die Settings eine Reihe von unerwünschte Nebenwirkungen. Vgl. dazu Studien zu körperlichen Auswirkungen langandauernder Einnahme von Methadon (z.B. von Von Korff et al., 2012; Younger et al., 2011) sowie zu psychischen Auswirkungen (z.B. Martins et al., 2012; Wittchen et al., 2010). Letztere Nebenwirkungen sind besonders ausgeprägt bei älteren Abhängigen (z.B. Searby & McGrath, 2015).**

# **Kritik an der „allumfassenden“ Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigkeit**

**(B. Fischer et al., 2016) – Teil 3**

**Die Autoren verweisen auf alternative Behandlungsansätze, z.B. Ausschleichbehandlungen mit Naloxon oder Naltrexon in Kombination mit KVT. Einschlägige Studien zeigen Erfolgsrate von 50%!**

**Sie plädieren für den Ausbau alternativen Angeboten und einem „steppt-care Modell“, beginnend mit Kurzinterventionen (MI), KVT-Interventionen allein oder in Kombination mit Ausschleichmedikation und nur in Fällen mit hoher Rückfallgefahr Substitutionsbehandlung.**

## **Statt einer Zusammenfassung einige offene Fragen:**

- ❖ Welche Behandlungen sollen unter Berücksichtigung des Geschlechts gefördert (finanziell unterstützt, beforscht etc.) werden?**
- ❖ Was definieren wir als „Behandlungserfolg“ bei Männern 40+ und Frauen 40+?**
- ❖ Welche Behandlungen sollen Menschen 40+ erhalten, die schon einmal „alles“ durchprobiert haben – und die dennoch sagen, sie würden gerne „drogenfrei“ leben?**

# **Statt einer Zusammenfassung einige offene Fragen:**

- ❖ Welche Hilfen sollen wir für diese Personengruppe aufbauen, wenn sie pflegebedürftig sind?  
(Altersheime für Junkies bzw. Altersheime getrennt für männliche und weibliche Junkies oder Pflegeheime für alle?)**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

Irmgard Vogt, Institut für Suchtforschung Frankfurt, <http://www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff.html>

Email: [vogt@fb4.fra-uas.de](mailto:vogt@fb4.fra-uas.de)