



19. NIEDERSÄCHSISCHE SUCHTKONFERENZ 09|2009

# Lebensabend Sucht?

Süchte älterer Menschen  
und Handlungsmöglichkeiten  
in der Suchthilfe

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



**Niedersachsen**



# Lebensabend Sucht?

## Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe

## Impressum

Herausgegeben vom  
Niedersächsischen Ministerium  
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

Redaktion:  
Sabine Hillmann  
Melanie Bremer  
Sabine Brägelmann-Tan  
Thomas Altgeld

Layoutkonzept und Gestaltung:  
Homann Güner Blum,  
Visuelle Kommunikation,  
Hannover

Druck:  
Unidruck, Hannover

## VORWORT

SABINE BRÄGELMANN-TAN	Lebensabend Sucht? Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe	04
-----------------------	---	----

## VORTRÄGE

PD DR. HANS-JÜRGEN RUMPF	Problematischer Alkoholkonsum im Alter: Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeit	06
PROF. DR. GERD GLAESKE	Die Tablette ist für mich wie ein Freund Medikamentengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit im Alter	12
PROF. DR. IRMGARD VOGT	Ältere Drogenabhängige in Deutschland und anderen europäischen Ländern Sachstand und Ausblick	20
DR. DIETER GEYER	Es lohnt sich! Erfahrungen in der Behandlung älterer suchtkranker Menschen	28
HARTWIG VON KUTZSCHENBACH ELKE KLÖS	Zwischen allen Stühlen? Über die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Altenhilfe, Suchthilfe und Gerontopsychiatrie	42

VERZEICHNIS DER REFERENTINNEN  
UND REFERENTEN

49

## Lebensabend Sucht?

### Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe

Bei Begriffen wie Missbrauch, Sucht und Abhängigkeit denken die meisten Menschen an Bilder von jungen Heroinabhängigen, Showstars, die kokainabhängig sind und auch – leider zu Recht – an Jugendliche, die massiv Alkohol trinken.

Bei obdachlosen Alkoholkranken in der Fußgängerzone wird das „Alt aussehen“ eher der Erkrankung und dem sozialen Elend zugerechnet. Die Lebensphase Alter dagegen wird in der Regel nicht mit Sucht und Abhängigkeit in Zusammenhang gebracht. Im Gegensatz zu Jugendlichen fallen ältere Menschen aufgrund ihres Suchtverhaltens in der Öffentlichkeit meist nicht negativ auf. Suchtprobleme, Vereinsamung und Isolation zeigen sich zu Hause im privaten Umfeld. Sucht im Alter existiert deshalb als Problemlage kaum in der öffentlichen Wahrnehmung.

Dabei ist das Problem von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im höheren Erwachsenenalter kein Problem von Randgruppen. Allerdings verfügen wir kaum über verlässliche Daten zum Ausmaß des Problems. Genaue Erhebungen, die belegen, wie viele Menschen im Alter ab 65 Jahren tatsächlich von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, liegen nicht vor. Einzelstudien zeigen aber,

dass der Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten ein gravierendes Problem im höheren Lebensalter darstellt.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) geht aufgrund verschiedener Studien und Datenerhebungen davon aus, dass knapp 16% der Männer und 7% der Frauen ab 60 Jahren rauchen. Schätzungsweise 2–3% der Männer und 0,5–1% der Frauen ab 60 Jahren haben ein schwerwiegendes Alkoholproblem und zwischen 5 und 10% weisen einen problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. von Schmerzmitteln auf.

Die demographische Entwicklung in Deutschland wird dazu führen, dass der Anteil an älteren Menschen in der Gesamtbevölkerung zunimmt bei einer insgesamt schrumpfenden Bevölkerungszahl für das Gebiet der Bundesrepublik. 2006 hatte Deutschland ca. 82 Millionen Einwohner. Für 2050 werden in demographischen Hochrechnungen 69 bis 74 Millionen angegeben. Die Gründe hierfür sind vielfältig und komplex.

Abnehmende Geburtenzahlen stehen einer zunehmenden Lebenserwartung gegenüber. Die Relationen

zwischen Alt und Jung werden sich damit erheblich verändern. Für das Jahr 2050 – wenn die Baby-Boom-Generation in die Jahre gekommen ist – wird mit einem Anteil von mehr als einem Drittel über 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung gerechnet.

Positiv ist anzumerken, dass diese ältere Generation wohl gesünder und aktiver sein wird als ihre Elterngeneration. Anstatt vom Ruhestand wird hier in den Medien auch schon mal vom Unruhestand gesprochen. Welche Herausforderungen stellen sich angesichts der demographischen Entwicklung aber für die Suchtkrankenhilfe und die Suchtprävention? Widerlegt ist beispielsweise die Ansicht, abhängige Menschen hören mit dem Älterwerden einfach auf, süchtiges Verhalten zu zeigen. Wir müssen davon ausgehen, dass die Menschen ihr persönliches lebensgeschichtliches Konsummuster für Tabak- und Alkoholmissbrauch, aber auch für den Missbrauch von Medikamenten oder illegalen Drogen, wie Heroin oder Kokain, mit in das Alter hineintragen.

Darüber hinaus steht fest, dass ältere Menschen für bestimmte Konsumformen besonders empfänglich sind. Sie können schleichend in eine Abhängigkeit geraten – ohne, dass ihr Umfeld dieses bemerkt. Es ist

nämlich schwierig abzuschätzen, inwieweit Medikamente und Alkohol bei älteren Menschen hilfreiche Mittel zur Bewältigung des Alltags und zur Erhaltung der Lebensqualität sind und wann sie beginnen, Alltag und Lebensqualität zu beeinträchtigen. Die Grenzen zwischen notwendiger und sinnvoller Anwendung und zur Abhängigkeit führendem Missbrauch von Psychopharmaka können im Alter fließend sein.

Deshalb ist davon auszugehen, dass die Zahl der älteren Abhängigkeitskranken in den nächsten Jahren stark zunehmen wird. Die Probleme werden größer und der Bedarf nach einer adäquaten gesundheitlichen und sozialen Versorgung komplexer. Außerdem ergeben sich ganz neue Bedarfe nach effektiven Präventionsstrategien für das mittlere und höhere Lebensalter.

Die Folgen von chronischem Suchtmittelkonsum sind uns bekannt. Es sind multiple Organschäden und psychische Erkrankungen. Psychische Folgen der Abhängigkeit können Verwirrungszustände, Verwahrlosung, aber auch Demenz, Depression, Verlust an persönlicher Autonomie und eine erhöhte Suizidrate sein. Dies sind aber Folgen, die die Gesellschaft häufig dem „Alt werden“ als solches zuschreibt und

dahinter die Möglichkeit einer anderen Erkrankung – hier einer Sucht – nicht sieht oder manchmal auch nicht sehen will. Gerade auch weil sich die Suchtentwicklung und die Sucht bei älteren Menschen häufig im privaten Raum abspielt, ist es besonders schwierig, sie frühzeitig zu erkennen.

Die Bereitschaft von älteren Menschen mit substanzbedingten Problemen, Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen, ist allerdings bisher vergleichsweise eher gering ausgeprägt. Der hohe Anteil von suchtfährdeten und suchtabhängigen älteren Menschen spiegelt sich bislang nicht in den Behandlungszahlen im Suchthilfesystem wider. Dies kann nur bedeuten, dass diese Klientel bislang nicht ausreichend von den Angeboten der Suchthilfe erreicht wird. Hier existieren Handlungsbedarfe.

Zusammenfassend stellt Sucht im Alter nach wie vor ein unterschätztes Problem dar, dem es so früh wie möglich in angemessener Weise zu begegnen gilt. Aufgrund der demographischen Entwicklung gewinnt das Thema in unserer Gesellschaft zunehmend an Brisanz. Die Folgekosten von Suchterkrankungen bei älteren Menschen werden das Gesundheitssystem in Zu-

kunft vor große Herausforderungen stellen.

Wir wissen, dass diese neue Generation älterer Menschen deutlich mehr Ressourcen für therapeutische Ansätze mitbringt. Die Prognose für eine Behandlung ist gut, vor allem, wenn die Hilfeangebote speziell auf die älteren Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden. Eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich, zwischen Akutmedizin und Suchthilfe, Altenhilfe und Gerontopsychiatrie ist notwendig, um hier den älteren Menschen mit Suchtproblemen gerecht zu werden.

Die wichtigste Voraussetzung, damit Suchttherapie, aber auch Suchtprävention im Alter gelingen kann, ist die Enttabuisierung des Themas Sucht im Alter und die Sensibilisierung für diese wachsende Problematik. Die 19. Niedersächsische Suchtkonferenz und diese Dokumentation sollen dazu einen Beitrag leisten.

# Problematischer Alkoholkonsum im Alter: Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeit

## Einleitung

Aufgrund der demographischen Vorhersagen zu den Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung tritt die Behandlung von substanzbezogenen Problemen im Alter zunehmend in den Vordergrund. Es wird vorausgesagt, dass die Zahl der Menschen über 65 Jahren in den kommenden Dekaden deutlich ansteigen wird. Dadurch entsteht eine neue Herausforderung für das Behandlungs- und Versorgungssystem, welches derzeit noch wenig auf diese Zielgruppe ausgerichtet ist. Bereits in den 1990er Jahren war die Rate der Hospitalisierungen bei Menschen über 65 aufgrund von Alkoholproblemen ähnlich hoch wie aufgrund von Herzinfarkt (Adams, Yuan, Barboriak & Rimm, 1993). Weiterhin stellt problematischer Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für die Notwendigkeit von stationärer Langzeitpflege dar (Adams & Cox, 1995). Insgesamt müssen drei verschiedene Formen problematischen Alkoholkonsums unterschieden werden:

**1.** Riskanter Alkoholkonsum bedeutet, dass die durchschnittlichen täglichen Trinkmengen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Erkrankungen darstellen. Für Menschen ab 65 Jahren gilt dabei, dass im Durchschnitt pro Tag nicht mehr als ein alkoholisches Getränk zu sich genommen werden sollte (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005). Darüber hinaus wird empfohlen, bei einer Gelegenheit nicht mehr als drei Getränke zu konsumieren.

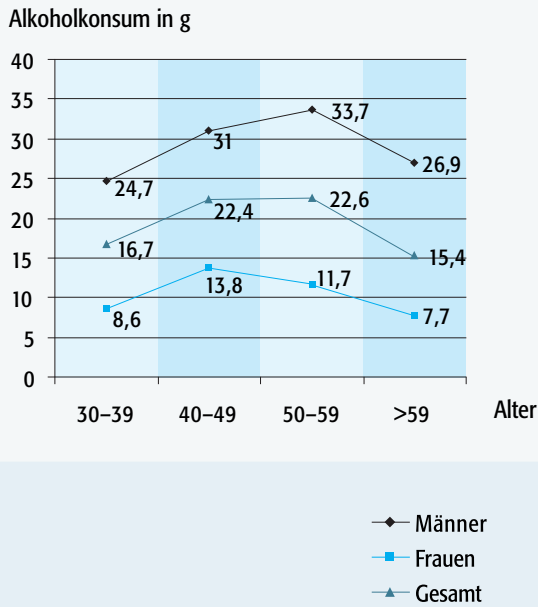
**2.** Der Alkoholmissbrauch nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) oder der schädliche Gebrauch nach ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994) setzen voraus, dass bereits ein tatsächlicher Schaden durch den Alkoholkonsum eingetreten ist; dieser kann physischer, psychischer oder sozialer Natur sein. In der jeweiligen Gewichtung unterscheiden sich dabei die beiden Klassifikationssysteme.

**3.** Die Alkoholabhängigkeit beinhaltet eine Reihe von Kriterien, die kennzeichnen, dass das Verhalten eine Form angenommen hat, welche durch eine Einschränkung des kontrollierten Verhaltens gekennzeichnet ist. Dazu gehört nach ICD-10 ein starker Wunsch / Zwang, Alkohol zu trinken, eine verminderte Kontrolle darüber, wie viel und wie lange konsumiert wird, ein körperliches Entzugssyndrom oder das Vermeiden von Entzugserscheinungen durch erneuten Konsum, die Entwicklung von Toleranz (es wird mehr Alkohol vertragen), die Vernachlässigung von Aktivitäten oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums und ein anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen. Bei Vorliegen von drei Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate wird eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Zum Teil sind diese Kriterien bei älteren Personen schwieriger zu beurteilen (Rumpf, 2007).



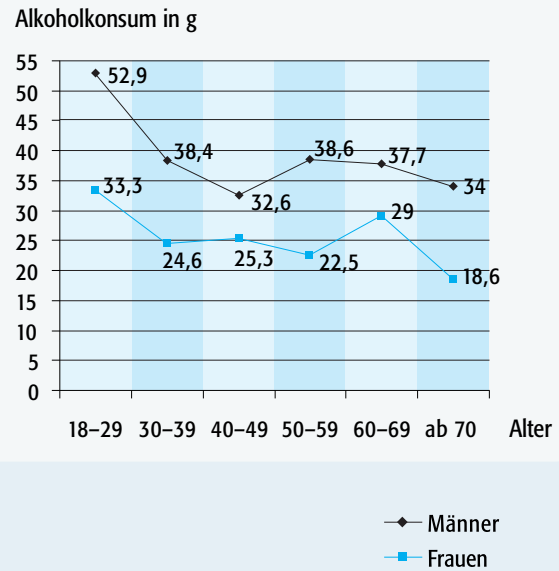
**ABB. 1: PRÄVALENZ RISKANTEN ALKOHOLKONSUMS (MÄNNER >30G, FRAUEN >20G DURCHSCHNITTLICH PRO TAG)**

Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bühringer et al. 2000)



**ABB. 2: PRÄVALENZ PROBLEMATISCHEN ALKOHOLKONSUMS (SCREENING POSITIV IM AUDIT-C\*)**

Daten des Robert Koch-Instituts (Hapke et al., im Druck)



\*AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C; Bradley et al., 1998)

## Häufigkeit problematischen Alkoholkonsums im Alter

Die epidemiologische Datenbasis für das Vorliegen von problematischem Alkoholkonsum in Deutschland ist unbefriedigend (Rumpf & Weyerer, 2006). Insgesamt geht die jeweilige Häufigkeit zurück, bleibt jedoch auf einem Niveau, welches die Versorgungsnotwendigkeit deutlich macht (Abb. 1 und Abb. 2). So zeigen Daten einer bundesweiten Befragung des Robert Koch-Instituts auf, dass bei Männern ab 70 Jahren bei 34% der Hinweis auf einen problematischen Alkoholkonsum vorlag (Hapke, Hanisch, Ohlmeier, Rumpf & Scheidt-Nave, im Druck). Die Einschätzung erfolgte mit Hilfe des Alcohol Use

Disorders Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C; Bradley et al., 1998). Ältere Daten auf Basis von Grenzwerten riskanten Konsums kommen auf etwas geringere Raten (Bühringer et al., 2000). Der insgesamt zu verzeichnende Rückgang des allgemeinen sowie des problematischen Alkoholkonsums im Alter ist auf Veränderung des Stoffwechsels, eine Verschlechterung der Gesundheit, die Entstehung chronischer Erkrankungen und die Zunahme eines gesundheitsorientierten Lebensstils sowie auf alkoholbezogene Mortalität zurückzuführen. Ein weiterer Faktor ist jedoch ebenso die anstei-

gende Remissionsrate. In der Epidemiologic Catchment Area Study wiesen die Daten einen stetigen Anstieg der Remittierten über die Lebensjahre auf und erreichten bei den über 65-Jährigen 77% bei den Männern und 69% bei den Frauen (Robins & Regier, 1991). Ein Teil davon ist auf Behandlung zurückzuführen, der größere Anteil davon erfolgt allerdings ohne formelle Hilfe (vgl. Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer & John, 2009). In einer Stichprobe von 51- bis 65-Jährigen waren bei Nachuntersuchungen nach 4 und 10 Jahren insgesamt 73% ohne formelle Hilfen remittiert (Schutte, Moos & Brennan, 2006).

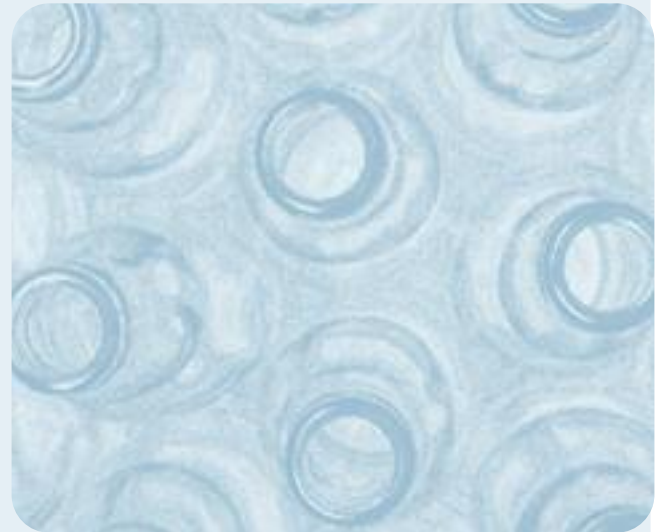
## Wirksamkeit von Interventionen

Die folgenden Ausführungen basieren auf einer aktuellen Übersichtsarbeit (Rumpf, John, Hapke & Bischof, im Druck). Hinsichtlich der pharmakotherapeutischen Behandlung liegen nur wenige Daten für ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum vor. Dabei wird Antabus (Disulfiram) wegen der Unverträglichkeitsreaktionen als nicht empfehlenswert angesehen (s. Lieb, Rosien, Bonnet & Scherbaum, 2008). Zu dem Anticraving-Medikament Campral (Acamprosat) liegen keine Studien vor. Die zweite insgesamt gut untersuchte Substanz in diesem Bereich, Naltrexon, wurde in zwei Studien bei älteren Personen geprüft. Es konnte bei den älteren Patientinnen und Patienten eine bessere Compliance gefunden werden, insgesamt zeigte sich die gleiche Wirksamkeit verglichen zu Jüngeren (Oslin, Liberto, O'Brien, Krois & Norbeck, 1997; Oslin, Pettinati & Volpicelli, 2002).

In Bezug auf suchtspezifisch-psychotherapeutische Behandlung findet sich hinsichtlich des kurzfristigen Therapieerfolgs bei älteren Patientinnen und Patienten eine mindestens vergleichbar gute Erfolgsquote (Rice, Longabaugh, Beattie & Noel, 1993; Satre, Mertens, Arean & Weisner, 2003). Bei längerfristigen Follow-up-Zeiträumen erwiesen sich die

Outcome-Raten in den älteren Stichproben besser als bei jüngeren (Lemke & Moos, 2003; Oslin et al., 2002; Weisner, Ray, Mertens, Satre & Moore, 2003). Dabei unterscheiden sich jüngere und ältere Patientinnen und Patienten in der Form, dass die älteren häufiger verheiratet waren, eine schlechtere Gesundheit aufwiesen, seltener eine komorbide

Drogenproblematik hatten und ein geringeres Ausmaß an Problemen mit dem Gesetz oder Problemen im familiären Bereich zeigten (Satre, Mertens, Arean & Weisner, 2004). Auch konnte bei ihnen eine längere Behandlungsdauer verzeichnet werden. Als Prädiktor für die Abstinenz nach 5 Jahren hatte das Alter keine eigenständige signifikante Bedeu-



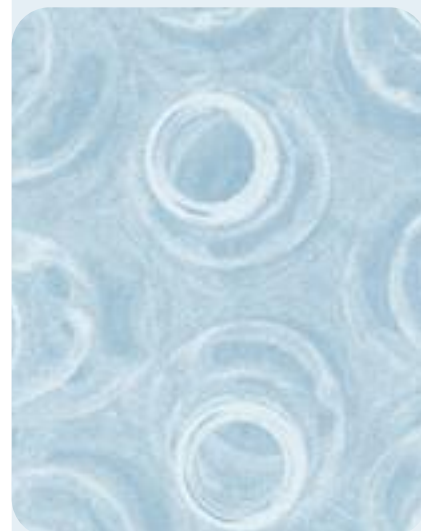
tung, hingegen waren die Länge des Aufenthalts in der Behandlungseinrichtung und das Fehlen von Freunden oder Familienmitgliedern, welche zum Trinken oder Drogenkonsum ermutigten, bedeutsam (Satre et al., 2004). Hinsichtlich der altersspezifischen Anpassung von Therapieprogrammen sind wenige Daten vorhanden. Es zeigen sich dabei jedoch bessere Haltequoten (Liberto, Oslin & Ruskin, 1992; Schonfeld & Dupree, 1995) und es besteht auch ein Hinweis auf bessere Abstinenzraten (Kashner, Rodell, Ogden, Guggenheim & Karson, 1992).

Da insgesamt nur wenige Menschen suchtspezifische Hilfen aufsuchen (Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2006; Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000) und dieses in mindestens gleicher Weise für ältere Personen anzunehmen ist, erscheinen Frühinterventionsmaßnahmen – insbesondere in Einrichtungen der medizinischen Versorgung – notwendig, um hier proaktiv Kurzinterventionen anzubieten. Insgesamt konnten sich solche Maßnahmen in bislang vier Studien als wirksam erweisen (Fink, Elliott, Tsai & Beck, 2005; Fleming, Manwell, Barry, Adams & Stauffacher, 1999; Gordon et al., 2003; Oslin et al., 2006). So zeigte sich z.B. im Vergleich zur

unbehandelten Kontrollgruppe eine um 34% höhere Abnahme des Konsums und eine um 75% höhere Reduktion der Anzahl von Episoden mit Rauschtrinken (Fleming et al., 1999).

## Fazit

Insgesamt nehmen der allgemeine wie auch der riskante Alkoholkonsum sowie Missbrauch und Abhängigkeit im Alter ab, dennoch wird die Zahl der Menschen mit problematischem Alkoholkonsum aufgrund der Bevölkerungsentwicklung deutlich zunehmen. Therapeutische Maßnahmen sind insgesamt wirksam, hinsichtlich des längerfristigen Erfolges zeigen sich sogar bessere Raten bei älteren Personen. Eine Anpassung der Therapieprogramme an die Bedürfnisse und Lebenssituationen der älteren Menschen erscheint sinnvoll. Insbesondere stellt jedoch die bessere Versorgung der älteren Menschen mit adäquaten Hilfen oder Interventionen eine besondere Herausforderung dar. Hier erscheinen Maßnahmen der Frühentdeckung und Kurzintervention in der medizinischen Versorgung besonders aussichtsreich und notwendig.



## Literatur

- ADAMS, W. L. & COX, N. S. (1995). Epidemiology of problem drinking among elderly people. *The International Journal of the Addictions*, 30, 1693–1716.
- ADAMS, W. L., YUAN, Z., BARBORIAK, J. J. & RIMM, A. A. (1993). Alcohol-related hospitalizations of elderly people. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1222–1225.
- BRADLEY, K. A., MCDONELL, M. B., BUSH, K., KIVLAHAN, D. R., DIEHR, P. & FIHN, S. D. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1842–1849.
- BÜHRINGER, G., AUGUSTIN, R., BERGMANN, E., BLOOMFIELD, K., FUNK, W., JUNGE, B., KRAUS, L., MERFERT-DIETE, C., RUMPF, H.-J., SIMON, R. & TÖPPICH, J. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. *Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft*.
- DAWSON, D. A., GRANT, B. F., STINSON, F. S. & CHOU, P. S. (2006). Estimating the effect of help-seeking on achieving recovery from alcohol dependence. *Addiction*, 101, 824–834.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. & SCHULTE-MARKWORT, E. (Eds.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: *ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- FINK, A., ELLIOTT, M. N., TSAI, M. & BECK, J. C. (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc*, 53, 1937–1943.
- FLEMING, M. F., MANWELL, L. B., BARRY, K. L., ADAMS, W. & STAUFFACHER, E. A. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*, 48, 378–384.
- GORDON, A. J., CONIGLIARO, J., MAISTO, S. A., MCNEIL, M., KRAEMER, K. L. & KELLEY, M. E. (2003). Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Subst Use Misuse*, 38, 1017–1035.
- HAPKE, U., HANISCH, C., OHLMEIER, C., RUMPF, H.-J. & SCHEIDT-NAVE, C. (im Druck). Ergebnisse zur Epidemiologie des Alkoholkonsums bei in Privathaushalten lebenden älteren Menschen. *Sucht*.
- KASHNER, T. M., RODELL, D. E., OGDEN, S. R., GUGGENHEIM, F. G. & KARSON, C. N. (1992). Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hosp Community Psychiatry*, 43, 985–989.
- LEMKE, S. & MOOS, R. H. (2003). Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 43–50.
- LIBERTO, J. G., OSLIN, D. W. & RUSKIN, P. E. (1992). Alcoholism in older persons: a review of the literature. *Hosp Community Psychiatry*, 43, 975–984.
- LIEB, B., ROSIEN, M., BONNET, U. & SCHERBAUM, N. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 76, 75–85.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. (2005). Helping patients who drink too much. *A Clinician's Guide: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*.
- OSLIN, D., LIBERTO, J. G., O'BRIEN, J., KROIS, S. & NORBECK, J. (1997). Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry*, 5, 324–332.
- OSLIN, D. W., GRANTHAM, S., COAKLEY, E., MAXWELL, J., MILES, K., WARE, J., BLOW, F. C., KRAHN, D. D., BARTELS, S. J., ZUBRITSKY, C., OLSEN, E., KIRCHNER, J. E. & LEVKOFF, S. (2006). PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatr Serv*, 57, 954–958.
- OSLIN, D. W., PETTINATI, H. & VOLPICELLI, J. R. (2002). Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10, 740–747.
- RICE, C., LONGABAUGH, R., BEATTIE, M. & NOEL, N. (1993). Age group differences in response to treatment for problematic alcohol use. *Addiction*, 88, 1369–1375.
- ROBINS, L. N. & REGIER, D. A. (Eds.). (1991). Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study. *New York: The Free Press*.
- RUMPF, H.-J., MEYER, C., HAPKE, U., BISCHOF, G. & JOHN, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, 9–17.
- RUMPF, H. J. (2007). Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, 201–206.
- RUMPF, H. J., BISCHOF, G., HAPKE, U., MEYER, C. & JOHN, U. (2009). Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. *Sucht*, 55, 75–85.

- RUMPF, H. J., JOHN, U., HAPKE, U. & BISCHOF, G. (im Druck). Möglichkeiten der Intervention bei Alkoholproblemen im höheren Lebensalter. *Sucht*.
- RUMPF, H. J. & WEYERER, S. (2006). Suchterkrankungen im Alter. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.), *Jahrbuch Sucht* (pp. 189–199). Geesthacht: Neuland.
- SAB, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- SATRE, D. D., MERTENS, J., AREAN, P. A. & WEISNER, C. (2003). Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *J Stud Alcohol*, *64*, 520–530.
- SATRE, D. D., MERTENS, J. R., AREAN, P. A. & WEISNER, C. (2004). Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction*, *99*, 1286–1297.
- SCHONFELD, L. & DUPREE, L. W. (1995). Treatment approaches for older problem drinkers. *Int J Addict*, *30*, 1819–1842.
- SCHUTTE, K. K., MOOS, R. H. & BRENNAN, P. L. (2006). Predictors of untreated remission from late-life drinking problems. *J Stud Alcohol*, *67*, 354–362.
- WEISNER, C., RAY, G. T., MERTENS, J. R., SATRE, D. D. & MOORE, C. (2003). Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol Depend*, *71*, 281–294.

## Die Tablette ist für mich wie ein Freund Medikamentengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit im Alter

Jeden Tag das gleiche Ritual, seit 14 Jahren: Eine 63-jährige Lehrerin kommt mittags nach Hause, bereitet sich einen Tee und nimmt dazu ein Beruhigungsmittel vom Benzodiazepin-Typ ein – zur Entspannung, wie sie sagt, zum Abschalten. Die Frage, ob sie abhängig von diesem Mittel ist, würde sie entrüstet verneinen. Zum einen hat sie nie die Dosis steigern müssen, zum anderen verschreibt ihr eine Ärztin das rezeptpflichtige Mittel seit vielen Jahren und der Apotheker händigt ihr die Packung kommentarlos aus – diese Expertinnen und Experten müssten die „Nebenwirkung“ Abhängigkeit doch kennen und sie darauf hinweisen. Nein, abhängig fühlt sie sich überhaupt nicht. Sie fühlt sich wohl mit diesem Mittel, das ihr hilft, den Alltag zu bewältigen.

So wie dieser Lehrerin geht es noch immer vielen Menschen in Deutschland: Schätzungen zum Grund der Konsummuster bei Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial weisen darauf hin, dass 1,5 Mio., viele Fachleute meinen sogar 1,9 Mio. Menschen, bei uns abhängig sind von Arzneimitteln, 2/3 von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die übrigen von

starken Schmerz- und Migränemitteln, von Hustenmitteln und Psychostimulanzien. Die Zahlen sind seit vielen Jahren relativ konstant. Es sind vor allem die verschreibungspflichtigen Mittel, die zu einem Abhängigkeitsproblem führen können. 4–5% aller ärztlich verordneten Präparate dieser Gruppe (rd. 35 von 690 Mio. im Jahre 2007, zusätzlich werden etwa 140 Mio. Packungen rezeptfreier Arzneimittel verordnet) haben ein eigenes Abhängigkeitspotenzial. Die Mittel sind – für sich betrachtet – nach wie vor wichtig in der Behandlung: So wirken Benzodiazepine, die seit 1960 auf dem Markt angeboten werden – Librium (1960) und Valium (1963) waren die ersten Produkte – gut bei Angst- und Panikattacken, bei Schlafstörungen, bei Krämpfen oder zur Muskelentspannung vor Operationen. Der Missbrauch in der Verschreibung beginnt aber dann, wenn diese Mittel über zu lange Zeiträume, z.B. länger als drei Monate aufeinander folgend verschrieben und geschluckt werden – in diesen Fällen ist eine Abhängigkeitsentwicklung kaum noch zu vermeiden. Solange diese Mittel eingenommen werden, wobei bei den meisten Menschen die ursprüngliche Dosierung nicht

einmal gesteigert werden muss („low-dose-dependency“), sind keine Absetz- oder Entzugssymptome zu bemerken. Wenn aber diese Mittel nach einer solchen Zeit drei oder vier Tage nicht eingenommen werden, kommt es zu typischen Symptomen für einen Entzug, z.B. zu Unruhe, Schweißausbrüchen, Schlaflosigkeit oder Aggressionen. Die fortgesetzte Verschreibung und Einnahme bedeutet damit auch ein „Entzugsvermeidungsverhalten“ – eine therapeutische Wirkung ist nach einer solchen Einnahmezeit nicht mehr zu erwarten. Zu den problematischen Arzneimitteln gehören auch die Folgeprodukte der Benzodiazepin-Schlafmittel, die sog. Z-Drugs, vor allem Zopiclon oder Zolpidem. Zunächst wurde davon ausgegangen, mit diesen Mitteln risikoärmere Varianten verschreiben zu können. Diese Hoffnung hat sich jedoch nicht unbedingt bewahrheitet.

Es sind vor allem ältere Menschen und darunter als Hauptanteil Frauen, die unter der Arzneimittelabhängigkeit leiden, von der sie allein nur in den seltensten Fällen loskommen. Ambulante Entzugsbehandlungen reichen meist nicht aus, eine statio-



näre Therapie ist üblicherweise notwendig. Und wer es ambulant versucht, braucht Geduld: Die Mittel vom Benzodiazepin-Typ dürfen nie abrupt abgesetzt werden, weil dann Entzugserscheinungen nicht zu vermeiden sind. Sie müssen „ausgeschlichen“ werden: Dabei wird die bisher eingenommene Dosierung langsam verringert – meist dauert es die Anzahl an Monaten gemessen an der Einnahmezeit in Jahren, um ganz von diesen Beruhigungs- und Schlafmitteln loszukommen.

Dass Frauen diese Mittel besonders häufig verordnet bekommen, hängt vor allem auch mit ihrer sozialen Lage in unserer Gesellschaft zusammen. Sie sind – so zeigt es auch die Gender-Forschung – für Harmonie und Funktionsfähigkeit der Ehe und Familie verantwortlich. Insbesondere im höheren Alter, wenn die Kinder aus dem Haus sind und die Arbeit für den Mann im Lebensmittelpunkt steht, fühlen sie sich entwertet („empty-nest-syndrome“). Sie leiden unter Unzufriedenheit und Ängsten, unter Schlaflosigkeit und depressiven Verstimmungen. Arzneimittel scheinen sich in solchen Fällen als schnelle Lösung anzubieten. Diese stabilisie-

ren und helfen dabei, auch veränderungsbedürftige Situationen in Familie und Gesellschaft aufrechtzuerhalten – schlucken und schweigen!

Frauen kompensieren ihre Probleme anders als Männer. Sie sind in sich gewandt und leise, introvertiert. Männer richten ihre Kompensation eher nach außen, werden aggressiv und laut, extrovertiert.

Die Arzneimittelabhängigkeit ist daher die typisch weibliche Sucht – unauffällig, nach innen gekehrt, leise und dennoch ebenso problematisch wie die Abhängigkeit von Alkohol, die vergleichsweise typisch bei Männern vorkommt – in nahezu der gleichen Häufigkeit!

Und dennoch gibt es erhebliche Unterschiede: Arzneimittel werden von Ärztinnen und Ärzten verschrieben sowie von Apothekerinnen und Apothekern verkauft. Es steht also nicht unbedingt die eigene Entscheidung für einen Missbrauch dieser Mittel im Vordergrund, sondern ein Missbrauch und eine Abhängigkeitsentwicklung, die von Expertinnen und Experten begleitet wird. Daher ist die Verantwortung dieser Perso-

nen auch vor allem gefragt, wenn es um die Prävention der „Sucht auf Rezept und aus der Apotheke“ geht. Denn es sind nicht nur verschreibungspflichtige Mittel, die zur Abhängigkeit führen können. Es sind auch Mittel aus der Gruppe der 630 Mio. verkauften Packungen der Selbstmedikation, die nicht unproblematisch sind: Abschwellende Nasentropfen können ebenso auf Dauer (nach längerer Anwendung als 5–7 Tage) zur Gewöhnung und Missbrauch führen wie alkoholhaltige Stärkungs- und Grippemittel oder auch koffeinhaltige Schmerzmittelkombinationen wie Thomapyrin, die mit dem Hinweis auf eine 15 Minuten schnellere Wirkung beworben werden: Statt 80 Minuten werden 50% des Schmerzes bereits nach 65 Minuten reduziert. Als ob es darauf in der Selbstmedikation ankommt, wenn gleichzeitig das Risiko einer missbräuchlich häufigen Anwendung solcher Mittel wegen des leicht stimulierenden Koffeins möglich ist: Eine Risiko-Nutzen-Bewertung wird deshalb negativ ausfallen!

Nicht-rezeptpflichtige Schmerzmittel gehören aber zu den meist beworbenen Mitteln in Fernsehen, Radio

und Zeitschriften – rund 200 Mio. Euro lassen sich die Firmen diese öffentliche Darstellung kosten, 500 Mio. für die gesamte Selbstmedikation. Die Werbung für Arzneimittel mit einem möglichen Missbrauchspotenzial sollte daher grundsätzlich verboten werden – übrigens auch in den Schaufenstern der Apotheken.

Die Bundesärztekammer hat 2007 einen Leitfaden für die ärztliche Praxis zum Umgang mit abhängigkeitsfördernden Arzneimitteln publiziert, die Apothekerinnen und Apotheker haben im Jahre 2008 für ihren Bereich nachgezogen, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, hat dieses Thema zum Schwerpunkt 2008 gemacht. Dies ist nachdrücklich zu unterstützen. Es muss aber auch möglich sein, Verstöße gegen eine gute Verschreibungs- oder gegen eine gute Beratungspraxis zu ahnden. Einzelne Prozesse, die abhängig gemachte Personen gegen ihre Ärztinnen und Ärzte anstrengen und tatsächlich auch „Schmerzensgeld wegen ihrer erlittenen seelischen Leiden“ einklagen konnten, sind da nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Die für die „Ethik“ verantwortlichen Ärzte- und Apothekenkammern sind hier ebenso in der Pflicht wie die für die Ökonomie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Apothekerverbände. Eine einmalige

Publikation von Leitfäden reicht da nicht aus – die Verschreibungs- und Beratungspraxis muss vielmehr kontinuierlich überprüft werden, zum einen durch die Auswertung der Rezepte, zum anderen durch Testkäufe in Apotheken (pseudo-customer).

Die Auswertung der Rezepte stößt aber mehr und mehr auf Probleme: Der Anteil der privat verordneten Mittel steigt ständig an! Während im Arzneiverordnungs-Report Jahr für Jahr darauf hingewiesen wird, dass z.B. bei den Schlafmitteln das Problem der Verordnung abhängigkeits-induzierender Arzneimittel deutlich zurückgeht (angeblich aufgrund wirksamer Informationen), zeigt der Packungsverbrauch in Deutschland insgesamt kaum Veränderungen: Die Menge der Packungen, die von der Industrie verkauft und über die Großhandlungen in die Apotheken gelangen, ist seit Jahren relativ konstant geblieben. Die Ärztinnen und Ärzte verordnen solche Mittel offensichtlich schlicht und ergreifend auf Privatrezepten. Die Mittel werden dann von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt und die Transparenz über die dauerhafte Verordnung von Arzneimitteln mit Suchtpotenzial wird damit verschleiert.

Ein letzter Aspekt, der den Missbrauch mit Arzneimitteln fördert: Derzeit werden auch in vielen Zeitschriften

„synthetische Schlaumacher“ („Viagra fürs Gehirn“) beworben. Dazu gehören meist anregende Mittel, die üblicherweise gegen Depressionen, gegen die Alzheimer-Demenz oder gegen ADHS eingesetzt werden. Solche Hinweise verführen. Sie geben vor, die Leistungsfähigkeit und Konzentration fördern und Prüfungen besser bestehen zu können. Diese Mittel sind nie für Gesunde oder für das „Alltagsdoping“ zugelassen worden. Nur: Das Internet bietet all diese Mittel an und sie werden bei dubiosen Händlern bestellt, ohne richtige Information und oft gefälscht!

Die wirksamste Prävention ist letztlich die Vermeidung der „Nebenwirkung“ Abhängigkeit durch die richtige Anwendung von und Empfehlung für Arzneimittel. Fachleute wie Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker haben daher eine besondere Verantwortung, um die Patientinnen und Patienten vor Missbrauch und Abhängigkeit zu schützen. Das Angebot solcher Arzneimittel durch pharmazeutische Hersteller erzwingt schließlich noch keine Verordnung und keinen Verkauf. Vor allem bei der im Zusammenhang mit der Abhängigkeitsentwicklung noch immer wichtigsten Gruppe, den Benzodiazepin-haltigen Mitteln und den Z-Drugs, sollte die 4 K-Regel immer beachtet werden:



- Klare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)
  - Kleinste notwendige Dosis
  - Kurze Anwendung (maximal 14 Tage)
  - Kein abruptes Absetzen
- Dieser Hinweis sollte in allen Arztpraxen und Apotheken aushängen und in den Beipackzettel aufgenommen werden, damit sowohl Fachpersonal als auch Patientinnen und Patienten die Gefährdung, die durch das Abhängigkeitspotenzial bestimmter Arzneimittel besteht, immer vor Augen haben.

## Anhang

TABELLE 1 DIE MEIST VERKAUFTEN SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL 2007

Rang	Name	Wirkstoff(e)	Packg. in (Mio.)	Missbrauchs-/ Abhängigkeitspotenzial	Rezeptpflicht
1	Hoggar N	Doxylamin	2,35	Eher nicht*)	nein
2	Vivinox SLEEP	Diphenhydramin	1,31	Eher nicht*)	nein
3	Zopiclon ratio	Zopiclon	0,99	++ (bis +++)	ja
4	Zolpidem-ratio	Zolpidem	0,69	++ (bis +++)	ja
5	Stilnox	Zolpidem	0,67	++ (bis +++)	ja
6	Betadorm D	Diphenhydramin	0,66	Eher nicht*)	nein
7	Schlafsterne ret.	Doxylamin	0,59	Eher nicht*)	nein
8	Noctamid	Lormetazepam	0,55	+++	ja
9	Zolpidem Stada	Zolpidem	0,55	++ (bis +++)	ja
10	Zopiclon AL	Zopiclon	0,54	++ (bis +++)	nein
11	Lendormin	Brotizolam	0,52	+++	ja
12	Radedorm	Nitrazepam	0,51	+++	ja
13	Planum	Temazepam	0,47	+++	ja
14	Zopiclon ct	Zopiclon	0,40	++ (bis +++)	ja
15	Zopiclon AL	Zopiclon	0,40	++ (bis +++)	nein
16	ZOP	Zopiclon	0,38	++ (bis +++)	nein
17	Zopiclon Stada	Zopiclon	0,38	++ (bis +++)	ja
18	Rohypnol	Flunitrazepam	0,34	+++	ja
19	Flunitrazepam ratio	Flunitrazepam	0,34	+++	ja
20	Remestan	Temazepam	0,34	+++	nein

\*) Diese „eher-nicht-Einschätzung“ bezieht sich auf den „bestimmungsgemäßen Gebrauch“. Bei missbräuchlich hoch dosiertem Dauerkonsum von Diphenhydramin und Doxylamin (z.B. >200 mg) kann es aber zu Toleranzentwicklung und Entzugssyndromen kommen.

## 1. Schlaf- und Beruhigungsmittel

Im Jahre 2007 wurden insgesamt 29,5 Mio. Packungen Schlaf- und Beruhigungsmittel verkauft (-2% gegenüber 2005), darunter vor allem Mittel, die Benzodiazepin- und Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe (19,9 Mio. oder 57% aller Packungen) oder pflanzliche Extrakte wie z.B. Baldrian-, Hopfen- oder Passionsblumenextrakte enthalten (9,6 Mio. Packungen oder 43% aller Packungen). Der Industrieumsatz beträgt etwa 126 Mio. Euro, welcher einem Apothekenumsatz von rund 380 Mio. Euro entspricht. Mittel mit Barbitursäurederivaten werden kaum noch

verordnet (78 Tsd. Packungen (0,1%)). Häufig verkaufte pflanzliche Mittel wie z.B. „Baldriparan stark für die Nacht“, Mittel zur Beruhigung (zusammen 2,1 Mio. Packungen) oder Mittel wie „Kytta Sedativum“ (480 Tsd. Packungen) sind in der Übersicht nicht aufgeführt, da sie kein substanzspezifisches Missbrauchspotenzial mit sich bringen. Allerdings ist eine schlafanstoßende Wirkung nur bedingt von solchen Mitteln zu erwarten.

## 2. Tranquilizer

Bei den als Tranquilizer verordneten Arzneimitteln, die gegen Angst- und

Panikattacken, gegen Fieberkrämpfe (v.a. bei Kindern) und zur Muskelentspannung (v.a. vor Operationen) eingesetzt werden, dominieren im Gegensatz zu den Schlaf- und Beruhigungsmitteln noch immer die klassischen Benzodiazepine, die sich allesamt von den im Jahre 1960 bzw. 1963 erstangebotenen Mitteln Librium und Valium der Firma Hoffmann LaRoche herleiten. Im Jahre 2007 wurden knapp 11,2 Mio. Packungen verkauft, rund 2% weniger als noch im Jahre 2006. Der Umsatz für die Hersteller betrug etwa 34 Mio. Euro, nach Apothekenverkaufspreisen etwa 300 Mio. Euro.

TABELLE 2: DIE MEIST VERKAUFTEN TRANQUILIZER 2007 (ALLE REZEPTPFLICHTIG)

Rang	Name	Wirkstoff(e)	Packg. in (Mio.)	Missbrauchs-/Abhängigkeitspotenzial
1	Diazepam-ratiopharm	Diazepam	1,51	+++
2	Tavor	Lorazepam	1,19	+++
3	Bromazanil-Hexal	Bromazepam	0,84	+++
4	Oxazepam-ratiopharm	Oxazepam	0,76	+++
5	Adumbran	Oxazepam	0,71	+++
6	Lorazepam-neurax	Lorazepam	0,49	+++
7	Normoc	Bromazepam	0,32	+++
8	Lexotanil 6	Bromazepam	0,30	+++
9	Lorazepam ratio	Lorazepam	0,30	+++
10	Faustan	Diazepam	0,28	+++
11	Oxazepam AL	Oxazepam	0,25	+++
12	Tranxilium	Dikaliumclorazepat	0,25	+++
13	Tafil	Alprazolam	0,22	+++
14	Durazanil	Bromazepam	0,21	+++
15	Lorazepam Dura	Lorazepam	0,18	+++

### 3. Andere Psychopharmaka

Insgesamt sind die im weitesten Sinne „aktivierenden“ oder atypischen Psychopharmaka deutlich „im Aufwind“. Sie legen bei den Packungsverkäufen deutlich zu. Dies mag auch daran liegen, dass bestimmte Antidepressiva (v.a. SSRIs) oder auch Psychostimulanzien keineswegs nur von Patientinnen und Patienten eingenommen werden, sondern auch Gesunde meinen, sich mit diesen Mitteln eine bessere Konzentrations- und Denkfähigkeit verschaffen zu können. Zu den Psychostimulanzien gehören vor allem die Wirkstoffe (Schulz, 2008):

- Methylphenidat in Ritalin, Concerta oder Medikinet (Betäubungsmittel v.a. zur Therapie hyperkinetischer Störungen („Zappelphilipp“)),
- Modafinil in Vigil (verschreibungspflichtiges Mittel bei Narkolepsie oder Schichtarbeitersyndrom),
- Amfepramon, Cathin und Phenylpropanolamin (alle verschreibungspflichtig als Appetitzügler) und
- Ephedrin (in Zubereitungen >10mg zum Schlucken verschreibungspflichtig).

Die Mittel werden offen als „synthetische Schlaumacher“ beschrieben, als „Viagra fürs Gehirn“,

z.B. in der Juni-Ausgabe der Studentenzeitschrift „Unicum“. Dies ist ein Aufruf zum Missbrauch – für die Anwendung bei Gesunden wurden diese Mittel weder geprüft noch zugelassen. Dubiose Anbieter im Internet verschicken solche Produkte allerdings auch ohne Rezept – ein gefährlicher Pillenklick.

Besondere Aufmerksamkeit muss auch den neuen Antidepressiva aus der Gruppe der Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) geschenkt werden. Diese Mittel (viel verkauft werden z.B. Mittel mit den Wirkstoffen Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin oder Sertralin) führen bei längerer Anwendung offensichtlich wegen einer möglicherweise entstandenen psychischen Abhängigkeit zu Problemen beim Absetzen – daher ist das „Ausschleichen“ der Mittel dringend anzuraten.



### 4. Ausgewählte Beispiele aus der Selbstmedikation

Im Jahre 2007 wurden insgesamt 149,3 Mio. Packungen Schmerzmittel verkauft, davon 122 Mio. ohne Rezept (rund 80%). Die Schmerzbehandlung in Deutschland ist damit vor allem eine Behandlung im Rahmen der Selbstmedikation – allein 80 Mio. Packungen entfallen auf die in der Tabelle 1 genannten Mittel. Nur wenige dieser nicht-rezeptpflichtigen Mittel werden auch verordnet, z.B. Mittel mit Paracetamol zur Fiebersenkung bei Kindern. Die Rangfolge der Mittel ist seit vielen Jahren ähnlich, mit Ausnahme von Thomapyrin, einer Schmerzmittelkombination aus Azetylsalizylsäure, Paracetamol und Koffein (Stiftung Warentest: „Wenig geeignet, nicht sinnvolle Kombination“): Im letzten Jahr stand dieses Mittel noch auf

Platz drei, in diesem Jahr ist es auf Platz sechs abgerutscht, die verkauften Packungsmengen sind deutlich gesunken – ein erwünschter Effekt. Dennoch: Die Werbemaßnahmen der Herstellerfirma Boehringer-Ingelheim sind nicht zu übersehen. Die Firma will von dieser missbrauchsbelasteten Kombination mit dem psychisch anregenden Coffein nicht lassen. Schwer verständlich ist in diesem Zusammenhang auch eine Empfehlung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, die zuletzt Anfang September 2003 zugunsten dieses unnötigen Kombinationschmerzmittels publiziert wurde. Ein sinnvoller Wirkstoff reicht in der Selbstmedikation für ein Schmerzmittel (z.B. wie in Paracetamol-ratiopharm, Aspirin, ASS-ratiopharm oder Dolormin).

In einem 2007 erschienenen Leitfaden der Bundesärztekammer mit dem Titel „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ (BÄK 2007) wird auf den Seiten 26 und 27 (in der online-Version) in diesem Zusammenhang folgendes ausgeführt:

„Prädisponiert für einen Analgetika-Abusus sind Patienten, die ursprünglich an Migräne und/oder Spannungskopfschmerz litten. (...) Bei häufiger Einnahme von Analgetika – d.h. an mehr als der Hälfte aller Tage eines Monats – kann es schon nach wenigen Wochen, meistens aber erst nach Jahren zu einem medikamenteninduzierten Dauer-

kopfschmerz kommen (Dauer bis zum Auftreten bei frei verkäuflichen Schmerzmitteln im Mittel 4,7 Jahre, bei Triptanen 1,7 Jahre). Hatte man ursprünglich angenommen, dass nur ergotaminhaltige Präparate zum Dauerkopfschmerz führten, so hat sich inzwischen herausgestellt, dass alle Medikamente zur Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz hervorrufen können. Zwischen 1 und 2% der Bevölkerung sind davon betroffen.

Besonders problematisch sind analgetische Mischpräparate. Mischanalgetika sind Arzneimittel, die ein oder mehrere peripher wirksame Schmerzmittel sowie zusätzlich einen oder mehrere Kombinationspartner mit Wirkung auf das ZNS, z.B. Koffein

oder Codein, enthalten. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass die Wirkung von Azetylsalicylsäure oder von Paracetamol durch die Kombination mit Koffein oder Codein verstärkt wird.

Der Gebrauch von Mischanalgetika ist in der Bevölkerung weithin verbreitet, zumal einige von ihnen frei verkäuflich sind (Schmerzmittel mit Koffein). Motor der Einnahme ist zunächst der analgetische Effekt, zur Aufrechterhaltung der Medikation kann die psychische Situation beitragen. Ist nach länger dauerndem Gebrauch eine Gewöhnung eingetreten, rufen die im Entzug auftretenden vegetativen Symptome, insbesondere der Entzugskopfschmerz, ein starkes Bedürfnis nach erneuter Einnahme des Mittels hervor.“



**Indizien für Analgetika-Kopfschmerz:**

Verdacht auf Ergotamin-, Triptan- oder Analgetikakopfschmerz bei

- mehr als 20 Kopfschmerztabletten im Monat
- täglichem Kopfschmerz von mehr als 10 Stunden
- regelmäßiger Einnahme von Analgetika oder Ergotamin, Dihydroergotamin oder Triptanen (Ergotamin und Dihydroergotamin sind wenig geeignete Mittel zur Behandlung von Migräne, Triptane sind dagegen geeignete Mittel zur Migränebehandlung)
- Einnahme in Kombination mit Codein, anderen Opioiden, Coffein, Antihistaminika
- fehlendem Zusammenhang zwischen ursprünglichen Kopfschmerzen (z.B. Spannungskopfschmerzen, Migräne) und derzeitigem Kopfschmerzsyndrom

**Daher auf Anwendungsbeschränkungen achten, um den analgetikainduzierten Kopfschmerz zu vermeiden:**

- Kopfschmerz- und Migränemittel  
nicht länger als 3 Tage hintereinander und nicht häufiger als an 10 Tagen im Monat einnehmen
- Triptane:  
max. 2 x pro 24 Stunden  
max. 3 x pro Attacke (nach Verordnung)  
max. 2 x pro Attacke (Selbstmedikation, z.B. mit Formigran) und nicht häufiger als an 10 Tagen pro Monat

LITERATUR BEIM VERFASSER

# Ältere Drogenabhängige in Deutschland und anderen europäischen Ländern

## Sachstand und Ausblick<sup>2</sup>

### Ausgangslage und Problemdefinition

Mit Drogenkonsum und Drogenproblemen verbindet man im Allgemeinen jugendlichen Leichtsinn, also generell Jugendliche und junge Erwachsene – nicht Menschen, die sich dem Rentenalter nähern oder schon Rentner bzw. Rentnerinnen sind. Das liegt u.a. daran, dass Alkohol- und Drogenexzesse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen von den Medien oft begierig aufgegriffen und ausgiebig im Fernsehen, im Internet und in den Zeitungen und Zeitschriften diskutiert werden. Dabei wird oft vergessen, dass auch junge Menschen, die nicht nur einmal, sondern immer wieder psychoaktive Substanzen exzessiv konsumieren, ein hohes Risiko haben, von diesen abhängig zu werden. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind psychische Störungen, die oft einen chronischen Verlauf haben: Auf anfängliche eher vereinzelte Konsumexzesse folgen Phasen mit hohem täglichen Konsum, die von Versuchen der Konsumreduktion und zeitweiser Abstinenz unterbrochen sein können. Kommt es zum Rückfall, folgt erneut eine (lange) Phase mit hohem täglichem Konsum. Die Abstinenzphasen werden mit der Zeit immer kürzer und bleiben schließlich ganz aus.

Darüber vergehen Jahre; die einstmaligen jungen Konsumenten von Drogen werden entsprechend älter. Wer den Absprung in den kontrollierten Konsum oder die Abstinenz nicht schafft, altert mit der Krankheit.

Die Folgen für die Betroffenen sind ganz unterschiedlich und variieren systematisch mit den Substanzen. Mit den legalen psychoaktiven Stoffen Alkohol und Nikotin sind sehr hohe gesundheitliche Risiken assoziiert. Eher gering sind hingegen die Risiken bei Zigarettenabhängigen oder auch Alkoholabhängigen einzuschätzen, mit der Justiz in Konflikt zu gelangen. Im Vergleich dazu sind die Risiken der Konsumenten von illegalen Drogen ganz anders verteilt. Im Vordergrund stehen Probleme, die mit dem Verbot selbst unmittelbar verbunden sind. In Deutschland gilt die Beschaffung von verbotenen Drogen als krimineller Akt, der mit Strafe bedroht ist. Beim Kauf bzw. Verkauf besteht die Gefahr, bei der Transaktion der Drogen von der Polizei aufgegriffen zu werden, was wiederum eine Anzeige nach sich zieht. Geht es um die so genannten harten Drogen wie z.B. Heroin, Kokain usw. droht ein Gerichtsverfahren und

u. U. eine Gefängnisstrafe. Zudem entfallen bei verbotenen Stoffen automatisch Qualitätskontrollen: Drogenabhängige gehen also bei jedem Erwerb einer verbotenen Substanz ein erhebliches gesundheitliches Risiko ein, da sie nicht wirklich wissen, welchen Stoff in welcher Zusammensetzung sie erworben haben. Wirkstoffgehalt und Streckmittel sind also unbekannt; entsprechend hoch ist das gesundheitliche Risiko für die Konsumenten. Dazu kommt, dass auch die Hilfsmittel, die sie zum Konsum benutzen – zum Beispiel Spritzen zur Injektion in die Vene (im Folgenden: i.v. Konsum) oder spezielle Rauchpipen – unrein oder infektiös sein können. Konsumenten von verbotenen Drogen lassen sich also auf ein doppeltes Risiko mit entsprechenden Folgen für ihre Lebensführung und ihre Gesundheit ein.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf ältere Konsumenten und Abhängige von Opiaten allein (F11-Diagnosen<sup>3</sup>) oder in Kombinationen mit anderen Stoffen (F19-Diagnosen)<sup>4</sup>. Ältere Konsumenten und Abhängige von Kokain, von (illegal gehandelten) psychoaktiven Medikamenten oder von anderen Stoffen werden nicht berücksichtigt.

Bislang hat sich die Forschung und die Praxis der Suchthilfe mit der Tatsache, dass der demographische Wandel auch Drogenkonsumenten erreicht, wenig auseinandergesetzt. Das liegt auch daran, dass lange Zeit davon ausgegangen worden ist, dass die Überlebenschancen von i.v. Heroinkonsumenten eher schlecht sind, und dass daher die meisten von ihnen relativ jung sterben. Tatsächlich ist das relative Risiko von Heroinkonsumenten, frühzeitig an den Folgen ihres Konsums zu sterben, hoch. Eine Reihe von Studien belegt jedoch auch, dass es immer mehr Menschen gibt, die in den USA in den 1960er oder in Deutschland in den 1970er Jahren mit dem i.v. Konsum von Opiaten angefangen, alle Widrigkeiten überlebt haben und entsprechend altern (Boeri et al., 2003; Hser et al., 2007a und b; Smyth et al., 2007). Diese Menschen sind heute zwischen 50 und 70 Jahre alt. Unklar ist bislang, ob es sich dabei um Einzelfälle oder um Personengruppen handelt,

die systematisch anwachsen. Unklar ist ebenfalls, welche Probleme mit dem Altern von Drogenkonsumenten verbunden sein können. Darauf soll im Folgenden genauer eingegangen werden.

### Epidemiologie: Schätzungen zur Größenordnung der Problemgruppe und Angaben zur Lebenssituation ausgewählter Untergruppen

Im Rahmen eines von der Europäischen Union, EAHC, mitfinanzierten Projektes haben wir für die Länder Deutschland, Schottland, Österreich und Polen untersucht, welche Daten zur Einschätzung der Größenordnung des Problems vorliegen und zugänglich sind, und wie wir die Zielgruppe genauer beschreiben können. Es hat sich herausgestellt, dass die Datenglage auf der jeweiligen nationalen Ebene sehr problematisch ist. Es ist

daher nicht einfach, die Problemgruppe, definiert als Konsumenten und Abhängige von Opiaten, mit einer entsprechenden Krankheitsdiagnose (F11 oder F19), die 35 Jahre und älter sind<sup>5</sup>, aus den Datenpools herauszufiltern. Ich beschränke mich daher auf Deutschland mit Schätzungen der Größenordnung der Problemgruppe.

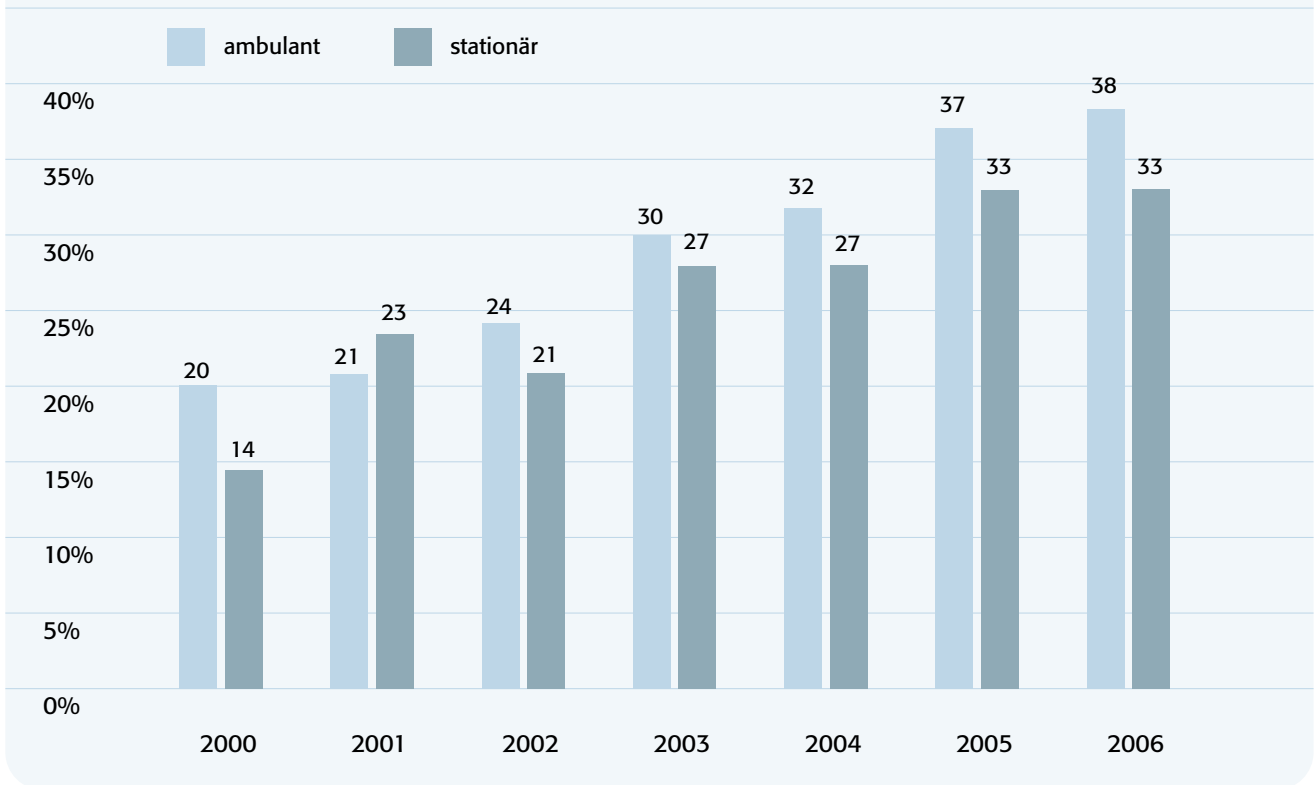
**TABELLE 1: SCHÄTZUNGEN ZUR GRÖßENORDNUNG DER PROBLEMGRUPPE IN DEUTSCHLAND<sup>6</sup> FÜR DAS JAHR 2006, AUFGESCHLÜSSELT NACH DEN ALTERSGRUPPEN 35 JAHRE UND ÄLTER SOWIE 40 JAHRE UND ÄLTER**

Schätzungen für 2006	Problemgruppe gesamt	Davon in Behandlung*	Davon in der DHS/ DRV-Statistik
35 Jahre und älter	ca. 60.000	ca. 35.000	ca. 12.000
40 Jahre und älter	ca. 40.000	ca. 25.000 – 30.000	ca. 8.000
Prognosen für 2016**			
35 Jahre und älter	ca. 120.000	ca. 70.000	ca. 24.000
40 Jahre und älter	ca. 80.000	ca. 50.000 – 60.000	ca. 16.000

\* Medizinische und/oder psychosoziale Behandlung bzw. Betreuung

\*\* In Anlehnung an Gfoerer et al., 2002, 2003

ABB. 1: RELATIVER ANTEIL DER DROGENKONSUMENTEN 35 JAHRE UND ÄLTER MIT DER DIAGNOSE OPIAT-ABHÄNGIGKEIT, DIE IN DEUTSCHLAND IN DEN JAHREN 2000 BIS 2006 IN AMBULANTER ODER STATIONÄRER BEHANDLUNG WAREN (bezogen auf alle Personen mit einer F11-Diagnose)<sup>5</sup>



Daten zur Lebenssituation der älteren Drogenkonsumenten liegen nur für die vergleichsweise kleine Gruppe von 8.000 bis 12.000 Personen vor, die in einer ambulanten oder stationären psychosozialen Behandlungseinrichtung bzw. in der Rehabilitation registriert worden sind<sup>7</sup>. Drogenkonsumenten, die von einem niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin behandelt werden, werden nicht erfasst. Selbstverständlich liegen auch keine Daten über die ebenfalls recht große Gruppe von Drogenkonsumenten vor, die gar keine Behandlung in Anspruch nimmt.

Werden die Angaben über die Älteren in der Suchthilfe in der Zeit von 2000 bis 2006 genauer untersucht, ist festzustellen, dass ihr relativer und

absoluter Anteil an allen Hilfesuchenden systematisch ansteigt. Es kommen also immer mehr ältere Menschen mit (chronischem) Opiatkonsum in die Einrichtungen der Suchthilfe und wollen dort beraten oder betreut werden. Für Deutschland belegen das die Daten in Abbildung 1.

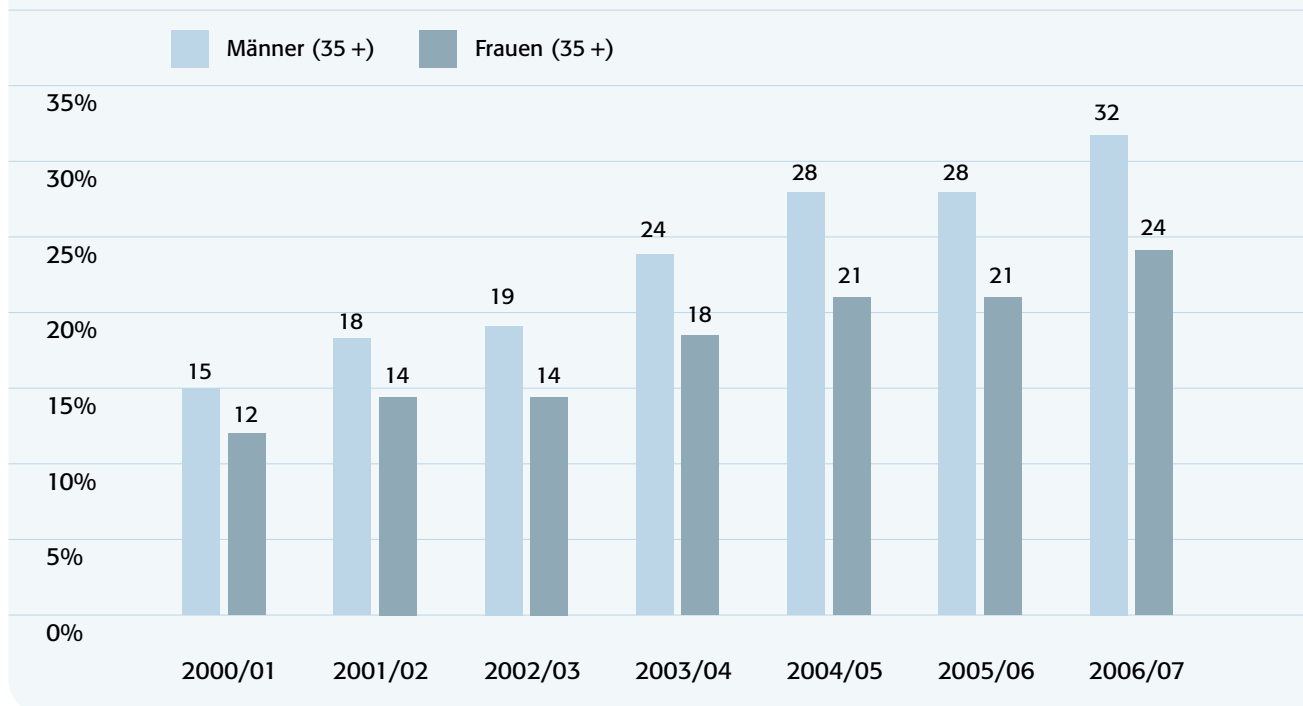
Tatsächlich steigt in allen Ländern, in denen entsprechende Studien durchgeführt worden sind, bei durchaus unterschiedlichen Ausgangslagen und -zahlen der Anteil der älteren Drogenkonsumenten seit 2000 systematisch an (vgl. dazu Eisenbach-Stangl & Reidl, 2009; Maffli et al., 2009; Moskalewicz et al., 2009; Shaw, 2009). In Deutschland, Schottland und in der Schweiz verdoppelt sich der Anteil der Älteren, die in

diesem Zeitraum in Einrichtungen der Suchthilfe registriert werden, in Polen und Österreich steigt er ebenfalls leicht an. Das betrifft Frauen und Männer in etwa demselben Umfang. Exemplarisch wird das in Abbildung 2 an den Daten aus Schottland dargestellt. Studien aus England und den USA weisen zudem darauf hin, dass sich der Anteil der älteren (chronischen) Drogen- und Opiatkonsumenten in den nächsten 10 Jahren mindestens verdoppeln wird (Beynon et al., 2007; Gfroerer et al., 2002, 2003; Korper et al. 2002).

Sehr pauschal kann also zusammengefasst und festgestellt werden, dass der Anteil der älteren (chronischen) Drogenkonsumenten (ab dem Alter von 35, 40, 45 und 50 Jahren) in



ABB. 2: RELATIVER ANTEIL DER MÄNNER UND FRAUEN 35 JAHRE UND ÄLTER MIT OPIATKONSUM, DIE IN SCHOTTLAND IN DEN JAHREN VON 2000/01 BIS 2006/07 IN DER SCOTTISH DRUGS MISUSE DATABASE (SDMD)<sup>1</sup> REGISTRIERT WURDEN



<sup>1</sup> Die Scottish Drugs Misuse Database registriert nur „neue Klientinnen und Klienten“. Als „neue Klientinnen und Klienten“ gelten Drogenkonsumenten, die zum ersten Mal eine Behandlung antreten. Klientinnen und Klienten, die nach einem halben Jahr erneut eine Behandlung beginnen, werden ebenfalls als „neue Klientinnen und Klienten“ registriert. Doppelzählungen sind also möglich. Quellen: ISD Scotland (SMR24 & SMR25a), vgl. Shaw, A. (2009).

einer Vielzahl von Ländern seit mindestens 10 Jahren systematisch anwächst. Geht diese Entwicklung in dem jetzt sichtbaren Tempo und Umfang weiter, ist mit einer Verdoppelung der Fallzahlen in den Jahren 2016 bis 2020 zu rechnen. Die Suchthilfe in Deutschland hat es dann virtuell mit 120.000 Personen über 35 Jahren bzw. 80.000 Personen über 40 Jahren zu tun, konkret mit etwa 16.000 bis 24.000 Personen, die ihre Behandlungseinrichtungen in Anspruch nehmen werden (vgl. Tabelle 1).

Schon heute belegen die Daten zur Lebenssituation der älteren Drogenkonsumenten, die in Kontakt mit der

Suchthilfe stehen, dass sie Unterstützung in vielen Bereichen benötigen. Das liegt auch daran, dass die Belastungen durch Schulden, durch Strafaufgaben und Gefängnisaufenthalte, durch gesundheitliche Beschwerden und chronische Krankheiten sowie schließlich durch Marginalisierung und Isolation systematisch mit der Dauer des Drogenkonsums und der Einbindung in die Drogenszene zunehmen.

Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass die Wohnsituation der älteren Drogenkonsumenten und -abhängigen in Deutschland, Österreich und Schottland eher besser ist als die der Jüngeren: Die überwiegende Mehr-

heit hat einen festen Wohnort. Allerdings leben die meisten von ihnen in ihrer Wohnung oder ihrem Zimmer allein. Das schließt Partnerschaften nicht aus, aber diese sind offenbar auf Distanz angelegt. Pauschal betrachtet ist die finanzielle Situation der Älteren im Vergleich mit den Jüngeren eher schlechter. Die Älteren verfügen über sehr wenige finanzielle Mittel, haben wenige Chancen, diese aufzustocken, und haben zudem sehr oft relativ hohe Schulden. Der Anteil der Älteren, die (noch) einer geregelten Erwerbsarbeit nachgeht, ist noch kleiner als bei den Jüngeren. Dazu kommen zusätzliche Belastungen mit Bewährungs- und Strafaufgaben sowie drohenden Verurteilun-

gen. Der Hilfebedarf hinsichtlich der personalen, finanziellen und der juristischen Situation nimmt also mit dem Alter (und der Dauer des Drogenkonsums) deutlich zu<sup>8</sup>. Auf den Hilfebedarf hinsichtlich der Gesundheit gehe ich im nächsten Absatz genauer ein.

Es ist unbekannt, ob diese Befunde zur Lebenssituation von älteren (chronischen) Drogenkonsumenten, die die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen, auf die weitaus größere Gruppe derjenigen übertragen werden kann, die wenige oder keine Kontakte zur Suchthilfe hat.

Werden ältere Drogenkonsumenten in Einrichtungen der Drogenhilfe nach ihrer Lebenssituation befragt, dann fällt auf, dass sie sehr differenziert und detailliert über Erfahrungen der Diskriminierung und Ausgrenzung aus der „Normalgesellschaft“ reden (vgl. dazu für die USA: Anderson & Levy, 2003; March et al., 2006). Manche sind sich durchaus bewusst, dass sie mit ihrem Verhalten die „Normalgesellschaft“ provozieren, andere eher nicht. Beide Gruppen reagieren aber ähnlich auf Erfahrungen der Diskriminierung und Ausgrenzung von der „Normalgesellschaft“: Sie vermeiden diese Kontakte, was zu einer weiteren Isolation führt. So verstärken sich Aktionen und Reaktionen gegenseitig. Auch darum haben viele ältere (chronische) Drogenkonsumenten kaum noch Kontakte zu Menschen, die

keine illegalen Drogen konsumieren, sondern nur noch zu Personen, die selbst Probleme mit ihrem Drogenkonsum haben, und zu den professionellen Helfern. Die Kontakte zur „Normalgesellschaft“ laufen dann ebenfalls über die professionellen Helfer, die auf diese Weise zu Vermittlern zwischen der Drogenszene und der „Normalgesellschaft“ werden.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe sehen das sehr ähnlich wie ihre Klientel. Auch sie weisen darauf hin, dass (ältere) Drogenkonsumenten von der „Normalgesellschaft“ oft abgelehnt werden, dass sie marginalisiert und isoliert werden. Sie wissen aber auch nicht, was sie tun können, um ihren Klienten und Klientinnen aus dieser Isolation herauszuhelfen. Werden die älteren Drogenkonsumenten akut krank und brauchen über längere Zeit Hilfe und Pflege, gibt es in der Regel keine Angehörigen, die die Helfer mobilisieren können. Vielmehr sind die Drogenkonsumenten selbst ebenso wie die Helfer auf die sozialen und pflegerischen Netzwerke in der Kommune angewiesen, um Betreuung und kontinuierliche Versorgung zu organisieren und zu garantieren. Pflege für ältere, chronisch kranke Drogenkonsumenten zu organisieren ist nicht leicht, weil es viele Barrieren und Vorurteile gibt.

Das lässt sich gut zeigen an der Verweigerung einer Vielzahl von Institu-

tionen, ältere (chronische) Drogenkonsumenten aufzunehmen. So haben in Deutschland Drogenkonsumenten zurzeit wenige Chancen, einen Platz in einer Einrichtung etwa für chronisch psychisch Kranke oder in anderen Pflegeeinrichtungen für „normale“ Pflegefälle zu finden. Um schwierigen Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen, haben diese Einrichtungen entsprechende Paragraphen in ihre Satzungen eingebaut, die diese Praxis legitimieren. Wie sich zeigt, funktioniert das recht gut.

Immerhin gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen der Drogenhilfe und der AIDS-Hilfe. Letztere bietet in deutschen Großstädten sowohl ambulante als auch stationäre Hilfen für pflegebedürftige (ältere) Drogenkonsumenten an (ZIK gGmbH, Jahresbericht 2008/2009). Dazu kommen in einigen Städten noch kleine Einrichtungen mit einigen wenigen Plätzen für schwer- bis todkranke Drogenkonsumenten. Es handelt sich durchweg um Angebote mit (sehr) begrenzten Kapazitäten; sie sind zurzeit nicht auf eine steil ansteigende Nachfrage von älteren chronisch kranken Drogenkonsumenten an- und ausgelegt. Mit einem erhöhten Bedarf ist aber zu rechnen, wenn die Prognose über den Anstieg der älteren Drogenkonsumenten in den kommenden 10 Jahren ernst genommen und zudem bedacht wird, dass sich die Gesundheit dieser Personengruppe mit dem Alter oft dramatisch verschlechtert.

## Gesundheitliche Probleme der älteren (chronischen) Drogenkonsumenten

Altern ist bekanntlich mit einigen positiven Entwicklungen und vielen eher negativen Veränderungsprozessen verbunden: Funktionsverluste und kognitive Defizite stellen sich ein und die Leistungskraft nimmt ganz allgemein ab. Zugleich steigt das Risiko für chronische und akute Erkrankungen. Die physischen Veränderungen, die mit dem Altern assoziiert sind, lassen sich bereits in der Lebensmitte beobachten, beschleunigen sich aber ganz erheblich im hohen Alter, also ab 70 bzw. 75 Jahren (Baltes & Mayer, 1999; Kochsiek, 2009; Wurm & Tesch-Römer, 2006). Allerdings sind die individuellen Unterschiede im Tempo und im Ausmaß der Alternsprozesse in der Altersphase zwischen 50 und 70 Jahren sehr ausgeprägt: Manche Menschen zeigen wenige und nicht besonders gravierende Anzeichen des physischen Abbaus, viele andere werden davon mehr gebeutelt. Mit zunehmender Multimorbidität nimmt der Hilfebedarf zu; er liegt bei der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen bei 13% und steigt dann steil an.

Bei (chronischen) Drogenkonsumenten und -abhängigen verlaufen die Alternsprozesse etwas anders und allem Anschein nach schneller ab als in der „Normalbevölkerung“ (Downing et al. 2008; Lofwall et al., 2007; Reece 2007a; Vogt, 2009). Der Dro-

genkonsum und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken, auf die eingangs sehr kurz hingewiesen wurde, können die Gesundheit der Konsumenten sehr beschädigen. Man muss also damit rechnen, dass die bekannten Alterserkrankungen wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Hypertonie, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen, aber auch Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 sowie Osteoporose bei Drogenabhängigen früher im Leben akut werden können als in der „Normalbevölkerung“. Auch altersbedingte Demenz macht sich möglicherweise früher bemerkbar. Allerdings liegen dazu nur wenige empirische Ergebnisse vor.

Dazu kommen eine Reihe von Erkrankungen, die kausal mit dem intravenösen wie dem oralen Konsum verschiedener Drogen verbunden sind, wie die Virusinfektionen Hepatitis-C und HIV/AIDS. Haben sich die Drogenkonsumenten mit diesen Viruserkrankungen angesteckt, kann der fortgesetzte Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen den chronischen Verlauf dieser Erkrankungen beschleunigen und verkomplizieren, worauf hier nicht detailliert eingegangen werden soll (siehe u.a. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, 2006; Howard et al., 2003; Nichols et al., 2002).

Das geschwächte Immunsystem der HCV- oder HIV-positiven Drogenkonsumenten ist auch für alle anderen Alterskrankheiten besonders anfällig. Bei den Frauen werden eine im Vergleich zu den Männern höhere gesundheitliche Gefährdung und Anfälligkeit für zusätzliche Erkrankungen (Schoenbaum et al., 2005) beobachtet.

Weitere typische Beschwerden von Drogenkonsumenten sind Zahnerkrankungen aller Art, die eine kontinuierliche Zahnpflege und Zahnsanierung notwendig machen würden. Da diese sehr oft nicht stattfindet, kommt es zu chronischen Erkrankungsprozessen im Mundraum und zu Parodontose; letztere kann Herz-Kreislaufkrankungen verstärken. Findet dann nach Jahren der Vernachlässigung doch einmal eine Zahnbehandlung statt, müssen häufig alle Zahnstummel entfernt werden (Fan et al., 2006; Reece, 2007b). Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Zahngesundheit unter Drogenkonsum stark gefährdet ist und sehr häufig auch in vergleichsweise jungen Jahren (25–35 Jahre) zum Verlust aller Zähne führt.

Diese sehr kurzen Ausführungen zeigen bereits, dass die Belastungen der älteren Drogenkonsumenten mit körperlichen Krankheiten hoch sind,

TABELLE 2: ANGABEN ZUR KOMORBIDITÄT BEI ÄLTEREN DROGENABHÄNGIGEN

Studie von Rosen et al. (2008), USA	Studie von Vogt et al. (2009/10), Deutschland*
Sample: 140 Personen in Methadonbehandlung	Sample: 50 Personen, 'convenience sample' (Schneeballverfahren)
Durchschnittsalter: 53,9 Jahre	Durchschnittsalter: 52,7 Jahre
Diagnostik durch Ärzte	Selbstangaben
Komorbidität: Neben Substanzabhängigkeit haben 57% eine oder mehrere psychische Störungen, am häufigsten Ängste und Depressionen.	Komorbidität: Neben Substanzabhängigkeit haben 46% eine oder mehrere psychische Störungen, am häufigsten Ängste und Depressionen.

\* Vorläufige Ergebnisse

und dass sich diese oft gegenseitig verstärken. Drogenkonsumenten, die in guter medizinischer Behandlung und bereit sind, den Anweisungen ihrer Ärztinnen und Ärzten zu folgen, profitieren davon. Dennoch ist davon auszugehen, dass sich auch bei ihnen bei fortgesetztem i.v. Drogenkonsum die Altersprozesse sehr wahrscheinlich früher im Leben bemerkbar machen als in der „Normalbevölkerung“.

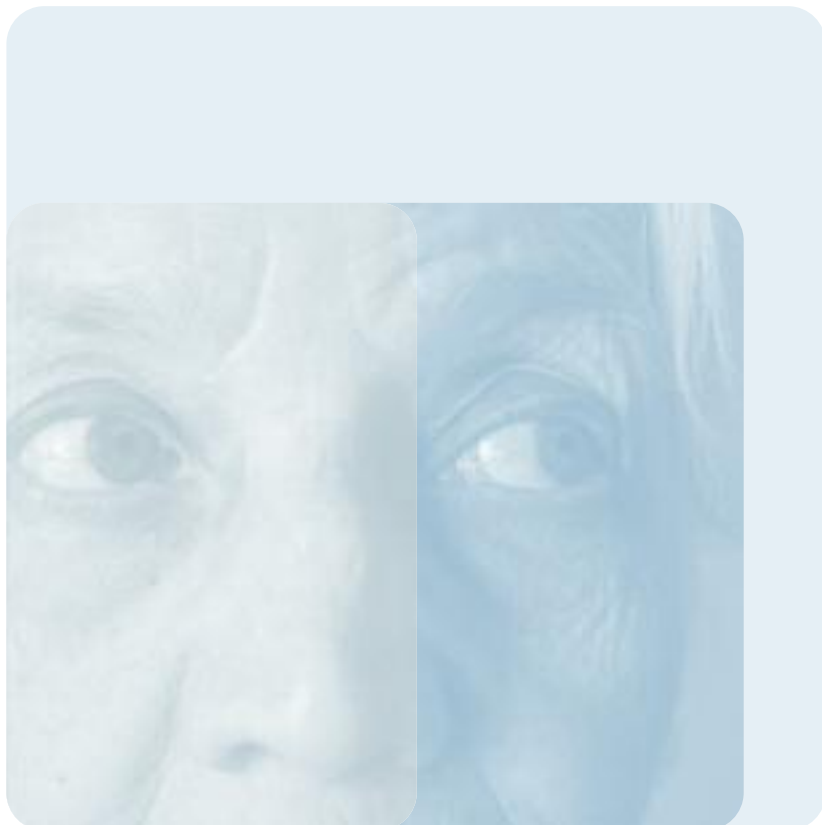
Nun sind es aber nicht nur körperliche Krankheiten, unter denen Drogenkonsumenten stärker leiden als andere Personen, sondern auch psychische Störungen, wie Tabelle 2 belegt. Zum Vergleich sind hier die Ergebnisse der Studie von Rosen et al. (2008) und der von Vogt et al. (2009/2010) einander gegenüber gestellt. Es fällt auf, dass trotz erheblicher Unterschiede vor allem bei der Stichprobenziehung und der Art der Erhebung der Angaben zur Komorbidität die Befunde erstaunlich ähnlich sind: Ungefähr jeder zweite ältere

Drogenkonsument bzw. jede zweite ältere Drogenkonsumentin leidet nicht nur unter Substanzabhängigkeit (von mindestens 2 verschiedenen Drogen, z.B. Nikotin- und Opiatabhängigkeit), sondern auch unter mindestens einer zusätzlichen psychischen Störung. Besonders häufig werden Ängste und Depressionen diagnostiziert oder genannt. Sie erklären zum Teil auch die Schwierigkeiten der Drogenkonsumenten, Kontakte zur „Normalbevölkerung“ aufzubauen.

Dazu kommen möglicherweise noch weitere psychische Belastungen mit dementiellen Abbauerscheinungen. In der von Vogt et al. (2009/10) untersuchten Gruppe von älteren chronischen Drogenkonsumenten geben immerhin 18% der Befragten an, dass sie unter akuter schwerer Vergesslichkeit leiden (vgl. Hser et al., 2004). Das kann ein Hinweis auf eine beginnende Demenz sein. Das muss jedoch in weiteren Studien genauer geprüft werden.

Schließlich ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass der i.v. Konsum von illegalen Drogen in engem Zusammenhang mit Drogennotfällen und Drogentodesfällen steht. Die Daten des Bundeskriminalamtes (2006) belegen, dass die Zahlen der älteren Drogenabhängigen, die gewollt oder ungewollt an einer Überdosis illegaler Drogen sterben, in den letzten 10 Jahren steil angestiegen sind. Es sind nicht mehr die Jungen, die den typischen Drogentod sterben, sondern die Älteren und Alten (Heinemann et al., 1999; Berlin, 2005). Das spricht dafür, dass sich mit zunehmendem Alter Hoffnungslosigkeit unter den Drogenabhängigen breit macht (Conner & Rosen, 2008; Levy & Anderson, 2005), was manche dazu veranlasst, sich ganz bewusst den so genannten „goldenen Schuss“ zu setzen.

## Wo und wie wollen oder sollen Drogenkonsumenten ihren Lebensabend verbringen?



Im Vorhergehenden wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass in den kommenden Jahren mit einem beachtlichen Anstieg der älteren Drogenkonsumenten (40 Jahre und älter) zu rechnen ist, die die Drogenhilfe in Anspruch nehmen werden, und dass viele von ihnen erhebliche gesundheitliche Belastungen haben. Je stärker diese sind, umso dringlicher stellen sich Fragen nach der Versorgung dieser Menschen mit angemessenem Wohnraum, mit sozialen Kontakten und psychosozialer Unterstützung sowie mit Pflegeleistungen. Werden Drogenkonsumenten

sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Drogenhilfe und der Alten- und Pflegehilfe danach befragt, wo und wie ältere, chronisch kranke und hilfebedürftige Drogenabhängige untergebracht werden sollen, erhält man unterschiedliche Antworten.

Fuhrmann hat 2005 und 2009 Nutzende einiger Drogenhilfeeinrichtungen in München u.a. danach gefragt, wie sie im Alter und bei Pflegebedarf leben möchten. Es handelt sich in beiden Befragungen um Gruppen von aktuellen Drogenkonsumenten und von ehemaligen

Konsumenten, die vergleichsweise gut sozial vernetzt sind, mit relativ vielen Kontakten zur „Normalbevölkerung“. Viele der Befragten haben eine Reihe von Krankheiten und wenigstens die Hälfte sagt, dass sie sich diese im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum „erworben“ haben. 2005 meinen nur 31% von ihnen, dass es in ihrem Umfeld Personen gibt, die im Alter für sie da sind; 2009 sagt das fast jede zweite Person (48%). Allerdings gehen nur einige wenige davon aus, dass sie von diesen Personen im Notfall tatsächlich auch versorgt werden. Auf die Frage, wie die Unterstützung „von seiten der Drogenhilfe“ aussehen könnte, wenn sie „körperlich und geistig nicht mehr in der Lage sein“ sollten, für sich allein zu sorgen, antwortet eine vergleichsweise große Gruppe mit Hinweisen auf Sterbegleitung oder Sterbehilfe oder sagen einfach, dass sie sich dann den „goldenen Schuss“ setzen, um ihr Leben zu beenden. Eine kleinere Gruppe wünscht sich zu beiden Befragungszeitpunkten das Zusammenleben mit akuten oder ehemaligen Drogenkonsumenten in einer Wohngemeinschaft. Nur 1/4 (2005) bzw. 1/3 (2009) der Befragten kann sich vorstellen, im Alter und bei Hilfebedürftigkeit in einem „normalen“ Alten- bzw. Pflegeheim zusammen mit „normalen“ alten Menschen zu leben. Diejenigen, die sich das nicht vorstellen können, weisen darauf hin, dass es zu viele Unterschiede zwischen ihnen und

„normalen“ alten Menschen gibt. Erwähnt werden Unterschiede im Lebensrhythmus (tags schlafen, nachts aktiv sein) und in der Lebenserfahrung sowie in den alltäglichen Bedürfnissen. Dazu kommen aus Sicht der Drogenkonsumenten die typischen Vorurteile der „Normalen“, zu denen auch die Angst vor Ansteckung (mit HCV oder mit HIV usw.) gehört. Vor allem in diesen Antworten spiegelt sich wider, wie sehr die älteren Drogenkonsumenten selbst die Vorurteile der „Normalgesellschaft“ verinnerlicht haben, aber auch, wie sehr sie das in die Isolation treibt.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Drogenkonsumenten sich sehr wohl ihres insgesamt genommen schlechten Gesundheitszustandes bewusst sind, auch der Probleme, die damit auf sie zukommen können. Eine relativ große Gruppe denkt bei Fragen nach der Problemlösung an Sterbebegleitung bzw. an Suizid (mit Drogen), eine weitere etwas kleinere Gruppe an das Zusammenleben mit Drogen erfahrenen in Wohngemeinschaften und ähnlichen Einrichtungen. Relativ wenige können sich ein Leben in einer regulären Alten- oder Pflegeeinrichtung vorstellen.

Aus der institutionellen Sicht stellen sich die Fragen anders; entsprechend fallen auch die Antworten anders aus. Zunächst geht es den Institutionen immer darum, zu klären, ob die

Aufnahme von chronisch kranken Drogenkonsumenten mit zusätzlichen finanziellen Belastungen verbunden ist, und wenn das so ist, wer diese Kosten übernimmt (Diakonie Positionspapier, 2008; Selensky, 2004). Die Einrichtungen zur Versorgung von psychisch Kranken, für die diese Fragen bereits geklärt sind, könnten ältere Drogenkonsumenten sehr wohl aufnehmen, lehnen das aber fast durchweg ab und verweisen darauf, dass sie die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten mit ihren spezifischen Medikamenten (z.B. den Ersatzstoffen Methadon und Buprenorphin) nicht sicher stellen könnten. Ob das so ist oder ob es sich dabei eher um Ausflüchte handelt, kann hier nicht geklärt werden. In den Gesprächen mit den Verantwortlichen wird jedenfalls deutlich, dass es tatsächlich erhebliche Vorbehalte gegenüber dieser Klientel gibt, die als besonders problematisch eingeschätzt wird. Werden die Aussagen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus diesen Einrichtungen und aus „normalen“ Alten- und Pflegeheimen genauer untersucht, zeigt sich, dass es am Wissen über die legalen und illegalen Drogen und ihre Wirkungen sowie den Folgen für die Konsumenten mangelt (Diwan & Hooyman, 2006; Weintraub et al., 2002). Auch darum ist den Drogenkonsumenten der Weg in die Einrichtungen für psychisch Kranke oder in die „normalen“ Alters- und Pflegeheime in der Regel verschlossen.

Umgekehrt fehlt es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Drogen- und Suchthilfe oft an Wissen über Prozesse des Alterns und den damit einhergehenden Funktionsverlusten und Persönlichkeitsveränderungen (z.B. bei beginnender Demenz). Wohl auch darum ist ein erstes Projekt in Holland, in einem Haus ganz „normale“ alte Menschen und alte Drogenabhängige unterzubringen, gescheitert (vgl. Sagrundny, 2005).

Davon hat sich die Drogenhilfe in Deutschland und in der Schweiz jedoch nicht entmutigen lassen. Vielmehr wird in beiden Ländern mit verschiedenen Modellen des Betreuten Wohnens oder der Betreuten Wohngemeinschaften für ältere und chronisch kranke Drogenkonsumenten mit zum Teil sehr unterschiedlichen Hilfebedürfnissen experimentiert. Je nach Projekt werden ambulante Pflegedienste einbezogen bzw. gehören als Ausstattung zum Konzept dazu (vgl. exemplarisch ZIK gGmbH, 2008/2009; weitere praktische Beispiele unter <http://www.sddcare.eu>). Diese Projekte sind wichtige Anlaufstellen für ältere kranke und hilfebedürftige Drogenkonsumenten. Die Erfahrungen, die dort gesammelt werden, sind wichtige Bausteine sowohl für Konzepte der Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht-, Alten- und Pflegehilfe als auch der Planung und Entwicklung von Einrichtungen für die anwachsende Klientel der älteren, kranken und hilfebedürftigen Drogenkonsumenten.

#### Anmerkungen

- 1 Kooperationspartner/innen und Mitarbeiter/innen im Projekt: Biba Brand, Yvonne Daniel, Natalie Eppler, Irmgard Eisenbach-Stangl, Barbara Gegenhuber, Nina Kuplewatzky, Rüdiger Lenski, David Liddell, Daniela Malfent, Jacek Moskalewicz, Christine Reidl, April Shaw, Renate Simmedinger, Harald Spirig, Karin Stiehr, Birgit Wichelmann-Werth, Marek Zygodlo.
- 2 Das Projekt wird finanziell gefördert von der Europäischen Union, Executive Agency of Health and Consumers (EAHC), Luxemburg. Dieser Bericht gibt nur die Sichtweise der Autorin wider; die EAHC behält sich ihre eigene Stellungnahme vor.
- 3 Für Einzelheiten vgl. ICD-10, Kapitel V (F).
- 4 Aus praktischen Gründen werden im Folgenden die Begriffe Opiatkonsumenten und Drogenkonsumenten synonym und nur im männlichen Genus verwendet.
- 5 Der Altersschnitt 35 Jahre wurde eingeführt, da in Österreich nur sehr wenige Personen in der Drogenhilfe registriert sind, die älter als 40 Jahre sind.
- 6 Die Schätzungen beruhen auf einer Vielzahl von Datenquellen, u.a. Schätzungen über Menschen mit Opiatproblemen in Deutschland im Jahr 2006, Angaben zu Personen, die mit einem Medikament wegen ihrer Opiatabhängigkeit behandelt werden (Substitutionstherapie), Angaben zu Personen in psychosozialer (und medizinischer) Behandlung. Für Einzelheiten vgl. Vogt et al., 2009.
- 7 Quellen: Sonderhefte Sucht seit 2001/02 bis 2007/08 bzw. Sonntag, 2006, 2007; Daten der Rentenversicherung.
- 8 In Polen ist die Lebenssituation (älterer) Drogenkonsumenten noch etwas problematischer, da die soziale Absicherung durch Transferleistungen im Vergleich mit den westlichen Ländern deutlich schlechter ist. Das hat viele weitere problematische Konsequenzen, auf die hier nicht ausführlich eingegangen werden soll (Moskalewicz et al., 2009; Moskalewicz & Zygodlo, 2009).

## Literatur

- AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGEN-  
GEBRAUCH (Hg.)(2006): Hepatitis C und Drogen-  
gebrauch. Handbuch. Berlin, PinguinDruck GmbH,  
<http://www.hepatitis.de>
- ANDERSON, T. & LEVY, J. A. (2003): Marginality  
among older injectors in today's illicit drug culture:  
assessing the impact of ageing. *Addiction* 98,  
761–770
- BALTES, P. B. & MAYER, K.U. (Hg.) (1999):  
The Berlin aging study: aging from 70 to 100.  
New York, Cambridge University Press.
- BERLIN: SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT,  
SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ, REFERAT  
DROGEN UND SUCHT (2005): Bericht über die  
Drogen- und Suchtsituation in Berlin.  
[http://www.berlin.de/sengsv/drogen\\_und\\_sucht/](http://www.berlin.de/sengsv/drogen_und_sucht/)
- BEYNON, C. M., MCVEIGH, J. & ROE, B. (2007):  
Problematic drug use, ageing and older people:  
trends in age of drug users in northwest England.  
*Aging & Society*, 27, 799–819.
- BUNDESKRIMINALAMT (2006):  
Polizeiliche Kriminalstatistik 2006.  
<http://www.bka.de/pks/pks2006/index.html>
- BOERI, W. M., STERK, C.E. & ELIFSON, K. (2003):  
Maturing in (or into) drug use: a life course analysis  
of aging drug users. *Paper presented at the annual  
meeting of the American Sociological Association*,  
Atlanta Hilton Hotel, Atlanta, GA., August 16, 2003,  
[http://www.allacademic.com/meta/p107212\\_...  
index.html](http://www.allacademic.com/meta/p107212_...index.html)
- CONNER, K. O. & ROSEN, D. (2008): "You're nothing  
but a junkie": multiple experiences of stigma in an  
aging methadone maintenance population. *Journal  
of Social Work Practice in the Addictions*, 8, 244–264
- DIAKONIE POSITIONSPAPIER (2008):  
Sucht im Alter – Sozial- und gesundheitspolitische  
Forderungen der Diakonie. *Diakonie* 09/2008.  
<http://www.diakonie.de>.
- DIWAN, S. & HOOYMAN, N. (2006): Need for  
increasing gerontological competencies in MSW  
advanced curriculum areas: mental health, substance  
use and health. *Council on Social Work Education*,  
Gero-Ed Center
- DOWLING, G. H., WEISS, R. B. & CONDON, T. P.  
(2008): Drugs of Abuse and the Aging Brain.  
*Neuropsychopharmacology*, 33, 209–218
- EISENBACH-STANGL, I. & REIDL, C. (2009):  
Senior drug dependents and care structures:  
*Report Austria and Vienna*.  
<http://www.sddcare.eu/images/PDF/austriadata.pdf>
- FAN, J., HSER, Y.I. & HERBECK, D. (2006): Tooth  
retention, tooth loss and use of dental care among  
long-term narcotics abuser. *Substance Abuse*, 27,  
25–32
- FUHRMANN, K. (2005): Umfrage zur speziellen  
Situation von Drogenkonsumentinnen und  
Drogenkonsumenten über 40 Jahre.  
München, Condrobs
- FUHRMANN, K. (2009): Umfrage zur Situation  
älterer OpatkonsumentInnen in München.  
München, Condrobs (unveröffentlicht)
- GFROERER, J. C., PENNE, M. A., PEMBERTON, M. R.  
& FOLSOM, R. E. (2002): The aging baby boom  
cohort and future prevalence of substance abuse. In:  
*Körper, S. P. & Council, C. I. (Hg.): Substance use  
by older adults: estimates of future impacts on  
the treatment system*. National Clearinghouse  
for Alcohol and Drug Information, Rockville, M.D.  
[www.oas.samsha.gov/aging/toc.htm](http://www.oas.samsha.gov/aging/toc.htm)
- GFROERER, J. C., PENNE, M. A., PEMBERTON, M. R.  
& FOLSOM, R. E. (2003): Substance abuse treatment  
need among older adults in 2020: the impact of the  
aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol  
Dependence*, 69, 127–135
- HEINEMANN, A., IWERSEN-BERGMANN, S.,  
SCHMOLDT, A. & PÜSCHEL, K. (1999): Epidemiologi-  
sche und toxikologische Aspekte der Drogenmor-  
talität in Hamburg 1990 bis 1998. In: *Krausz, M. &  
Raschke, P. (Hg.) Drogen in der Metropole. Freiburg*
- HOWARD, A. A., KLEIN, R. S. & SCHOENBAUEM, E. E.  
(2003): Association of hepatitis C-infection and  
antiretroviral use with diabetes mellitus in drug  
users. *Clinical Infections and Diseases*, 15 (36),  
1318–1323
- HSER, Y.-I., GELBERG, L., HOFFMAN, V., GRELLA, C.  
E., MCCARTHY, W. & ANGLIN, M. D. (2004): Health  
conditions among aging narcotic addicts: medical  
examinations results. *Journal of Behavioral  
Medicine*, 27, 607–622
- HSER, Y.-I., HUANG, D., CHOU, C.-P. & ANGLIN, M.  
D. (2007a): Trajectories of heroin addiction: growth  
mixture modelling results based on a 33-year  
follow-up study. *Evaluation Review*, 31, 548–563.  
DOI:10.1177/0193841X07307315;  
[http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/  
548](http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/548).
- HSER, Y.-I., LONGSHORE, D. & ANGLIN, M. D.  
(2007b): The life course perspective on drug use:  
a conceptual framework for understanding drug use  
trajectories. *Evaluation Review*, 31, 515–547.  
DOI:10.1177/0193841X07307316;  
<http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/515>.
- KOCHSIEK, K. (Hg.)(2009): Altern und Gesundheit.  
*Bd.7 Altern in Deutschland*. Stuttgart, Wissenschaft-



liche Verlagsanstalt

KORPER, S. P. & COUNCIL, C. I. (Hg.) (2002):

Substance use by older adults: estimates of future impacts on the treatment system. National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, Rockville, M.D. [www.oas.samsha.gov/aging/toc.htm](http://www.oas.samsha.gov/aging/toc.htm)

LEVY, J. A. & ANDERSON, T. (2005): The drug career of the older injector. *Addiction Research & Theory*, 13, 245–258

LOFWALL, M. R., BROONER, R. K., BIGELOS, G. E., KINDBOM, K. & STRAIN, E. C. (2007): Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 265–272

MAFFLI, E., KUENZI, U., SCHAAF, S., SCHAUB, M. & DELGRANDE JORDAN, M. (2009): The Swiss situation of older drug users in treatment. *Presentation prepared for „The treatment demand indicator (TDI), 9th annual expert meeting*, 14.–15 September 2009, EMCDDA, Lisbon. SFA-ISPA

MARCH, J. C., OVIEDO-JOEKES, E. & ROMERO, M. (2006): Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res.*, 12, 33–41

MOSKALEWICZ, J., SIEROSLWASKY, J. & ZYGADLO, M. (2009): Senior drug dependents care. *National report – Poland*.

<http://www.sddcare.eu/images/PDF/datapoland.pdf>

MOSKALEWICZ, J. & ZYGADLO, M. (2009): Legal and financial framework for senior drug dependents in Poland. <http://www.sddcare.eu>

NICHOLS, J. E., SPEER, D. C., WATSON, B. J., WATSON, M. R., VERGON, T. L., VALLEE, C. M. & MEAH, J. M. (2002): *Aging with HIV*. San Diego: Academic Press

REECE, A. S. (2007a): Evidence of accelerated ageing in clinical drug addiction from immune, hepatic and metabolic biomarkers. *Immunity and Aging*, 4:6,

doi:10.1186/1742-4933-4-6

REECE, A. S. (2007b): Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust. Dent. Journal*, 52, 144–149

ROSEN, D., LIDSEY SMITH, M. & REYNOLDS III, C. F. (2008): The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *American Journal of Geriatrics and Psychiatry*, 16(6), 488–497

SCHOENBAUM, E. E., HARTEL, D., LO, Y., HOWARD, A. A., FLORIS-MOORE, M., ARNSTEN, J. H. & SANTORO, N. (2005): HIV infection, drug use, and onset of natural menopause. *Clinical Infectious Diseases*, 41, 1517–1524

SAGRUNDNY, I. (2005): Junkie – Senioren / Senioren – Junkies oder auch einfach: Wir im Alter. JES NRW, e.V.

SELENSKY, P. (2004): Positionspapier für eine bedarfsgerechte Versorgung von älteren Menschen in der Wohnungslosenhilfe. In: *Älterwerden auf der Straße. Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Hilfe für ältere, wohnungslose Menschen: Dokumentation des Fachtages des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe im Diakonischen Werk Bayern*. Nürnberg

SHAW, A. (2009): Senior drug dependents and care structures: Scotland and Glasgow report. <http://www.sddcare.eu/images/PDF/nationalscotland.pdf>

SMYTH, B., HOFFMAN, V., FAN, J. & HSER, Y.-I. (2007): Years of potential life lost among heroin addicts 33 years after treatment. *Preventive Medicine*, 44, 369–374

SONNTAG, D. (2006): Deutsche Suchthilfestatistik 2004. *Sucht*, 52, Sonderheft 1

SONNTAG, D. (2007): Deutsche Suchthilfestatistik

2006. *Sucht*, 53, Sonderheft 1

VOGT, I. (2009): Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängige: Ein Literaturbericht. *Suchttherapie*, 10, 17–24

VOGT, I., EPPLER, N. & KUPLEWATZKY, N. (2009): Senior drug dependents and care structures: qualitative interviews with drug dependents. (Abschlussbericht in Vorbereitung)

VOGT, I., SIMMEDINGER, R. & KUPLEWATZKY, N. (2009): SDDCARE. Re-analysis of selected German national and local data.

<http://www.sddcare.eu/images/PDF/datagermany.pdf>

WEINTRAUB, E., WEINTRAUB, D., DIXON, L., DELAHANTY, J., GANDHI, D., COHEN, A. & HIRSCH, M. (2002): Geriatric patients on a substance abuse consultation service. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 10, 337–342

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

ZIK GMBH (2008/2009). Jahresbericht 2008/2009. Wohnen im Leben. Gemeinnütziges Wohnprojekt für Menschen mit HIV/AIDS oder Hepatitis C. ZIK – zuhause im Kiez gGmbH, Berlin. <http://www.zik-ggmbh.de>

## Es lohnt sich! Erfahrungen in der Behandlung älterer suchtkranker Menschen

### Alter und Altern

Die Wahrnehmung des Alters unterliegt starkem gesellschaftlichem Einfluss und schwankt in verschiedenen Gesellschaften und historisch zwischen Defizit orientierter Wahrnehmung und mystifizierenden Weisheitskonzepten. Beispielhaft seien die unterschiedlichen Auffassungen von Aristoteles und Plato gegenüber gestellt: „Aufgrund seiner Lebenserfahrung erwartet der alte Mensch stets, dass sich die Dinge zum Schlechten wenden. Er lebt mehr in der Erinnerung als aus der Hoffnung“ (Aristoteles, 384–322 vor Chr.). „Das Alter befreit den Menschen aus der Sklaverei seiner Triebe und verhilft ihm auf diese Weise zu heiterer Gemütsruhe“ (Plato, 427–348 vor Chr.). Moderne Altersforschung fasst das Altern als einen mehrdimensionalen Prozess auf, dessen Wahrnehmung von der biographischen Verankerung des bisherigen Lebensstils und der Akzeptanz des bisherigen Lebens, der Wahrnehmung der augenblicklichen Situation, der Überzeugung, von anderen akzeptiert und in der Individualität geachtet zu werden, vom

Ausmaß der sozialen Integration und des Verhaltens des sozialen Umfelds abhängt. Auch das Altern stelle den Menschen vor die Aufgabe, typische „Entwicklungsaufgaben“ bewältigen zu müssen und daran zu reifen. Älteren Menschen wird eine vertiefte Urteilsfähigkeit und eine höhere Kompromissfähigkeit zugeschrieben. Dabei verändert sich bei Gesunden die kristalline Intelligenz kaum. Lediglich ist eine Verlangsamung kognitiver Prozesse zu beobachten.

### Epidemiologie

Substanzbezogene Störungen des höheren Lebensalters gewinnen an Bedeutung. Neben der demographischen Entwicklung, die zu einer absoluten und relativen Zunahme älterer Menschen führt, tragen weitere Faktoren hierzu bei. Die jetzt in das Seniorenalter kommenden Nachkriegsgenerationen unterscheiden sich in ihren Lebensentwürfen, im Konsumverhalten von Alltags- und sogenannten weichen Drogen, in ihrer Fähigkeit emotionale Bedürfnisse zu verbalisieren und nicht zuletzt im Anspruchsverhalten gegenüber

medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung von ihren Vorgängergenerationen. Auch Suchtkranke profitieren vom medizinischen Fortschritt. Zugleich, so scheint es, verändert sich derzeit das soziale Klima. Einerseits sollen Ältere länger arbeiten, andererseits erfahren sie in der Praxis nur allzu oft, dass sie nicht gebraucht werden. Die Anzahl von Einzelhaushalten nimmt auch in der älteren Bevölkerung zu und die Altersarmut wird wieder steigen. All diese Faktoren tragen zu einer Zunahme von Suchterkrankungen in der älteren Bevölkerung bei. Dabei sind alkoholbezogene Störungen im höheren Alter schon heute nicht selten (Feuerlein 1995, Ganry et al. 2000).

### Alkohol

Etwa 26% der Männer und 8% der Frauen über 60 Jahre betreiben einen riskanten Alkoholkonsum (Kraus & Augustin 2005). Ca. 400.000 Frauen und Männer über 60 leiden unter einem „Alkoholproblem“, sind also alkoholabhängig oder betreiben einen schädigenden Alkoholkonsum (2–3% aller Männer und 0,5–1% aller Frauen dieser

Altersstufe, Kraus & Augustin, 2005). Ein besonderes Problem stellt der Alkoholkonsum von Heimbewohnern dar.

### **Medikamente**

Auch der gemeinsame Konsum von Alkohol und Beruhigungsmitteln ist in der älteren Bevölkerung häufiger. Die Langzeitverordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential nimmt in der zweiten Lebenshälfte deutlich zu. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht von 1 bis 2 Millionen Älteren mit einem problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. von Schmerzmitteln aus. Zwei Drittel aller Medikamente mit Abhängigkeitspotential werden dabei an Frauen verordnet (Glaeske 1996). Häufig sind nicht etwa psychische Störungen wie Angst oder ein depressives Syndrom Gründe zur Verordnung von Benzodiazepinen, sondern vor allem multiple körperliche Erkrankungen und die daraus resultierenden multiplen Beschwerden (Glaeske 1996). Nach klinischem Eindruck erfährt die Abhängigkeit von zentral wirksamen Analgetika in letzter Zeit eine deutliche Zunahme.

### **Tabak**

Wenngleich ältere Menschen seltener rauchen als jüngere, ist auch bei ihnen die Tabakabhängigkeit die Suchterkrankung mit den schwersten körperlichen Folgen. Die Lebenserwartung einer rauchenden Person, die

mehr als 20 Zigaretten täglich konsumiert, ist um ca. 10 Jahre gemindert (Doll et al. 2004). Gerade beim Rauchen bestehen in der älteren Bevölkerung starke Geschlechtsunterschiede, besonders auch in Migrantengruppen.

### **Illegale Drogen**

Der Konsum illegaler Drogen von über 60-Jährigen stellt noch eine Ausnahme dar. Zumindest für Cannabis dürfte sich dies aber in Kürze ändern.

## **Diagnostik und Symptome substanzbezogener Störungen im Alter**

Die diagnostischen Kriterien für schädigenden und abhängigen Konsum unterscheiden sich in verschiedenen Alterstufen nicht. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte erkennen allerdings Suchterkrankungen bei Älteren deutlich seltener und sie intervenieren, selbst wenn sie die Diagnose stellen, seltener als bei Jüngeren (Curtis et al. 1989). Typische überschießende Symptome etwa des Alkoholmissbrauchs wie Trinkexzesse und soziale Auffälligkeiten durch Impulsdurchbrüche mit aggressiven Entäußerungen fehlen im Alter zumeist (McGrath et al. 2005). Oft finden sich eine Neigung zu Stürzen mit Prellungen, anhaltende Durchfälle, Fehlernährung, ferner Klagen über Nachlassen der

Leistungsfähigkeit und Merkfähigkeitsstörungen, Antriebs- und Interesellosigkeit, sozialer Rückzug, Verwahrlosung und mangelnde Körperhygiene. Diese Symptome werden häufig fehl gedeutet und nicht mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht.

Das alternde Gehirn reagiert auf Noxen empfindlich. Alkoholmissbrauch im Alter führt recht schnell zu kognitiven Einbußen. Auch somatische Folgeschäden wie Lebererkrankungen, Kardiomyopathien und Polyneuropathien können sich rasch entwickeln. Bei Medikamenteneinnahme ist deren Abbau deutlich langsamer als in jüngeren Jahren. Intoxikationszeichen wie Ataxien, Sturzneigung und Schwindelgefühle können zeitlich so verzögert auftreten, dass von vielen Ärztinnen und Ärzten ein ursächlicher Zusammenhang mit der verordneten Substanz nicht mehr hergestellt wird (Wolter-Henseler 1998). Auch ist zu beachten, dass die meisten älteren Menschen täglich ein oder mehrere Medikamente zur Behandlung chronischer Erkrankungen einnehmen, was zu einer geringeren Verträglichkeit von Alkohol und zu einer Wirkungsverstärkung der Sedativa führen kann. Der Gesundheitszustand älterer rauchender Personen ist besonders schlecht. Sie leiden häufig an einer Dyspnoe im Rahmen einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) Grad II oder III.

## Motivationale Aspekte

Älteren Menschen wird gemeinhin eine geringe Flexibilität nachgesagt. Neben dem geringeren mimischen Ausdrucksverhalten können auch Schwerhörigkeit und leichte kognitive Einbußen zu einem starren Kommunikationsverhalten beitragen. Obwohl Schuld- und Schamgefühle bei den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen häufig sehr ausgeprägt sind, lassen sich ältere Suchtkranke sehr wohl zu einer Behandlung motivieren. Kinder und Enkelkinder tragen durch Offenlegung und direktes Ansprechen der Situationen und Beobachtungen mit dazu bei, die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe zu wecken.

Hierzu sei ein Patient unserer Klinik, 69 Jahre alt, zitiert: „Ich möchte mir nicht noch einmal von meiner Familie sagen lassen: „Papa, Du stinkst schon wieder nach Alkohol!“ Noch schlimmer wäre es, wenn die Enkelkinder das zu mir sagen würden. Und das war auch ein Grund von mir zu sagen, ich gehe jetzt trotz meines Alters in diese Therapie, damit ich dann wirklich noch gesund und würdig leben kann“.

Neben dem führenden Ziel, die Unabhängigkeit zu erhalten, ist es für ältere Suchtkranke besonders wichtig, weiterhin oder wieder für andere Verantwortung übernehmen zu können. Gerade ältere Suchtkranke leiden unter dem Widerspruch ihres inneren Anspruchs und ihrem tatsächlichen Verhalten. Macht man ihnen Mut und hebt auf ihre vorhandenen Ressourcen ab, lassen sie sich gut zu einer Behandlung motivieren. Da die Schwellenängste hoch sind und sich viele ältere Menschen unter einer Entwöhnungsbehandlung und einer stationären Rehabilitation wenig vorstellen können, bieten wir in unserer Klinik im Vorfeld der Aufnahme einen Besuch der Klinik mit Besichtigung und Kontaktaufnahme zu einem Therapeuten oder einer Therapeutin an. Daneben können die zukünftigen Patientinnen und Patienten auch Gespräche mit derzeitigen zu behandelnden Personen der sog. Seniorengruppen führen. Für die „Neuen“ senkt es die Schwellen, für die „Alten“ ist es ein Stück Verantwortungsübernahme und damit gleichzeitig therapeutische Erprobung. Ältere Patientinnen und

Patienten profitieren zu Beginn einer Behandlung von einem hohen Maß an emotionaler Zuwendung, konkreten Hilfestellungen und einer einfühlsamen Vorgehensweise im Umgang mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Der Respekt vor der bisherigen Lebensleistung und die Betonung der vorhandenen Ressourcen erleichtern den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Techniken der Motivation älterer Suchtkranker unterscheiden sich nicht von denen bei Jüngeren. Dennoch sollten Würde und die besonderen Kompetenzen des Alters wie z.B. das Verantwortungsgefühl für die nachfolgenden Generationen, sowie die oft geringere Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren, berücksichtigt werden. Als Methode ist die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick 2002) gut geeignet.



## Typologie des Altersalkoholismus

Gewöhnlich wird bei älteren alkoholabhängigen Personen eine Unterscheidung nach dem Beginn der Suchterkrankung vorgenommen (Droller 1964). Alkoholranke mit früherem Krankheitsbeginn („early-onset“) weisen geringere Impulskontrolle und höhere Aggressivität auf (Dom et al. 2006). Der später beginnende missbräuchliche oder abhängige Konsum („late-onset“) wird von einigen Autorinnen und Autoren mit kritischen Lebensereignissen in der Vorphase in Verbindung gebracht (Finlayson et al. 1988, Söder 1989, Welte & Mirand 1995). Insgesamt muss aber die Unterscheidung in early-onset und late-onset Trinker als empirisch nicht gut abgesichert angesehen werden. Für die Behandlungsplanung erscheint uns auch für ältere Patientinnen und Patienten die empirisch begründete und durch Clusteranalysen herausgearbeitete Typologie von Babor (Babor et al. 1992) geeignet. Babor unterscheidet die Typen A und B, letzterer gekennzeichnet durch höhere Kindheitsrisiken, eine auf-

fälligere Psychopathologie, früheren Beginn, familiäre Belastung mit Alkoholismus und schlechterer Behandlungsprognose. Viele Personen, die erst in fortgeschrittenem Lebensalter eine substanzbezogene Störung entwickeln, entsprechen dem Typ A nach Babor. Sie zeigen weniger psychopathologische Auffälligkeiten. Persönlichkeitsstörungen sind seltener und weniger ausgeprägt. Nach unserer klinischen Erfahrung spielen häufig relativ spezifische Komponenten in der späten Krankheitsentwicklung eine Rolle. Nach langjährigem Berufsleben und guter sozialer Integration stellen unerwarteter Arbeitsplatzverlust, Berentung bzw. Pensionierung und der damit verbundene

Verlust an Wertschätzung, der Tod oder eine langwierige Erkrankung der Partnerin bzw. des Partners häufige äußere Anlässe zu gesteigertem Alkoholkonsum oder zur Einnahme von Sedativa und der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar (Voßmann & Geyer 2006). Den äußeren Faktoren entsprechen dabei die inneren Gefühle der Vereinsamung, der Trauer und des Verlustes und nicht bewältigter narzisstischer Kränkungen.



## Behandlung

### Kommunikation

Das Gesprächs- und Kommunikationsverhalten ändert sich im Alter (Fillip & Mayer 1999). Ältere kommunizieren mit Jüngeren anders als mit Gleichaltrigen (Peters 2006). Die Thematisierung des eigenen Lebensalters oder des Alters des jüngeren Gesprächspartners schafft psychologische Distanz und sichert die eigene Identität. Einschränkungen und Reduktion der Mobilität, Motorik, Mimik und Gestik führen zu einer Abnahme der Spontanität und lassen das Ausdrucksverhalten schwerer interpretieren. Die Sprechgeschwindigkeit verringert sich, die Sprechweise wird weniger rhythmisch. Ältere neigen dazu, Themen in Erzählform darzubieten. In Behandlungssituationen sollten diese Änderungen nicht als Ausdruck einer Störung, z.B. einer Depression oder mangelnden Interesses am Gegenüber oder einer therapeutischen Änderung fehlverstanden werden.

### Beziehungsdynamik: Ältere Person mit substanzbezogener Störung und jüngere Therapeutin bzw. jüngerer Therapeut

Im Vergleich zu jüngeren Suchtkranken zeigen ältere eine ausgeprägte Scham, sich ihre Erkrankung einzugestehen und Hilfe anzunehmen. In ihrer Generation spricht man weniger über inneres Leid. Suchtverhalten wird als mangelnde Willensstärke missverstanden. Für die Beziehungsgestaltung ist es daher wichtig, behutsam vorzugehen, einen wenig konfrontierenden Stil zu pflegen und ältere Suchtkranke über die guten Behandlungschancen aufzuklären. Neben dem Kommunikationsstil und den thematischen Inhalten bestimmen auch unbewusste Faktoren die Beziehungsgestaltung. In der Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten werden Erfahrungen mit früheren Bezugspersonen weitgehend unbewusst wieder erlebt und deren Eigenschaften der therapierenden

Person zugeschrieben. Dieses Phänomen wird in der Psychoanalyse „Übertragung“ genannt. Da die Therapeutin bzw. der Therapeut zumeist älter oder zumindest im gleichen Alter wie die erkrankte Person ist und ihr bzw. ihm zudem Expertenstatus zugeschrieben wird, reinszeniert die Patientin bzw. der Patient die erlebten Beziehungen zu den wichtigen frühen Bezugspersonen, in der Regel zu Mutter oder Vater. Wie verhält es sich aber, wenn die erkrankte Person deutlich älter ist als die Therapeutin bzw. der Therapeut? Zu Beginn einer Behandlung bietet sich dann eine Übertragung der Beziehung zu jüngeren Geschwistern, zu den eigenen Kindern oder, bei großem Altersunterschied, zu den Enkeln an – ein Phänomen, das Radebold „umgekehrte Übertragung“ nennt (Radebold 1992). Er geht davon aus, dass im weiteren Verlauf einer Therapie sich die regelhafte Übertragung durchsetzt, dass aber

die umgekehrte Übertragungskontellation ebenfalls fortbestehen kann (Radebold 1992, Peters 2006). Somit ergeben sich unterschiedliche Übertragungsanteile aus unterschiedlichen Lebensphasen, die Beziehung wird facettenreicher, aber auch schwieriger zu entschlüsseln (Hinze 1987, Peters 2006). Die emotionalen Reaktionen der Therapeutin bzw. des Therapeuten auf die Übertragung der zu behandelnden Person werden als „Gegenübertragung“ bezeichnet. Nach Hinze ist die therapierende Person in der Behandlung eines Älteren einem starken regressiven Sog ausgesetzt (Hinze 1994). Es besteht die Gefahr, sich als „ideales Kind“ oder „gute Enkelin bzw. guter Enkel“ mit der betroffenen Person gegen dessen Kinder zu verbünden. Ältere Suchtkranke haben jüngeren Therapeutinnen und Therapeuten stets ein Stück Lebenserfahrung voraus, so dass sie sich erst in die damit verbundenen Erfahrungen und Erlebnisse einleben müssen, Hinze nennt dies das „ungelebte Alter“ (Hinze 1994). Dadurch können sich erhebliche Schwierigkeiten auftun. Das eigene Bild vom Altern und Alter und die damit verbundenen Befürchtungen können dazu führen, eine tiefere Beschäftigung mit den Themen der Patientinnen und Patienten unbewusst abzulehnen. Die innerseelischen Konflikte und Einstellungen des Behandelnden, die seine Empathiefähigkeit einschränken und dadurch den Behandlungsprozess

behindern, nennt Heuft „Eigenübertragung“ (Heuft 1990). Das Bild der behandelnden Person vom eigenen Altern und Alter hat somit erhebliche Bedeutung für die Fähigkeit, den belastenden Themen seiner älteren Patientinnen und Patienten offen zu begegnen. Verschließen sie sich diesen Fragen, weil die Angst vor Gebrechlichkeit, Einsamkeit und Autonomieverlust im Alter überwiegt, werden sie eine tiefere Begegnung scheuen.

#### **Typische inhaltliche Schwerpunkte in der Behandlung**

Neben den üblichen Arbeitsfeldern der Suchtbehandlung, wie der Förderung von Krankheitseinsicht und -akzeptanz, sind für die Förderung der Abstinenzfähigkeit älterer Suchtkranker bestimmende Themen die Bearbeitung von Einsamkeit, Trauer, Furcht vor Siechtum und Tod, das Nachlassen körperlicher und geistiger Fähigkeiten, der Verlust des beruflichen Status und des bisherigen Freizeitverhaltens sowie Kriegs- und Nachkriegserlebnisse. Aus diesen Themen sollen im Folgenden drei vertiefend dargestellt werden:

#### **Kriegserlebnisse und Nachkriegserfahrungen**

Wir sprechen von älteren Suchtkranken ab etwa einem Lebensalter von 60 Jahren. Damit haben sie die Kriegs- und Nachkriegszeit als Kind, Jugendliche oder junge Heranwachsende erlebt. Die durch den Krieg

unmittelbar bedingten Erlebnisse wie Vertreibung, Flucht, Vergewaltigung, Tod von Familienangehörigen oder der Einsatz als Kindersoldat wirkten ebenso prägend wie die häufige Nachkriegserfahrung des real oder als Reibungspunkt fehlenden Vaters (Franz et al. 2007). Nicht selten zeigen ältere Patientinnen und Patienten die Symptome einer späten Posttraumatischen Belastungsstörung (Radebold 2004, Fischer et al. 2006).

#### **Schwere Erkrankung oder Tod von Angehörigen und Freunden**

Mit zunehmender Lebensdauer wächst das Risiko, Partnerin bzw. Partner, Familienangehörige und enge Freunde durch Erkrankungen zu verlieren. So sind beispielsweise in unserer Klinik 45% der älteren Patientinnen und 10% der älteren Patienten verwitwet. Umgang mit Trauer, Überlebensschuld und Vereinsamung und die Gewinnung von Lebensmut sind folglich wichtige Themen in therapeutischen Gesprächen.

#### **Altersarbeitslosigkeit, Vorruhestand, Berentung**

Bei so genannten late-onset-Trinkern findet sich als auslösendes Motiv nicht selten der unerwartete Verlust des beruflichen Status durch Arbeitslosigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, vorgezogene Vorruhestandsregelung, Berentung oder Pensionierung. Das bislang durch Arbeit und Beschäftigung geprägte

Leben verliert an Struktur, soziale Kontrolle fehlt. Einer unserer Patienten, 72 Jahre alt, formuliert dies so: „Ich habe über lange Jahre hinaus mehr oder weniger kontrolliert getrunken und habe das immer gemeint im Griff zu haben. Schlimm ist es geworden, als von einem Tag auf den anderen das Berufsleben beendet war, da ist auf einmal ein großes Loch gewesen“. Besonders für Menschen mit narzisstischen Verarbeitungsmodi kann das Ausscheiden aus dem Berufsleben eine Lebenskrise darstellen (König 1993).

### **Psychiatrische Komorbidität**

In Abhängigkeit von der Altersstufe sind die häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter Demenzen, Depressionen, Suchterkrankungen und Schlafstörungen. Die Differentialdiagnose kann schwierig sein, zumal die Störungen gehäuft gemeinsam auftreten. Es ist bekannt, dass vor allem bei älteren Männern Depressionen häufig übersehen und nicht angemessen behandelt werden. Andererseits lehrt suchtmedizinische Erfahrung, dass die mit dem Konsum von Alkohol häufig einhergehenden depressiven Symptome zu schnell als Ausdruck einer eigenständigen depressiven Erkrankung gewertet und psychopharmakologisch behandelt werden. Bei nur etwa 15% der Patientinnen und Patienten liegt unabhängig vom Alkoholkonsum eine Depression vor (Schuckit 1994, Schuckit 2006, Brown et al. 1995). Mindestens 25% der über 65-Jährigen leiden unter

Schlafstörungen (Riemann & Dressing 1997). Diese werden häufig als Anlass zum Alkohol- und Hypnotikakonsum angegeben. In der Behandlung sind die Aufklärung über die veränderte Schlafphysiologie im Alter und verhaltensmedizinische schlafhygienische Maßnahmen bedeutsam.

Eine psychisch besonders belastete Gruppe älterer Suchtkranker stellen die Medikamenten- und Alkoholabhängigen dar. Von unseren stationären Patientinnen und Patienten sind etwa 15% der über 60-jährigen Frauen und etwa 5% der über 60-jährigen Männer von Medikamenten, zumeist Benzodiazepinen, abhängig. Eine Doppelabhängigkeit von Alkohol und Medikamenten weisen ca. 20% der Frauen und 3% der Männer dieser Altersgruppe auf. Diese Untergruppe fühlt sich subjektiv belasteter und leidet häufiger an körperlichen Beschwerden als ältere Alkoholabhängige (Geyer et al. 2008). Die Patientinnen und Patienten denken negativistisch, leiden häufiger an einer selbstunsicheren und depressiven Persönlichkeitsstörung und haben häufig Suizidversuche in der Vorgeschichte (Geyer et al. 2008).

### **Behandlung, gemeinsam mit Jüngeren oder im altersbezogenen Setting?**

Es gibt erste Hinweise, dass die Berücksichtigung altersspezifischer Aspekte in der Behandlung von Suchtkranken die Ergebnisqualität verbessern kann (Benshoff & Harwood 2003, Satre et al. 2003, Geyer

& Penzek 2007). Für die ambulante Rehabilitation wird es aber nur für Behandlungsstätten in Ballungszentren möglich sein, altersbezogene Angebote vorzuhalten. Es sollte darauf geachtet werden, dass die vereinbarten Behandlungszeiten den Tagesablauf älterer Menschen berücksichtigen und dass die Behandlungsstätte barrierefrei zu erreichen ist. Eine Vernetzung der Sucht- mit der Altenhilfe ist dringend anzustreben. Die Therapie sollte eher bei Tage als, wie sonst üblich, abends stattfinden. Der häufigen Vereinsamung sollte, wie in der ambulanten Altenarbeit üblich, mit dem Angebot gemeinsamer Freizeitaktivitäten begegnet werden. Die stationäre Entwöhnung älterer Suchtkranker sollte nach den gleichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin wie die der jüngeren (Geyer et al. 2006) aufgebaut werden. In der Behandlungsplanung sollten die häufige somatische Multimorbidität der Patientinnen und Patienten und die bereits beschriebenen besonderen Aspekte der Klientel Berücksichtigung finden.

### **Ein spezialisiertes Behandlungskonzept für ältere Suchtkranke**

Im Folgenden beschreiben wir anhand der mittlerweile über 30-jährigen Erfahrung exemplarisch die stationäre Entwöhnungstherapie Älterer (Voßmann & Geyer 2006). Die Fachklinik Fredeburg war die erste Klinik für Suchterkrankungen, die 1978 ein gezieltes Behandlungskonzept für ältere Abhängige ent-



wickelte (Soeder 1989). Die bei älteren Menschen häufige Multimorbidität und die Anfälligkeit für hirnorganische Psychosynndrome infolge der toxischen Wirkungen des Suchtmittels erfordern eine intensive medizinische Betreuung und genaue psychopathologische und testpsychologische Diagnostik, auch zur differentialdiagnostischen Abklärung anderer dementieller Prozesse. Das regelmäßige Training kognitiver Funktionen in der Gruppe, in ergotherapeutischen Übungen und am Computer verbessert Konzentrations- und Merkfähigkeit. In der Fachklinik Fredeburg sind von insgesamt 20 Behandlungsgruppen 4 Gruppen für ältere Patientinnen und Patienten vorgesehen. Das Alter reicht von knapp unter 60 bis 80 Jahren, wobei die meisten Patientinnen und Patienten zwischen 60 und 75 Jahren alt sind. Das Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Altersgruppe, die erlebte Solidarität, geteilte Lebenserfahrungen, d.h. der lebendige Kontakt zu Angehörigen der eigenen Generation, wirken sich unmittelbar auf die Lebenszufriedenheit älterer Menschen aus. Die Psychotherapie in der altershomogenen Bezugsgruppe erleichtert den betroffenen Personen, die alters-typischen „Entwicklungsaufgaben“ zu erkennen, zu reflektieren und Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Seniorengruppen sind wie auch die Schwerpunktgruppen für junge Abhängige in ein alters- sowie geschlechtlich-gemischtes Behandlungsteam integriert. Dies ermöglicht die Begegnung der unterschiedlichen

Altersgruppen im Lebens- und Organisationsalltag und einen sozialen und problemorientierten Austausch im Rahmen gemeinsamer Veranstaltungen. Gruppenübergreifend nehmen die älteren Patientinnen und Patienten an allen gemeinsamen Teamaktivitäten wie Großgruppen und indikativen Gruppentherapien im intergenerativen Austausch teil. Im Wohnbereich benutzen alle gemeinsam die sog. Teeküche als Treffpunkt sowie die anderen Freizeiträume. Im Speisesaal sitzen sie in der Teamrunde. Die Durchführung der Sport- und Bewegungstherapie in der altershomogenen Gruppe erleichtert das Achten auf die Scham-schwelle und vermeidet, dass ältere Patientinnen und Patienten ihre körperlichen Grenzen überschreiten. Wassergymnastik, Schwimmkurse, Wanderungen und das Vermitteln von Entspannungstechniken helfen, das Allgemeinbefinden zu verbessern und das Selbstvertrauen zu fördern. Die Ergotherapie ist bei älteren Personen sehr beliebt und die mit unterschiedlichen Materialien erlernten Techniken werden oft auch nach der Therapie beibehalten. Auch das Angebot von EDV-Kursen für Anfänger wird von vielen Älteren gerne wahrgenommen. Angehörigenseminare bieten den Rahmen für eine konstruktive Veränderung von sozialen Beziehungen und eine Klärung der familiären Situation, welche insbesondere bei den Älteren und von ihrem sozialen Netzwerk abhängigen Patientinnen und Patienten eine wichtige prognostische Bedin-

gung für die Abstinenz darstellt. Suchterkrankte Personen, die ihre Körperhygiene vernachlässigen, bedürfen einer sensiblen Ansprache und einführenden Betreuung. Eine sinnvolle Freizeitgestaltung in der Therapie ist ein wichtiger Faktor für die spätere Freizeitplanung und Strukturgebung zu Hause und trägt zu Zufriedenheit und Abstinenzfähigkeit bei. Wir fördern daher von den Patientinnen und Patienten selbständig organisierte Geburtstags- und Abschiedsfeiern, kleine Wanderungen in die Umgebung oder den Besuch kultureller Veranstaltungen. Nach Indikation wird in der Lehrküche unter Anleitung einer Diätassistentin ein mehrwöchiger Kochkursus angeboten. Vor allem ältere Männer haben oft die regelmäßige Nahrungsaufnahme vernachlässigt, einige „aus der Dose“ gelebt oder nur in Gaststätten gegessen. Unter Anleitung werden sie nun angehalten, sich wieder selbst zu versorgen, auch alleine für sich zu kochen und sich gesund zu ernähren. Wir erfahren von unseren älteren Patientinnen und Patienten von ihren alltäglichen kleinen Gebrechen und können darauf reagieren und die Therapieorganisation danach ausrichten. Praktische Hilfen, z.B. im Umgang mit Hörgeräten oder bei der Schlafregulation auch durch die nicht ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten, zeigen deren geriatrische Kompetenzen auf und erleichtern es den Patientinnen und Patienten, sich auf eine tiefere Beziehung einzulassen.

## Behandlungsergebnisse

Die Fachklinik Fredeburg führt seit 1978 stationäre Entwöhnungsbehandlungen für ältere Alkohol- und Medikamentenabhängige in eigenen so genannten Seniorengruppen durch. In den routinemäßig durchgeführten katamnesticen Untersuchungen weisen die über 60-Jährigen ein Jahr nach Therapiebeendigung stets höhere Abstinenzquoten als die jüngeren Patientinnen und Patienten auf: So waren beispielsweise 2003/2004 ein Jahr nach der Entlassung von den an der Befragung teilnehmenden über 60-jährigen Männer und Frauen 79,5% durchgehend, 8,9% nach Rückfall abstinent lebend und 11,6% waren rückfällig. Unter Einbezug der Nichtantworter (32,1%) waren immerhin

noch 64,0% durchgehend und 6,0% nach Rückfall abstinent, während 7,9% rückfällig waren. Zusammen mit den hohen Zufriedenheitswerten der Patientinnen und Patienten (Geyer & Penzek 2007) belegen die Zahlen, dass auch ältere Suchtkranke den Mut und die Fähigkeit zur Veränderung aufbringen und den Weg aus der Abhängigkeit heraus in ein selbst bestimmtes Leben finden können. Geht man von der durchschnittlichen Lebenserwartung aus, so haben die über 60-jährigen Frauen und Männer noch eine hohe fernere Lebenserwartung vor sich und können nach einer erfolgreichen Rehabilitation in Würde und Selbstbestimmung ihren Lebensabend gestalten und verbringen.

## Literatur

- BABOR T F, DE HOFMANN M I, BOCA F K ET AL. (1992): Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiat* 49, 599–608
- BENSHOFF J J & HARRAWOOD L K (2003): Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation*, 69 (2), 43–48
- BROWN S A ET AL. (1995): Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 152, 45–52
- CURTIS J R, GELLER C, STOKES E J ET AL. (1989): Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. *Alcohol Clin Exp Res* 18, 196–201
- DOLL R, PETO R ET AL. (2006): Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors; *BMJ* 328, 1519–28
- DOM G, D HAENE P, HULSTIJN W, SABBE B (2006): Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction* 101, 50–59
- DROLLER H (1964): Some aspects of alcoholism in the elderly. *Lancet* 2, 137–139
- FEUERLEIN W (1995): Abhängigkeit im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3, 153–162
- FILIPP S-H & MAYER A-K (1999): Bilder des Alters. Stuttgart
- FINLAYSON R E, HURT R D, DAVIS L J, MORSE R M (1988): Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. *Mayo Clin Proc* 63, 761–768
- FISCHER C J, STRUWE J, LEMKE M R (2006): Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. *Nervenarzt* 77, 58–63
- FRANZ M, HARDT J, BRÄHLER E (2007): Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. *Z Psychosom Med Psychoth* 53, 216–227
- GANRY O, JOLY M P, QUEVAL M P, DUBREUIL A (2000): Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction* 95, 197–113
- GEYER D, BATRA A, BEUTEL, M, FUNKE W ET AL. (2006): AWMF Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 52, 8–34
- GEYER D & PENZEK C (2007): Wirkfaktoren in der stationären Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg) *Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung*, Geesthacht, Neuland, 305–316
- GEYER D, SAUTER G, FÖRTSCH G (2008): Die Rehabilitation älterer Medikamentenabhängiger. *Beitrag zum 21. Kongress des Fachverband Sucht, Heidelberg*
- GLAESKE G (1996): Beruhigt bis zum Ende: Die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen. *Sucht aktuell* 3, 5–9
- HEUFT G (1990): Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik – Persönlichkeit und Alternsprozess. *Zeitschrift für Gerontologie* 23, 262–266
- HINZE E (1987): Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Behandlung älterer Patienten. *Psyche* 41, 238–253
- HINZE E (1994): Besonderheiten der therapeutischen Beziehung zwischen Jüngeren und Älteren. S. 35–41 In: H. Radebold und R.D. Hirsch (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie*. Bern
- KRAUS L & AUGUSTIN R (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1) 4–57
- KÖNIG K (1993): Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen, Vandenhoeck & Rupprecht
- MCGRATH A, CROME P, CROME I B (2005): Substance misuse in the older population. *Postgrad Med J*, 81, 228–231
- MILLER W R, ROLLNICK S (2002): Motivational Interviewing. Preparing People For Change. New York, Guilford, 2.ed.
- PETERS M (2006): Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Göttingen
- RADEBOLD H (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin, Springer
- RADEBOLD H (2004): Bei Diagnose historisch denken. *Deutsches Ärzteblatt* 101, 27, 1637–1639
- RIEMANN D & DRESSING H (1997): Schlafstörungen. In: Förstl H (Hrsg) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart, Enke, 439–452
- SATRE D D, MERTENS J R, AREÁN P A, WEISNER C (2003): Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *J Stud Alc* 64, 520–530
- SCHUCKIT M A (1994): Alcohol and Depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scan Suppl* 377, 28–32
- SCHUCKIT M A (2006): Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101 (Suppl. 1) 76–88
- SOEDER M (1989): Abhängigkeit und Sucht; in: Platt D, Oesterreich K: *Handbuch der Gerontologie, Bd 5*. Fischer 337–355
- VOßMANN U & GEYER D (2006): Abhängigkeits-erkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 19, 221–227
- WELTE J W, MIRAND A L (1995): Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. *J Stud Alcohol* 56, 67–73
- WOLTER-HENSELER D K (1998): Klinik der Benzodiazepinabhängigkeit im Alter. In: Havemann-Reinke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg): *Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* 86–96

## Zwischen allen Stühlen? Über die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Altenhilfe, Suchthilfe und Gerontopsychiatrie

Um verstehen zu können, welche Ursachen süchtigem Verhalten im Alter zugrunde liegen, ist es sinnvoll, zunächst einen kleinen Exkurs zu machen.

### Was bedeutet Alter heute ...

Auf der einen Seite ist Alter mit positiven Begriffen besetzt:

- Wohlstand
- Bildung
- Mobilität
- Einfluss
- Selbstbestimmung
- Unabhängigkeit
- Gesundheit
- Konsum
- Zielgruppe für Werbung
- Angebotsflut

Auf der anderen Seite stehen aber Begriffe mit negativer Bedeutung:

- Armut
- Krankheit / Behinderung
- Immobilität
- Pflegebedürftigkeit
- Fremdbestimmung
- Abhängigkeit
- Stigmatisierung
- Isolation
- Gesellschaftliche Entwertung
- Diskriminierung

Die heutige Diskussion des Alterns ist zu sehr von den (positiven) Entwicklungsmöglichkeiten besetzt. Menschen mit Suchtproblemen stehen häufig auf „der anderen Seite“ des Lebens, missglückte Lebensentwürfe dominieren, Scheitern ist eine oft gemachte Erfahrung.

Hinzu kommen gesellschaftliche Haltungen suchtkranken (alten) Menschen gegenüber, die negativ geprägt sind:

- „Es lohnt sich nicht, ältere Suchtkranke zu behandeln.“
- „Wegen der begrenzten Lebenserwartung sollte man älteren Menschen die Anstrengungen einer Therapie nicht mehr zumuten.“
- „Man kann einem alten Menschen doch nicht das Viertele Wein wegnehmen, was hat er denn sonst noch.“
- „Ältere Menschen sind geistig (körperlich) zu unbeweglich, um

eine Therapie aktiv mitmachen zu können.“

- „Ältere Menschen können sich nicht mehr verändern.“

Damit Sie verstehen können, auf welchem Hintergrund ich meine Ausführungen darstelle, möchte ich Ihnen beschreiben, woher ich komme – regional und von meinen Arbeitszusammenhängen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst für alte Menschen (SOFA) arbeitet im Landkreis Esslingen, südlich von Stuttgart; der Landkreis hat eine Gesamteinwohnerzahl von ca. 510.000 Einwohnern. SOFA wurde 1985 als Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums gegründet, Träger ist der Landkreis Esslingen. Der Dienst ist als eigenes Sachgebiet dem Sozialdezernat zugeordnet. SOFA ist zuständig für Menschen mit einer psychischen

Erkrankung ab einem Alter von 60 Jahren (Depression, Wahn, Sucht, Persönlichkeitsstörungen etc.) sowie für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, unabhängig von ihrem Lebensalter.

Die Aufgaben umfassen folgende Bereiche:

- Abklärung der Versorgungssituation; medizinische, pflegerische und soziale Intervention bei Patientinnen und Patienten übernehmen oder vermitteln
- Beratung der Angehörigen
- Zusammenarbeit mit sowie Fort- und Weiterbildung von (professionellen) Helfern
- Gremienarbeit
- Motorfunktion für gerontopsychiatrische Entwicklung

Die damit zusammenhängenden Tätigkeiten bestehen aus folgenden Elementen:

- Assessment (med. / pfleg. / soz. Diagnostik), ggfs. Betreuung von Patientinnen und Patienten (Hausbesuche!)
- Einzelberatung und Begleitung sowie Gruppen für pflegende / betreuende Angehörige
- Fortbildung / fachbezogene Beratung / Fallbesprechungen von anderen „Helfern“
- Kooperation / Öffentlichkeitsarbeit
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team

Das Team, das diese Arbeit leistet, setzt sich zusammen aus: 8 Stellen mit 9 Personen: 3 Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 1 Krankenschwester, 1 Sozialarbeiterin, 1 Sozialpädagogin, 1 Psychiater, 1 Dipl.-Pädagoge (Leiter) und 1 Verwaltungsangestellte als zentrale Anlaufstelle.

Suchtkranke alte Menschen gehörten zunächst nicht zur Klientel von SOFA. Aufgrund zunehmender Anfragen zur Betreuung Suchtkranker entschloss sich SOFA bereits 1992 eine bundesweite Fachtagung zum Thema „Sucht im Alter: verleugnet – geduldet – verordnet“ zu veranstalten, um den seinerzeit vorhandenen Kenntnisstand zusammenzubringen und daraus für die eigene Tätigkeit zu lernen.

## Aufbau einer Versorgungsstruktur und Diskussions- und Fortbildungskultur in einem Landkreis / einer Region

Was dazu beigetragen hat, das Thema „Sucht im Alter“ wirkungsvoll strukturell im Landkreis Esslingen zu verankern, war bereits 1992 die Entscheidung des Sozialministeriums Baden-Württemberg, in den Stadt- und Landkreisen die Stellen der

„Beauftragten für Suchtprophylaxe“ als Anlauf- und Koordinierungsstellen zu schaffen und die Stadt- und Landkreise mit einem Personalkostenzuschuss zu unterstützen. Auch die Krankenkassen konnten auf Landesebene für eine finanzielle Förderung der Stellen gewonnen werden. Aufgabe dieser Stellen war es von Anfang an, das Thema Suchtvorbeugung systematisch in alle wichtigen Setting-Bereiche wie Kindergarten, Schule, Jugendarbeit / Jugendhilfe / Vereine, Straßenverkehr, Betriebe und Seniorenarbeit / Altenhilfe zu tragen und alle entsprechenden Zielgruppen mit unterschiedlichen Angeboten und Informationen anzusprechen.

Der Bereich „Sucht im Alter“ war einer der drei Schwerpunkte im Gesamtkonzept Suchtprophylaxe Baden-Württemberg 1993/94 (neben Kindergarten und Betrieben), für die landesweit Materialien und Veranstaltungen gemeinsam mit den Beauftragten für Suchtprophylaxe und Fachleuten entwickelt und umgesetzt wurden, um die Stadt- und Landkreise zu unterstützen. Es wurden drei Plakate für die Zielgruppen Fachkräfte in der Alten- und Krankenpflege, pflegende Angehörige und Offene Seniorenarbeit entwickelt, zudem ein Fachbuch „Sucht im Alter“, Fortbildungsveranstaltungen und ein Curriculum für die Ausbildung in der Altenpflege entwickelt. Die Beauftragten für Suchtprophylaxe übernahmen die Aufgabe, das Thema auf

gleichem fachlichen Niveau mit gleichen Fachmaterialien und gleicher Öffentlichkeitsarbeit in ihren Landkreisen anzustoßen.

Um dies wirkungsvoll landkreisweit möglich zu machen, wurde im Landkreis Esslingen ein Aktionskreis Suchtprophylaxe mit Vertretenden aller für die Suchtvorbeugung wichtigen Einrichtungen geworben (Soziales, Bildung, Wirtschaft, Medizin, Justiz, Politik u.a.), in dem heute über 150 Einrichtungen und über 350 Personen vertreten sind bzw. aktiv mitwirken. Ab 1992 wurde sukzessive begonnen, neben einem Kuratorium und einer Geschäftsführung, für jeden Setting-Bereich eine Fachgruppe zu schaffen, so auch eine Fachgruppe „Sucht im Alter“, um multidisziplinär mit den unterschiedlichen Einrichtungen und Professionen ergebnisorientiert Entwicklungen und Bedarfe zusammenzutragen sowie Maßnahmen, Projekte und Veranstaltungen zu erarbeiten.

Die Stelle der Beauftragten für Suchtprophylaxe wurde als Stabstelle beim Sozialdezernenten angesiedelt. Die Einladung an das Kuratorium erging durch den Landrat, Sitzungen wurden vom Sozialdezernenten geleitet, als Ausdruck der Wertschätzung und hohen Stellenwerts der Thematik. (Als ein Weinerzeuger dem Landratsamt an Weihnachten eine Weinschenkung für die Alteinrichtungen angeboten hatte, wurde dies abgelehnt, mit dem Hinweis auf die Haltung des Landkreises und die

Anstrengungen, wirkungsvoll suchtvorbeugend – auch bezogen auf alte Menschen – zu wirken.)

Als Besonderheit in Baden-Württemberg gab es schon seit 1985 die Einrichtung SOFA, angesiedelt bei der Landkreisverwaltung, die sich schon früh fachlich mit dem Thema „Sucht im Alter“ befasste. SOFA entschied sich konzeptionell, mit ihren bestehenden Personalressourcen auch die Zielgruppe der suchtkranken alten Menschen zu versorgen, auch in aufsuchender Arbeit. In den Suchtberatungsstellen wurden keine spezifischen Angebote aufgebaut. Die Zielgruppe suchtkranker alter Menschen wird in den bestehenden Beratungs- und ambulanten Therapiegruppen versorgt. In den Suchtberatungsstellen gibt es darüber hinaus einen verbindlichen Ansprechpartner für das Thema.

Sowohl die kommunale Trägerschaft, die Stelle der Beauftragten für Suchtprophylaxe, die Suchtberatung und SOFA haben sich als einen großen Vorteil für eine enge Zusammenarbeit erwiesen. So werden kurze Wege, schnelle Entscheidungen und unbürokratisch bedarfsgerechte Kooperationen ermöglicht.

Über Presse und direkte Anschreiben konnten für eine Fachgruppe „Sucht im Alter“ im Landkreis Vertretende der Einrichtungen der ambulanten Altenhilfe, der Diakonie- und Sozialstationen, der stationären Altenpflege, der offenen Seniorenarbeit,

des Kreisseniorerats, des Gesundheitsamtes, der Krankenkassen, (Klinik-)Ärztinnen und -ärzte, Vertretende der Sozialdienste der Krankenhäuser, der Selbsthilfegruppen, der Landfrauen, der Altenhilfefachberatungen, der Suchtberatungsstellen und SOFA, der Sozialpsychiatrische Dienst für alte Menschen, gewonnen werden.

Zielsetzung der Fachgruppe, unter Federführung der Beauftragten für Suchtprophylaxe, war Bestandsaufnahme und Informationsvermittlung, Feststellung aktueller Entwicklungen und Bedarfe, die Erarbeitung und gemeinsame Durchführung von Angeboten und Veranstaltungen, Pressearbeit und die Erstellung von Öffentlichkeitsmaterialien. Es gab zu Beginn der Arbeit bundesweit noch wenige Faltblätter für Fachkräfte und Betroffene zu dieser Thematik, weshalb von der Fachgruppe mit entsprechenden Untergruppen drei Flyer „Sucht im Alter“ gemeinsam entwickelt und gestaltet wurden (für Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege, pflegende Angehörige und Mitarbeiter in der Offenen Seniorenarbeit).

Am Anfang der gemeinsamen Arbeit stand eine Erhebung in den Einrichtungen und Diensten im Landkreis (Wie hoch ist die Zahl der suchtkranken alten Menschen, die mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit auffallen? Welche Unterstützungsangebote werden gebraucht? Besteht Interesse an einer



Zusammenarbeit und Materialien? Inwieweit werden Schulungen, Supervision, Fallbesprechungen u.a. zur fachlichen Unterstützung der Arbeit gebraucht?). Die Ergebnisse der Erhebung hatten bestätigt, dass Sucht im Alter im Landkreis Esslingen ein Thema ist, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, und dass ein deutlicher Unterstützungsbedarf besteht.

1997 wurden im Rahmen der Ausstellung „Die Seele braucht Zeit, sonst schrumpft sie“ mit Fachtagen zu allen Setting-Bereichen zwölf Vorträge und Workshops zu unterschiedlichen Facetten und Fragestellungen rund um das Thema „Suchtvorbeugung und Suchthilfe im Alter“ in Kooperation entwickelt, durchgeführt

und dokumentiert. Der Fachtag wurde sehr zahlreich besucht und zeigte die Relevanz des Themas.

Es wurden Fortbildungen für die hauptamtlichen Pflegefachkräfte entwickelt und in Kooperation von Suchtberatung, SOFA, Krankenkasse und der Beauftragten für Suchtprophylaxe durchgeführt. Den Einrichtungen wurden Fachberatung, Supervision und Einzelfallcoaching angeboten. Es wurden Unterrichtsbausteine für die Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege entwickelt und seither regelmäßig durchgeführt. Die von der Fachgruppe erarbeiteten drei Flyer „Sucht im Alter“ für Pflegefachkräfte, pflegende Angehörige und die Offene Seniorenarbeit mit Informationen und Adressen, an wen man

sich wenden kann, wurden landkreisweit an alle Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege, besonders auch an Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und Krankenkassen verschickt und über die Presse bekannt gemacht. Aktuell werden sie grafisch neu gestaltet, die Inhalte sind noch immer aktuell.

Es gibt durch diese Arbeit, verbunden mit Öffentlichkeitsarbeit und regelmäßigen Anschreiben an die Einrichtungen, im Landkreis klar „identifizierbare Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner“ für das Thema „Sucht im Alter“ (Beauftragte für Suchtprophylaxe, SOFA, Suchtberatung), an die Anfragen gerichtet werden können: „Man weiß im Landkreis, wohin man sich wenden kann.“



Es besteht ein kontinuierliches Angebot:

- Fachveranstaltungen / Vortragsveranstaltungen für alle interessierten Einrichtungen im Landkreis (alle 2 Jahre)
- Fortbildungen für Pflegekräfte der Alten- und Krankenpflege (im Wechsel alle zwei Jahre)
- Unterrichtseinheiten in der Kranken- und Altenpflege
- Vortrags- und Informationsveranstaltungen in den Senioreneinrichtungen, Kirchengemeinden und Selbsthilfegruppen, bei den Landfrauen, in Volkshochschulen und Familienbildungsstätten, beim Kreissenorenrat u.a.
- Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte in Kooperation mit der Kreisärzteschaft und mit den Kreiskliniken
- Einzelfallberatung, Supervision
- strukturelle und konzeptionelle Institutionsberatungen u.a.

Seit 1992 wurde kontinuierlich versucht, das Thema an die Berufliche Schule als Ausbildungsstelle für die Altenpflege zu bringen. Nach einigen Jahren Vorlauf ist es nun gelungen und verbindlich organisiert. Es zeigt, wie viel Geduld und stetiges Zugehen erforderlich ist. Positiv bewährt sich die Zusammenarbeit mit den kommunalen Altenhilfefachberaterinnen, die bei Bedarf „Brücken bauen“, z.B. auch zum Kreissenorenrat. Im Rahmen eines Hochschultages wurde der Bereich „Sucht im Alter“ Studierenden der Sozialen Arbeit und ihren Dozenten vermittelt.

Um die Thematik im Bewusstsein zu halten und im Landkreis kontinuierlich voranzubringen, wurde als Untergruppe der Fachgruppe „Sucht im Alter“, die sich nur noch in größeren Abständen trifft, ein Fachteam als „Motor“ der Arbeit gebildet – aus SOFA, Suchtberatung und Beauftragte für Suchtprophylaxe, das sich regelmäßig zur Planung und Auswertung von Maßnahmen und Veranstaltungen trifft.

Um ein solches Thema wirkungsvoll und fachlich auf hohem Niveau transportieren zu können, braucht eine Koordinierungsstelle wie die Stelle der Beauftragten für Suchtprophylaxe gute fachliche Unterstützung. Dies ist im Landkreis Esslingen möglich durch den Fachdienst SOFA mit seinen langjährigen Erfahrungen aus der konkreten, praktischen Arbeit mit Betroffenen. Durch die hohe Handlungskompetenz dieses Fachdienstes steht der suchtvorbereitenden Arbeit ein großes fachliches Potential zur Seite.

Zum besonderen Erfolg trägt bei, dass es seit Jahren ein breites und differenziertes Gesamtkonzept „Sucht im Alter“ gibt, das kontinuierlich umgesetzt wird, die enge Koopera-

tion der Facheinrichtungen bei hoher Verbindlichkeit und persönlichem Engagement sowie die hohe Wertschätzung der Arbeit durch den Landrat und den Sozialdezernenten im Landkreis. Es ist eine multiprofessionelle Arbeit, in die die verschiedenen Fachdisziplinen ihre Erfahrungen und Fachkompetenz hinein geben.

Es gibt im Landkreis in diesem Sinne keine „Einzelveranstaltungen“, sondern einzelne Bausteine eines landkreisweiten Gesamtkonzeptes „Suchtvorbereitung im Alter“, das alle tangierten Einrichtungen mit ihren Fachkräften systematisch erreichen will, mit dem Ziel, niedrigschwelliger, passgenauer Hilfen für die Betroffenen selbst und die pflegenden Angehörigen.

Seit 1992 gibt es eine große personelle Kontinuität in den kooperierenden Einrichtungen und eine hohe gegenseitige Wertschätzung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Kompetenzen. Zwar handelt es sich um ein Thema „ohne große Lobby“, es wird aber durch engagierte Personen immer wieder ins Bewusstsein gebracht und mit hoher Fachkompetenz getragen.





## SOFA und Sucht

Nach den Erfahrungen der Fachtagung 1992 und der Mitarbeit in der Fachgruppe entschloss sich das Team, Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen aufzunehmen. Bei den Aufnahmen zeigte sich, dass die Gründe für die Zuweisungen ganz ähnlich waren wie bei der übrigen Klientel. Die Problemlagen handelten von Verwahrlosung (~Demenz), von Pflegebedürftigkeit und Problemen der sozialen Sicherung (~bei allen Krankheitsbildern) sowie von Rückzug und Vereinsamung.

Die Ziele einer Betreuung durch SOFA sind folgende:

- 1 einen verlässlichen Kontakt herzustellen, den die Patientinnen und Patienten als wertschätzend erleben,
- 2 die Klärung der sozialen und finanziellen Angelegenheiten, mit dem Ziel der Konsolidierung,

- 3 die Vermeidung von „Total-Verwahrlosung“ (z.B. Aufräumen in überschaubaren Einheiten, wenn SOFA-Betreuende kommen),
- 4 die (Wieder-) Kontaktaufnahme zu Verwandten,
- 5 die Ehrlichkeit über den tatsächlichen Konsum.

Eine Motivation zur Verhaltens- und Konsumänderung besteht aus unserer Sicht am ehesten, wenn die Sehnsucht der Patientinnen und Patienten nach der Wiederherstellung der eigenen Würde angesprochen werden kann. Sich selbst wieder respektieren zu können und das Gefühl zu bekommen, vor den Kindern und Enkelkindern bestehen zu können, sind weitere motivierende Faktoren. Eine Zunahme an Lebensqualität und die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen, wirken ebenfalls fördernd. Als Voraussetzung für eine Betreuung wird von Seiten des SOFA

nicht die Abstinenz erwartet. Bei älteren Menschen kann aber die eigene Sinnfindung als Aufgabe für das weitere Leben ohne Alkohol lohnendes Ziel sein. Für SOFA ist der Erhalt der Menschenwürde und eine bessere Lebensqualität zunächst wichtiger als das Abstinenzdogma.

Eine ambulante oder stationäre Behandlung bietet auch im Alter eine gute Voraussetzung für langfristige Stabilisierung. Behandlungseinrichtungen haben heute keine Altersgrenzen mehr, die Krankenkassen sind in der Regel die Kostenträger. Es gibt zunehmend Kliniken mit Spezialisierungen, allerdings stehen dem gegenüber eine häufig verbreitete Unkenntnis der niedergelassenen Ärzteschaft und eine Zurückhaltung bei vielen Suchtberatungsstellen.

Inhaltlich geht es bei einer Behandlung um das Erstellen einer Lebens-

bilanz mit der (eigenen) Anerkennung der Lebensleistung. Besonders im Alter bekommen weitere Themen größere Bedeutung: Einsamkeit, Krankheit, Sterben und Tod bewegen die Menschen mehr als in früheren Jahren.

Auch gesellschaftliche Umdenkungsprozesse sind nötig: Vorurteile, Einstellungen und Haltungen gegenüber dem Alter müssen überprüft und verändert werden. Die Altersphase nicht nur als defizitär zu bewerten, setzt die Bereitschaft zur Neubewertung voraus. Es lohnt sich über neue Funktionen, Rollen und spezifische Kompetenzen im Alter nachzudenken:

- Wie kann die Gesellschaft von den Erfahrungen alter Menschen profitieren?
- Wie können sinnvolle soziale Aufgabenbereiche alten Menschen zugestanden werden?
- Bewältigungskompetenzen und -strategien alter Menschen können Vorbilder für das eigene Altern sein.
- Es ist nötig, ein Klima zu schaffen, das alten Menschen etwas „zutraut“ und von ihnen etwas fordert.

Der Grundgedanke der dahinter stehenden Haltung sollte folgender sein:

Der Mensch ist seinem Alter nicht hilflos ausgeliefert, sondern entwicklungs- und anpassungsfähig – je nach Anforderung der Lebenssituation können Ressourcen aktiviert werden.

Zum Schluss sind mir noch einige zusammenfassende Gedanken wichtig:

Das Thema Sucht im Alter wird uns zunehmend beschäftigen, allein weil die Zahl dieser Bevölkerungsgruppe zunimmt. Sucht ist heute schon die dritthäufigste (psychische) Erkrankung im Alter nach Depression und Demenz. Die „Go-Go-Generation“ ist mobil und kann über das bestehende Suchthilfesystem versorgt werden. Die „Slow-Go-Generation“ und die „No-Go-Generation“ brauchen andere Zugangswege, z.B. aufsuchende Hilfen, Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Altenhilfe, neue Konzepte der Integration. Eine Sensibilisierung und Weiterbildung der Ärzteschaft ist notwendig, damit Patientinnen und Patienten die

Hilfen auch bekommen. Eine gute und verbindliche Kooperation aller Beteiligten bildet die Grundlage für gemeinsames Verständnis und Vorgehen.

## Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

### **SABINE BRÄGELMANN-TAN**

Landesdrogenbeauftragte  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Postfach 1 41, 30001 Hannover

### **PD DR. HANS-JÜRGEN RUMPF**

Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe S:TEP  
(Substanzmissbrauch: Therapie, Epidemiologie und Prävention),  
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

### **PROF. DR. GERD GLAESKE**

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen  
Parkallee 39, 28209 Bremen  
Mitglied im Sachverständigenausschuss des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG)  
beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

### **PROF. DR. IRMGARD VOGT**

Institut für Suchtforschung  
Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main

### **DR. DIETER GEYER**

Fachklinik Fredeburg  
Therapie- und Rehabilitationszentrum für Abhängigkeitserkrankungen  
Zu den drei Buchen 1, 57392 Schmallenberg

### **HARTWIG VON KUTZSCHENBACH**

Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA)  
Landkreis Esslingen, Stuttgarter Straße 2 (PWG), 72622 Nürtingen

### **ELKE KLÖS**

Beauftragte für Suchtprophylaxe Landkreis Esslingen,  
Pulverwiesen 11, 73726 Esslingen

Herausgegeben vom  
Niedersächsischen Ministerium  
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

April 2010

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung  
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.