
Suchtkrankheit und Alter

Altern mit der Sucht

Dokumentation der Fachtagung
am 31. Oktober 2012
in Köln-Deutz

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland
LVR Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR Fachbereich 84, Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Koordinationsstelle Sucht
Kennedy Ufer 2
50679 Köln
www.lvr.de

Redaktion und Layout: Guido Gierling
Gerda Schmieder

Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

Köln, im Mai 2013

1. Auflage: 1-500

Inhalt

Begrüßung	7
<i>Friedhelm Kitzig</i>	
Grußwort	10
<i>Dirk Lesser</i>	
Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis	13
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Sucht und Alter - Altern und Sucht	20
<i>Dr. Dirk K. Wolter</i>	
Umgang mit älteren Drogenabhängigen	68
- praktische Erfahrungen aus den Niederlanden -	
<i>Dr. Gerlinde Hauptmann</i>	
Arbeitsgruppe 1	73
Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Klaus Hombach und Werner Terhaar</i>	
Arbeitsgruppe 2	75
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Ulrich Merle und Dr. Ralph Marggraf</i>	
Arbeitsgruppe 3	78
Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Roland Helsper und Dr. Antje Niedersteberg</i>	
Fazit	86
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Referentinnen und Referenten	88

Begrüßung

Friedhelm Kitzig

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wieder einmal darf ich Sie im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland herzlich willkommen heißen – zur nunmehr sechsten Gemeinschaftsveranstaltung des Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V., der Freien Wohlfahrtspflege und der LVR-Koordinationsstelle Sucht.

Mit unserer Tagungsreihe möchten wir jeweils aktuelle Fragestellungen und Themen Ihrer täglichen Arbeit aufgreifen und Ihnen die Möglichkeit zu einer intensiveren Auseinandersetzung und zum fachlichen Austausch untereinander mit dem jeweiligen Thema bieten. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, einem aus unserer Sicht für die Suchtkrankenhilfe unerlässlichen Arbeitsansatz Ausdruck zu verleihen – nämlich sich zu vernetzen und zu kooperieren.

Dass wir heute schon von einer Tradition dieser Kooperationsveranstaltung sprechen können, ist ein Ergebnis der seit vielen Jahren bestehenden vertrauensvollen Zusammenarbeit von

- Frau Beate Schröder von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
- Frau Sylvia Rietenberg vom PARITÄTISCHEN NRW
- Herrn Georg Seegers für den Diözesan-Caritasverband Köln
- Herrn Dr. Thomas Kuhlmann als Vertreter des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“ und
- Frau Gerda Schmieder von der LVR-Koordinationsstelle Sucht

in deren aller Namen ich Sie ebenfalls gerne hier zu unserer Fachtagung begrüße.

Besonders begrüßen möchten wir Herrn Dirk Lesser – langjähriger Leiter des Referats Psychiatrie und Sucht im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, der gleich ein Grußwort an Sie richten wird.

Meine Damen und Herren,

Demographischer Wandel und Überalterung der Bevölkerung in Deutschland – mittlerweile als gesellschaftspolitisches Großthema fast täglich in den Medien. Landauf und landab werden die damit verbundenen aktuellen und künftig zu erwartenden Belastungen und Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft diskutiert.

Der demografische Wandel stellt einen höchst komplexen Prozess dar, dessen Auswirkungen Gesetzgeber, Kommunen, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Arbeitswelt und vieles mehr vor große Herausforderungen stellt.

Die Chancen, gesund zu altern, stehen ja heute besser denn je. Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich und wird nach allgemeiner Erwartung auch weiterhin steigen – dies vor allem aufgrund der rasanten Fortschritte in der Medizin. Dabei verbessert sich zunehmend auch die Lebensqualität im höheren Alter aufgrund einer stetig verbesserten Gesundheitsversorgung.

Dennoch werden auch in Zukunft die wenigsten Menschen ihren letzten Lebensabschnitt vollständig gesund und selbstständig genießen können. Schwere Krankheiten wie Demenzen, Parkinson, Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen oder Krebs führen dazu, dass die Mehrheit der älteren Menschen sich in ärztlicher oder pflegerischer Behandlung befinden und auf eine Vielzahl an Medikamenten und Therapien angewiesen sind.

Nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels unserer Gesellschaft steigen die Anforderungen an Versorgung und Pflege beständig.

Meine Damen und Herren,

Sie werden es bemerkt haben, bei der Aufzählung der vorrangigen Erkrankungen des Alters fehlte die Suchterkrankung. Abhängigkeit im Alter wurde bis vor ein paar Jahren in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen.

Die Zahlen sprechen jedoch eine ganz andere Sprache:

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen schätzt, dass mehr als 400.000 der über 60-Jährigen alkoholabhängig sind und drei Millionen ältere Menschen einen riskanten Alkoholkonsum zeigen. 1 bis 2 Mio. Menschen weisen – ebenfalls Schätzungen zufolge – einen gewohnheitsmäßigen Gebrauch psychoaktiver Medikamente – Schlaf- und Beruhigungsmittel – auf, mehr als 2 Mio. ältere Männer und Frauen haben das Rauchen noch nicht aufgegeben.

Dass lange Zeit das Thema keine große Rolle spielte, hat verschiedenste Gründe. Betroffene versuchen ihre Sucht geheim zu halten, Angehörige verharmlosen: „Lass Opa doch sein Schnäpschen oder Oma ihr Piccolöchen“, heißt es dann. Viele glauben auch, dass sich ein Entzug im hohen Alter nicht mehr lohnt. Und in der Suchthilfe und Altenhilfe war die Ansicht weit verbreitet, dass sich abhängiges Verhalten im Alter von alleine gibt.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahl älterer Menschen mit einer Suchtproblematik in naher Zukunft zunehmen wird. Durch verschiedenste Programme und Projektförderungen auf Verbands- und Politikebene wird dem wachsenden Problem von Suchterkrankung im Alter Rechnung getragen.

Eine Gruppe jedoch steht dabei jedoch immer noch am Rande der allgemeinen Aufmerksamkeit:

Der Konsum illegaler Drogen wird vorwiegend mit jungen bzw. jüngeren Menschen in Verbindung gebracht. Vorübergehendes Experimentieren mit Drogen gehört für viele Jugendliche und junge Erwachsene zum Erwachsenwerden dazu.

Es gibt jedoch auch bei illegalen Drogen eine steigende Zahl von älteren Konsumentinnen und Konsumenten, die Hilfe und Unterstützung brauchen, die über die eigentliche Behandlung der Drogenabhängigkeit hinausgehen.

Der Anteil der über 40jährigen an allen Klienten und Klientinnen mit einer Opioid-Diagnose in ambulanten Einrichtungen stieg von 11% im Jahr 2002 auf knapp 28% in 2012 – so die Auswertung des Instituts für Therapieforschung (IFT) München.

Schadensminimierende Maßnahmen und Programme, die seit den 80er Jahren in Deutschland umgesetzt wurden und werden – wie flächendeckende Angebote zur Substitutionsbehandlung, Konsumräume, alltagsbegleitende Hilfen, Soforthilfe u. ä. – ermöglichen, dass die Zahl der Drogentoten abnimmt, begleitende Erkrankungen reduziert werden und sich die gesundheitlichen und sozialen Lebensumstände vieler Abhängigkeitskranken stabilisieren. Das Überleben klappt immer häufiger, aber was dann?

„Opium bringt Opi um“ so die Überschrift eines Berichts im Spiegel von 30.12.2011:

Ich zitiere:

„Flower-Power, freie Liebe, „Lucy in the Sky with Diamonds“: Nur weil die Hippies von früher jetzt ins Rentenalter kommen, hören ihre Drogenprobleme nicht auf. Unter Deutschlands Süchtigen sind immer mehr Hochbetagte. Geeignete Hilfe gibt es für sie kaum.“

Das sind Menschen, die mit einer liberalen Einstellung zum Drogenkonsum erwachsen wurden, die die Drogenkultur mitgeprägt haben.

Die lange „Drogenkarriere“ macht sich bei vielen Konsumierenden durch eine deutliche Veralterung mit weiteren somatischen und psychischen Erkrankungen bemerkbar. Häufig entspricht der jeweilige Gesundheitszustand einem mindestens 20 Jahre älteren Menschen. Altersbedingte Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose und Altersdemenzen können frühzeitig auftreten, schon ab 40 Jahren kann eine Pflegebedürftigkeit eintreten.

Hinzu kommen häufig soziale Isolierung, Vereinsamung und finanzielle Schwierigkeiten.

Nur ein sehr kleiner Teil der Betroffenen erhält bisher angemessene fachliche Hilfe. Erste Modelle gibt es in Nordrhein-Westfalen und den Niederlanden.

Mit unserer Veranstaltung heute, meine Damen und Herren, möchten wir uns dieser Problematik annehmen.

Was brauchen älter werdende Drogenabhängige an Unterstützung, an Betreuung und Begleitung?

Was brauchen diese Menschen an Angeboten, an Wohnhilfen, an Pflegeeinrichtungen, die es bisher für sie speziell nur in geringem Umfange gibt?

Wir haben uns wieder die Unterstützung von Expertinnen und Experten der Praxis geholt:

Frau Dr. Gerlinde Hauptmann leitet eine Wohn-einrichtung zur Versorgung von alternden Opiat-abhängigen in Rotterdam und wird uns über ihre praktischen Erfahrungen im Umgang mit den älteren Drogenabhängigen berichten.

Vorher hat Herr Dr. Dirk K. Wolter uns Einiges zum Thema zu sagen. Er zählt zu den führenden deutschsprachigen Experten für Fragen zum Thema Sucht und Alter und ist Autor des Buches „Sucht im Alter – Altern und Sucht“. Dieses Werk präsentiert die aktuellen Erkenntnisse zum Thema Sucht im Alter und schlägt eine Brücke zwischen Suchtmedizin und Altersmedizin bzw. Gerontopsychiatrie.

Zu Beginn jedoch erfüllt Herr Dr. Thomas Kuhlmann die gute Tradition unserer Veranstaltung und berichtet als Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach von seinen Erfahrungen der klinischen Praxis.

Heute Nachmittag haben Sie wieder Gelegenheit, in drei Arbeitsgruppen Ihre Erfahrungen und Meinungen zu konkreten praktischen Fragestellungen auszutauschen, Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung auszuloten und neue Impulse für Ihre Arbeit zu entwickeln und zu erhalten. Kurzum: Sie haben die Chance miteinander zu sprechen!

Begleitet werden Sie dabei von der Referentin und den Referenten der Arbeitsgruppen:

- Frau Dr. Antje Niedersteberg / LVR-Klinik Düren
- Herr Klaus Hombach / SKM Köln
- Herr Dr. Ralph Marggraf / LVR-Klinik Viersen
- Herr Ulrich Merle / Krisenhilfe Bochum
- Herr Roland Helsper / Nado e.V. Dortmund und
- Herr Dr. Werner Terhaar / LWL-Klinik Lengerich, der freundlicherweise für den verhinderten Herrn Dr. Ulrich Kemper eingesprungen ist.

Auch Sie alle heiße ich im Namen der Veranstalter herzlich willkommen!

Nun überlasse ich den Platz am Rednerpult Herrn Lesser und den Moderatorinnen und Moderatoren des heutigen Tages. Ich wünsche uns für heute einen erkenntnisreichen Tag - dass wir alle heute Abend klüger nach Hause gehen als wir heute Morgen her gekommen sind!

Und bedanke mich herzlich für Ihr Zuhören!

Grußwort

Dirk Lesser

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen anlässlich der heutigen Kooperationsveranstaltung - auch im Namen von Frau Gesundheitsministerin Barbara Steffens - die Grüße der Landesregierung übermitteln zu können.

Ich begrüße es sehr, dass der Landschaftsverband Rheinland in Kooperation mit Vertretungen der Freien Wohlfahrtspflege und dem Fachverband Qualifizierte Stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger das Problemfeld „Sucht-krankheit und Alter / Altern mit der Sucht“ zum Schwerpunktthema einer Fachtagung gemacht hat.

Angesichts von mehr als 4 Millionen Suchtkranken in Nordrhein-Westfalen wird dieses Thema in Zukunft allein schon als Folge der demographischen Entwicklung erheblich an Bedeutung gewinnen. Dem Thema Altern mit der Sucht wird heute allerdings immer noch nicht die Bedeutung beigemessen, die ihm tatsächlich zukommt.

Es kommt hinzu, dass bei diesem Thema bislang durchweg nur Abhängige von legalen Suchtmitteln im Blickfeld stehen.

Im Mittelpunkt der heutigen Tagung steht jedoch nicht die zahlenmäßig große Gruppe der von legalen Suchtmitteln Abhängigen, sondern die vergleichsweise kleine Gruppe der Opiatabhängigen.

In dieser Gruppe beobachten wir in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme des Anteils älterer Drogenabhängiger. Die höhere Lebenserwartung vieler Drogenabhängiger ist nicht zuletzt Folge des grundlegenden Wandels in der Sucht- und Drogenpolitik der letzten Jahrzehnte, die verstärkt auf Maßnahmen zur Reduzierung der gesundheitlichen Risiken und zur Sicherung

des Überlebens setzt.

Das differenzierte Drogenhilfesystem hat nicht nur die gesundheitliche Lage der Drogenabhängigen verbessert, sondern auch ihre soziale und berufliche Reintegration erleichtert.

Die Vorstellung, dass auch Drogenabhängige alt werden können, findet allerdings erst langsam Eingang in unser gesundheitliches und soziales Versorgungssystem. Es ist sicher als großer Fortschritt zu werten, dass drogenabhängige Menschen heute ein höheres Lebensalter erreichen.

Wenn man von alten Drogenabhängigen spricht, sind damit jedoch nicht nur Menschen mit einem hohen Lebensalter gemeint. Drogenabhängige Menschen altern auch vorzeitig. Die langjährige Suchtkarriere beschleunigt den Alterungsprozess. Auch die jahrzehntelangen gesundheitsschädigenden Lebensgewohnheiten wie Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum und schlechte Ernährung sowie die Folgen von chronischen Hepatitis-Infektionen führen dazu, dass es sich bei den älteren Drogenabhängigen in der Regel um schwerkranke Menschen mit erheblichen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen handelt.

Meine Damen und Herren,

wir müssen uns vermehrt Gedanken darüber machen, wie die Hilfeangebote ausgestaltet sein müssen, um diesen Entwicklungen sachgerecht zu begegnen. Hier stellen sich für die Gesellschaft insgesamt und für unser Gesundheits- und Sozialwesen ganz neue Fragen. Etwa: Wo und wie sollen die Betroffenen gepflegt werden? In speziellen Altersheimen für Drogenabhängige, in speziellen Langzeitpflegeeinrichtungen oder

in der eigenen Wohnung? Auf diese Fragen gibt es keine einfachen Antworten. Unser Ziel muss es sein, den betroffenen Menschen ein möglichst eigenständiges Leben in ihren sozialen Bezügen zu ermöglichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die besonderen Problemlagen älterer Drogenabhängiger sektoren- und hilfesystemübergreifend in allen Hilfeangeboten angemessen Berücksichtigung finden. Sucht- und Altenhilfe tragen hier gemeinsam eine besondere Verantwortung.

Der Zugang zu passgenauen Hilfen ist wesentliche Voraussetzung für den Erhalt und die Verbesserung von Lebensqualität und Lebensperspektiven bis ins hohe Alter.

Suchtprobleme - und das gilt unabhängig von der Frage „legal“ oder „illegal“ - stellen unser Versorgungssystem immer wieder vor neue Herausforderungen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass wir es zunehmend mit Drogenabhängigen zu tun haben, bei denen ein Mischkonsum besteht.

Den durch den langjährigen Drogenkonsum bedingten körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen muss mit einem ganzheitlichen und multiprofessionellen Hilfeansatz begegnet werden. Hierbei muss insbesondere auch den geschlechtsspezifischen Anforderungen Rechnung getragen werden. Auch die kulturellen Aspekte sind angesichts der zunehmenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund angemessen zu berücksichtigen.

Die steigende Zahl älterer und alter drogenabhängiger Menschen macht es zudem erforderlich, die bewährten Konzepte und Angebote der Drogenhilfe für diese Personengruppe altersgerecht anzupassen. Hier geht es vor allem darum, wie sich die bewährten niedrighwelligen und nicht durchweg abstinenzorientierten Drogenhilfeansätze in die bestehenden Altenhilfestrukturen integrieren lassen.

Es sollte grundsätzlich versucht werden, die ergänzenden Hilfeangebote eng mit den bestehenden Hilfen zu verknüpfen.

Die Entwicklung paralleler Versorgungsstrukturen sollte schon deshalb möglichst vermieden werden, weil dies das Risiko von Ausgrenzung und Diskriminierung erhöht und zudem den sozialen Integrationsprozess erschwert.

Unser Hauptaugenmerk müssen wir auf eine sowohl strukturelle als auch fachlich-inhaltliche Weiterentwicklung von Sucht- und Altenhilfe richten.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich die Förderung von Modellprojekten zur Verbesserung einer strukturierten Zusammenarbeit von Sucht- und Altenhilfe durch das Bundesministerium für Gesundheit, an dem auch Standorte in Nordrhein-Westfalen beteiligt sind.

Ich bin zuversichtlich, dass die Erkenntnisse aus diesen Projekten, insbesondere in Bezug auf eine engere Kooperation zwischen diesen beiden Bereichen, auch an anderen Standorten nutzbar sein werden.

(Hinweis: Standorte in NRW sind Bielefeld, Essen, Schmallenberg, Laufzeit bis 2012, Essen um 1 Jahr verlängert).

In diesem Zusammenhang muss auch über Konzepte des betreuten Wohnens nachgedacht werden, die es den betroffenen Menschen erlauben, trotz ihrer Drogenabhängigkeit in ihren sozialen Bezügen zu verbleiben. Um dies zu erreichen, bedarf es neben der Weiterentwicklung von berufsgruppenübergreifenden Hilfeansätzen auch der notwendigen Qualifikation der Fachkräfte und zwar nicht nur in der Suchthilfe, sondern vor allem in der Altenhilfe, wo man auf den Umgang mit drogenabhängigen Pflegebedürftigen nicht ausreichend vorbereitet ist.

Wegen der gerade im Alter häufig bestehenden Komorbidität bedarf es schließlich auch einer besseren Vernetzung mit dem geriatrischen und gerontopsychiatrischen Hilfesystem.

Meine Damen und Herren,

das Thema „Alter und Sucht“ ist auch ein Schwerpunkt der Sucht- und Drogenpolitik der Landesregierung. Im Rahmen der Umsetzung des „Landeskonzepts gegen Sucht“ durch einen Aktionsplan sollen entsprechende Maßnahmen und konkrete Umsetzungsschritte festgeschrieben werden. Hierbei soll vor allem dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Zielgruppen der älteren Suchtgefährdeten und Suchtkranken von den bestehenden Angeboten bislang nicht oder nur unzureichend erreicht werden.

Das liegt auch daran, dass die bestehenden Angebote der Drogenhilfe bislang vorwiegend auf die Betreuung und Behandlung jüngerer Menschen ausgerichtet waren.

Es kommt hinzu, dass ältere Drogenabhängige mit ihrem Suchtproblem anders umgehen als jüngere Betroffene und auch ihr soziales Umfeld anders auf den Drogenkonsum reagiert.

Klar ist jedenfalls, dass Suchtpräventions- und Suchthilfeangebote alters- und zielgruppenspezifisch sowohl inhaltlich als auch strukturell weiterentwickelt werden müssen.

Im Rahmen dieses Prozesses kommt den kommunalen Gesundheitskonferenzen eine wichtige Steuerungsfunktion zu, um die notwendigen Entwicklungen anzustoßen und zu unterstützen. Wichtig sind dabei Kreativität und Offenheit und der Blick über den eigenen Tellerrand.

Ich freue mich daher sehr, dass Fachleute aus den Niederlanden über praktische Erfahrungen in der Versorgung und Pflege von alt gewordenen Drogenabhängigen berichten werden.

Im Mittelpunkt unserer Bemühungen muss stets der Mensch stehen. Betroffenen muss der Zugang zu geeigneten Hilfen erleichtert werden, damit sie ein weitgehend selbständiges Leben innerhalb ihres gewohnten Umfelds führen können. Die Beteiligung der Betroffenen bei der Ausgestaltung der Hilfen ist daher sehr wichtig. Sie erhöht zugleich Akzeptanz und Nutzung der Angebote.

Sehr geehrte Damen und Herren,

den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich einen interessanten Tag und der Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf mit fruchtbaren Diskussionen und neuen Impulsen für die weitere Verbesserung der Hilfen für ältere drogenabhängige Menschen.

Ich bin sehr gespannt auf Ihre Arbeitsergebnisse und erhoffe mir neue Erkenntnisse für die Weiterentwicklung unseres Sucht- und Drogenhilfesystems.

Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis

Ältere Drogenabhängige in der qualifizierten Akutbehandlung - eine Herausforderung im klinischen Alltag

Dr. med. Thomas Kuhlmann

In meinem Beitrag werde ich versuchen, die Bedeutung der angemessenen Behandlung und Betreuung älterer und älter gewordener Drogenabhängiger in der qualifizierten Akutbehandlung zu skizzieren, also der auf der heutigen Tagung im Fokus stehenden Zielgruppe, unter Berücksichtigung der entscheidenden Frage der Teilhabesicherung.

Zur Entwicklung der Hilfsangebote für Drogenabhängige.

Seit Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre haben sich die Hilfsangebote für Drogenkonsumenten, insbesondere Drogenabhängige erheblich weiterentwickelt, dieser Prozess wird meist unter dem Begriff des Paradigmenwechsels beschrieben. Hochrelevante Ziele dieser Veränderungen waren und sind weiterhin,

- die Akzeptanz der Hilfsangebote bei der Zielgruppe zu erhöhen,
- die Kontakte zur Zielgruppe drogenkonsumierender und drogenabhängiger Personen deutlich zu verbessern,
- die seitens des Hilfesystems zunehmend wahrgenommenen so genannten komplexen Problemlagen (psychiatrische Komorbidität, Schwangerschaft, Alleinerziehende und auch drogenabhängige Eltern mit Kindern, Gender-Fragen, Migration, jüngere und ältere Drogenabhängige etc.) aufzugreifen und entsprechende Unterstützungsangebote zu entwickeln und
- konkret nutzbare, möglichst nahtlose Anschlusslösungen und -hilfen sicherzustellen, insbesondere nach qualifizierter Akut-/Entzugsbehandlung, also konkret die Vernetzung des Hilfesystems vor allem vor Ort zu vertiefen.

Die Erfahrungen des Hilfesystems in Deutschland (ich beziehe mich im Weiteren vorrangig auf die Entwicklung in der BRD bis 1990), ist heterogen: In der Psychiatrie-Enquête von 1975 fand die Suchtpsychiatrie nur geringe Beachtung mit der Folge ungenügender Verankerung sozial-psychiatrischer Ansätze in der Suchtbehandlung (im Unterschied zur Allgemeinpsychiatrie) [1].

Infolge der Erfahrungen der Deutschen Aids-Hilfe und deren konsequenter Orientierung auf von der Zielgruppe akzeptierte Botschaften und Hilfsangebote, also auf aufsuchende, begleitende, auf Kontakt und Kommunikation orientierte Arbeit, wurden wesentliche Anregungen seitens der Drogenhilfe aufgenommen. Im Bericht der Expertenkommission von 1988, einem Zwischenfazit zum Stand der Umsetzung der Psychiatrie-Enquête, wurden wesentliche und noch heute aktuelle Kritikpunkte und Anforderungen an ein verbessertes Suchthilfesystem inklusive stationärer suchtpsychiatrischer Versorgung (qualifizierte Entzugsbehandlung, stärkere Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Angeboten, bessere Versorgung chronischer Kranker etc.) aufgegriffen und detailliert formuliert [2] (s. Abb. 1).

Abb. 1:

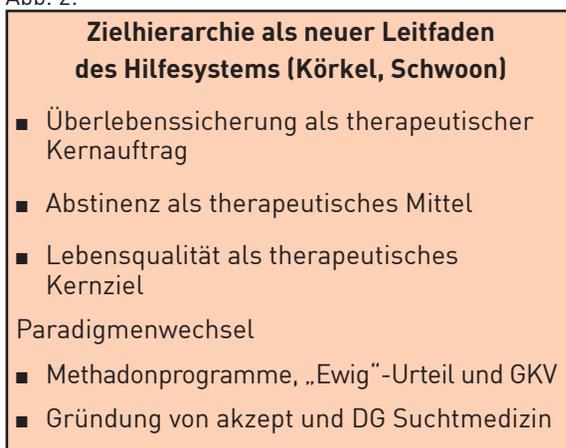
Erfahrungen in D (bis 1990 BRD)

- Psychiatrie-Enquête (1975): geringe Berücksichtigung der Suchtpsychiatrie
- Paradigmenwechsel vor allem infolge der Erfahrungen der Dt. Aids-Hilfe
- Bericht der Expertenkommission (1988)
- Harm reduction-Bewegung international (NL, CH, GB, USA etc.) und Psychiatriereform in der Allgemeinpsychiatrie
- Methadonerprobungsvorhaben in NRW (Prof. Gastpar aus Basel/CH nach Essen/D und Prof. Krausz/HH)

Der international mit dem Begriff Harm Reduction umschriebene Ansatz, mittels Hilfsangeboten Schäden sowohl für die unmittelbar Betroffenen als auch die Gesellschaft zu vermeiden, wurde in Westeuropa und Nordamerika vielfältig mit großem Erfolg praktiziert mit weitreichenden Auswirkungen auch auf die Diskussionen hierzulande. Das Methadonprobungsvorhaben in NRW konnte erst beginnen, nachdem der Schweizer Psychiater Professor Dr. Gastpar von der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel nach Essen wechselte und damit die psychiatrische Begleitforschung sicherstellte, eine Aufgabe, der sich zum damaligen Zeitpunkt kein deutscher Lehrinhaber hätte stellen können aufgrund der diesbezüglich starr ablehnenden Haltung der psychiatrischen Fachgesellschaften und Lehrstuhlinhaber (5, 10, 12).

Die Akzeptanz und praktische Orientierung an der Zielhierarchie als neuem Leitfaden des Hilfesystems, von Schwoon und Körkel entwickelt als deutsches Pendant zum Harm Reduction-Ansatz, unterstreicht die Bedeutung der Überlebenssicherung als therapeutischen Kernauftrag und die Sicherung und Verbesserung der persönlichen Lebensqualität als therapeutisches Kernziel, während Abstinenz ein wesentliches therapeutisches Mittel unter vielen anderen darstellt, wie z. B. konsumbegleitende Hilfen oder Substitutionsbehandlungen, nicht mehr und nicht weniger (3, 4) (s. Abb. 2).

Abb. 2:



Diese insbesondere in den 90er Jahren im Rahmen ausgeprägt kontrovers diskutierter Mei-

nungsbildungsprozesse vollzogene Entwicklung lässt sich anhand einiger Meilensteine skizzieren wie z. B. der Aufhebung der Verurteilung des substituierenden Solinger Arztes Hartmut Ewig durch den Bundesgerichtshof Anfang der 90er Jahre, in dem faktisch analog der Zielhierarchie praxisrelevante Teilziele als angemessen für die Initiierung z. B. weiterführender Substitutionsbehandlung benannt wurden (wie Beendigung einer Ausbildung, Verhinderung weiterer Straffälligkeit bis zum bereits verordneten Haftantritt etc.). Damit wurde der schrittweise vollzogenen Übernahme der Substitutionsbehandlung als Pflichtaufgabe der GKV entscheidend Vorschub geleistet. Die Gründung der Fachgesellschaften akzept e.V. und DG-Suchtmedizin und deren inzwischen erfolgte Aufnahme in die DHS und deren Vorstand symbolisieren eine weitreichende Veränderung, Differenzierung und Weiterentwicklung des Hilfeverständnisses im gesamten Sucht- und Drogenhilfesystem.

In der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 von GKV und DRV ist erstmals die Möglichkeit, eine medizinische Rehabilitationsbehandlung noch unter Substitutionsbehandlung stehend zu beginnen, explizit benannt (11). Mit dieser bis heute von erst ca. 10 % aller Drogen-Rehakliniken konzeptionell aufgegriffenen Behandlungsoption ist ein wesentliches Bindeglied zwischen niederschweligen und höherschweligen ausstiegsorientierten Hilfsangeboten erarbeitet worden, welches den zwar deutlich geringer gewordenen, aber nach wie vor vorhandenen Abgrenzungstendenzen zwischen versorgungspsychiatrischen und Basisversorgungshilfen auf der einen und abstinenzorientierte Ausstiegshilfen auf der anderen Seite entgegensteht und damit die Vernetzung im Hilfesystem fördert.

Insbesondere haben die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer bezüglich der Durchführung der Substitutionsbehandlung einer praxisorientierten, qualifizierten Behandlung Vorschub geleistet unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die WHO Guidelines, welche unter Federführung des Schweizer Professors Dr. Uchtenhagen, der u. a. das Schweizer Diamorphinprogramm geleitet hat, erarbeitet worden sind (6, 7).

Gewissermaßen den krönenden Abschluss dieser skizzierten Entwicklung bildet der vor einem Jahr erfolgte Abschluss der PREMOS-Studie, der bislang weltweit größten Studie zur Erforschung der Auswirkungen bei Langzeitsubstitutionsbehandlungen (14) (s. Abb. 3).

Abb. 3:

- Substitutionsbehandlung in der med. Reha (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 04.05.2001 von GKV und DRV)
- Vorgaben der BÄK unter Bezugnahme auf die WHO-Guidelines
- PREMOS-Studie
Bessere Chancen zu überleben auch bei "komplexen Problemlagen"

Kernaussagen dieser Studie, welche auch von führenden Forschern unterstützt und durchgeführt wurde, die sich 20 Jahre zuvor noch vehement gegen die Methadonsubstitutionsbehandlung und 10 Jahre zuvor gegen die Diamorphinstudie ausgesprochen haben, sind die Forderung, die Bedeutung der Drogenabhängigkeit als chronische Erkrankung anzuerkennen, der Nachweis erheblich gesteigener Überlebenschancen für substituierte Drogenabhängige auch bei komplexen Problemlagen und die differenzierte Darlegung ungenügender Hilfsangebote für diese Kerngruppe, insbesondere für einzelne Zielgruppen wie psychiatrisch Komorbide, Schwangere und insbesondere alleinerziehende Mütter, ältere Drogenabhängige etc..

Die in NRW initiierten Modellprojekte „Therapie sofort“ in Westfalen und „Behandlung sofort“ im Rheinland, die inzwischen im Hilfsangebot „Soforthilfe für Drogenabhängige“ zusammengefasst worden sind, haben Anfang der 90er Jahre wesentlich dazu beigetragen, durch niederschweligen Zugang zu qualifizierten Hilfsangeboten, insbesondere der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger und deren intensive Vernetzung mit allen weiteren Hilfsangeboten inklusive aber nicht nur der medizinischen Rehabilitation, weitaus mehr Drogenabhängige zu erreichen als zuvor, einschließ- lich der Zielgruppe dieses Kongresses, nämlich ältere Drogenabhängige (8, 9, 10, 12, 15).

Erfahrungen aus dem klinischen Alltag

Im Folgenden einige Kasuistiken aus der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, in der ich selbst tätig bin (infolge EDV-technischer Probleme kann ich trotz bis zu 1200 Drogenentzügen pro Jahr keine weitergehenden statistischen Informationen liefern):

Mitte der 90er Jahre wurde der erste Patient im Rahmen der Drogen-Rehabehandlung 50 Jahre alt, damals ging ein Raunen durch die Klinik. In den folgenden Jahren tauchten auch im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung vereinzelt Patienten auf, die das 50. Lebensjahr bereits überschritten hatten.

Im darauffolgenden Jahrzehnt nahm die Zahl älterer Drogenabhängiger deutlich zu, der erste Patient im Rahmen der Drogen-Rehabilitation überschritt inzwischen das 60. Lebensjahr (62 Jahre). Ich bin ihm in den letzten Jahren mehrfach zufällig begegnet, wahrscheinlich weil ich im gleichen Kölner Stadtteil wohne. Auf den Akutstationen war eine analoge Entwicklung zu verzeichnen, Behandlungen über 50-jähriger Patienten nahmen zahlenmäßig deutlich zu, ebenso die allerdings weiterhin zu konstatierenden Einzelfälle, in denen Patienten älter als 60 Jahre alt waren.

Im Jahr 2010 haben wir die erste Patientin aufgenommen, welche bereits 70 Jahre alt war. Damit hat sich die Zielgruppe im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung enorm verändert, nämlich von in Einzelfällen erst 15 oder 16 Jahren bis zu 70 Jahren und älter mit einer Drogenkonsumdauer von weniger als einem Jahr bis zu über vier Jahrzehnten.

Seit längerem stellen wir eine zunehmende Differenzierung innerhalb der Gesamtgruppe fest mit der entsprechenden Vielfalt an Ressourcen, komplexen Problemlagen, psychischen und/oder somatischen Störungen, ausgeprägter Multimorbidität, sehr unterschiedlich ausgeprägten bio-psycho-sozialen Ressourcen und entsprechendem Unterstützungsbedarf (s. Abb. 4)

Abb. 4:

2010

- Akut - erster Patient > 70 Jahre

→ Zielgruppe (Akutpatienten):
 Von (15 -) 18 Jahren bis 70 Jahren (und älter) bei Konsumdauer von < 1 Jahr bis zu > vier Jahrzehnten

Zunehmende Differenzierung innerhalb der Gesamtgruppe

Ausgehend von der zuvor beschriebenen Zielhierarchie verstehen wir unsere Arbeit auch im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung wesentlich als Auftrag im Sinne des ICF, dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO, das in den Sozialgesetzbüchern insbesondere V, VI und IX verankert ist, nämlich die Teilhabe (Partizipation genannt) jedes Patienten entsprechend dem eines nicht behinderten Menschen sicherzustellen. Der einzigartige Charakter dieses Modells kommt darin zum Ausdruck, dass der Hilfsbedarf ressourcen- und integrationsfördernd zu ermitteln ist und nicht defizitorientiert (13) (s. Abb. 5).

Abb. 5:

Behandlungsauftrag (SGB V, VI, IX) gemäß ICF

- Teilhabe (Partizipation) entsprechend eines nicht behinderten Menschen
- Ressourcen- und integrationsfördernder Ansatz, nicht defizitorientiert

Kernaufgaben der qualifizierten Akutbehandlung sind

- die Entzugsbehandlung (suchtpsychiatrisch und somatisch),
- Reflexion der eigenen Situation (bio-psycho-sozial),

- Motivationsförderung zu einem risikoärmeren Lebensstil und
- Erarbeitung realistischer Anschlussperspektiven mit dem Ziel der Teilhabesicherung, wenn irgend möglich nahtlos (8, 15) (s. Abb. 6).

Abb. 6:

Kernaufgaben der Qualifizierten Akutbehandlung

- Entzugsbehandlung (suchtpsychiatrisch und somatisch)
- Reflexion der eigenen Situation (bio-psycho-sozial)
- Motivationsförderung zu risikoärmeren Lebensstil
- Erarbeitung realistischer Anschlussperspektiven (Ziel: nahtlos)

Die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger unterscheidet sich von den anderen in unterschiedlichen Aspekten, z. B. der Konsumdauer, die das Lebensalter anderer Patienten deutlich übersteigt. Nur in Einzelfällen ist ein biographisches Später beginnen des Drogenkonsums bei dieser Zielgruppe zu konstatieren. Ausgeprägte Multimorbidität und andere subjektive Lebensperspektiven prägen diese Zielgruppe, im klinischen Alltag stellt das Fehlen realisierbarer positiver Anschlusslösungen und die damit verbundene Herausforderung, im Rahmen der zeitlich befristeten Behandlungsdauer angemessene Anschlussperspektiven zu entwickeln, die Regel und nicht die Ausnahme dar.

Eine Integration in Hilfsprojekte für Nichtkonsumenten ist schwierig und gelingt nur in Einzelfällen. Dies ist zum einen begründet in der unsererseits häufig als reflexartig wahrgenommenen Ablehnung seitens dieser Institutionen, insbesondere der Altenhilfe, wesentlich allerdings auch in den bislang ungenügend entwickelten Arbeitskontakten zwischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen unserer Einrichtungen und denen der Altenhilfe. Dies zeigt sich auch an der aus unserer Sicht völlig ungenügenden Teilnahme von Mitarbeitern der Altenhilfe an diesem Kongress. Meines Erachtens ist dies zum einen darauf zurückzuführen, dass dieses Problem in

vielen Altenhilfeeinrichtungen noch ungenügend reflektiert und akzeptiert wird, hat jedoch ebenso viel damit zu tun, dass auch diese Einrichtungen von massiven finanziellen Kürzungen betroffen sind mit negativen Auswirkungen z. B. auf die personelle Besetzung, so dass auch bei hoher Motivation zur Teilnahme an dieser Tagung oft die Möglichkeit fehlt, sich dafür frei zu nehmen (s. Abb. 7).

Abb. 7:

Ältere Drogenabhängige
<ul style="list-style-type: none"> ■ Konsumdauer > Lebensalter anderer Patienten ■ Ausgeprägte Multimorbidität ■ Andere subjektive Lebensperspektiven ■ Fehlen realisierbarer positiver Anschlusslösungen ■ Integration in „Hilfsprojekte für Nicht-Konsumenten“ schwierig

Ein Zwischenfazit

Positiv ist zu konstatieren, dass sich der Kontakt zur Gesamtgruppe der Drogenkonsumenten und der Drogenabhängigen in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat. Dies gilt ohne Abstriche auch für den Kontakt zur Zielgruppe älterer Drogenkonsumenten und -konsumentinnen.

Die Erfahrungen der Deutschen AIDS-Hilfe in der Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen und von Menschen mit hochkomplexen Problemlagen bieten eine große Ressource angemessenere Hilfsangebote auch für ältere Drogenkonsumenten ohne HIV-Infektion zu entwickeln.

Am Rande ist zu konstatieren, dass die relativ geringe Verbreitung der HIV-Infektionen unter den Drogenabhängigen einen der größten Erfolge des deutschen Gesundheitssystems der letzten Jahrzehnte darstellt, der im Ausland intensiv hierzulande jedoch kaum wahrgenommen wird (s. Abb. 8).

Abb. 8:

Chancen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Kontakt zur Gesamtgruppe der Drogenkonsumenten verbessern ■ Kontakt zur Zielgruppe „ältere Drogenkonsumenten“ verbessern ■ Erfahrungen der AIDS-Hilfe in Versorgung multimorbider Patienten

Problematisch ist weiterhin, dass aktuell deutlich zu wenig zielgruppenadäquate Hilfs- und Anschlussangebote (z. B. im Anschluss an einer qualifizierten Akutbehandlung) vorhanden sind, insbesondere bezüglich der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, aufsuchende Versorgung und Freizeitgestaltung. Der Kontakt zwischen Sucht- und Drogenhilfe einerseits und der Altenhilfe inklusive Altenheimen andererseits ist hochgradig unterentwickelt mit der Folge erheblicher Hemmungen auf beiden Seiten, überhaupt Kontakt aufzunehmen und sich zumindest einzelfallbezogen auf Neuland zu begeben, also konkret zumindest einen älteren Drogenkonsumenten aufzunehmen.

Die Hilfen insbesondere der Beratungsstellen werden zunehmend hochschwelliger als Folge der ausgeprägten kommunalen Finanzkrise und finanziellen Problemen und Notlagen der Kommunen mit der Folge, dass Hilfen zunehmend komm-Strukturorientiert sind statt aufsuchend, damit weniger personalintensiv und weniger effektiv; denn diejenigen, für die dieser Hilfsansatz zu hochschwellig ist, werden nicht mehr erreicht (s. Abb. 9).

Abb. 9:

Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aktuell wenig zielgruppenadäquate ASL (Wohnen, Arbeit, aufsuchende Versorgung, Freizeit) ■ Kontakt zu klassischer Altenhilfe/Altenheimen unterentwickelt ■ Hilfen sind Komm-Struktur-orientiert <ul style="list-style-type: none"> → weniger personalintensiv → weniger effektiv

Diese Entwicklung ist risikobehaftet: Die Gefahr der Ausgrenzung relevanter Zielgruppen und insbesondere auch älterer Drogenabhängiger steigt aufgrund wechselseitiger Abgrenzung der Hilfesysteme (Geriatric und Gerontopsychiatrie, Suchtpsychiatrie und Drogenhilfe) und auch untereinander gegenüber der Altenhilfe und den Altenheimen statt Kooperation. Diese Entwicklung findet ihren Ausdruck u. a. in der Debatte über Spezialangebote für diese Zielgruppe versus Kompletintegration, also die Integration aller älteren Drogenabhängigen ins normale Altersheim oder deren Komplettausgrenzung (von vorhandenen Hilfsangeboten), beinhaltet also auch das Risiko der Ghettoisierung.

Anzustreben ist hingegen die Vertiefung und Weiterentwicklung einer Kooperation durch Integration dieser Zielgruppe in bestehende Hilfsangebote soweit möglich - selbstverständlich mit aktiver Unterstützung z. B. der Drogenhilfe und Suchtpsychiatrie gegenüber der Altenhilfe, um diese Aufgabe zu bewältigen - plus Spezialangebote für die faktisch nicht oder nur ungenügend integrierbaren Klienten und Klientinnen, die nicht die gesamte Zielgruppe umfassen, aber einen relevanten Teil darstellen.

Nicht gestreift habe ich bei diesen Überlegungen die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems Psychiatrie, welches ab 2013 gilt, in den ersten Jahren noch budgetneutral und dann vollständig. Die Konsequenzen sind weitreichend, insbesondere auf Verweildauer und die Möglichkeit der Wiederaufnahmen. Es sind viele Veränderungen in der praktischen Ausgestaltung noch zu erwarten, allerdings in nicht absehbarem Ausmaß. Ein Eckpfeiler dieses Systems, welches sich nicht vollständig, aber in meines Erachtens erschreckend hohem Maße an den Fallpauschalen an Allgemeinkrankenhäusern orientiert, ist die Beschränkung der Verweildauer und Wiederaufnahmemöglichkeit. Wer z. B. drei Wochen behandelt wird, für dessen Behandlung wird - grob skizziert - in der ersten Woche ein gewisser Pflegesatz gezahlt, der in der zweiten Woche reduziert und in der darauffolgenden Woche weiter abgesenkt wird. Eine Wiederaufnahme binnen 21

Tagen wird so gewertet, als sei der Patient weiter ununterbrochen in Behandlung, also zu einem deutlich geringeren Pflegesatz bezahlt. Die Auswirkungen der damit verbundenen finanziellen Konsequenzen sind nicht zu unterschätzen (16).

Fazit

Die Herausforderung angemessene Behandlungs- und Betreuungsangebote für ältere Drogenabhängige vorzuhalten und auch dieser Zielgruppe Teilhabe im Sinne des ICF zu ermöglichen, besteht längst. Handeln statt Abwarten ist erforderlich, was eine Anerkennung des längst bestehenden Bedarfs voraussetzt (s. Abb. 10).

Abb. 10:

Fazit
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Herausforderung besteht längst ■ Handeln statt abwarten erforderlich → Anerkennung des Bedarfs

Das erfordert eine deutliche Verbesserung der Kommunikation und Kooperation innerhalb der Drogenhilfe, Sucht- und Gerontopsychiatrie und Altenhilfe sowie miteinander. Diese Kommunikation sollte sich insbesondere an konkret realisierbaren Schritten orientieren, z. B. dem Versuch, zumindest einen Patienten/eine Patientin aus dieser Zielgruppe in die normale Altenhilfe zu übernehmen mit aktiver und wechselseitiger Unterstützung zwischen den verschiedenen Hilfesystemen. Dass wir überhaupt über diese Zielgruppe und deren wachsende Relevanz sprechen, ist ein enormer Erfolg der Weiterentwicklung der Drogenhilfsangebote in den letzten Jahrzehnten. Dieser ist verbunden mit einer großen Herausforderung, nämlich dem fachlichen Austausch plus konkreter Hilfsangebote - und zwar bereits heute (s. Abb. 11).

Abb. 11:

<p>Verbesserung der Kommunikation und Kooperation innerhalb der Drogenhilfe, Sucht- und Gerontopsychiatrie und Altenhilfe sowie miteinander</p> <p>D. h. fachlicher Austausch plus konkrete Hilfsangebote. Und zwar bereits heute!</p>
--

Literatur

1. Psychiatrie-Enquête - Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), 25. November 1975
2. Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprojektes Psychiatrie der Bundesregierung; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), 11. November 1988
3. Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker; Schwoon, D. in Wienberg (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit; Psychiatrie-Verlag Bonn 1992, 170 - 182
4. Stationärer Rückfall - Ende der Therapie. Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen; Körkel, J., Wernado, R.; Neuland Verlag 1995
5. Endbericht: Katamnestische Untersuchungen Methadon-Modellerprobung in Nordrhein-Westfalen, Köln, Bochum, Essen 1997; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen (Hrsg.)
6. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger; Bundesärztekammer 19.02.2010
7. Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use. A manual for researchers and professionals. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Uchtenhagen, A.; Solberg, U., Lissabon 2007
8. Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1, S. 13-18 (1994), Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag
9. Modellprojekt „Behandlung sofort“; Katholische Fachhochschule Köln, Prof. Dr. Michael Klein, 1994
10. Landesprogramm gegen Sucht; Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.), Düsseldorf 1999
11. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen; Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker von 04.05.2001
12. Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; Kuhlmann, Th., Psychiatrische Praxis 4 (1996), S. 157-160, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag
13. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO); www.dimdi.de
14. Zusammenfassung der PREMOS-Studie; Prof. Dr. H.-U. Wittchen in: Suchtmed 13 (5) 280 - 286 (2011); ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg
15. Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.: SUCHT 1 (1994), S. 50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
16. Stellungnahme BDK 12.09.12; Stellungnahme ACKPA 10.09.12; Stellungnahme DGPPN 12.09.12: Zur Vorlage eines „Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP)“ durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Sucht und Alter - Altern und Sucht

Dr. Dirk K. Wolter

Illegale Opiate Der Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft nimmt seit Jahren deutlich zu, die Lebenserwartung Drogenabhängiger und deren Anteil sowohl an der Gesamtgruppe älterer Menschen als auch der Drogenabhängigen steigt ebenfalls. Diese Entwicklung entspricht einerseits dem gesundheitspolitisch seit langem angestrebten Ziel einer Verbesserung der Lebens- und Überlebenschancen auch für Drogenabhängige. Zugleich stellt sie eine Herausforderung für das Hilfesystem dar, die bisher noch nicht ausreichend erkannt, geschweige denn in Konzepte und Überlegungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Hilfesysteme integriert wird.

Die Verbesserung der Lebenserwartung Drogenabhängiger ändert allerdings nichts an der Grundtatsache, dass Abhängigkeit mit einer erheblich reduzierten Lebenserwartung verbunden ist. Drogenabhängige sind wesentlich häufiger und ausgeprägter multimorbid erkrankt sowohl in somatischer als auch psychiatrischer Hinsicht mit einer erheblichen Kumulation von Risikofaktoren und einer im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung deutlich schlechteren Einbindung in die medizinische Versorgung.

Parallel zur erheblichen Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für Drogenabhängige (Stichwort: Substitutionsbehandlung, niederschwellige Hilfen, Zielhierarchie) ist auch eine Weiterentwicklung der Schmerztherapie zu verzeichnen, die Schwelle zur Verordnung opiathaltiger Analgetika im Sinne des WHO-Stufenschemas wurde im Versorgungsalltag deutlich reduziert. Mit diesen beiden Entwicklungen ist ein doppeltes Risiko verbunden: einerseits kann es im Rahmen der Schmerztherapie zur Entwicklung einer Opiatabhängigkeit kommen, v. a. wenn die Indikationsstellung nicht sorgfältig genug erfolgt und

eine positive Suchtanamnese nicht berücksichtigt wird; andererseits lässt sich zunehmend beobachten, dass Opiatanalgetika, die älteren Schmerzpatienten verordnet wurden, in die Kreise junger Drogenabhängiger „diffundieren“. Schließlich stellt sich angesichts der steigenden Lebenserwartung Drogenabhängiger und der häufigen Multimorbidität älterer Suchtkranker immer mehr die Herausforderung einer angemessenen Schmerztherapie bei Patienten, die bereits opiatabhängig sind.

In unterschiedlich Studien werden die Suchtrisiken international untersucht insbesondere unter Bezugnahme auf Suchtmittel assoziierte Verhaltensauffälligkeiten ADRB („Aberrant Drug-Related Behaviors“). Die S3-Leitlinie LONTS („Langzeitanwendung Opiathaltiger Analgetika bei Nicht-Tumorschmerzen“) stellt das bisher postulierte Ausmaß an Wirksamkeit opiathaltiger Analgetika bei einem Anwendungszeitraum von länger als drei Monaten in Frage und empfiehlt:

„Erst nach einer erfolgreichen Langzeitanwendung (Erreichen individueller Therapieziele wie vorab festgelegte Schmerzlinderung und/oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag) sollte in besonders geprüften Einzelfällen eine Daueranwendung von Opioiden erwogen werden. Vorher sollten Veränderungen und Wirkungsprofile aller eingesetzten Maßnahmen und Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung geprüft werden.“

Die Nachteile von Dosissteigerungen und weiter erwünschter Arzneimittelwirkung sollten über die Wirksamkeit von Opioiden und alternative Behandlungsverfahren abgewogen werden. Die Nebenwirkungen länger anhaltender Behandlung mit Opioidanalgetika insbesondere auf Kognition sowie Atmung und Schlaf werden inzwischen deutlich kritischer betrachtet. Zugleich

ist insbesondere bei älteren Patienten behutsames Vorgehen bei angestrebter Dosisreduktion und Entzugsbehandlung angesagt im Sinne der Zielhierarchie, sowohl zur Vermeidung massiver

somatischer und psychischer Probleme als auch zur aktiven Einbeziehung des Patienten und Verbesserung der Lebensqualität.

Abb. 1:

Diagnose Opiatabhängigkeit bei Schmerzpatienten?	
• Auf Opiade zurückzuführende verstärkte UAW	
⇒ Inadäquate Euphorie, Sedierung, Angst, Depressivität, Schlafstörungen, nachlassendes Funktionsniveau	
• Kontrollverlust bezüglich der Opioidaufnahme	
⇒ Unregelmäßige Einnahme bzw. Einnahme wider ärztliche Verordnung, zusätzlicher Gebrauch anderer psychotroper Substanzen, als Folge ggf. Nichteinhalten von Arztterminen	
• Intensive Beschäftigung mit der Beschaffung von Opioiden trotz adäquater Analgesie	
⇒ Fordern bestimmter Substanzen (kurzwirksam mit rascher Anflutung), höhere Dosierungen, Druck machen am Ende einer Konsultation usw. (vgl. ADRB)	
Reissner & Banger 2003	

Abb. 2:

Suchtmittelassoziierte Verhaltensauffälligkeiten ADRB („aberrant drug-related behaviors“)	
Schwache Indizien	Starke Indizien
<ul style="list-style-type: none"> • Horten von Tabletten in Phasen geringerer Symptomatik • Beschaffung ähnlicher Medikamente bei anderen medizinischen Einrichtungen • Einzelne eigenmächtige Dosiserhöhungen • Vehementes Einfordern höherer Dosen • Nachfrage nach ganz bestimmten Präparaten • Unzulässige Anwendung des Medikaments bei anderen Symptomen • vom Arzt nicht angestrebte psychotrope Effekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Rezeptfälschung • Wiederholtes „Verlieren“ von Rezepten • Rezeptbeschaffung von nichtmedizinischen Quellen • Entwenden oder „Leihen“ von Tabletten von anderen Personen • Viele eigenmächtige Dosiserhöhungen • Injektion oraler Zubereitungen • Gleichzeitiger Konsum verwandter illegaler Drogen • Urin-Screening: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nachweis nicht verordneter Opiate ⇒ Nachweis von Stimulanzien ⇒ Urin-Screening negativ • Verkauf/Weitergabe verschreibungspflichtiger Medikamente
nach Ives et al. 2006, Kahan et al. 2006	

Abb. 3:

Suchtprobleme bei Opiat-Analgetika-Langzeitbehandlung		
Fishbain et al. 2008, systemat. Review, Angaben in %	Sucht	ADRB
Explizite Studien (27/18): alle Patienten	3,27	11,5
Explizite Studien: nur Patienten ohne Suchtanamnese	0,19	0,59
Explizite Studien: nur Patienten ohne Opiatabhängigkeitsanamnese	4,35	
Alle Studien (27 + 27//18)	0,63	2,2
	Urin: zusätzlich o. kein Opiat	Urin: Illegale Drogen
Explizite Studien: (5/5)	20,4	14,5

Abb. 4:

AWMF online - Leitlinie Schmerztherapie: LONTS - Langzeitanwendung <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/041-003.htm>

AWMF online  <small>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften</small>	
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) gemeinsam mit 14 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Deutschen Schmerzhilfe (Patientenverband)	
AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/003 Entwicklungsstufe: 3 + IDA	
1. Einleitung	6. Wirkungsparameter aus RCT's
2. Datenbasierte klinische Empfehlung	6.1 Schmerzdifferenzen nach 3-13 Wochen (alle „Evidenz“stufen)
2. 1 Wirksamkeit	6.2 Schmerzdifferenzen nach 3-13 Wochen („Evidenz“stufe 1+/1++)
3. Textbasierte Empfehlung	6.3 Effektstärken nach 3-13 Wochen (alle „Evidenz“stufen)
3.1 Vorbedingungen	6.4 Effektstärken nach 3-13 Wochen („Evidenz“stufe 1+/1++)
3.2 Vorbereitung	6.5 Verum prä-post Schmerzdifferenzen (alle „Evidenz“stufen)
3.3 Langzeitanwendung	6.6 Verum prä-post Schmerzdifferenzen („Evidenz“stufe 1+/1++)
3.4 Verlaufskontrolle und Dokumentation	6.7 Placebo prä-post Schmerzdifferenzen (alle „Evidenz“stufen)
3.5 Langzeitfolgen	6.8 Placebo prä-post Schmerzdifferenzen („Evidenz“stufe 1+/1++)
4. Klinischer Algorithmus	7. Literatur
4.1 Opioid Indikation	
4.2 Behandlungsvorbereitung	
4.3 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Überleitung zur Langzeitanwendung	
4.4 Langzeitbehandlung	
5. Schlüsselfragen	
5.1 Wirksamkeit von Analgetika	
5.2 Behandlungsvorbedingungen	
5.3 Anwendungsbereiche	
5.4 Patienteninformatio	
5.5 Verschreibungspraxis und Verlaufskontrolle	
5.6 Nebenwirkung	
5.7 Toleranz und Abhängigkeit	

Abb. 5:

S3-Leitlinie LONTS	
A3 Wirken bei Langzeitanwendung opioidhaltige Analgetika stärker schmerzlindernd als nicht opioidhaltige Analgetika? "Evidenz"grad 1+ (KQ 4)	
Nein, opioidhaltige Analgetika sind in der Langzeitanwendung bei Patienten mit CNTS analgetisch nicht wirksamer als nicht opioidhaltige Analgetika. Der Nachweis eines Wirkungsvorteils zugunsten einer Substanzklasse ist bisher nicht gelungen.	
Starke Empfehlung ↑↑ Die Umstellung von nicht opioidhaltigen auf opioidhaltige Analgetika ist nicht mit der Erwartung einer stärkeren Schmerzlinderung zu begründen, sondern sollte aufgrund anderer, weiter unten aufgeführter Kriterien erfolgen.	
A4 Wirken WHO-Stufe II und WHO-Stufe III Analgetika oder Kombinationspräparate mit Opioidantagonisten und reinen Opioidagonisten unterschiedlich stark schmerzlindernd? "Evidenz"grad 1+	
Nein, opioidhaltige Analgetika der WHO-Stufe III sowie Kombinationspräparate (Oxycodon/Naltrexon) sind in der Langzeitanwendung bei Patienten mit CNTS nicht wirksamer als WHO II Präparate. Der Nachweis eines Wirkungsvorteils zugunsten einer Substanzklasse ist bisher nicht gelungen.	
Starke Empfehlung ↑↑ Die Umstellung von einem opioidhaltigen Analgetikum auf ein anderes ist nicht mit der Erwartung einer stärkeren Schmerzlinderung zu begründen, sondern sollte aufgrund anderer, weiter unten aufgeführter Kriterien erfolgen.	

Abb. 6:

S3-Leitlinie LONTS	
A5 Vergrößert sich die Schmerzlinderung bei einer Verlängerung der Anwendung von Analgetika über sechs Wochen hinaus? "Evidenz"grad 1+ (KQ 17)	
Nein, aus RCT-Daten zur Anwendung von opioidhaltigen und nicht opioidhaltigen Analgetika mit Studiendauer von sieben Wochen bis drei Monaten ist eher eine geringere als größere Schmerzlinderung abzuleiten als aus Daten für einen Anwendungszeitraum von drei bis sechs Wochen. Bisher ist es trotz umfangreicher Versuche nicht gelungen, eine mit der Anwendungsdauer zunehmende Schmerzlinderung zu belegen.	
Starke Empfehlung ↑↑ Bereits nach sechs Wochen Anwendungsdauer sollte geprüft werden, ob die durch konstante Dosierung eines opioidhaltigen Analgetikums erzeugte Schmerzlinderung ausreicht, die Fortführung dieser Behandlung zu begründen.	
A6 Gibt es Belege für die analgetische Wirksamkeit von Opioiden bei einer Daueranwendung (länger als drei Monate bis mehrere Jahre)? "Evidenz"grad 3 (KQ 2)	
Nein, nach umfangreichen systematischen Datenerhebungen an über 2400 Patienten mit CNTS in 10 unkontrollierten Studien ist es bisher nicht gelungen, die Wirksamkeit opioidhaltiger Analgetika bei Anwendungszeiträumen von länger als drei Monaten mittels publizierter Daten aufzuzeigen.	
Empfehlung ↑ Erst nach einer erfolgreichen Langzeitanwendung (Erreichen individueller Therapieziele wie vorab festgelegte Schmerzlinderung und/oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag) sollte in besonders geprüften Einzelfällen eine Daueranwendung von Opioiden erwogen werden. Vorher sollten Veränderungen im Wirkungsprofil aller eingesetzten Maßnahmen und Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung geprüft werden. Die Nachteile von Dosissteigerungen und weiterer unerwünschter Arzneimittelwirkungen sollten gegenüber der Wirksamkeit von Opioiden und alternativer Behandlungsverfahren abgewogen werden.	

Abb. 7:

Opioide und Kognition

- Alter und Multimorbidität: postoperativ bei alten Patienten keine enge Korrelation zwischen klinischer Sedierung und Serumkonzentrationen von Sedativa/Analgetika.
[Masica et al. 2007](#)
- Bekannte klinische Erfahrung bei alten Patienten: unter einer Opioidmedikation teils erhebliche kognitive Beeinträchtigungen, die nach dem Absetzen reversibel sind.
[Kasuistiken bei König et al. 2006](#)
- Im (frühen) Opiatzug deutliche allgemeine kognitive Einbußen (Arbeitsgedächtnis, exekutive Funktionen, fluide Intelligenz – [Rapeli et al. 2006](#)); auch hier besteht bei Patienten mit vorbestehender, evtl. gerade noch kompensierter kognitiver Schwäche eine besondere Delirgefahr.

Abb. 8:

aerzteblatt.de  27. September 2011

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47493/>

Vermischtes
Schmerzmediziner überdenken Opioid-Therapien

Mannheim – Die Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen Schmerzen, die nicht durch Krebs ausgelöst werden, diskutiert die [Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes](#) (DGSS). Nachdem lange die Meinung vorherrschte, die Patienten erhielten zu wenige dieser Therapien, geraten Nebenwirkungen und Gefahren zunehmend in den Fokus.

„Da sind alte Dogmen ins Wanken geraten – Ärzte müssen Verschreibungen kritischer prüfen“, sagte Christoph Maier vom [Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum](#) im Vorfeld des Deutschen Schmerzkongresses in Mannheim.

Laut Maier waren die vergangenen zwei Jahre „in Sachen Opioide für Schmerzmediziner eine Zeit der kritischen Bestandsaufnahme und vorsichtigen Neubesinnung“. Die ernüchternden Ergebnisse verschiedener Leitlinienentwicklungen hätten alte Dogmen ins Wanken gebracht.

Mit der bisher angenommenen hervorragenden Langzeitverträglichkeit von Opioiden bei chronischen Schmerzen sei es doch nicht so weit her: „Die heutigen Zahlen belegen nur im geringen Ausmaß eine anhaltende Wirksamkeit, liefern jedoch immer mehr alarmierende Hinweise, dass sich bei unkritischem Gebrauch teils sogar bedrohliche Langzeitnebenwirkungen häufen“, sagte der Schmerzmediziner. Dazu gehörten Abhängigkeit und zentrale Störungen zum Beispiel der Atmung und des Schlafs.

Abb. 9:

DMW

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die ausschließliche Befugnis zur Wahrnehmung der Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck – auch von Abbildungen – Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnetton-Verfahren, Vortrag, Funk- und Fernschöpfung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit

vervielfältigte Seite. Sie wird entrichtet entweder durch Anbringen einer entsprechenden Wertmarke oder durch Bezahlung an die VG Wissenschaft GmbH., Großer Hirschgraben 17/21, 6000 Frankfurt a. M., von der weitere Einzelheiten zu erfragen sind. – Die Aufnahme der Zeitschrift in Lesezirkel ist nicht gestattet. © Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1977 · Printed in Germany

Nr. 9 · Jahrgang 102
Stuttgart, 4. März 1977

Dtsch. med. Wschr. 102 (1977), 303–307
© Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Das »Koryphäen-Killer-Syndrom«

Zur Psychosomatik chronischer Schmerzzustände

D. Beck
Medizinische Universitäts-Poliklinik Basel, Psychosomatische Abteilung

Das »Koryphäen-Killer-Syndrom«, an 20 Patienten beobachtet, wird als eine narzisstische Unterform von den anderen Organneurosen abgegrenzt. Klinisch ist es gekennzeichnet durch die Trias a) diffuse Schmerzsymptomatik mit einer Vielzahl von Untersuchungen und Operationen, b) Fehlen einer Diagnose und einer adäquaten Therapie, c) pathologische Arzt-Patienten-Beziehung. Die Krankheit bezieht sich auf unbestimmte und funktionelle Schmerzzustände im Bauch-, Hals- und Rückenbereich. Die Unmöglichkeit der Zuordnung zu einer klinisch definierten somatischen Krankheit führt zu einer Vielzahl diagnostischer Bemühungen, die mit zunehmender Erfolglosigkeit aggressiver werden.

The »expert-killer« syndrome
The »expert-killer« syndrome observed in 20 patients is a narcissistic subdivision which can be separated from the other organic neuroses. Clinically it is characterised by the triad:
a) diffuse pain with numerous investigations and operations, b) absence of a diagnosis and adequate treatment, c) pathological doctor-patient relationship. The disease is based on indefinite and functional pains in the abdomen, neck and back. The failure to classify it with a clinically defined somatic disease leads to multiple diagnostic attempts which become more aggressive with increasing lack of success. Multiple operations occur in all the histories. The doctor-patient relationship is characterised by an initial ideal-

Abb. 10:

Vorgehen bei Missbrauch von Opiatanalgetika bei Schmerzpatienten

- Eine Opioidtherapie ist erfolglos, wenn sich eine relevante Schmerzreduktion und eine Verbesserung/Stabilisierung psychischer, körperlicher und sozialer Funktionen nicht einstellt.
- Dann sollte die Therapie beendet und eine Entzugsbehandlung angeschlossen werden. Diese ist individuell durchzuführen und sollte durch ein ausschleichendes Abdosieren gekennzeichnet sein.

S2-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit 2006

Abb. 11:

Egle ■ Hoffmann ■ Lehmann ■ Nix

Handbuch Chronischer Schmerz



Grundlagen ■ Pathogenese
Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht

Schattauer

Abb. 12:

Vorgehen bei Missbrauch von Opiatanalgetika bei Schmerzpatienten	
<ul style="list-style-type: none"> • Fraktioniert entziehen, Entzugssituationen vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen
<ul style="list-style-type: none"> • Problematik offen ansprechen wie andere Gesundheitsstörungen auch (respektvoll, aber reale und begründete Sorge des Arztes) 	<ul style="list-style-type: none"> • negatives psychisches Befinden
<ul style="list-style-type: none"> • Pat. in die Entscheidung einbeziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen sozialer Rollen aufgrund der Schmerzproblematik
	<ul style="list-style-type: none"> • Stress in zwischenmenschlichen Beziehungen
	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition gegenüber Suchtmitteln
Banger & Reissner 2003, Savage 2009	

Rauchen Rauchen ist keine Frage des Lifestyle, sondern in den meisten Fällen eine Suchterkrankung, die alle einschlägigen Kriterien der Abhängigkeit erfüllt. Das Suchtpotential von Nikotin wird unter Suchtmedizinern am höchsten eingeschätzt. Ob im Rahmen einer (stationären) Therapie auch die Tabakabhängigkeit (mit-) behandelt wird, hängt wesentlich von der Einstellung und dem Lebensstil der Behandlungsteams ab.

Das Rauchen ist zu über 50% für die kürzere Lebenserwartung von Männern verantwortlich. In dem Maße, in dem sich beim Tabakkonsum – wie auch bei anderen Suchtformen und Lebensgewohnheiten – die Geschlechterunterschiede

verringern, nimmt auch die hierdurch bedingte Sterblichkeit bei Frauen zu, was australische Epidemiologen plakativ so formulieren:

„Women who smoke like men die like men who smoke.“

Mit dem Rauchen aufzuhören verbessert die Gesundheit in jedem Lebensalter: Jeder Behandlungsschritt, der mit den Patienten geplant und realisiert wird, verbessert deren Lebensqualität.

Abb. 13:

Nikotin-Abhängigkeit

- Nikotinsucht unterscheidet sich in keinem Punkt von den für Alkohol, Opiate oder Amphetamine gefundenen Suchtcharakteristika:
 - ⇒ Toleranzsteigerung,
 - ⇒ Auftreten von Entzugssymptomen,
 - ⇒ Verlust der Kontrolle über den Konsum,
 - ⇒ Adaptationsprozesse der Nikotinrezeptoren,
 - ⇒ Konditionierungseffekte im Tierversuch,
 - ⇒ Nachweis einer genetisch bedingten Anfälligkeit für starken Nikotinkonsum. (Batra 2009, Wolffgramm und Heyne 2005)
- Versuche mit nikotinfreien vs. nikotinhaltigen Zigaretten:
 - ⇒ Rückgang der konsumierten Zigarettenmenge in der nikotinfreien Gruppe;
 - ⇒ das Craving lässt jedoch unmittelbar nach dem Rauchen von nikotinfreien Zigaretten ebenso nach wie bei nikotinhaltigen Zigaretten.
 - ⇒ offenbar sind an der Aufrechterhaltung des Rauchens neben dem Nikotin auch andere sensomotorische Stimuli beteiligt. (Donny et al. 2006)
 - ⇒ Entsprechend ist für Raucher die Inhalation von nikotinfreiem Tabakrauch befriedigender als intravenöse Nikotinzufuhr. (Palmatier et al. 2007, Rose 2006)

Abb. 14:

Rauchen und Demenz
<ul style="list-style-type: none">• Verringerte kognitive Leistungsfähigkeit bei Rauchern Collins et al. 2009, Deary et al. 2003, Nooyens et al. 2008, Ott et al. 2004, Reitz et al. 2005, Richards et al. 2003, Sabia et al. 2008, 2012
<ul style="list-style-type: none">• Rauchen ist mit erhöhtem Demenzrisiko assoziiert Reitz et al. 2007
<ul style="list-style-type: none">• Aktuelle Studie 21.123 Pb > 23 J., Calif.
<p>⇒ Demenzrisiko dosisabhängig erhöht (adj. HR)</p> <ul style="list-style-type: none">→ 1-2 Päckchen/d – DAT 1,44 VaskD 1,37→ > 2 Päckchen/d – DAT 2,14 VaskD 2,72 Rusanen et al. 2010

Abb. 115:

Rauchstopp im Alter: Hemmnisse
<ul style="list-style-type: none">• „Im Alter lohnt es sich nicht mehr“
<ul style="list-style-type: none">• „Die Schäden durch das langjährige Rauchen sind bereits eingetreten, warum jetzt noch etwas tun?“ – „The damage has already been done“.
<ul style="list-style-type: none">• „Man muss ja nicht ganz aufhören, Einschränkung des Tabakkonsums nutzt auch schon.“
<ul style="list-style-type: none">• „Rauchen kann in gewissem Rahmen gut für ältere Menschen sein und die Lebensqualität verbessern.“
<ul style="list-style-type: none">• „Rauchen ist eine der letzten Freuden im Leben alter Menschen.“
<ul style="list-style-type: none">• „Je älter desto schwerer der Entzug“
<ul style="list-style-type: none">• ... wenn das Personal selbst raucht.
<p>(Cataldo 2007, vgl. Andrews et al. 2004, Schofield 2006)</p>

Abb. 16:

Rauchstop lohnt auch im Alter!

- Studie an 6545 Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren
- Ein 60jähriger Raucher hat dasselbe Mortalitätsrisiko wie ein 70jähriger Nichtraucher
- Exraucher haben ein geringeres Risiko als aktive Raucher
- Wer vor mind. 20 Jahren aufgehört hat, hat das gleiche Risiko wie Nichtraucher
- „Rauchen ist eine der letzten Freuden im Leben alter Menschen.“
- Risiko korreliert mit der (kumulierten) Menge

Gellert et al. Tob Control 2012 doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050572

Abb. 17:

Smoking and All-Cause Mortality in Older People

Systematic Review and Metaanalysis

Carolin Gellert; Ben Schöttker, PhD, MPH; Hermann Brenner, MD, MPH

Background Smoking is an established risk factor of premature death. However, most pertinent studies primarily relied on middle-aged adults. We performed a systematic review and meta-analysis of the empirical evidence on the association of smoking with all-cause mortality in people 60 years and older.

Methods A systematic literature search was conducted in multiple databases including MEDLINE, EMBASE, and ISI Web of Knowledge and complemented by cross-referencing to identify cohort studies published before July 2011. Core items of identified studies were independently extracted by 2 reviewers, and results were summarized by standard methods of metaanalysis.

Results We identified 17 studies from 7 countries. Current smoking was associated with increased all-cause mortality in all studies. Relative mortality (RM) compared with never smokers ranged from 1.2 to 3.4 across studies and was 1.83 (95% CI,

1.65-2.03) in the meta-analysis. A decrease of RM of current smokers with increasing age was observed, but mortality remained increased up to the highest ages. Furthermore, a dose-response relationship of the amount of smoked cigarettes and premature death was observed.

Former smokers likewise had an increased mortality (meta-analysis: RM, 1.34; 95% CI, 1.28-1.40), but excess mortality compared with never smokers clearly decreased with duration of cessation. Benefits of smoking cessation were evident in all age groups, including subjects 80 years and older.

Conclusions Smoking remains a strong risk factor for premature mortality also at older age. Smoking cessation is beneficial at any age.

Arch Intern Med. 2012;172(11):837-844. doi:10.1001/archinternmed.2012.1397.

Abb. 18:

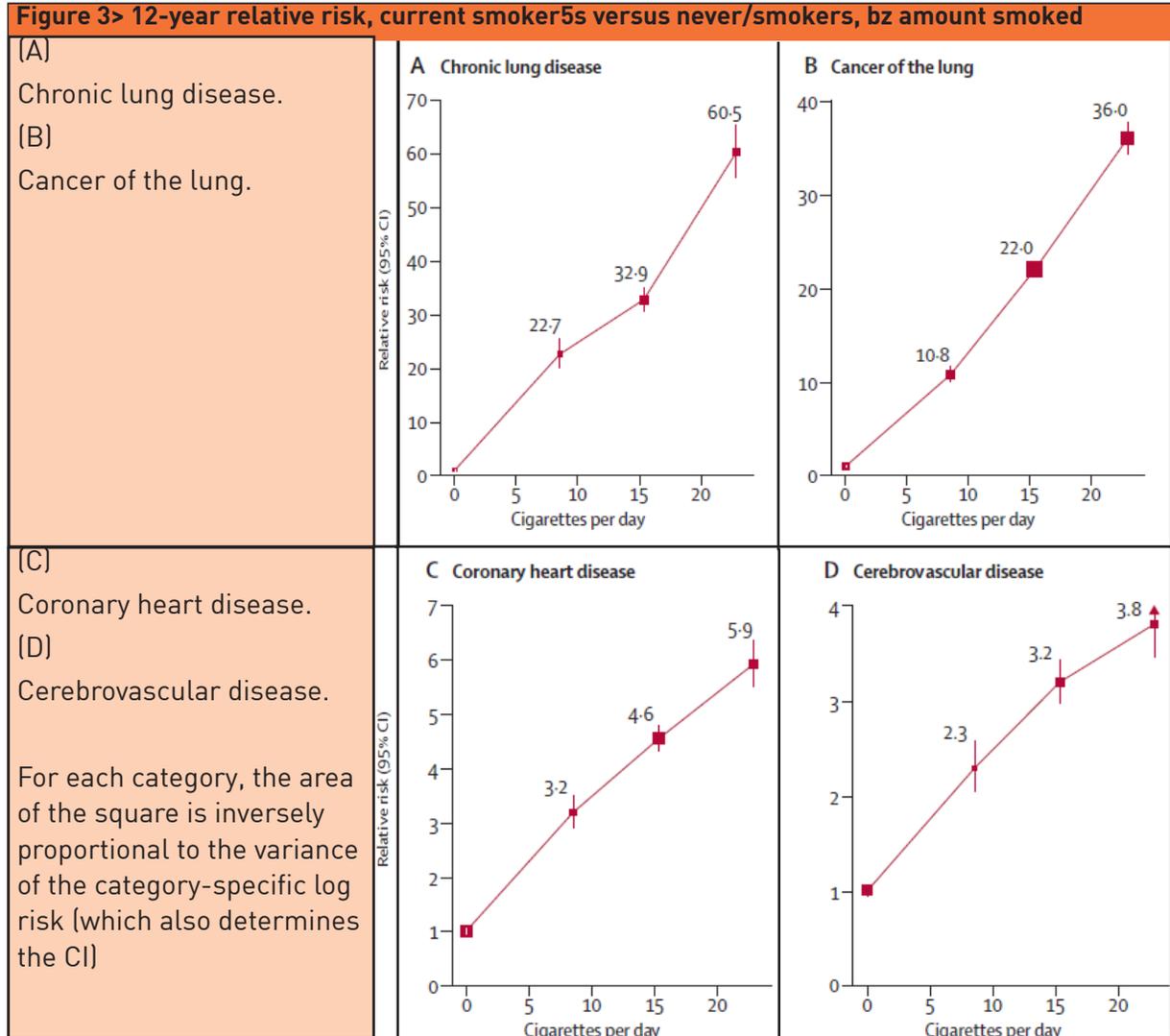


Abb. 19:

Effektivität (Abstinenzquote nach 1 Jahr) unterschiedlicher Strategien zur Raucherentwöhnung

Methode	Abstinenzquote
• spontaner Entschluss	3%
• einfache ärztliche Beratung, Kurzintervention	5 - 10%
• Nikotinersatztherapie, Bupropion	15 - 20%
• Verhaltenstherapie (VT)	15 - 20%
• Multimodale Therapie (VT + medikamentöse Unterstützung)	20 - 30%

Nach: Schröter M, Batra A (2005): Tabakentwöhnung in 6 Wochen – ein verhaltenstherapeutisches Entwöhnungsprogramm. In: Batra A (Hrsg.): Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.

Benzodiazepine

Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit sind in den westlichen Industriestaaten weit verbreitet: Bis zu 15% der Gesamtbevölkerung nehmen gelegentlich und bis zu 2% regelmäßig Benzodiazepine ein, Frauen häufiger als Männer, ältere Menschen häufiger als jüngere. Die Verordnungen gehen zurück, allerdings nicht in dem Ausmaß, wie es die Zahlen des GKV-Arzneimittelindex vermuten lassen. Denn diese Statistik enthält nur die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen von den Apotheken abgegebenen Medikamente, Benzodiazepine werden aber aus verschiedenen Gründen zunehmend per Privat Rezept verschrieben – diese Verordnungen werden also gar nicht erfasst.

Während jüngere polytoxikomane Patienten und Patientinnen meist große Mengen an Benzodiazepinen konsumieren (Hochdosisabhängigkeit), hat man es bei älteren Menschen i. d. R. mit einer Niedrigdosisabhängigkeit zu tun, die sich durch einige Besonderheiten auszeichnet.

Da ab vier Wochen kontinuierlicher Einnahme mit einer Toleranzentwicklung gerechnet werden muss, ist es erforderlich, keine längerfristige regelmäßige tägliche Gabe von Benzodiazepinen zu praktizieren, sondern möglichst von Anfang an z. B. Tages- oder Wochenintervalltherapien mit Verordnungspausen durchzuführen, um einer Abhängigkeitsentwicklung vorzubeugen. Aufgrund der unterschiedlichen Verstoffwechslung der einzelnen Benzodiazepine, der alterstypischen somatischen Veränderungen und nachlassender Leistungskapazität der Organe sind grundsätzlich solche Benzodiazepine bei älteren Menschen sinnvoll einzusetzen, die ausschließlich glukoronidiert werden, weil dieser Stoffwechselweg im Alter kaum störanfällig ist; konkret handelt es sich um Oxazepam, Lorazepam und Temazepam.

Bei allen anderen Benzodiazepinen ist die Verweildauer im Organismus unkalkulierbar, bei verschiedenen Substanzen sind Halbwertszeiten von über 200 Stunden möglich, was dazu führt, dass im Extremfall erst nach 5-6 Wochen ein Gleichgewichtszustand erreicht ist und es so zu einer gefährlichen Kumulation, d. h. zu einer schleichenden Intoxikation kommt. Auch bei niedrigen Dosen treten dadurch Folgen ein, wie sie eigentlich erst bei Hochdosiskonsum beobachtet werden, bei einer vermeintlichen Niedrigdosisabhängigkeit handelt es sich damit faktisch um eine Hochdosisabhängigkeit.

Abdosierungs- bzw. Entzugsstrategien werden bislang national und international uneinheitlich empfohlen und gehandhabt, abgesehen vom allgemein akzeptierten Grundsatz des fraktionierten Entzuges. Grundsätzlich gilt sowohl für die Benzodiazepinverordnung als auch den Entzug, dass es suffizienter Information und eindeutiger klar strukturierter Instruktionen an den Patienten in Verbindung mit einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung bedarf. Eine zusätzliche dezidierte psychotherapeutische Behandlung ist nur von Nutzen, wenn sie auf Probleme fokussiert, die dem Benzodiazepinkonsum zugrunde liegen, wie z. B. Schlafstörungen, nicht hingegen dann, wenn sie allgemein die Benzodiazepinabhängigkeit thematisiert.

Der Patient und sein soziales Umfeld sind soweit wie möglich einzubeziehen, um negativen Folgen des Entzuges vorzubeugen, die Bewältigung der alltäglichen Herausforderung zu unterstützen und im Sinne der Zielehierarchie eine für den Patienten spürbare Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen.

Abb. 20:

Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit

- In westlichen Industriestaaten nehmen 10-15 % der Gesamtbevölkerung gelegentlich und bis zu 2% regelmäßig Benzodiazepine ein
- im Alter liegen die Zahlen erheblich höher
- Frauen überwiegen
- Heimbewohner erhalten häufiger und regelmäßiger Benzodiazepine
- Hochdosisabhängigkeit ist im Alter sehr selten
- Die Verordnungshäufigkeit ist rückläufig, bewegt sich aber nach wie vor auf hohem Niveau, und in Studien wird immer wieder ein hoher Anteil nicht sachgerechter Verordnungen festgestellt.

[Zandstra et al. 2002, Wolter-Henseler 1996, 1999, 2000]

Abb. 21:

ORIGINALARBEIT DOI 10.1463/2006.06.02

► Falk Hoffmann¹, Gerd Glaeske¹ & Wiebke Scharffetter¹

Increasing use of hypnotics obtained on private prescriptions in Germany **Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privatrezepten in Deutschland**

Sucht 2006; 52(6): 360-366

Key words *Benzodiazepines, zolpidem, zopiclone, dependence, utilization research* **Schlüsselwörter** *Benzodiazepine, Zolpidem, Zopiclon, Abhängigkeit, Versorgungsforschung*

Nervenarzt 2009
DOI 10.1007/s00115-008-2648-2
© Springer Medizin Verlag 2009

F. Hoffmann MPH · W. Scharffetter · G. Glaeske
ZeS, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen, Bremen

Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007

Abb. 22:

Besonderheiten der BZD-Niedrigdosisabhängigkeit 1

- Verordnung per Rezept, kein illegaler Konsum
- Unscharfe Grenzen zw. Missbrauch (= Einnahme zur Erzielung psychotroper Wirkungen) und Behandlung (= Angstreduzierung, Sedierung, Schlafanbahnung)
- Anderslautende Einweisungsdiagnose, (völlig) fehlendes Problembewusstsein bei den Patienten
- Langzeiteinnahme (vermeintlich) therapeutischer Dosen
- Keine Dosissteigerung
- (Weitgehend) fehlende euphorisierende Eigenschaften

Abb. 23:

Besonderheiten der BZD-Niedrigdosisabhängigkeit 2

- Kein „drug seeking behaviour“
- Kaum Nebenwirkungen (ernsthafte Nebenwirkungen im unmittelbaren medizinischen Sinn)
- The only constant factor (...) is the extreme difficulty patients have in withdrawing from treatment because of abstinence symptoms. Patients have a common refrain: „I don't know whether this drug is helping me or not, all I know is that whenever I try to reduce or stop it I feel terrible and have to start taking it again“. (Tyrrer, 1993)
- (Weitgehend) fehlende euphorisierende Eigenschaften

Abb. 24:

Benzodiazepinwirkungen		
Entzugssymptome	Erwünschte (therapeutische) Wirkungen	Effekte bei Überdosierung und Langzeitanwendung (schleichende Intoxikation)
<ul style="list-style-type: none"> • Ängstlichkeit, • Irritierbarkeit, • Palpitationen, • Unruhe, • Depressivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Angstlösung, • affektive Entkoppelung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichgültigkeit, affektive Verflachung, • Interessenverarmung, „Wurstigkeit“, • Persönlichkeitsnivellierung, Realitätsflucht, Depressivität
<ul style="list-style-type: none"> • Übererregbarkeit des ZNS durch Wegfall der GABAergen Hemmung: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Krampfanfälle, ⇒ Nervosität, ⇒ sensorische Überempfindlichkeit, ⇒ Schlaflosigkeit, ⇒ Albträume • Muskelkrämpfe, Myoklonien, Ataxie 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung GABAerger Hemmung im ZNS: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ antikonvulsive Wirkung ⇒ Beruhigung („Tranquilizer“) ⇒ Sedierung, Schlafanbahnung ⇒ zentrale Muskelrelaxation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgeprägte GABAerge Hemmung im ZNS: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Benommenheit Antriebsverlust, Apathie, kognitive Beeinträchtigungen ⇒ Tagesmüdigkeit, Hangover Koordinationsstörungen, Ataxie, ⇒ Muskelschwäche, Gangstörungen, Stürze, Atemdepression
<ul style="list-style-type: none"> • Benommenheit, • Konzentrationsstörungen, • Konfusion, • Delir 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesie (i. d. Anästhesie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlhandlungen während der Amnesie, • Vergesslichkeit, • Lernhemmung, • kognitive Beeinträchtigungen

Abb. 25:

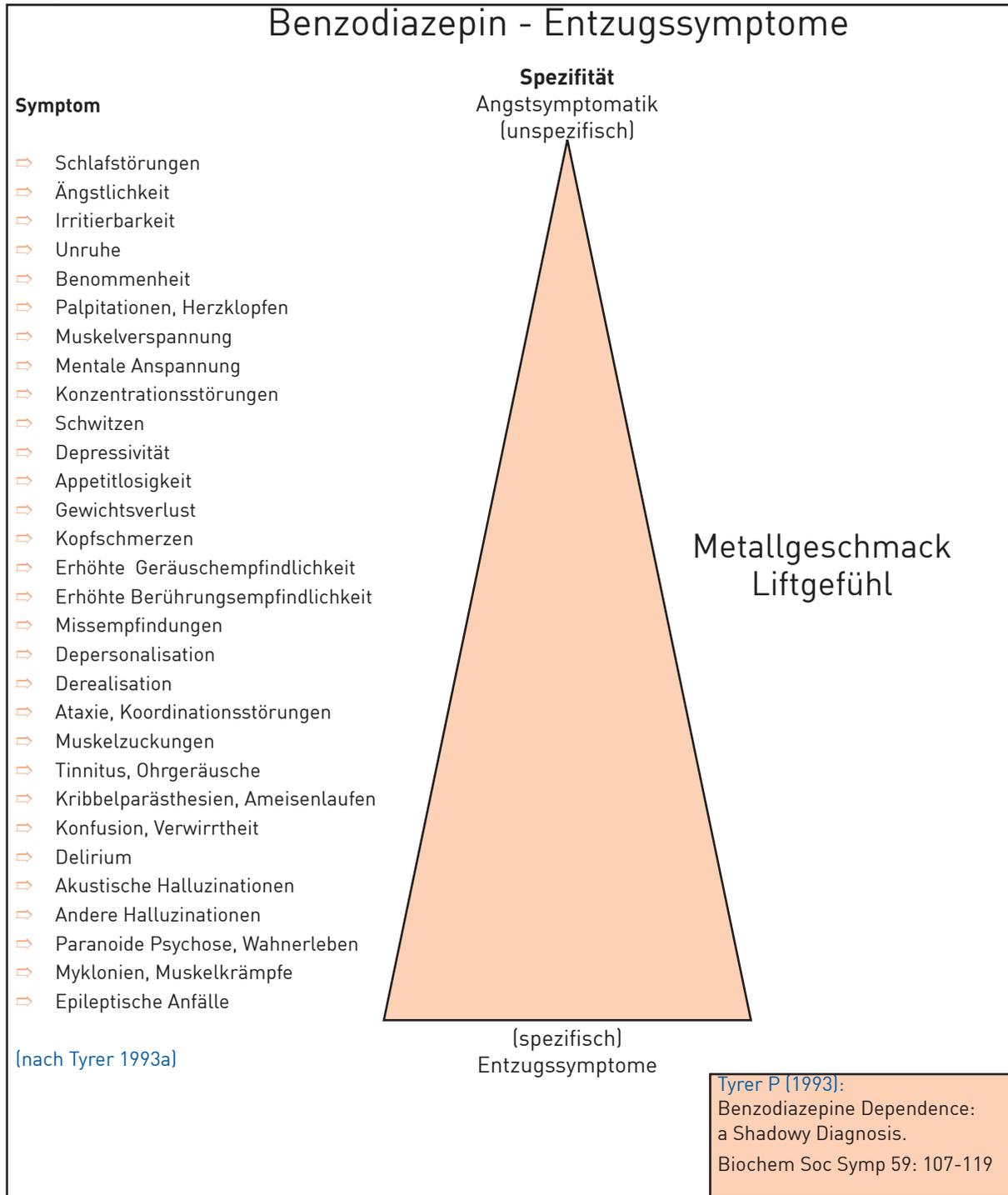


Abb. 26:

Hypnotika: Grundregeln

- Toleranzentwicklung nach 3-4 Wochen
- keine längerfristige regelmäßig-tägliche Gabe, sondern z. B.
 - ⇒ quotengeregelte Bedarfstherapie (max.10 TD in 3 Wochen)
 - ⇒ Wochenintervalltherapie (2-4 Wo, dann 2-4 Wo Hypnotika-freies Intervall)
 - ⇒ Tagesintervalltherapie (5 von 7 Tagen pro Woche)
 - ⇒ kontrollierte Bedarfsintervalltherapie (prospektive Festlegung von max 3-4 Einnahmetagen pro Woche)
 - ⇒ GABA-PAM niedrig dosiert kombiniert, Intervall

Pollmächer T, Wetter TC: Schlafstörungen. In: Holsboer F, Gründer G, Benkert O (Hrsg.): Handbuch der Psychopharmakotherapie. Heidelberg, Springer 2008

Abb. 27:

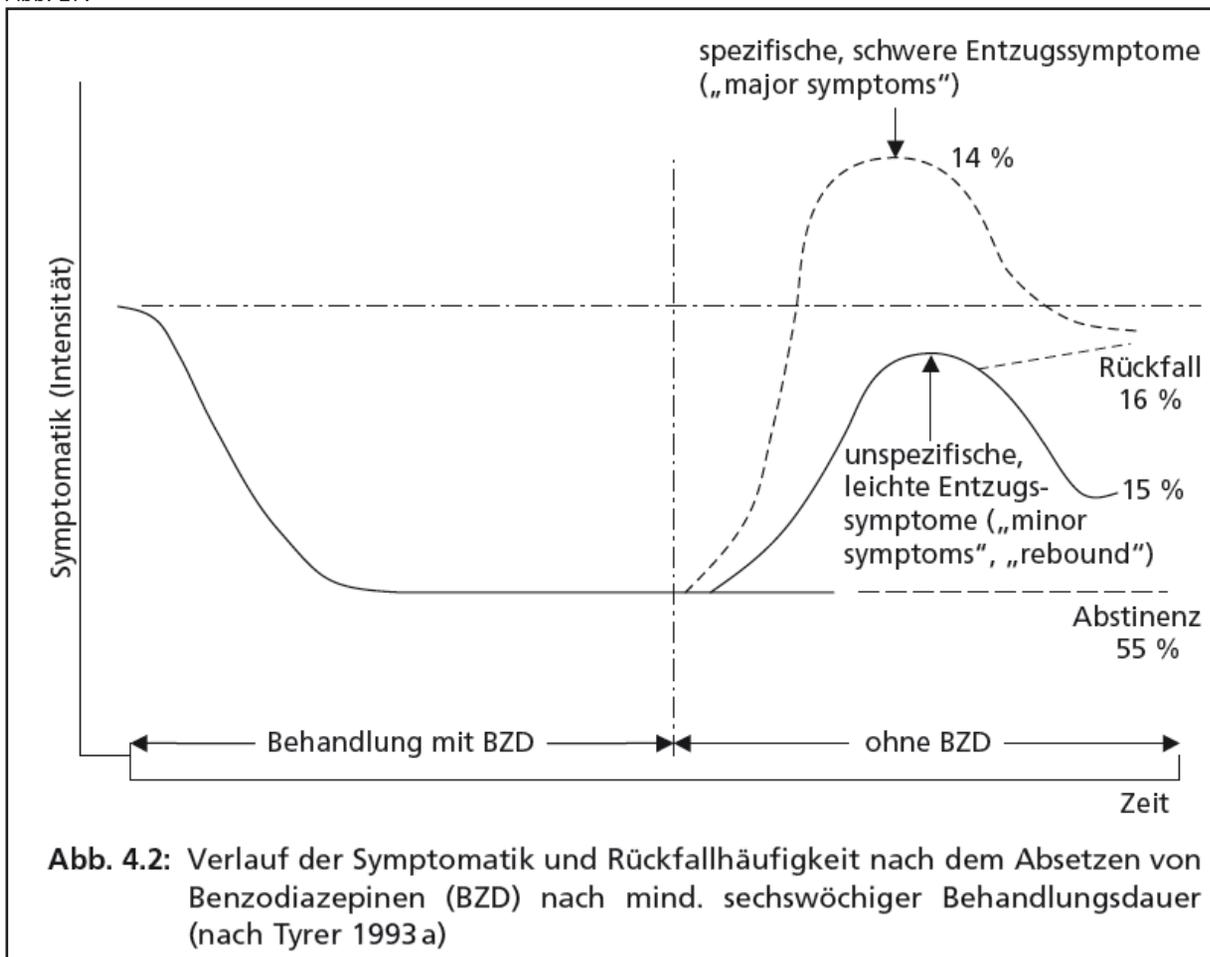


Abb. 28:

BZD-Dependence among BZD-users 2			
		Hausarzt-Pat.	psych. Amb. Pat.
Mittlere Konsumdauer		88 Monate	40 Monate
BZD- Abhängigkeit	past year	40%	63%
nach DSM III-R	lifetime	51%	69%
BZD- Abhängigkeit	past year	52%	69%
nach ICD-10	lifetime	63%	74%

[Kan et al. 1997]

Abb. 29:

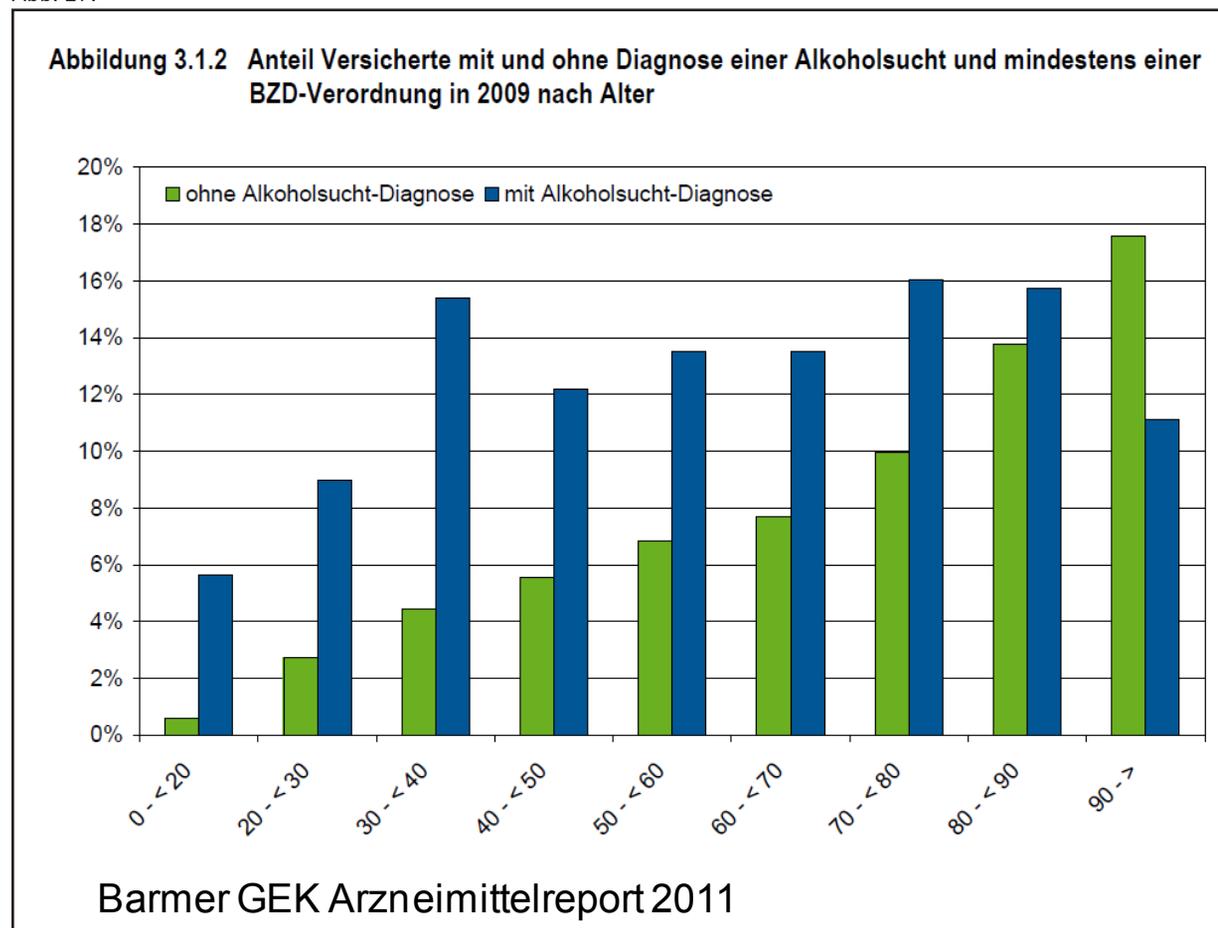


Abb. 30:

- Doppelte Halbwertszeit bedeutet:
 - ⇒ Doppelte Plasmakonzentration bei gleicher Dosis
 - ⇒ Doppelte Zeit bis zum Erreichen des Gleichgewichtszustandes („steady state“) – beim Aufdosieren (schleichende Intoxikation) und beim Abdosieren (protrahierter Entzug)

Abb. 31:

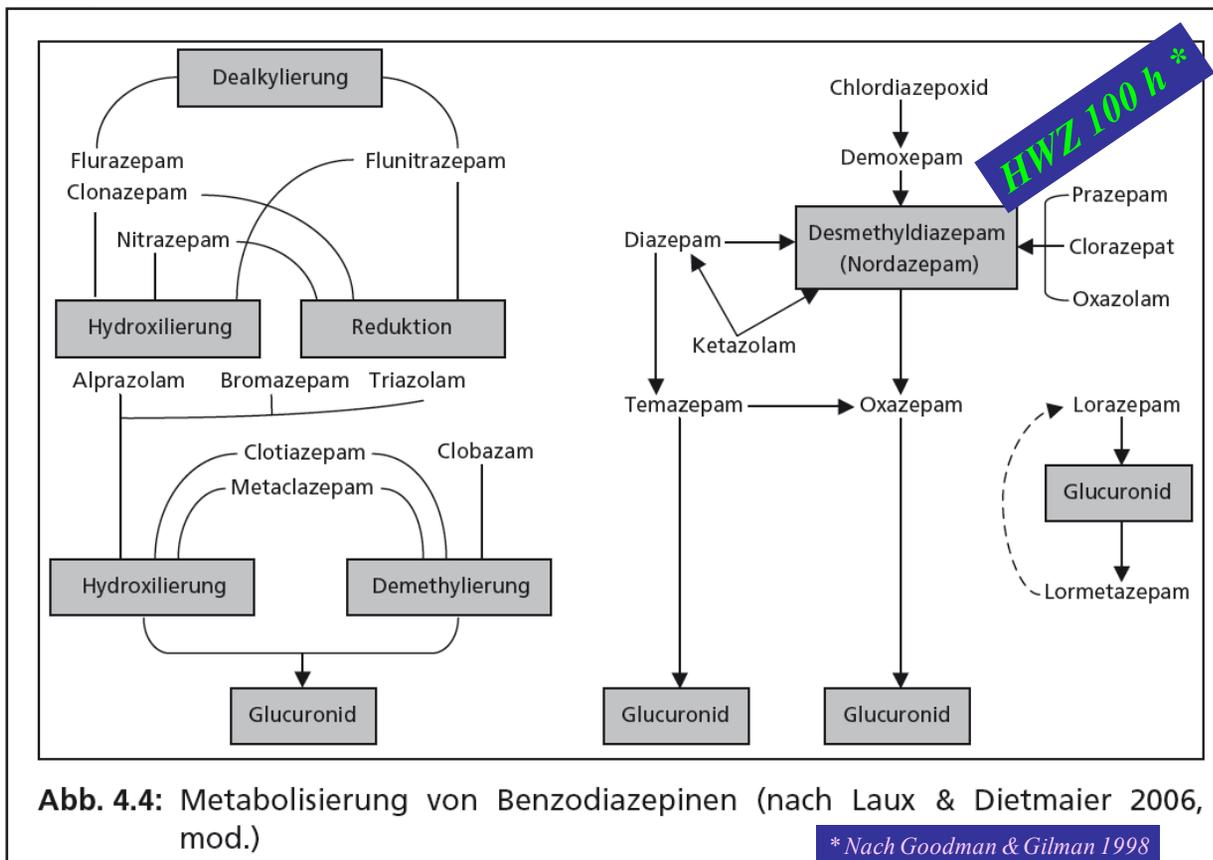


Abb. 32:

- Schleichende Intoxikation
 - ⇒ Extremrechnung: 80 Std. HWZ, 3fach verlängert = 240 Std./10 Tage, Gleichgewicht nach 5facher HWZ = ca. 7 Wochen – so lange trotz konstanter Dosis weiter Anstieg der Plasmakonzentration!
- Gilt für alle BZD außer für die, die ausschließlich über Glukuronidierung (Phase-II-Stoffwechselwege) abgebaut werden

Abb. 33:

Substanz	Handelsnamen	HWZ (h) Muttersub.	HWZ (h) akt Met
Bromazepam	BromaLich®, Bromaz®, Bromazanyl®, bromazep®, durazanyl®, Gityl®, Lexostad®, Lexotanyl®, neo OPT®, Normoc®, Bromazepam... ®	12-24	?
Clonazepam	Antelepsin®, Rivotril®	24-56	?
Diazepam	diazep®, Diazep®, Faustan®, Lamra®, Stesolid®, Tranquase®, Valiquid®, Valium®, Valocordin Diazepam®, Diazepam... ®	30-45	50-80
Dikaliumclorazepat	Tranxilium®	1,5-2,5	50-80
Flurazepam	Dalmadorm®, Staurodorm Neu®	2	8-10 (24-100)
Flunitrazepam	Fluni...®, Flunibeta®, Flunimerck®, Fluninoc®, Rohypnol®, Flunitrazepam... ®	10-25	20-30
Medazepam	Rudotel®, Rusedal®, Medazepam... ®	2	2-80
Nitrazepam	Dormalon®, Nitrazepam®, DORMO-PUREN®, Eatan N®, imeson®, Mogadan®, Novanox®, Radedorm®, Nitrazepam... ®	20-50	?
Prazepam	(Mono) Demetrim®	1-3	50-80
Tetrazepam	Mobiforton®, Musapam®, Musaril®, Muskelat®, Myospasmat®, Rillex®, Tethexal®, Tetramdura®, Tetra-saar®, Tetrazep...®, tetrazep®, Tetrazepam... ®	10-25	25-51

Abb. 34:

Persistenz BZD-bedingter kognitiver Defizite
• Defizite nur bei aktuellem, nicht bei früherem Gebrauch. Hanlon et al. 1998
• Verbesserung nach Entzug... Ashton 2005 , Curran et al 2003 , Nyström 2005
• ... jedoch nur sehr langsam - nach ½ Jahr noch nicht Niveau Kontrollgruppe. Barker et al. 2004b/2005
• Delirhäufigkeit bei BZD-Vormedikation deutlich erhöht. Kudoh et al. 2004 , Pisani et al. 2007

Abb. 35:

Wu et al.: BZD und Demenzrisiko
• „light use“ (< 90 DDD)
⇒ Demenzrisiko ab 1 Jahr nach Konsumende nicht mehr erhöht
• „middle use“ (90 -359 DDD)
⇒ Demenzrisiko ab 2 Jahre nach Konsumende nicht mehr erhöht
• „heavy use“ (360 und mehr DDD)
⇒ Auch mehr als 3 Jahre nach Konsumende Demenzrisiko noch erhöht

Abb. 36:

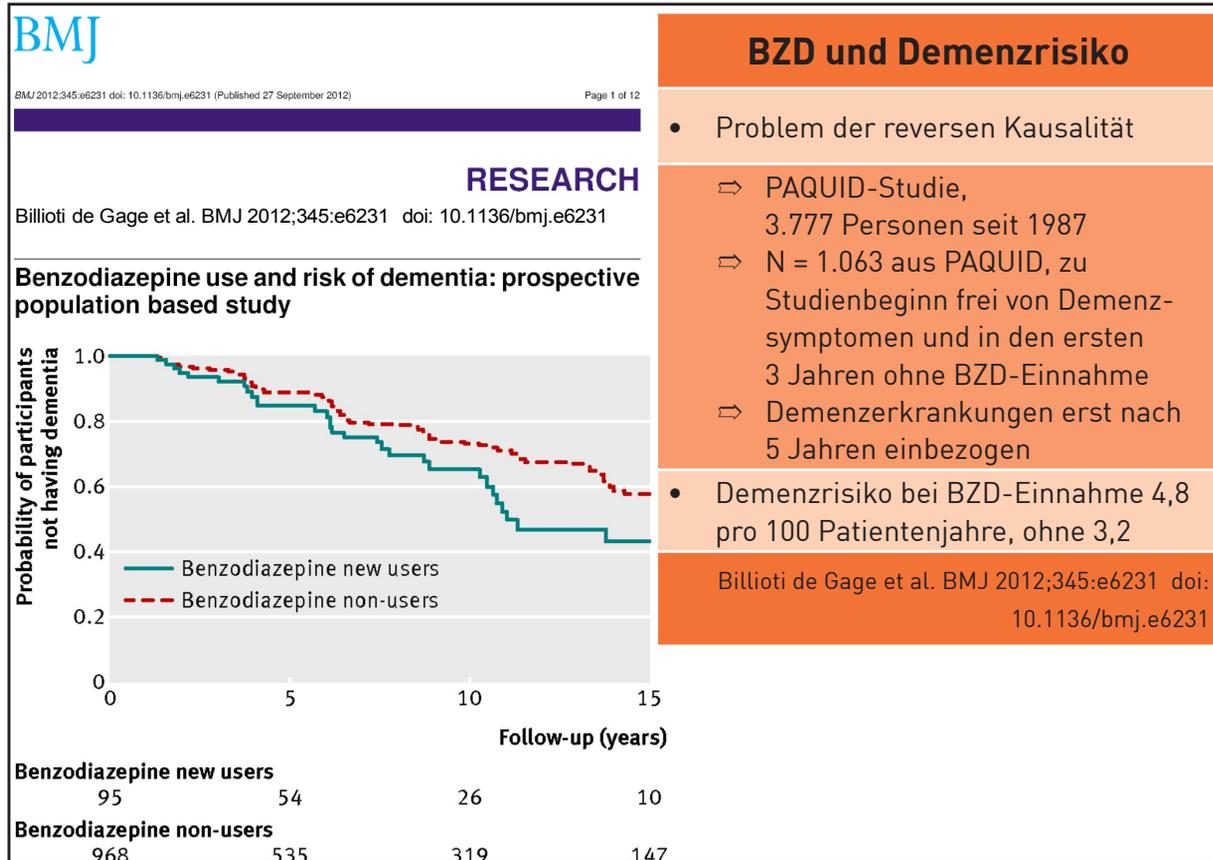


Abb. 37:

Ambulanter Benzodiazepin-Entzug

- 180 Hausarzt-Pat. in NL (von 2964/1036), vgl. „Minimal intervention: letter“ – es handelt sich um Pat. aus dieser Studie, die nicht auf MI ansprachen.
- **Studiengruppe 1:** Umstellung auf äquivalente Dosis Diazepam, wöchentl. Reduktion um 25 % (letzter Schritt fakultativ 2 x 4d à 12,5 %). Hausarzt füllt „case report“ zur Entwicklung und UAW aus. (61,8 Jahre)
- **Studiengruppe 2:** Zusätzlich kogn. VT Gruppe: 5 x 120 min, Mitte Ausschleichphase bis 2 Wochen nach Ende Entzug: Psychoedukation betr. Vor- und Nachteile BZD-Langzeitkonsum; progr. Muskelrelaxation, kognitive Umstrukturierung der Interpretation der Entzugssymptome. (63,7 Jahre)
- **Kontrollgruppe:** „Usual care“. Information über Beteiligung an Kontrollgruppe per Brief. Keinerlei Hilfe zur BZD-Reduktion. (64,6 Jahre)
- Kein Unterschied zwischen Studiengruppe 1 und 2 (keine BZD Einnahme 3 Monate nach Beginn d. Entzugs: S 1 – 62 % , S 2 – 58 % , K – 21 %)

(Oude Voshaar RC et al., Br J Psychiatry 2003; 182: 498-504)

Abb. 38:

Benzodiazepinentzug
• abruptes Absetzen,
• semilogarithmisch beginnend mit 60 % der langfristig eingenommen Dosis und danach täglich 10 % weniger,
• semilogarithmisch beginnend mit 40 % der langfristig eingenommen Dosis und danach täglich 10 % weniger,
• semilogarithmisch beginnend mit 2/3 der langfristig eingenommen Dosis und anschließend wöchentlich jeweils Reduktion um 1/3 der letzten Dosis,
• linear Reduktion um 10-25 % der langfristig eingenommen Dosis pro Woche je nach geplanter Gesamtdauer,
• lineare Reduktion um 25 % alle 2 Wochen oder 12,5 % jede Woche ,
• rein an der Symptomatik orientiert ohne festes Schema.
(Harrison et al. 2984, Heberlein et al. 2009, Holzbach 2010, Poser et al. 2006)

Abb. 39:

Benzodiazepinentzug
• Abdosierung – kein Königsweg
• Fraktionierter Entzug empfohlen
• Medikamentöse Unterstützung
⇒ (sedierende) Antidepressiva, SSRI?
⇒ Valproat, Carbamazepin
⇒ Propranolol
⇒ Pregabalin? (cave: Abhängigkeitspotential)
⇒ Niedrigpotente Antipsychotika – keine Literatur!
⇒ Melatonin?
⇒ Clonidin und Buspiron sind unwirksam
Dickinson & Eickelberg 2009, Heberlein et al. 2009, Lader et al. 2009, Poser et al. 2006

Abb. 40:

Benzodiazepinentzug Instruktion und Psychotherapie
<ul style="list-style-type: none">• Zusätzliche Psychotherapie nützlich, wenn sie auf spezifische Probleme fokussiert (z. B. Schlafstörungen)
<ul style="list-style-type: none">• Zusätzliche Psychotherapie nicht nützlich, wenn sie allein auf BZD und BZD-Entzug fokussiert
<ul style="list-style-type: none">• Entscheidend sind:
<ul style="list-style-type: none">⇒ Tragfähige Arzt-Patient-Beziehung⇒ Suffiziente Informationen (z. B. über flüchtigen Charakter von Rebound-Phänomenen)⇒ Klarer Plan für die Reduktion

Abb. 41:

Benzodiazepinentzug im Alter - Indikation
<ul style="list-style-type: none">• Sind nachteilige Folgen des Entzuges zu erwarten?
<ul style="list-style-type: none">⇒ Entzug nur bei 30 – 50 %. Risiko steigt mit Einnahmedauer und kumulativer Dosis. Körperliche Gesamtverfassung?
<ul style="list-style-type: none">• Hat der Patient überhaupt noch Nutzen vom Benzodiazepin?
<ul style="list-style-type: none">⇒ Verlust der schlafanstoßenden Wirkung nach wenigen Wochen. Fortsetzung der Einnahme zur Vermeidung von Rebound-Symptomen?⇒ Psychiatrische Symptome trotz Benzodiazepin?

Abb. 42:

Benzodiazepinentzug im Alter - Indikation
<ul style="list-style-type: none">• Schaden durch Benzodiazepin?
<ul style="list-style-type: none">⇒ Psychiatrische Symptome durch Benzodiazepin (Depression, Pseudodemenz, Wesensänderung)? Sturzgefahr?
<ul style="list-style-type: none">• Verbleibende Lebensspanne?
<ul style="list-style-type: none">• Trägt das Umfeld den Entzug mit?
<ul style="list-style-type: none">• Dosisreduktion und Umstellung der Behandlung auf ein für alte Menschen geeignetes Benzodiazepin ist bereits ein Behandlungserfolg!

Alkohol Alkoholkonsum in nicht geringen Mengen ist mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Die Einschätzung der Konsummenge, bei deren Überschreitung gesundheitliche Risiken spürbar ansteigen, wird international über Standarddrinks gemessen. Die Meinungen darüber, wo die Grenze zwischen geringem und nicht mehr geringem Konsum zu ziehen ist, gehen auseinander, einig sind sich die Experten allerdings darin, dass die Grenze für Frauen deutlich niedriger liegt. So gestehen die australischen Empfehlungen Männern max. 240 g Alkohol pro Woche zu, Frauen hingegen nur 140 g. Für ältere Männer werden diese Anhaltzahlen gewöhnlich halbiert, entsprechende Angaben für ältere Frauen fehlen. Die aktuellen deutschen Empfehlungen liegen mit 120 g bzw. 60 g pro Woche deutlich unter den australischen.

Die in der Literatur und in Screeninginstrumenten meist empfohlene Umsetzung dieser Alkoholmengen in sog. Standarddrinks ist problematisch, weil diese international völlig unterschiedlich definiert werden: Das Spektrum reicht von 8 g Alkohol (GB) über 10-14 g Alkohol (USA) bis zu 19,75 g Alkohol (Japan). Ein Standarddrink im AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) entspricht bei korrekter Berechnung einer Alkoholmenge von 12-13 g Alkohol, also z. B. 0,33 Liter Bier oder 1/8 Liter Wein.

Neben einer Obergrenze für den wöchentlichen Konsum enthalten alle Empfehlungen auch Obergrenzen für den täglichen Konsum: Rauschtrinken soll unterbleiben. Einvernehmen herrscht darin, dass zum nicht riskanten Konsum das Einhalten von mindestens zwei alkoholfreien Tagen pro Woche gehört. Abstinenzphasen dienen als Möglichkeit für den Organismus sich zu regenerieren, zur Vorbeugung einer Abhängigkeitsentwicklung bzw. einer schleichenden Intoxikation, und - wenn man so will - als therapeutisches Instrument, mittels dessen die betreffende Person überprüfen und sich vor Augen führen kann, wie sie ohne Suchtmittel funktioniert. Die Analogie zur Empfehlung der Intervalltherapie bei den Benzodiazepinen liegt auf der Hand.

Der Alkoholkonsum geht bei den meisten Menschen im Alter zurück. Neben der altersbedingt nachlassenden Alkoholtoleranz, auf die die Betroffenen mit der Konsumreduktion angemessen reagieren, können dabei auch andere Gründe wie abnehmende soziale Kontakte, Altersarmut oder schlicht eingeschränkte Zugangsmöglichkeit zu Alkohol aufgrund eingeschränkter Mobilität von Bedeutung sein. Der Rückgang des Alkoholkonsums mit dem Alter schwächt sich in Deutschland jedoch ab.

Probleme können sich ergeben, wenn trotz nachlassender Alkoholtoleranz Konsummuster und -mengen beibehalten oder der Konsum sogar zunimmt, sei es als Reaktion auf altersassoziierte Belastungen, sei es als Folge des Wegfalls äußerer Abstinenzmotivation (z. B. Fahrt zur Arbeit mit dem Auto).

Wesentlich für das Erkennen alkoholbezogener Suchtprobleme im Alter ist die Berücksichtigung dieser Aspekte im Kontakt mit den Patienten und Patientinnen und im Rahmen der Behandlungsplanung, insbesondere auch wenn es um die Abklärung und differentialdiagnostische Einschätzung kognitiver Beeinträchtigungen geht.

Der Begriff der Alkoholdemenz ist äußerst unscharf definiert. Die Diagnose einer alkoholassoziierten Demenz (ARD - „Alcohol Related Dementia“) ist problematisch, insbesondere bei nicht gegebener oder erst kurzzeitig vorliegender Abstinenz. Eine Voraussetzung für die Diagnose ist deshalb eine ausreichend lange bestehende Abstinenz (mindestens 60 Tage).

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Wernicke-Enzephalopathie, die unbehandelt zum Tode führt oder in ein Korsakow-Syndrom mündet. Die drei als klassisch geltenden Symptome Ataxie (Gangunsicherheit), äußere Augenmuskeltörung und erhebliche kognitive Einbußen (Delir) trifft man nur in weniger als 20 % der Fälle an, umgekehrt liegt in einem vergleichbaren Prozentsatz kein einziges dieser Symptome vor.

Es liegt deshalb nahe, dass dieses Krankheitsbild häufig übersehen wird. Tatsächlich zeigte sich bei unausgelesenen Autopsien, dass nur bei 20 % der post mortem neuropathologisch diagnostizierten Wernicke-Enzephalopathien dieses Krankheitsbild auch zu Lebzeiten der Patienten und Patientinnen klinisch festgestellt worden war, in 80 % war es übersehen worden.

Die Wernicke-Enzephalopathie entsteht durch Mangel an Thiamin (Vit. B1). Die Thiaminspeicher des Organismus reichen nur für 4-6 Wochen, Thiamin muss deshalb ständig mit der Nahrung zugeführt werden. Der Thiaminbedarf steigt bei akuten und schweren Erkrankungen, aber auch in Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme proportional zur aufgenommenen Kalorienmenge. Wenn die Versorgung mit Thiamin grenzwertig ist und nur gerade eben noch ausreicht, kann eine Pneumonie, eine Notfalloperation, ein Alkoholentzug aber auch eine Glukoseinfusion zu einem Zusammenbruch führen.

Wenn der Patient/die Patientin im somatischen Krankenhaus, evtl. gar auf der Intensivstation liegt, sediert wird und die variablen neurologischen Symptome übersehen bzw. nicht angemessen gewürdigt werden, kann sich unbemerkt eine Wernicke-Enzephalopathie entwickeln und der Patient/die Patientin ist anschließend „durch den Wind“. Das Krankheitsbild kann in nicht vollständiger Ausprägung (subklinisch) auftreten, mehrere solcher subklinischer Episoden können kumulieren.

Es ist deshalb dringend zu fordern, alle potentiellen Risikopatienten grundsätzlich oral mit Thiamin zu behandeln, bei starkem Verdacht hochdosiert i. m. oder langsam i. v., jeweils unter zusätzlicher Gabe von Magnesium, das als Kofaktor für die Wirkung von Vitamin B1 essentiell ist. In Australien wird Thiamin grundsätzlich bestimmten Lebensmitteln zugefügt (z. B. Mehl oder Brot). Eine orale Thiamin-Langzeitbehandlung ist bei aktiven Alkoholikern als prophylaktische Maßnahme zu erwägen, ebenso die parenterale Gabe in Notfallambulanzen bei Klinikaufnahmen von bekannten Alkoholikern bzw. „Verdachtsfällen“.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass bei langfristig und anhaltend hoher Blutalkoholkonzentration das Langzeitgedächtnis und damit das soziale Lernen zumindest erheblich reduziert, wenn nicht komplett ausgeschaltet werden. Zusätzlich zu den kognitiven Beeinträchtigungen im Sinne einer alkoholassozierten Demenz bzw. eines Korsakow-Syndroms, aber ggf. auch ohne erhebliche kognitive Beeinträchtigungen kann es somit zu massiven Wesensveränderungen kommen, was auch für Benzodiazepine zutrifft. Soziale Deprivation und fehlende geistige Betätigung tun ein Übriges, der Grundsatz „use it or lose it“ gilt auch für das Gehirn, eine alte Erkenntnis der Neurobiologie.

Abb. 43:

Alkohol – „Standardgetränk“	
•	1 Drink = 1 Standardgetränk = nach Zernig et al. 2000
⇒	1 Glas/Dose Bier oder
⇒	1 Glas (1/8 l) Wein/Sekt oder
⇒	1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky o. ä.
•	1 Drink = 20 g Alkohol = nach Schüfele 2006, Rumpf 2006
⇒	0,5 l Bier oder
⇒	0,2 l Wein
•	1 Standardglas = nach Tretter 2000
⇒	0,02 l Korn oder
⇒	0,1 l Wein/Sekt oder
⇒	0,25 l Bier

Abb. 44:

Alkohol – „Standardgetränk“	
•	1 Standarddrink entspricht:
⇒	in Kanada 13,6g Alkohol
⇒	in Großbritannien 8g Alkohol
⇒	in den USA 12-14g Alkohol
⇒	in Australien und Neuseeland 10g Alkohol
⇒	in Japan 19,75g Alkohol
⇒	Im AUDIT 1 Standarddrink ca. 12-13g Alkohol
•	1 ml Alkohol entspricht 0,79g Reinalkohol.
Babor et al. 2001, Rist pers. Mitteilung	

Abb. 45:

Alkohol – ungefährlicher Konsum 1	
• AUS: Empfehlungen - erwachsene Männer:	
⇒ durchschnittl. nicht mehr als 4 Standarddrinks* pro Tag und nicht mehr als 28 Standarddrinks* pro Woche	
⇒ an einem einzelnen Tag nicht mehr als 6 Standarddrinks*	
⇒ 1-2 alkoholfreie Tage pro Woche	
• AUS: Empfehlungen - erwachsene Frauen:	
⇒ durchschnittl. nicht mehr als 2 Standarddrinks* pro Tag und nicht mehr als 14 Standarddrinks* pro Woche	
⇒ an einem einzelnen Tag nicht mehr als 4 Standarddrinks*	
⇒ 1-2 alkoholfreie Tage pro Woche	
* Standarddrink = 10 g Alkohol	Harper 2007

Abb. 46:

Alkohol – ungefährlicher Konsum 2	
• Risikoarme Schwellendosis beim gesunden Menschen ohne zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko für erwachsene Männer:	
⇒ Männer: 24g Alkohol pro Tag (0,5-0,6l Bier / 0,25-0,3l Wein)	
⇒ Frauen: 12g Alkohol pro Tag	
• 2 alkoholfreie Tage pro Woche einhalten	
• Binge drinking sollte unterbleiben	
⇒ Männer: 5 drinks à 10g Alkohol (1,25l Bier / 0,6l Wein)	
⇒ Frauen : 4 drinks (1l Bier / 0,5l Wein) pro Trinkepisode	
• protektive Senkung d. kardiovaskulären Risikos nur bei Personen mit durchgemachtem Herz-/Hirnfarkt bzw. älteren Personen mit Risikofaktoren außer Hypertonie	
	Seitz et al., in Jahrbuch Sucht 2008

Abb. 47:

Alkoholkonsum im Alter

- Rückgang mit dem Alter, Gründe:
 - ⇒ die meisten Älteren registrieren die altersphysiologisch nachlassende Alkoholtoleranz und trinken weniger,
 - ⇒ Altersarmut,
 - ⇒ verminderte Zugangsmöglichkeit zu Alkohol durch eingeschränkte Mobilität,
 - ⇒ reduzierte soziale Kontakte (Alkohol-Trinken in Gesellschaft bzw. „wenn Besuch kommt“)
- Dieser Rückgang schwächt sich in Deutschland jedoch ab [\(tel. Gesundheitssurvey 2007 – Hapke et al. 2009\)](#)
- Zunahme der Inanspruchnahme beim „harten Kern“ der alten Suchtkranken in den USA [\(Brennan et al. 2002\)](#)

Abb. 48:

Alkoholprobleme im Alter werden häufig übersehen

- Alkoholabhängigkeit nur bei 37 % der alten Pat. korrekt diagnostiziert (Intervention bei 16 %), aber bei 60 % der jüngeren [\(John Hopkins Hosp.\) Curtis et al. JAGS 1989; 37: 310-316](#)
- 65 von 461 älteren Pat. einer Notaufnahme erfüllten die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit; nur bei 14 wurde die Diagnose gestellt [Adams et al. JAGS 1992; 40: 1236-1240](#)
- Von 132 repräsent. Pat. eines Allgemeinkrankenhauses ab 65 waren 9 % als alkoholabhängig einzustufen, nur 1/3 davon war den beh. Ärzten als alkoholabhängig bekannt; bei den Entlassungsdiagnosen taucht „Alkoholabhängigkeit“ sogar nur in 0,5 % der Fälle auf **9 % - 3 % - 0,5 %** [Speckens et al. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 460-462](#)

Abb. 49:

Mögliche Hinweise auf Substanzmissbrauch/-abhängigkeit im Alter	
<ul style="list-style-type: none"> • Sozialer Rückzug • Antrieb/Interesse ↓ • Depressivität • Schlafstörungen • Geistige Leistung ↓ • (Körper-) Hygiene ↓ • Gangunsicherheit / Stürze • Notarzt/Notaufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen / Blutergüsse • Magen-Darm-Probleme / Durchfall • Inkontinenz • Mangelernährung / Gewicht ↓ • Bluthochdruck • Hyperurikämie • Instabiler Diabetes mellitus

Abb. 50:

Diagnostische Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, die im Alter problematisch sind
• Vernachlässigung von Verpflichtungen
• Wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum gefährlich ist
• Fortgesetzter Konsum trotz wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
• Körperliches Entzugssyndrom
• Toleranzentwicklung
• Vernachlässigung von Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums (<u>hoher zeitlicher Aufwand für Beschaffung</u> – DSM IV, ICD-10 Forschungskriterien)
• Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger schädlicher psychischer, sozialer oder körperlicher Folgen

Abb. 51:

Alkohol-Screening im Alter
1. CAGE – im Alter nicht sensitiv genug, deshalb nicht cut-off von 2 sondern 1! (Missbrauch/Abhängigkeit)
2. GAST = Geriatrischer Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs -Screening-Test. Kombination aus Selbstaussagen und Laborwerten. Sensitivität .91 und Spezifität .73 bei cut-off von 2 (Rumpf et al. 1998)
3. SMAST-G = geriatrische Version des Short Michigan Alcohol Screening Test (Missbrauch/Abhängigkeit)
4. AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT-C ist ein Auszug hieraus zur Erfassung riskanten Konsums , bei jungen und älteren Menschen ähnlich valide

Abb. 52:

Alkohol-Screening: CAGE
• Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie ihren Alkoholkonsum verringern sollten? (C ut down)
• Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht? (A nnoyed)
• Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt? (G uilty)
• Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden? (E ye opener)

Abb. 53:

Alkohol-Screening im Alter: GAST
1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat Sie schon einmal jemand durch das Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?
3. Hat der Alkoholkonsum schon einmal zu Problemen zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-) Partner, Eltern oder anderen nahen Verwandten geführt?
4. Haben Sie sich schon einmal an jemanden um Hilfe gewandt wegen Ihres Alkoholtrinkens?
5. Sind Sie schon einmal wegen Alkohol am Steuer von der Polizei am Weiterfahren gehindert worden?
6. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z.B. Fettleber, Leberzirrhose)?
7. Erhöhte Gammaglutamyltransferase (γ-GT).
8. Erhöhtes mittleres corpusculäres Erythrozytenvolumen (MCV).
1-6 - Fragen an den Probanden („ja“ oder „nein“ „ja“ = 1 Punkt), Verdacht bei mehr als 2 Punkten Nach: Bromisch (1997)

Abb. 54:

SMAST-G

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken. Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese zutrifft oder nicht und kreuzen Sie das entsprechende Feld an. VERDACHT BEI ≥ 2 „ja“

		Ja	Nein
1	Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken?	0	0
2	Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?	0	0
3	Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Unsicherheit oder Ihr Zittern zu mindern?	0	0
4	Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?	0	0
5	Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?	0	0
6	Trinken Sie, um Probleme für einige Zeit vergessen zu können?	0	0
7	Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in ihrem Leben erlitten haben?	0	0
8	Hat sich jemals ein Arzt oder eine Krankenschwester besorgt über Ihr Alkoholtrinken gezeigt?	0	0
9	Haben Sie jemals Regeln aufgestellt, um besser mit dem Alkoholkonsum klar zu kommen?	0	0
10	Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung wenn Sie sich einsam fühlen?	0	0

Abb. 55:

AUDIT (Alkohol Use Disorders Identification Test - Screeningfragebogen für riskanten Alkoholkonsum, **modifiziert für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern**).

Dieser Fragebogen ist ein Interviewleitfaden, kein Selbstauskunftsfragebogen!

„Ich werde Ihnen jetzt einige Fragen stellen, die Ihren Alkoholkonsum während der zurückliegenden 12 Monate betreffen.“

Als Maßeinheit gilt ein Drink = 1 Glas/Dose Bier (0,33 L) oder ein Glas Wein/Sekt (0,2 L) oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches (0,04 L, „doppelter Schnaps“).

	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken?	Nie	1mal im Monat oder seltener	2-4mal im Monat	2-3mal pro Woche	4mal pro Woche oder öfter
Wenn Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken haben, wie viele Gläser haben Sie dann üblicherweise an einem Tag getrunken?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate 5 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)?	Nie	Seltener als einmal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche	jeden Tag oder fast jeden Tag

Abb. 56:

Early Onset und Late Onset Alkoholismus		
	„early onset“ (EOA)	„late onset“ (LOA)
Alter bei Beginn des Alkoholproblems	< 60 Jahre	≥ 60 Jahre
Geschlecht	eher männlich	eher weiblich
Häufigkeit	2/3 der Prävalenz	1/3 der Prävalenz
Persönlichkeit	eher instabil	eher stabil
Wohnsituation	häufig wechselnd	eher konstant
soziales Netzwerk	häufig alleinstehend, geschieden	häufig familiäre Bindung
sozioökonomischer Status	häufiger niedriger Status	häufig höherer Status
Bildungsniveau	eher niedrig	eher höher
Konfliktverhalten	eher vermeidend	eher problemlösend
Probleme mit der Justiz	häufiger	selten
Fam. Erfahrung mit Alkoholmissbrauch	häufig	selten
Intoxikationslage	häufig	seltener
Raucherstatus	meist Langzeit-Raucher	häufiger Nichtraucher
kognitive Beeinträchtigungen	eher ausgeprägt	eher gering
Therapieadhärenz und- prognose	mäßig	gut

Nach: Liberto & Oslin 1995, Lieb et al. 2008, Mann et al. 2003, Sorocco & Ferrel 2006

Abb. 57:

Early Onset und Late Onset	
Altersgrenze nach Epstein et al. 2007	Altersgrenze nach Boeri et al. 2008
<ul style="list-style-type: none"> • 40 Jahre Gomberg 1994 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitte 20er Jahre Dom et al. 2006
<ul style="list-style-type: none"> • 50 Jahre Schutte et al. 1998 	<ul style="list-style-type: none"> • 30er Jahre Babor et al. 1992
<ul style="list-style-type: none"> • 60 Jahre Cowart & Sutherland 1998 	<ul style="list-style-type: none"> • 40er o. 50er Jahre Atkinson et al. 1990, Schonfeld & Dupree 1991
	<ul style="list-style-type: none"> • 60 Jahre Mann et al. 2003
	<ul style="list-style-type: none"> • 65 Jahre Benschhoff & Roberto 1987

Abb. 58:



Abb. 59:

Erfahrungen von Profis Gefährdungssituation für Alkoholmissbrauch
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Veränderungen, die mit dem Altern einhergehen ⇒ Einsamkeit, Partnerverlust
<ul style="list-style-type: none"> • Männer
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ende der Berufstätigkeit

Abb. 60:

Erfahrungen von Profis	
Frauen	Männer
<ul style="list-style-type: none"> • trinken eher heimlich, mit zunehmenden Alter zunehmend 	<ul style="list-style-type: none"> • trinken eher in der Öffentlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • trinken in der Öffentlichkeit erregt Aufsehen (aus der Rolle fallend) 	<ul style="list-style-type: none"> • trinken in der Öffentlichkeit normal, betrunken sein wird gebilligt
<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol nur als „Zusatz“ 	<ul style="list-style-type: none"> • ein Mann hat eher Probleme, wenn er nicht trinkt
<ul style="list-style-type: none"> • bleiben länger alltagskompetent 	

Abb. 61:

Süchtige alte Frauen
<p>Es sind nicht Kontrollverlust und Entgleisung, die am Anfang stehen, sondern das Einhalten von ärztlichen Anweisungen bei der Behandlung von Schmerzen und Krankheiten in Kombination mit angepasstem Konsum von alkoholischen Getränken (...). Daraus entwickelt sich eine eigene Ausprägung von Sucht, die für ältere und alte Frauen typisch ist: Die Kombination von ärztlich verordneten Medikamenten mit Abhängigkeitspotential und ein wenig auffälliger, für sich genommen eher nicht riskanter Konsum von alkoholischen Getränken oder von Stärkemitteln mit sehr hohem Alkoholgehalt.</p> <p>Das Elend vieler alter süchtiger Frauen besteht also darin, dass sie sich in vielerlei Hinsicht regelkonform verhalten – und dennoch am Ende von Dritten als Süchtige gebrandmarkt werden. (...) zumal sie sich keiner eigenen Schuld bewusst sind: Sie haben sich doch nur an die Regeln gehalten – und gerade das macht man ihnen am Ende zum Vorwurf. ...da die überwiegende Mehrzahl dieser Frauen nicht alkoholabhängig ist. (Vogt I, im Druck)</p>

Abb. 62:

„Alkohol-Demenz“ - Häufigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • 21-24 % aller Demenzen (Carlen et al., 1994; Smith & Atkinson, 1995)
<ul style="list-style-type: none"> • 2 % aller Demenzen (Schmidt et al., 2005)
<ul style="list-style-type: none"> • Inzidenzrate von 11,6% bei Demenzkranken unter 70 Jahren, aber nur 1,25% bei allen Demenzen (Knopman et al., 2006)

Abb. 63:

ARD - diagnostische Kriterien 1 (Oslin et al. Int J Geriatr Psychiatry 1998)

Wahrscheinliche ARD

Demenz-Syndrom besteht mindestens **60 Tage** nach dem letzten Alkoholkonsum

Alkoholkonsum von \emptyset mindestens 35m/28w Drinks/Woche für mindestens 5 Jahre bis mindestens 3 Jahre vor Demenz-Beginn

Unterstützende Kriterien:

andere alkoholassoziierte Organschäden

Ataxie oder sensible PNP (andere Ursachen ausgeschlossen)

Nach **60 Tagen Abstinenz** Stabilität oder Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Nach **60 Tagen Abstinenz** Rückbildung atrophischer Veränderungen (Hirnfaltenrelief, Ventrikelweite)

Zereberalläre Atrophie (bes. Vermis) in der Bildgebung

Kriterien, die gegen die Diagnose ARD sprechen:

Aphasische Symptome (language impairment), bes. Dysnomia/Anomia

Fokalneurologische Symptome (außer Ataxie/PNP)

Bildgebung: (sub)kortikale Infarkte, SDH o. ä. umschriebene pathologische Veränderungen

Hoher Hachinski-Score

Indifferente Kriterien:

In der Bildgebung Nachweis kortikaler Atrophie

„Deep white matter lesions“ ohne fokale Infarkte

APO E4-Status

Abb. 64:

Wernicke-Enzephalopathie
<ul style="list-style-type: none"> • Klinik - klassische Trias: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ataxie, ⇒ äußere Augenmuskelstörungen, ⇒ erhebliche kognitive Einbußen (Delir)

Abb. 65:

Wernicke-Enzephalopathie	
Ungewöhnliche Symptome	Spätsymptome
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Stupor ⇒ Hypotonie und Tachykardie ⇒ Hypothermie ⇒ Bilaterale Sehstörung und Papillen- ödem ⇒ Krampfanfälle ⇒ Progredienter Hörverlust ⇒ Halluzinationen und Verhaltensauf- fälligkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hyperthermie ⇒ Tonuserhöhung, spastische Paresen ⇒ Choreatiforme Dyskinesien ⇒ Koma
<p>In der strukturellen Bildgebung sind die Veränderungen häufig nicht sichtbar (MRT: Sensitivität 53% Spezifität 93%)</p>	<p>Klassisches Trias nur in 16%. 19% ohne jegliches dieser klassischen Symptome!</p>
(Sechi & Sera 2007)	

Abb. 66:

Wernicke-Korsakow-Syndrom
<ul style="list-style-type: none"> • Ausgeprägte Veränderungen wie von Wernicke beschrieben in 1 % unausgelesener Autopsien (nur bei 20 % davon Diagnose zu Lebzeiten gestellt), leichtere Veränderungen in 5 % unausgelesener Autopsien
<ul style="list-style-type: none"> • Bei klinischem Korsakow-Syndrom häufig keine WE in der Anamnese bekannt (z. B. bei 40 von 47)
<ul style="list-style-type: none"> • Abortiv-subklinische Formen, rezidivierende Episoden, Kumulation
(Sechi & Serra 2007, Thomson & Marshall 2006)

Abb. 67:

Thiaminmangel - Thiaminsubstitution
• Thiaminspeicher reichen für max. 3-6 Wochen
• Resorption = aktiver Transport, Kapazität beschränkt: max 4,5 mg bei oraler Einzeldosis
• Normaler Tagesbedarf 0,5 mg / 1000 kcal
• Bei chronischem grenzwertigem Mangel kann erhöhter Bedarf (Krankheit, Alkoholentzug, Glukoseinfusion) zur plötzlichen Krise führen
• Bei (drohender) Wernicke-Enzephalopathie ist orale Substitution nicht ausreichend
• Glukoseinfusion nie ohne Thiamin!
• Magnesiumsubstitution!
[Sechi & Serra 2007, Thomson & Marshall 2006]

Abb. 68:

Wernicke-Enzephalopathie Prophylaxe und Behandlung
1. Alle potentiellen Risikopatienten Oral 4 x 100 mg Thiamin plus Magnesium
2. Starker Verdacht auf drohende WE, 250 mg Thiamin i.m. oder langsam i.v., danach weiter wie unter 1 plus Magnesium
3. Manifeste WE und dringender klinischer Verdacht 2 x 250 mg Thiamin i.m. oder langsam i.v. für mind. 3 Tage, weiter solange Verbesserung erkennbar ist plus Magnesium
4. Behandlungsdauer? Lieber lang als zu kurz!

Abb. 69:

Wernicke-Enzephalopathie
<u>harm-reduction?</u>
• Zusatz von Thiamin zu Lebensmitteln (z. B. Mehl/Brot – Vorbild Australien)
• Orale Thiamin-Langzeitbehandlung/-substitution bei aktiven Alkoholikern
• Routinemäßige parenterale Gabe in Notfallambulanzen bei Klinikaufnahme bei bekannten Alkoholikern bzw. "Verdachtsfällen"

Abb. 70:

Alkohol und Gedächtnis/Lernen
• „Bei lang anhaltender hoher Blutalkoholkonzentration findet keine Speicherung im Langzeitgedächtnis mehr statt.“ (Soyka & Kufner 2008, 50)
• Amnestische Wirkung (über GABA _A -Rezeptor analog den Benzodiazepinen?) führt dazu, dass Lernen nur noch in geringerem Ausmaß erfolgt.
• Damit bleibt auch soziales Lernen aus. Folgen sind Wesensänderungen .

Sucht im Alter - Therapie -

Sucht im Alter ist eine Herausforderung für das Gesundheitssystem. Im Sinne der Zielehierarchie ist entscheidend, unter Einbeziehung des Patienten die Behandlung schrittweise zu entwickeln. Dabei geht es zunächst darum, Vertrauen aufzubauen und dann die Motivation zu fördern. Auf dieser Grundlage können nun gemeinsam Behandlungsziele vereinbart werden. Die Stabilisierung von Verhalten, Konsummuster und -menge, das Vermeiden von Konsumexzessen sind weitere Etappen, über die es allmählich zu einer Konsumverringerng kommen kann.

Wenn möglich führt dieser Weg bis zur Abstinenz, wenn nicht möglich sind deutlich reduzierter stabiler Konsum und als Minimalziel eine stabilere Anbindung an das Gesundheitssystem anzustreben.

Die so genannte Babyboomer-Generation ist im Unterschied zu früheren Generationen in hohem Maße geprägt von einer Erwartungshaltung und -einstellung im Sinne einer Quick-Fix-Kultur: Für jedes Problem soll es doch bitte eine schnelle, einfache Lösung geben, z. B. Pillen. Mit dem Eintritt dieser Generation ins Rentenalter, der jetzt beginnt, kommen erhebliche Herausforderungen auf das Gesundheitswesen zu. Jetzt gilt es, diese Herausforderungen anzunehmen.

Abb. 71:

Early Onset und Late Onset		
Mann, Mundle, Heinz 2003	Early Onset	Late Onset
Alter	< 60	≥ 60
Häufigkeit	2/3	1/3
Persönlichkeit	instabil	stabil
Wohnsituation	wechselnd	konstant
Familienanamnese	positiv	negativ
Intox-Tage	häufig	selten
Therapiechance	mäßig	gut

Abb. 72:

Altersgrenze nach Boeri et al. 2008
• Mitte 20er Jahre Dom et al. 2006
• 30er Jahre Babor et al. 1992
• 40er o. 50er Jahre Atkinson et al. 1990, Schonfeld & Dupree 1991
• 60 Jahre Mann et al. 2003
• 65 Jahre Benshoff & Roberto 1987

Abb. 73:

Sucht und Missbrauch bei alten Menschen - Behandlungsziele (Beispiele, nach Buijssen 1997)
• Verbesserung von Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit
• Festgefahrenen Trauerprozess wieder in Bewegung bringen
• Korrektur falscher Vorstellungen über den Schlaf
• Verbesserung kognitiv-mestischer Funktionen
• Kompetenteres Auftreten in sozialen Situationen
• Angstbewältigung auf alternative Weise, Therapieziele: Strukturiertes Tages-/Wochenprogramm
• Beschäftigung/Funktion im sozialen Bereich
• Beziehungen zu Freunden/Verwandten wieder aufnehmen
• Sicherstellung einer ausgeglichenen Ernährung
• Weiterhin selbständig leben/funktionieren (Autonomie)
• Lösung finanzieller (sozialer, Wohnungs-) Probleme
• Sanierung des Haushaltes / der Wohnung
• Erhalt / Verbesserung der Gesundheit
• Kontakt zu den Kindern verbessern
• Den Enkeln Vorbild / Spielkamerad sein

Abb. 74:

Vorzüge altersspezifischer Behandlung				
	Ältere ≥ 55	Jüngere	Odds ratio (95 % CI)	p
Alter, Jahre (s)	62,6 (5,8)	41,7 (7,9)		
Lifetime heavy drinking, Jahre (s)	28,9 (14,2)	15,3 (8,6)		
Compliance mind. 80 % Termine	28,9 (14,2)	64,1%	5.96 (1.79-19.81)	0.004
Compliance Medikation	80,0%	55,3%	3.28 (1.19-9.08)	0.022
Abstinenz während Studie	42,5%	26,1%	1.82 (0.77-4.31)	0.171
Rückfall während Studie (≥ 5 drinks/d)	42,5%	64,1%	0.49 (0.21-1.15)	0.101

Oslin et al., Am J Geriatr Psychiatry 2002; 10: 740-747

Abb. 75:

Gender und Suchttherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Zugangsbarrieren für Frauen <ul style="list-style-type: none"> ⇒ sie suchen eher primärmedizinische Einrichtungen als spezialisierte Suchteinrichtungen auf ⇒ häufiger Scham und Verlegenheit ⇒ trinken häufiger allein zuhause und entgehen so der Wahrnehmung (Epstein et al. 2007) ⇒ Negative Reaktionen des sozialen Netzwerkes bzw. mangelnde Unterstützung (Gastpar & Krug 2007)

Abb. 76:

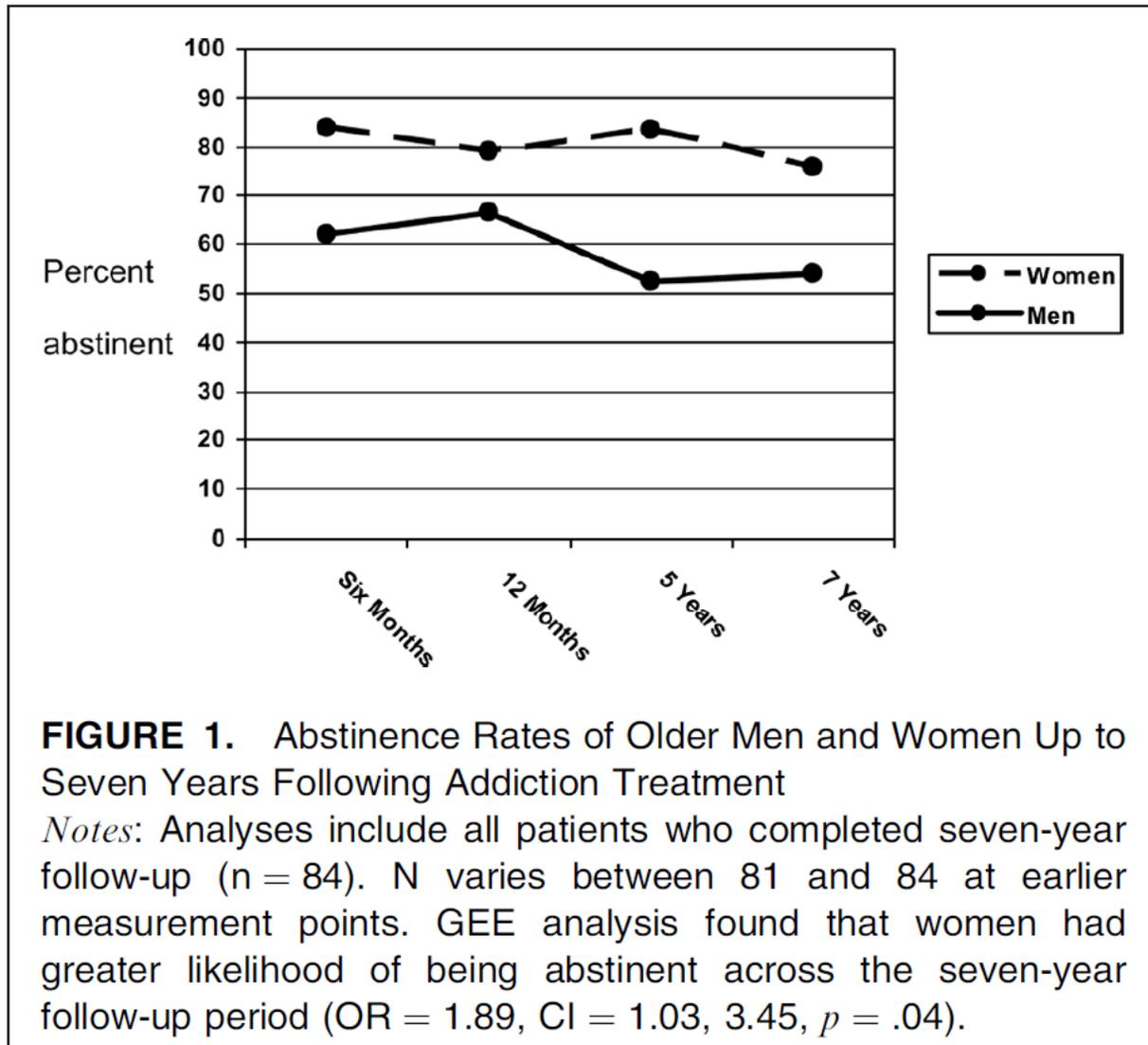


Abb. 77:

Sucht im Alter - Therapie	
• Altershomogene Gruppen / altersspezifische Angebote sind günstiger	
• Körperliche/kognitive Leistungsfähigkeit u. sensorische Beeinträchtigung berücksichtigen	
• Sitzungsdauer eher kürzer	
• Mitarbeiter müssen über gerontologische Kenntnisse verfügen	
• Altersspezifische Themen (Verlusterlebnisse, Kinder / Enkel, Kriegserfahrungen usw.)	
• Ressourcenorientiertes statt defizitorientiertes Vorgehen (geriatrisches Prinzip)	
• Vermittlung von Fertigkeiten, die beim Wiederaufbau sozialer Netzwerke erforderlich sind	
• Vernetzung mit Altenhilfeeinrichtungen	
• Religiös-spirituelle Dimension berücksichtigen	
Therapieziele	
⇒ Abstinenz in der Klinik ist noch kein Therapieerfolg ⇒ Eigenständige Abstinenz oder Nutzung äußerer Kontrollinstanzen? ⇒ Abstinenz oder Stabilisierung des Konsums?	
<u>Ungünstig</u>	<u>Notwendig</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Ungeduld • konfrontatives Vorgehen • den Patienten überführen wollen 	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor der Lebensleistung des Patienten
Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen:	
<ul style="list-style-type: none"> • gemeindenah • altengerecht (Erreichbarkeit, Zeiten) 	
(Blow 2000, Epstein et al. 2007)	

Abb. 78:

Sucht und Missbrauch bei alten Menschen - Behandlungsschritte (nach Buijssen 1997)
• Vertrauen aufbauen
• Motivieren
• Ziele festlegen
• Verhalten / Konsummuster stabilisieren
• Richtungswechsel
• Weitere Konsumverringering

Abb. 79:



Abb. 80:

Prognose zur Häufigkeit von Alkohol-assoziierten Demenzen

- Beeinträchtigung der kognitiven Reservekapazität
- Besondere Vulnerabilität des jugendlichen / adoleszenten Gehirns
- Besonderes Problem Rauschtrinken:
 - ⇒ Alkoholmissbrauch, besonders Rauschtrinken dürfte in der Adoleszenz (erhöhte Vulnerabilität des reifenden Gehirns) fatale Folgen haben: Neurodegeneration im Frontalhirn und verminderte Neurogenese im Hippocampus können offenbar neuronale Dysfunktionen und Verhaltensmuster fördern, die i. S. eines Circulus vitiosus die weitere Entwicklung der Alkoholabhängigkeit begünstigen.

[Crews et al. 2006]

Abb. 81:

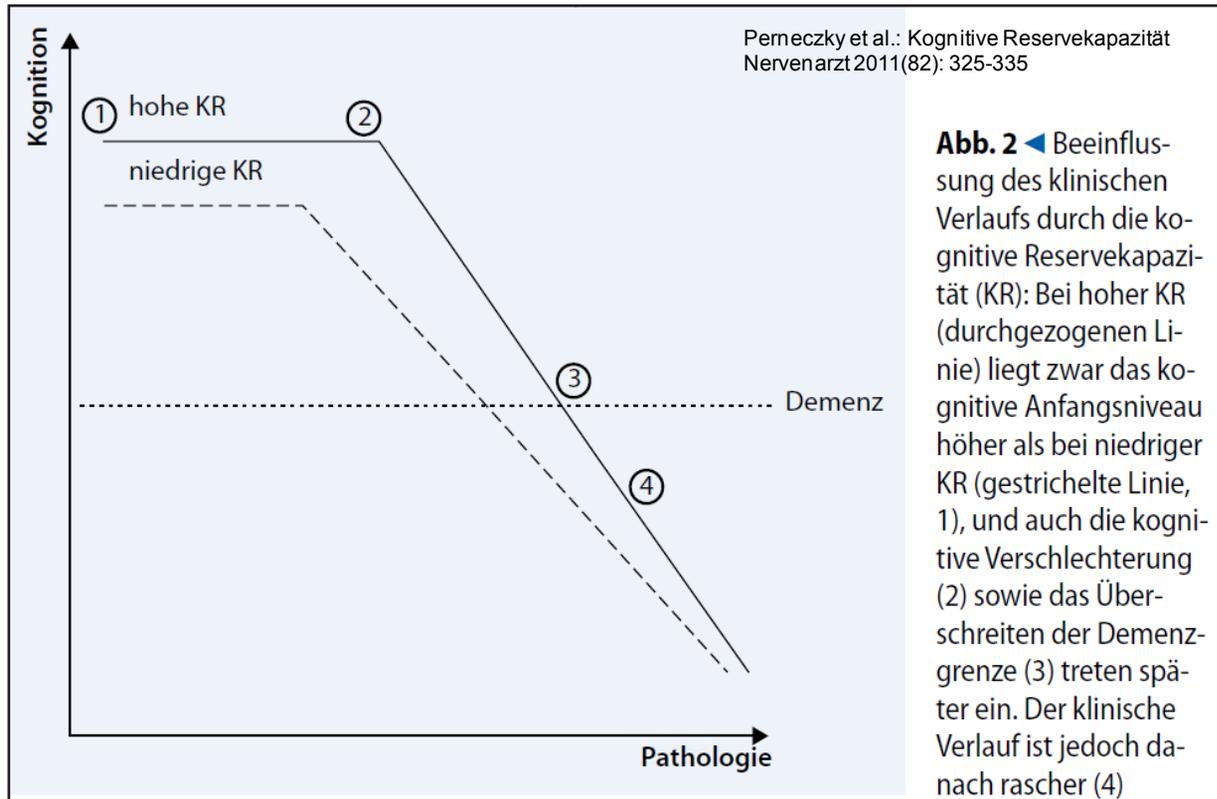


Abb. 82:

Zunahme von Suchtproblemen im Alter

- Vorerfahrungen mit illegalen Drogen (USA):

- ⇒ >50-Jährige 11%
- ⇒ „baby boomers“ 49% (Gfroerer et al. 2003)

- Abhängige von Alkohol u. illegalen Drogen (USA):

- ⇒ 2000: 1,7 Mio (**2,3%** der Bevölkerung ab 50 Jahre)
- ⇒ 2003: Prognose für 2020: 4,4 Mio (**3,9%**) (Gfroerer et al. 2003)
- ⇒ 2009: Prognose für 2020: 5,7 Mio (**4,9%**) (Han et al. 2009)

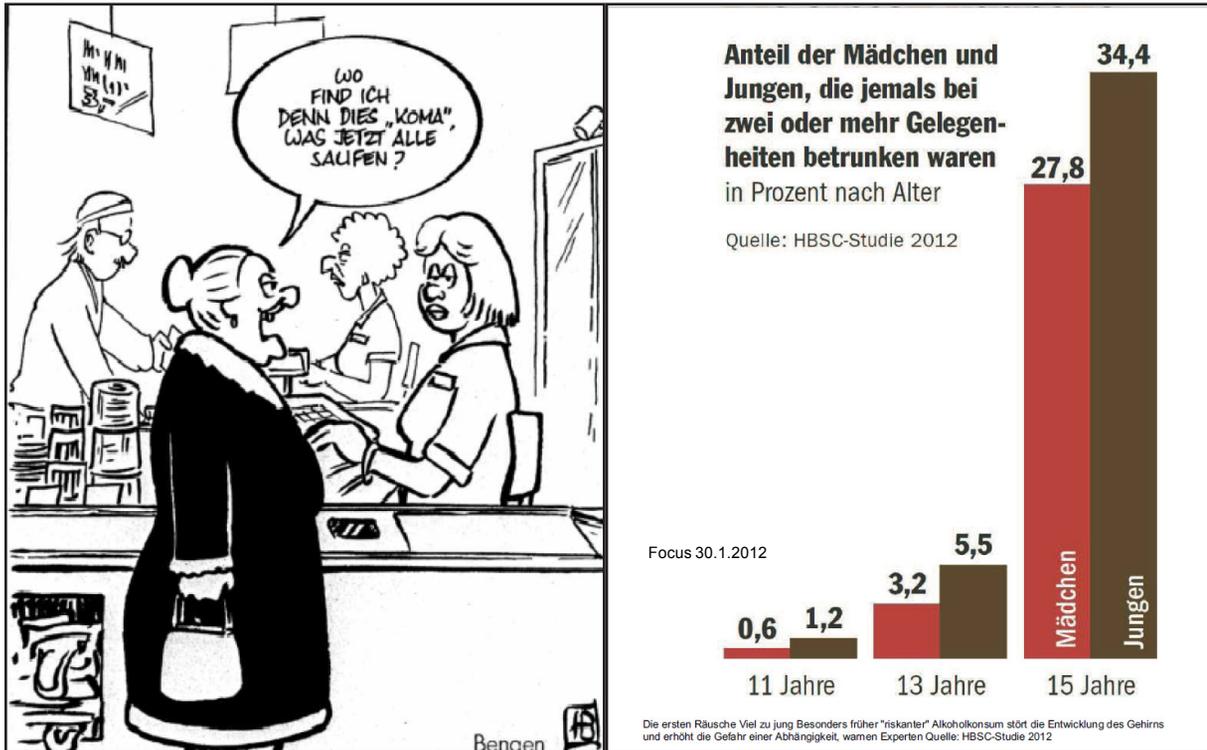
- Konsum illegaler Drogen (USA): (Colliver et a. 2006)

- ⇒ 2000: 1,6 Mio (**2,2%**), Prognose 2020: 3,5 Mio (**3,1%**)

- Nicht bestimmungsgemäße Einnahme von Psychopharmaka (USA): (Colliver et a. 2006)

- ⇒ 2000: 0,9 Mio (**1,2%**), Prognose 2020: 2,7 Mio (**2,4%**)

Abb. 83:

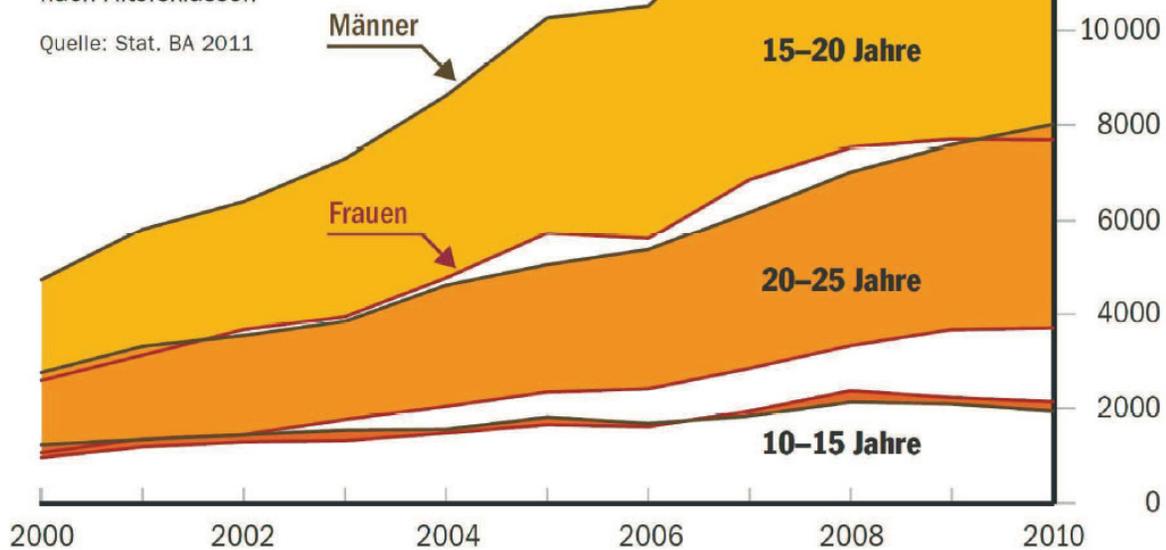


Trinken bis zum Kollaps

Focus 30.1.2012

Wegen akuter Alkoholvergiftung im Krankenhaus stationär behandelte Jugendliche Männer und Frauen nach Altersklassen

Quelle: Stat. BA 2011



Trinken bis zum Kollaps. Steile Kurven. Diese Entwicklungen beunruhigen am meisten - je nach Alter und Geschlecht hat sich die Zahl der "Alkoholleichen" im vergangenen Jahrzehnt teils verdreifacht. Quelle: Stat. BA 2011

Abb. 84:

Zunahme von Suchtproblemen im Alter
<ul style="list-style-type: none">• Beibehaltung von Konsumgewohnheiten
<ul style="list-style-type: none">• Bessere Lebensbedingungen und Gesundheitsversorgung
<ul style="list-style-type: none">⇒ längere Lebenserwartung auch für Suchtkranke (Paradox: körperliche Folgeerkrankungen verlieren an Schrecken) (Beynon 2009)
<ul style="list-style-type: none">• Veränderungen von Familienstrukturen, Wertewandel, Preisverfall bei Alkohol (Johnson & Gerstein 1998)
<ul style="list-style-type: none">• „baby boomers“ = erste Generation mit Erwartungen und Einstellungen der „quick fix“-Kultur: für jedes Problem eine schnelle Lösung, z. B. Pillen (Dowling et al. 2008)
<ul style="list-style-type: none">• Künftige Bedeutung von nicht-stoffgebundenen Süchten? (Clarke 2008, Levens et al 2005, Petry 2002)

Abb. 85:

Weitere Entwicklungstrends
<ul style="list-style-type: none">• Männer sind bei Beginn von Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit jünger als Frauen
<ul style="list-style-type: none">• Kohorteneffekte:
<ul style="list-style-type: none">⇒ Alter Beginn Alkoholkonsum und Alter Beginn Abhängigkeit sinkt⇒ Anteil mit Übergang von Konsum zu Abhängigkeit wächst in den jüngeren Kohorten
<ul style="list-style-type: none">• Beide Entwicklungen bei Frauen ausgeprägter, Unterschiede zw. Männern und Frauen werden kleiner (Konvergenz)
<ul style="list-style-type: none">• Hypothese:
<ul style="list-style-type: none">⇒ Wegfall protektiver Faktoren durch sozialen Wandel bzw. Wandel/Angleichung der Geschlechterrollen (Keyes et al. 2008, 2010, 2011; McPherson et al. 2004)
<ul style="list-style-type: none">• Konvergenz = Angleichung der Geschlechter gilt für die meisten Drogen, unklar für Medikamente (Epstein et al. 2007, Greenfield et al. 2010)

Abb. 86:



DROGENHANDEL

Heroin-Oma festgenommen

Solingen – Drogenfahnder haben in Solingen Deutschlands wohl älteste Dealerin festgenommen. Die 84-Jährige hat auch ein Geständnis abgelegt. Die Ermittlungskommission „Rente“ war nach monatelanger Beschattung einer Familie auf die Schliche gekommen, in der drei Generationen mit Drogen gehandelt haben. Der 49-jährige Sohn der alten Dame und ihr 25-jähriger Enkel kamen in U-Haft. Die Oma blieb auf freiem Fuß. dpa

Umgang mit älteren Drogenabhängigen

- Praktische Erfahrungen aus den Niederlanden -

Dr. Gerlinde Hauptmann

1910 wurde die Organisation gegründet und nach dem Neurologen und Psychiater Prof. Dr. K. Herman Bouman (1874-1947) benannt. Inzwischen ist Bouman GGZ die größte psychiatrische Organisation in den Niederlanden auf dem Gebiet der Suchtpsychiatrie.

Bouman GGZ strebt danach, die Gesundheit von Menschen zu fördern, die Folgen von problematischem Suchtmittelkonsum und psychiatrischen Störungen zu begrenzen und das gesellschaftliche Risiko damit zu vermindern.

Es erfolgt Beratung, Betreuung und Behandlung für Menschen mit allen Sorten von Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblemen.

Grundlage der Behandlungen ist das Biologisch-Psycho-Soziale Modell. Ziel ist es, den problematischen Konsum oder die Abhängigkeit von Suchtmitteln unter Kontrolle zu bekommen und zusätzliche psychische Probleme zu behandeln, so dass der Patient ein selbständiges und gesundes Leben führen kann.

Im Jahre 2011 wurden 10.000 individuelle Patienten und Patientinnen von 1.200 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in 40 verschiedenen Niederlassungen der Organisation in der Region (Polikliniken, Wohnheime, Stätten für Aktivitäten, 2 Kliniken) behandelt. Es stehen 471 Betten (Kliniken und Betreutes Wohnen) zur Verfügung.

In der Region Rotterdam-Rijnmond leben 1,5 Millionen Einwohner.

Abb. 1:



Entwicklung des betreuten Wohnens

Das „Seniorenparad“

In den frühen Jahren der Behandlung von Drogenabhängigen war man davon ausgegangen, dass der Abhängige nicht älter als 50 Jahre werden könne. Aber durch die Behandlungsmöglichkeiten stellte man Ende der 90er Jahre fest, dass dies nicht der Fall war. Allerdings wurde konstatiert, dass der Alterungsprozess bei Drogenabhängigen schneller einsetzt. Sie können sich schwieriger mit Drogen versorgen, sie vereinsamen und finden sich nicht mehr in ihren Zimmern oder im Obdachlosencircuit zurecht. Weil die Integration von Drogenabhängigen in „normale“ Altersheime nicht so ohne weiteres möglich erschien und wahrscheinlich aufgrund des Lebenshintergrundes dieser Patienten nicht wünschenswert war, wurde das Experiment im Oktober 1999 mit viel Publizität begonnen.

Die Wohngruppe wurde in einem Trakt eines Seniorenwohnheimes untergebracht. Es wurden sieben ältere Drogenabhängige (über 55 Jahre) untergebracht, die Betreuung erfolgte jeden Tag rund um die Uhr. Ziele waren:

- psychosoziale Begleitung und Stabilisierung
- regelmäßige und kontrollierte Medikamentenvergabe (incl. Methadon)
- Struktur und Regelmäßigkeit
- Stimulieren von Aktivitäten

Kontraindikation: Patienten und Patientinnen mit ungenügender Aggressionskontrolle.

Im März 2008 konnte die gesamte Gruppe in ein größeres Altersheim unter anderer Trägerschaft integriert werden. Gründe lagen in größerer Pflegebedürftigkeit (höhere Pflegestufe), zum anderen waren durch die intensive Betreuung der Patienten und Patientinnen mehr Kosten entstanden, die durch die geringe Personenanzahl nicht mehr rentabel waren.

Betreutes selbstständiges Wohnen

(„zonder dak“)

Das betreute selbstständige Wohnen besteht seit vielen Jahren. Die Betreuung erfolgt durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in der Wohnumgebung und beläuft sich ca. auf 1 Stunde pro Woche. Konsum von Drogen ist in der Wohnung gestattet unter der Voraussetzung, dass „diskret“ damit umgegangen wird ohne Belastung für Mitbewohner und Mitbewohnerinnen oder die Umgebung. Diese Wohnform ist nur geeignet für Patienten und Patientinnen mit ausreichender hoher Autonomie.

Im Herbst 2012 bestehen 70 Wohnungen, wo 81 Bewohner und Bewohnerinnen wohnen, davon 71 Männer und 10 Frauen. Das Durchschnittsalter ist 48,7 Jahre.

Intensiv betreutes Wohnen (IBW)

Einleitung

Im September 2005 wurde vom Stadtrat Rotterdam der Beschluss gefasst, die Prostitutionszone im Rotterdamer Hafen (Keileweg) zu schließen. Die Prostitutionszone bestand seit 1994. Es waren rund 300 Frauen registriert.

Ab 2002 wurde die psychosoziale Situation der Frauen und Männer in der Prostitutionszone von Ärzten und Ärztinnen, Psychiatern und Psychiaterinnen, Krankenpflegepersonal und Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen untersucht. Die Feststellung war, dass es sich hier um schwerstabhängige Patienten und Patientinnen handelt, die permanent Cocain, Crack und Heroin konsumieren und permanent diese Suchtmittel beschaffen müssen.

Neben der ernsten und langjährigen Abhängigkeit wurde eine vielfältige psychiatrische Problematik diagnostiziert (u. a. psychotische Störungen 28%, Stimmungsstörungen 29%, Persönlichkeitsstörungen Cluster B und C 46%). Aus den Anamnesen war bekannt, dass bei nahezu 100% der weiblichen Patienten der Prostitutionszone traumatische Erfahrungen vorlagen. Zum damaligen Zeitpunkt (2004) wurde bewusst keine weitere Diagnostik vorgenommen, weil die Einschätzung war, dass diese Patientinnen für eine Konfrontation zu instabil waren.

Es lagen des weiteren viele somatische Erkrankungen vor (16% Untergewicht und Erschöpfung, 19% Geschlechtskrankheiten incl. HIV, 79% Infektionskrankheiten, 12% Schwangerschaft).

Ein großes Problem entstand durch Belästigungen („overlast“) der Umgebung durch unkontrolliertes Verhalten der Patienten und Patientinnen, der Freier und das Verhalten der Dealer/Randfiguren.

Alle Patienten und Patientinnen hatten vielfältige soziale Probleme, sie hatten kein soziales Netzwerk, einige waren „illegal“ in den Niederlanden, 18% waren obdachlos, 10% wohnten im Obdachlosenasy/soziale Pension, bei 36% war die Wohnsituation nicht bekannt.

Rahmenbedingungen und Möglichkeiten

Die Erforschung des Zustandsbildes der Drogenabhängigen zeigte, dass es sich hier um eine sehr marginalisierte Gruppe mit ernster Abhängigkeit, schwerwiegenden psychiatrischen Krankheitsbildern und vielfältigen somatischen Problemen handelte. Diese Drogenabhängigen verkehrten unter menschenunwürdigen Bedingungen mit viel Elend und Gewalt auf der Prostitutionszone. Dadurch sind viele ethische Fragen aufgeworfen worden, die vom Hilfesystem ausführlich diskutiert wurden.

In dieser Zeit hat sich der Stadtrat der Stadt Rotterdam sehr für Ordnung und Beherrschung von „overlast“ eingesetzt, es sollte kein Drogenabhängiger mehr im öffentlichen Raum wahr-

genommen werden. In vielen Unterredungen, Diskussionen am runden Tisch wurde mit Gesundheitsamt, Ordnungsamt, betroffenen Bürgern, Patientenvertretern (Junkiebund), Organisationen des Hilfesystems und Politikern über diese Situation diskutiert. Letztendlich wurde durch den Stadtrat der Beschluss gefasst, im September 2005 die Prostitutionszone zu schließen unter der Bedingung, dass alle Patienten und Patientinnen in Behandlung und Betreuung kommen und übergeleitet werden in betreutes Wohnen. Die Einschätzung war, dass diese marginalisierten Schwerstabhängigen nicht in der Lage waren, um selbstständig zu wohnen.

Grundsätzliche Erwägungen zur Konzeption der Wohnheime

Die Suchterkrankung bleibt lebenslang Thema, die Patienten und Patientinnen sind körperlich vorgealtert, somatische Komorbidität und psychiatrische Komorbidität können Craving triggern. Darum ist es erforderlich, eine integrierte und strukturierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team anzubieten.

Formelle Dinge

Für betreutes Wohnen muss jeder Patient und jede Patientin eine Indikation zugewiesen bekommen. Es gibt eine landesweite unabhängige Institution, die darüber entscheidet (CIZ-indicatiecommissie).

Umgebungsfaktoren

Während der Phasen der Gründung der Wohnheime kam es zu Protesten der Bürgerschaft in den Bezirken. Von Bouman GGZ wurde viel Zeit investiert, um über die Projekte zu informieren, Bürger zu Besichtigungen einzuladen, um Gelegenheit zu persönlichen Gesprächen mit Heimbewohnern zu bieten. Es wurden auch verschiedene Vereinbarungen mit der Bürgerschaft getroffen, z. B. ist bei einem Wohnheim anfangs ein geschlossenes Transportsystem vereinbart worden.

Unterschiedliche Wohnsettings:

1. Täglicher Konsum von Suchtmitteln im Konsumraum von IBW oder eigenem Zimmer
2. Konsum ca. 1 – 2 x pro Woche im Konsumraum der IBW
3. Konsum ca. 1 – 2 x pro Monat, im Konsumraum in der Stadt oder an einem anderen sicheren Platz
4. Clean/trocken: d. h. Patienten und Patientinnen konsumieren nicht

Abb. 2:

Wohnen mit Behandlung, was bedeutet das?

- Betreuer in der Wohneinrichtung sind 24 Uhr anwesend (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen)
- Pflegepersonal stundenweise anwesend
- Regelmäßig Gespräche mit Casemanager
- Regelmäßig Konsultationen beim Suchtarzt
- Regelmäßig Konsultationen beim Psychiater
- Psychotherapie durch Psychologen (falls erforderlich)
- Hausärzte der Umgebung halten die Regie bei die Behandlung der somatischen Erkrankungen
- Es wird mit dem Patienten ein Behandlungsplan sowie ein Wohnplan aufgestellt.
- Beschäftigung ist verpflichtend (auch vom Sozialamt gefordert) – außerhalb der Wohngruppe.

Abb. 3:

Einige Zahlen zu den Wohngruppen Oktober 2012

- 11 IBW's, die 1. ist im Juni 2005 eröffnet, die 11. im Juli 2012.
- Insgesamt 240 Bewohner und Bewohnerinnen, davon 192 Männer und 48 Frauen
- 6 IBW's wo entweder nur Frauen oder nur Männer wohnen
- 2 cleane IBW's
- Durchschnittliches Lebensalter von 40,2 – 49,1 Jahren

State-of-Art heute Oktober 2012:

- 11 IBW's, das Erste wurde im Juni 2005 eröffnet, das 11. im Juli 2012.
- Insgesamt 240 BewohnerInnen, davon 192 Männer und 48 Frauen
- 6 IBW's, in denen entweder nur Frauen oder nur Männer wohnen
- 2 cleane IBW's
- Durchschnittliches Lebensalter von 40,2 – 49,1 Jahren

Resümee

Bei den Patienten ist Ruhe und Stabilität eingetreten. Sie erhalten psychiatrische Behandlung sowie Medikamente und Methadon im Wohnheim.

Inzwischen konnte bei Indikation Psychotherapie begonnen werden, z. B. die Traumabehandlung "Seeking Safety" (nach Prof. Dr. Lisa Najavits, Boston, USA) in der Gruppe oder individuell.

Viele Patienten und Patientinnen haben die Abhängigkeit unter Kontrolle oder sind abstinent, oft bleibt eine Leere zurück, Schuldgefühle über nicht gelebtes Leben, die Patienten und Patientinnen bilanzieren ihr Leben.

Die Hausärzte und Hausärztinnen im Viertel haben die Regie über die Behandlung der somatischen Erkrankungen. Es finden regelmäßige Untersuchungen auf Geschlechtskrankheiten inklusive Hepatitis C statt. Eine große Gruppe Patienten und Patientinnen hat eine Hepatitis C Behandlung erhalten. Große Probleme verursachen inzwischen viele somatische (Folge) Erkrankungen wie COPD, rezidivierende Pneumonien, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Leberzirrhose, Herz-Kreislaufkrankungen, Adipositas, beginnende Demenz.

Patienten und Patientinnen gehen strukturierten Tagesaktivitäten nach, was mit dem Sozialamt vereinbart ist.

Kontakt zur Ursprungsfamilie und/oder eigenen Kindern werden wieder hergestellt. Inzwischen besteht Intensiv Betreutes Wohnen für männliche und weibliche Patienten in gemeinsamen Wohneinheiten.

Die Kriminalität ist zurück gegangen.

Zukunftsvisionen

- Kleinere Wohngruppen insbesondere für Patienten und Patientinnen, die eine reizarme Umgebung nötig haben, z. B. mit Psychose
- Kleinere Wohngruppen für Senioren mit körperlichen Problemen und Pflegebedürftigkeit
- Betreutes Wohnen für Paare
- Mehr Möglichkeiten für Beschäftigung (z. B. auf dem 2. Arbeitsmarkt)

Arbeitsgruppe 1

Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Klaus Hombach und Werner Terhaar

Zunächst wurden von den Teilnehmenden unter den Überbegriffen Tagesaktivität, Soziale Beziehungen, Gesundheit und Wohnverhältnisse in einer kurzen Einführungsrunde Stichworte zu den

besonderen Bedürfnissen alter suchtkranker Menschen hinsichtlich niedrigschwelliger Hilfen zusammengetragen:

Abb. 1:

Tagesaktivität	Soziale Beziehungen	Gesundheit	Wohnverhältnisse
sinnvolle Tagesstruktur	Umgang mit Beschaffung und Konsum	Pflegebedarf	Haftentlassung
eingeschränkte Arbeitsfähigkeit	Einsamkeit	Pflegebedürftigkeit	obdachlos
alltagsstrukturierende Angebote	Einsamkeit vermeiden	Grenzen der akzeptierenden Drogenhilfe	Häusliche Versorgung mit Diamorphin
	Kontinuität in der Beziehung	Fixierung auf Medikamente	Bedarf nach stationärem Pflegesatz
	Wertschätzung	Kooperation mit Fachärzten/-ärztinnen	menschenwürdiges Überleben
	Sinnfrage/Rückblick	Komorbiditäten	Berücksichtigung chronischer Multimorbidität
	Lebenssinn	Warme Mahlzeit	Spezialeinrichtung, Akuthilfe
	Auseinandersetzung mit dem Tod	Umgang mit Demenz	Alltagsfähigkeit fördern
		Lebenslange Substitution	

Es entwickelte sich eine lebhaft Diskussions, in der die einzelnen Aspekte vertieft werden konnten. Deutlich wurde, dass durch die zunehmende Unterstützungsbedürftigkeit im Alter die Probleme in der niedrigschwelligen Arbeit mit suchtkranken Menschen pointierter und schärfer hervortreten. So sei z.B. insbesondere eine zunehmende soziale Isolierung zu beobachten, welche dazu führe, dass soziale Kontakte nahezu ausschließlich zu professionellen Helfern bestehen. Wiederholt betont wurde die Tatsache, dass suchtkranke Menschen deutlich schneller altern

und damit schneller im geriatrischen Sinne hilfebedürftig werden. Dies verschärfe die Tatsache, dass sie einen anderen kulturellen Background wie Nicht-Süchtige in ähnlichen Lebenslagen haben, da diese noch einer vorherigen Generation angehören (pointiert ausgedrückt: sie hören „Rolling Stones“ und nicht „WDR 4“).

Ein zunehmend schwieriger Punkt sei in zunehmendem Alter die Notwendigkeit einer sinnvollen Tagesgestaltung. Auch für ältere Menschen ist ein erheblicher Mangel einfacher, aber sinnvoller Beschäftigungsmöglichkeiten festzustellen.

Weiterhin wurde die Rolle der professionellen Helfer umfangreich beleuchtet. Betont wurde die Bedeutung eines die individuelle Biographie des Hilfebedürftigen berücksichtigenden Umgangs. Dies sei die Grundlage für einen respektvollen und verständigen Umgang mit den individuellen Besonderheiten der Betroffenen.

Wiederholt betont wurde die Tatsache, dass insbesondere die Substitution mit Opioiden die Lebenszeit von Drogenabhängigen deutlich verlängere. Es war unstrittiger Konsens, dass die lebenslange Behandlung mit Opioiden ohne Drängen auf Abstinenz erst zu der positiven Entwicklung mit zunehmend älter werdenden Drogenabhängigen geführt habe.

Konsens war, dass zum jetzigen Zeitpunkt die dringende Notwendigkeit besteht, spezialisierte Hilfeangebote für ältere Süchtige auch im Rahmen der niederschweligen Hilfen anzubieten. Hierzu gehören u.a. spezielle Wohn- und Pflegeangebote, ambulante Betreuungsmöglichkeiten und auch spezialisierte Beratungsangebote.

Arbeitsgruppe 2

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Ulrich Merle und Dr. Ralph Marggraf

Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Auf ein Inputreferat wurde verzichtet, da die vorbereiteten Folien im Wesentlichen eine Wiederholung aus den vorangegangenen Vorträgen gewesen wären. Insofern wurde eine intensive Diskussion geführt, die im Weiteren wiedergegeben ist.

Problemfeld der Finanzierung und der Kostenträgerlandschaft

Ein wichtiger Punkt in der Diskussion war das Problem der unterschiedlichen Kostenträgerschaften. Die Erfahrung zeige, dass die Verantwortung nicht selten zwischen Kostenträgern hin und her geschoben wird. Als grundsätzlich problematisch wurde die Segmentierung der Hilfeleistungen gesehen.

Aus dieser Diskussion ergab sich die Forderung, die Kostenträger an den individuellen Hilfekonferenzen teilnehmen zu lassen oder zentrale Einheiten zu schaffen, die die Kostenfrage klären oder diese Klärung konstruktiv unterstützen. Eine Servicestelle Rehabilitation gem. SGB IX gebe es schon.

Aus einer Substitutionsambulanz in Bonn wurde berichtet, dass die Stadt nur entweder die psychosoziale Betreuung oder das betreute Wohnen finanziere. Wenn Substitutionspatienten/-patientinnen Arbeit bekommen, müssten sie die psychosoziale Betreuung auch selber bezahlen. Teilweise werde (kommunal sehr unterschiedlich) psychosoziale Betreuung als Eingliederungshilfe gewertet bzw. finanziert. In Olpe habe es in den letzten Jahren mehrfach Veränderungen der Finanzierung der psychosozialen Betreuung gegeben.

Eine daraus abzuleitende Forderung wäre, dass es für die Finanzierung der psychosozialen Betreuung ein einheitliches verlässliches System geben sollte.

Es wurde aufmerksam gemacht auf Unterschiede zwischen den Finanzierungen der Alten- und der Sozialhilfe. Ein Problem sei, dass Vernetzung als Aufgabe personelle Ressourcen und damit Geld koste; dies sei insbesondere in der Altenhilfe nicht adäquat in den Finanzierungen vorgesehen.

Berichtet wurde aus dem oberbergischen Kreis, dass es dort eine Kooperation zwischen Beratungsstelle, Fach-Bewo und Pflegedienst gebe. Aus Bonn wurde aus einem Hospiz mit einem Schwerpunkt HIV über gute Erfahrungen mit den Pflegediensten berichtet. Aber auch dort gebe es Probleme der Kostenträgerfragen (innerhalb des SGB XII), auch dann, wenn entsprechende Bedarfe ärztlich festgestellt sind; teilweise seien Menschen schon verstorben, bis eine Bewilligung vorgelegen habe.

Unter dem Stichwort „Demenzpflegeprojekt“ wurde berichtet, dass Leistungen der Pflegeversicherung ggf. auch zur Finanzierung von Beratungsleistungen genutzt werden könnten.

Wenn ein Betroffener in ein Altenheim gehe, stellt die Eingliederungshilfe die Finanzierung ein; es sei dann kein betreutes Wohnen mehr möglich. Betreutes Wohnen werde im höheren Lebensalter als neue Leistung oft nicht mehr finanziert (über dem 60. Lebensjahr).

Problemfeld Krankenhaus und Versorgung durch niedergelassene Ärzte

Als weiteres Problem wurde benannt, dass aus (somatischen) Krankenhäusern Menschen häufig entlassen würden, ohne dass es eine konkrete weitere Perspektive gebe außer vielleicht der allgemeinen Empfehlung einer Anbindung an die Drogenberatung. In psychiatrischen Krankenhäusern sei oft in kurzer Zeit eine konkrete Anschlusslösung zu realisieren. Das betreute Wohnen gebe die Möglichkeit einer kontinuierlichen Betreuung über Krankenhausaufenthalte hinweg. Als bedeutsam wurde die Vernetzung zu somatischen Krankenhäusern gesehen.

Aus den Kliniken wurde berichtet, dass entsprechende Patienten und Patientinnen häufig schon in Hilfesystemen eingebunden seien (Krefeld) und dass es bei den Drogenabhängigen derzeit relativ wenig Klientel gebe, deswegen bestehe nur ein geringer Austausch zur Altenhilfe und Geriatrie. Die Kontaktaufnahme zur Altenhilfe erfolge am besten im individuellen Fall.

Es gebe grundsätzliche Versorgungsprobleme, zum Beispiel eine abnehmende Bereitschaft und Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte. Die Klientel sei nicht „attraktiv“ für Ärztinnen und Ärzte, die jetzt substituierenden Ärzte würden auch älter. Insbesondere in ländlichen Regionen sei die Situation bereits problematisch.

Kooperation zwischen Altenhilfe und Suchthilfe

Arbeitskreise „Sucht und Alter“ scheine es kaum vor Ort zu geben. Im Kreis Viersen habe es durch die Anbieter der Suchtkrankenhilfe Bemühungen dazu gegeben, die aber nicht erfolgreich gewesen seien; insbesondere seitens der Altenhilfe sei dort keine entsprechende Resonanz vorhanden gewesen.

Es wurde von Erfahrungen berichtet, dass die Altenhilfe vor „schwierigen“ Abhängigen „Angst“ habe. Es sei dann oft schwierig, Betroffene in eine Altenpflegeeinrichtung zu bekommen.

Deshalb müsse die Suchthilfe auf die Altenhilfe zugehen, weil dort derzeit eine größere Wahrnehmung des Problemfeldes bestehe.

In Wuppertal seien Handlungsempfehlungen zum Thema „Sucht im Alter“ erarbeitet worden; ein erster Austausch bei einer Veranstaltung habe stattgefunden.

Ambulante Pflegedienste seien häufig mit den Suchtproblematiken konfrontiert. Dies werde nicht immer erkannt oder angegangen.

Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der psychosozialen Dienste würden häufig gerontologische Kenntnisse fehlen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Hilfesysteme benötigten Unterstützung bei der Begleitung von Sterbeprozessen nach ggf. jahrelanger Betreuung.

Festgestellt wurde, dass die Suchthilfe mehr aufsuchende Arbeit leisten müsse. Aus den Niederlanden wurde von „FACT“ berichtet. Psychiatrische Betreuung und Behandlung finde dort vor Ort (nicht in der Klinik) statt: „Methadon auf Rädern“.

Zur psychosozialen Betreuung wurde ausgeführt, diese sei nicht ausreichend definiert, unklar sei, was dazu gehört. Klientenschlüssel würden von 1:20 bis 1:100 reichen.

Für so genannte „nicht wartezimmerfähige“ Patienten und Patientinnen bestünden erhebliche Vermittlungshindernisse, sogar in Köln. Substitution in Altenheimen sei ein Problem, aber im Einzelfall möglich.

Aus Düren wurde von einer Vernetzung des ambulanten betreuten Wohnens mit der ambulanten Pflege berichtet.

Suchtkranke Menschen in Altenheimen

Die Betroffenen würden sich selber oft nicht als „alt“ wahrnehmen und hätten sehr unterschiedliche Sichtweisen auf das Problem. Sie zeigten ein hohes Autonomiebestreben und würden sich oft mit einrichtungsbezogenen Einschränkungen schwer tun. Drogenabhängige würden nicht immer einem bürgerlichen Lebensstil folgen. Daher benötigten sie auch entsprechend „passende“ Angebote (leben nicht ein „normales bürgerliches“ Altenheim). In Unna gebe es ein Altenheim für Substituierte; in Erkelenz ebenfalls.

Alte Menschen würden in der Regel zu Hause alt werden und sterben wollen; dies gelte auch für Drogengebraucher. Es bestehe andererseits teilweise eine Problematik, einen geeigneten Wohnraum zu finden, insbesondere behindertengerecht.

Alteinrichtungen in Deutschland hätten in der Regel Probleme mit einem anhaltenden Drogenkonsum. Dies gelte auch für das betreute Wohnen teilweise (Kreis Wesel). Als Forderung wurde benannt, dass Konsumfreiheit nicht Voraussetzung für eine Hilfestellung sein sollte. Es gebe keinen „Erziehungsauftrag im Alter“ mehr.

Benötigt werde beides: Einerseits Spezialangebote, andererseits Alten- und Pflegeeinrichtungen, die Drogenabhängige integrieren können.

Zusammenfassung

1. Suchthilfe muss die Bedarfe der Klientel erfassen und Handlungsleitlinien geben.
2. Es sind schon viele Ansätze lokal vorhanden.
3. Beim Denken sollte man nicht die Finanzierung als erstes im Auge haben.
4. Spezialangebote müssen vom Bedarf der Betroffenen gedacht werden.

Arbeitsgruppe 3

Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

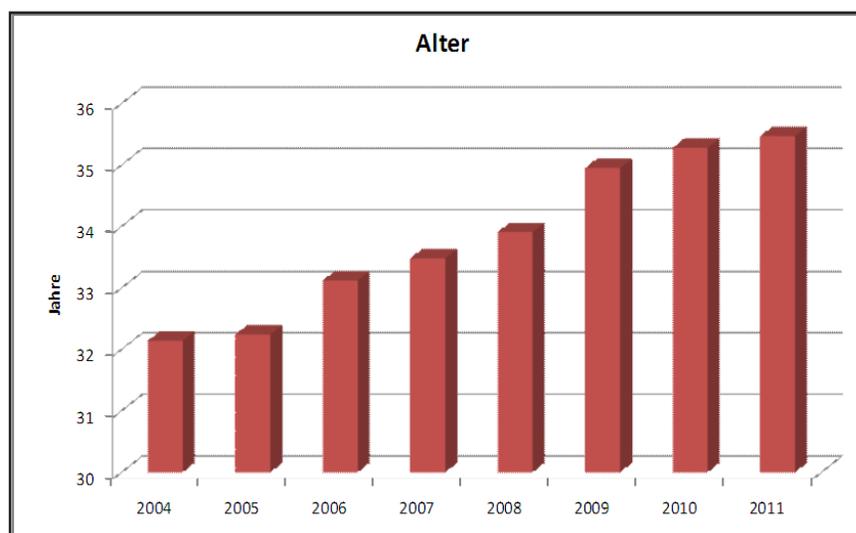
Roland Helsper und Dr. Antje Niedersteberg

Aus der Praxis für die Praxis: Aktuelle Daten aus der LVR-Klinik Düren und Daten aus der medizinischen Rehabilitation Phase 2 (netzwerk adaption Dortmund / nado)

Kurze Einführung und Gliederung der Impulsreferate:

- Vergleichszahlen 2004-2011, bezogen auf Alter, Verweildauer und komorbide Störungen von Patienten und Patientinnen mit den Diagnosen: Opiatabhängigkeit (F11.2) oder Abhängigkeit von multiplen Substanzen einschließlich Opiaten (F19.2) der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der LVR-Klinik Düren (ab 2004 konnte erst auf diese Daten zurückgegriffen werden)
- Versorgung von substituierten Abhängigen mit körperlichen und psychischen Komorbiditäten im Alter – Schnittstellenproblematik anhand konkreter Fallbeispiele aus der Klinik: Frau M. (54 Jahre) Herr H. (55 Jahre) (Frau Dr. Niedersteberg)
- Darstellung der Altersentwicklung in der Adaptionseinrichtung nado, von 1996 bis 2012. Fokussierung auf die ersten und letzten 5 Behandlungsjahre mit der Darstellung, der tendenziellen Veränderung. Problemdarstellung bei alternden Drogenabhängigen unter Berücksichtigung der physischen, sozialen und psychischen Einschränkungen.
- Falldarstellung von 4 männlichen Patienten, älter als 50 Jahre, mit der Diagnose multipler Substanzgebrauch, einschließlich Opiate. Spannungsfeld vom Auftrag der beruflichen Wiedereingliederung und der körperlichen, sozialen und psychischen Einschränkung der Patienten.
- Fragen für die Zukunft im „demographischen Wandel“, der auch bei den Opiatabhängigen und Substituierten eintritt und Diskussion.

Abb. 1:



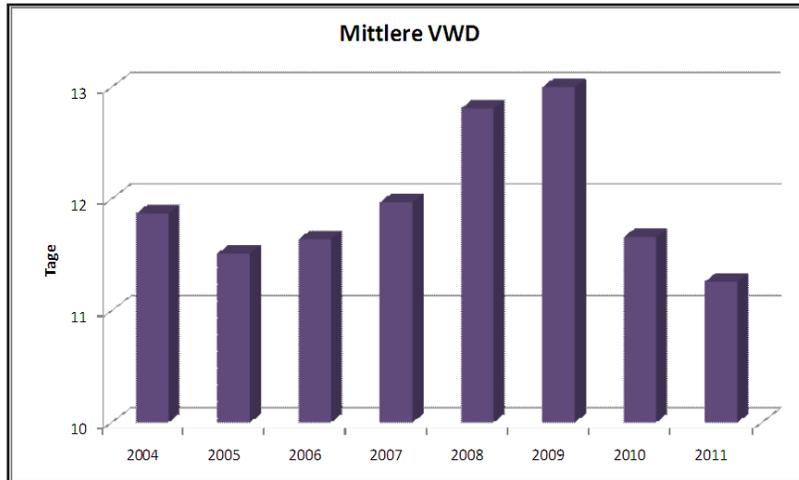
Der Altersdurchschnitt der Opiatabhängigen (F11) und der Abhängigen von multiplen Substanzen einschließlich Opiate (F19) stieg von 2004 bis

2011 in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der LVR Klinik Düren um 3,3 Jahre an. (32,14 Jahre in 2004 und 35,47 Jahre in 2011)

Erwartungsgemäß sollte auch die mittlere Verweildauer dieser Patienten ansteigen, da Altern und zusätzliche körperliche Erkrankungen die Behandlung erschweren und damit auch verlängern, aber hier bildet sich die Budgetierung im

Gesundheitswesen ab: die Krankenkassen haben die Verweildauer herabgesetzt und kommen damit den notwendigen Forderungen, die an uns alle gestellt werden in der Behandlung und Versorgung von alternden Opiatabhängigen, nicht nach.

Abb. 2:

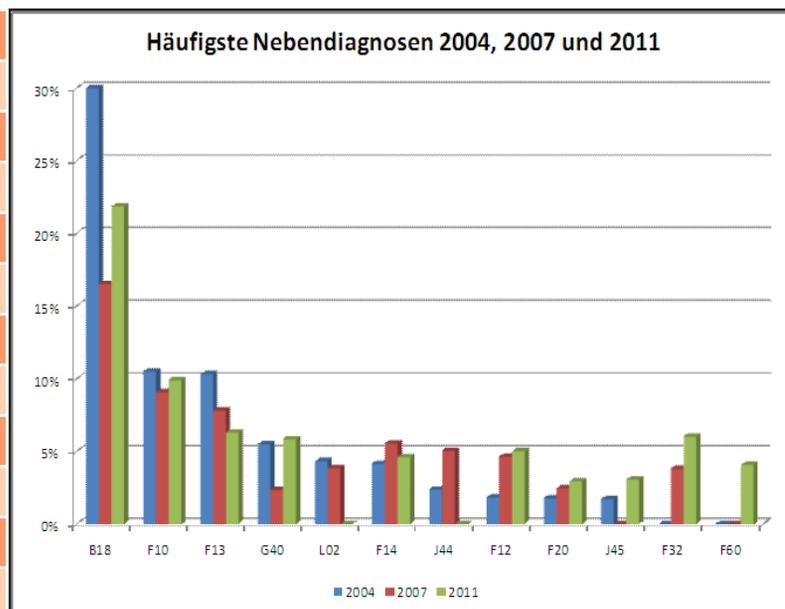


Ein möglicher zukünftiger Ansatzpunkt in Bezug auf Konzeptionen von Therapieangeboten für die älter werdenden Opiatabhängigen sollte in engem Austausch mit den Kosten- und Leistungsträgern geschehen. Längere Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen müssen – um alle komorbiden Störungen adäquat mitbehandeln zu können und so Überleben und ein Mehr an Lebensqualität zu sichern – von allen Seiten eingefordert werden.

Diese Abbildung zeigt die häufigsten Nebendiagnosen, die zu drei Messzeitpunkten (2004, 2007 und 2011) im Rahmen der Akutbehandlung Opiatabhängiger gestellt wurden:

Abb. 3:

B18	Chron. Virushepatitis
F10	Alkohol
F12	Cannabinoide
F13	Sedativa
F14	Kokain
F20	Schizophrenie
F32	Depressive Episode
F60	Persönlichkeitsstörungen
G40	Epilepsie
J44	Chron. obstr. Lungenkrankheit
J45	Asthma bronchiale
L02	Hautabszess



Mit zunehmendem Alter (2011) der Opiatabhängigen nimmt auch der Beikonsum von Alkohol (F10) und THC (F12) zu, psychische Begleiterkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen (F60), Depressionen (F32) und Schizophrenie (F20) treten häufiger auf; an körperlichen Erkrankungen

kam es zwar zu einer Abnahme bei den chronischen Virushepatitiden (B18) (vermutlich durch bessere Aufklärung), diese bleiben aber mit 22% die häufigste Zusatzerkrankung, eine Zunahme gab es bei der Epilepsie (G40) und beim Asthma bronchiale (J45).

Versorgung von substituierten Abhängigen mit körperlichen und psychischen Komorbiditäten im Alter – Schnittstellenproblematik anhand konkreter Fallbeispiele aus der Klinik: Frau M. (54 Jahre) Herr H. (55 Jahre)

Fallbeispiel 1:

Frau M., 54 Jahre (vorgealtert um + 15 Jahre)

Diagnosen:

- Abhängigkeit von Opioiden (substituiert),
- Abhängigkeit von Sedativa (Beikonsum)
- Abhängigkeit von Alkohol (Beikonsum)
- Angst und Depression, gemischt; Panikstörung (körperliche Erkrankungen: Leber- und Herzschädigung, Bluthochdruck)

Stationäre Aufenthalte 2002-2012:
34, 1 (2008, 36BT) – 6 (2005) im Jahr

Behandlungsdauer: 1-36 Tage,
LZ-Therapie: 1 durchgeführte mit 23 Jahren

4/2012: Entschluss, wegen Einsamkeit und Ängsten in ein Heim zu gehen, gesetzliche Betreuung besteht seit längerem, aktuelles Wohnumfeld

problematisch. Heimsuche erfolgte mit der Betreuerin: Aufnahme nur möglich ohne Konsum und Substitution,

Begleitmedikation musste abgeklärt werden.

Stationäre Aufnahme zur Komplettentgiftung, Abklärung einer möglichen Begleitmedikation wegen Angststörung und Depression sowie massiven Schlafstörungen im Entzug; Frau M. beharrte auf ihrem Ziel, Abbruch der Behandlung wegen Konsum, danach 1 weiterer stationärer Aufenthalt,

Wiederaufnahme der Substitution, ambulant Betreutes Wohnen überlegt

Umzug, Neueinstellung auf AD erfolgt z. Z., weitere Substitution (Methadon)

Fallbeispiel 2:

Herr H., 55 Jahre (vorgealtert um +10 Jahre)

Diagnosen:

- Abhängigkeit von Opioiden, substituiert (Subutex 8mg)
- Rez. Depressive Störungen
- COPD mit Langzeit-Sauerstofftherapie
- Chron. Virushepatitis;
Z.n. Magenteilresektion; Ulkusblutung

Stationäre Aufenthalte 2003-2012:
21 (1-4 Aufenthalte im Jahr)

Behandlungsdauer: 1BT- 41 Tage (2012),
LZ-Therapie: keine

8/2012: stationäre Aufnahme mit Wunsch zur Komplettentgiftung (2 gescheiterte Versuche in 2010 und 2011 wegen zu schneller Abdosierung) wegen körperlicher, schwerer Erkrankungen, 40jährige „Drogenkarriere“ mit Inhaftierung, BeWo und Betreuung bestehen, kein Beikonsum, Alkohol zu seinem Geburtstag, Überlegung, eine Einrichtung für Herrn H. zu finden wegen Schwierigkeiten, den täglichen Weg zur Substitutionspraxis zu bewältigen (Rollator mit Sauerstoffflasche notwendig).

Wegen der pulmonalen Situation war die Abdosierung problematisch, Atemsituation wurde als belastend und ängstigend ohne Buprenorphin erlebt, ab 9/12 Prednison notwendig, Einrichtung „Fellerhof“ wurde besichtigt, Herr H. lehnte es ab, Entlassung ohne Substitution.

Anbindung an die Suchtambulanz, plötzlich fehlende tägliche Kontakte, (Betreuer für Herrn H. zur Substitution) erneute Einstellung auf: Subutex 2mg, Atemsituation gebessert, kein Heim (Nachtrag: aktuelle Substitution 6mg 2.11.12)

Schnittstellenproblematik: eine Entwöhnungsbehandlung kam für beide Pat. nicht in Frage, wegen der Begleiterkrankungen versuchten beide Pat. abzudosieren um einen Heimplatz zu finden, die Entzugsbehandlung war problematisch und wurde sehr kritisch gesehen, was den Pat. immer wieder zurückgemeldet wurde. Letztendlich sind beide Pat. wieder in der Substitution mit teils zusätzlicher Unterstützung durch „Betreutes Wohnen“, insgesamt aber keine zufriedenstellende Lösung, die Lebensqualität z. B. von Frau M. ist wegen ihrer Einsamkeit und Ängste sehr herabgesetzt.

2. Teil: Herr Roland Helsper

Wie sieht es bei uns in der medizinischen Rehabilitation Phase 2 Adaption aus:

Abb. 4:

Entwicklung Altersdurchschnitt 1996 - 2012						
	W		M		Gesamt	
Jahr	Alter	Anz	Alter	Anz	Alter	Anz
1996	26,60	5	27,53	32	27,40	37
1997	26,88	8	27,41	34	27,31	42
1998	24,70	10	28,53	36	27,70	46
1999	25,29	7	27,98	44	27,61	51
2000	25,50	14	28,31	45	27,64	59
2001	25,70	10	27,05	56	26,85	66
2002	25,00	10	27,17	66	26,88	76
2003	25,40	12	28,19	62	27,74	74
2004	25,89	10	27,79	56	27,50	66
2005	29,47	15	27,66	53	28,06	68
2006	30,73	11	28,98	50	29,30	61
2007	24,50	14	30,31	45	28,93	59
2008	22,44	9	31,39	59	30,21	68
2009	27,57	7	30,64	55	30,29	62
2010	29,83	6	32,40	57	32,16	63
2011	29,30	10	27,61	56	27,87	66
2012	31,43	7	31,81	42	31,76	49
	26,84		28,87		28,54	

Abb. 5:

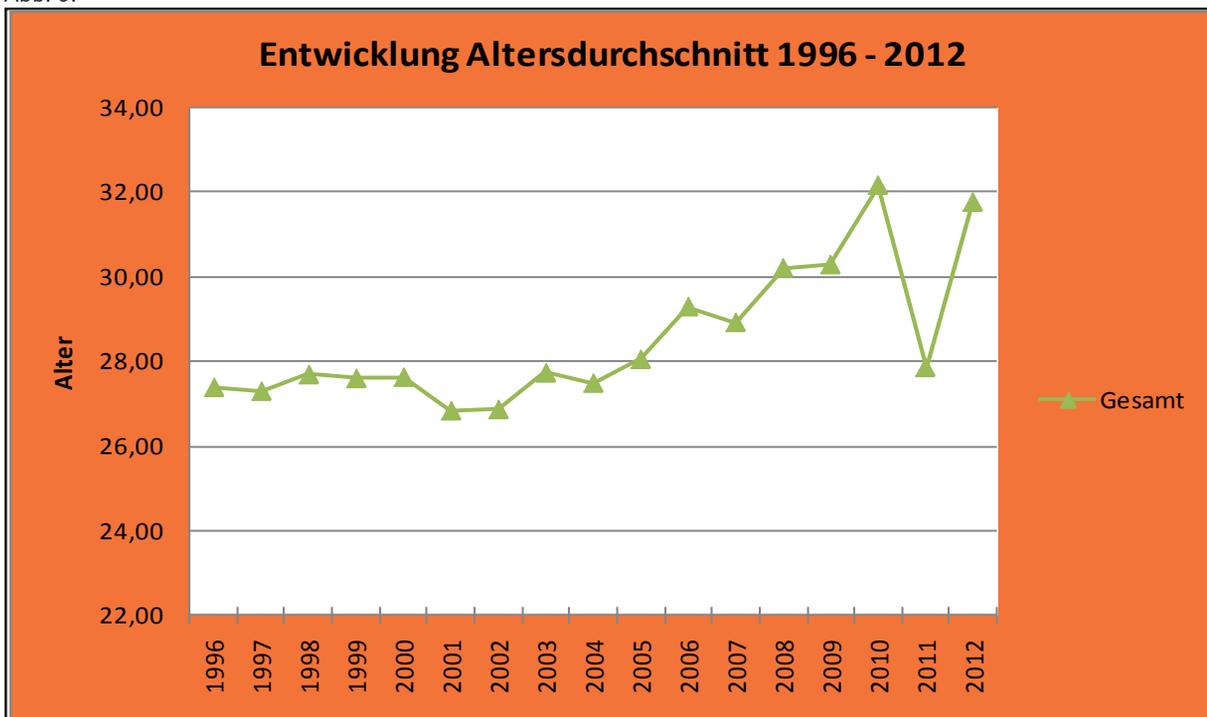


Abb. 6: Aufnahmen von 1996 bis 2012: Gesamt Aufnahmen 1016

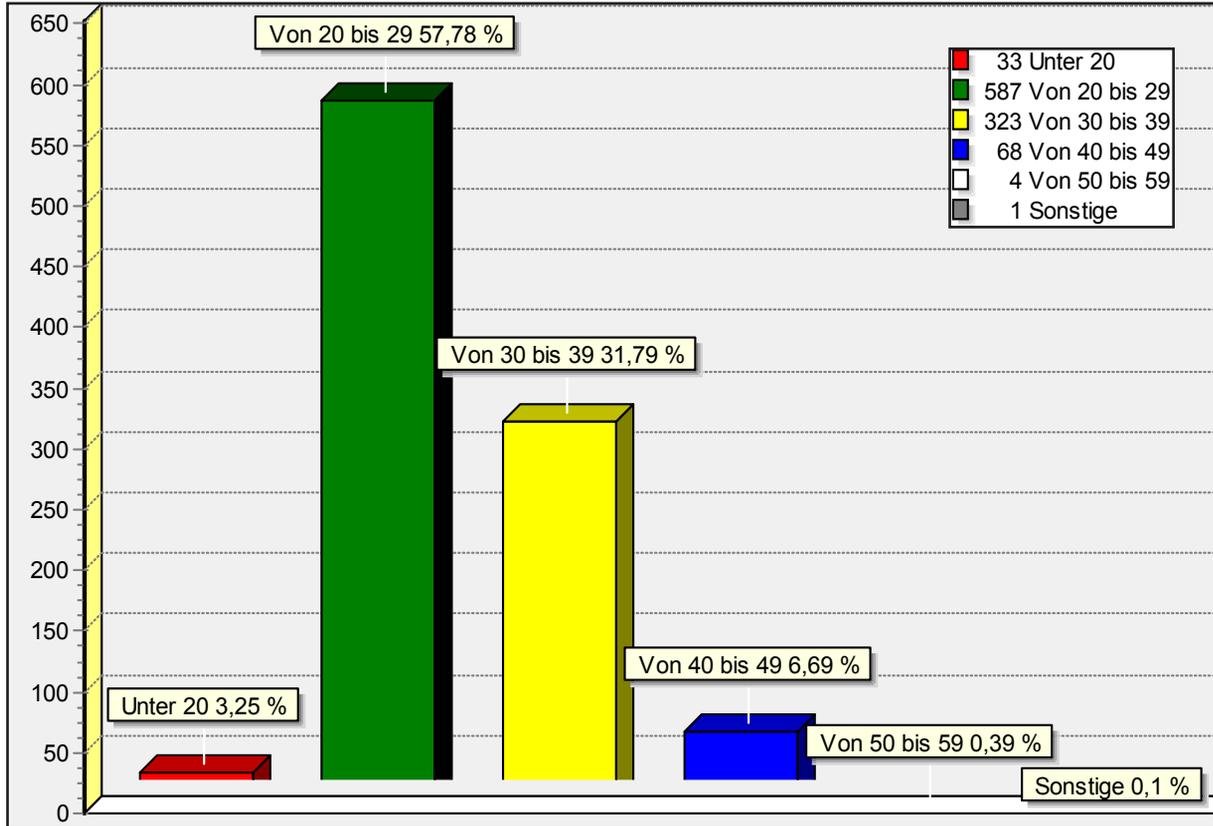


Abb. 7: Aufnahmen von 1996 bis 2001: Gesamt Aufnahmen 301

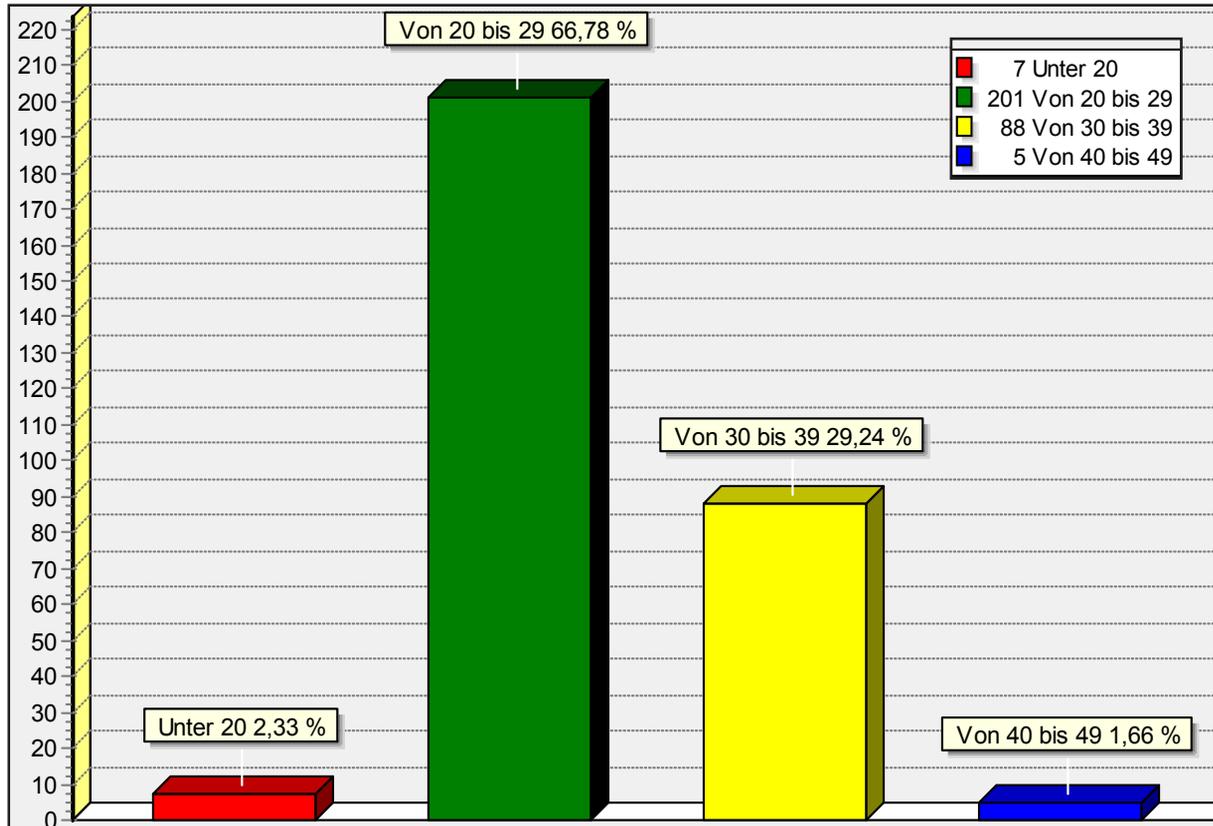
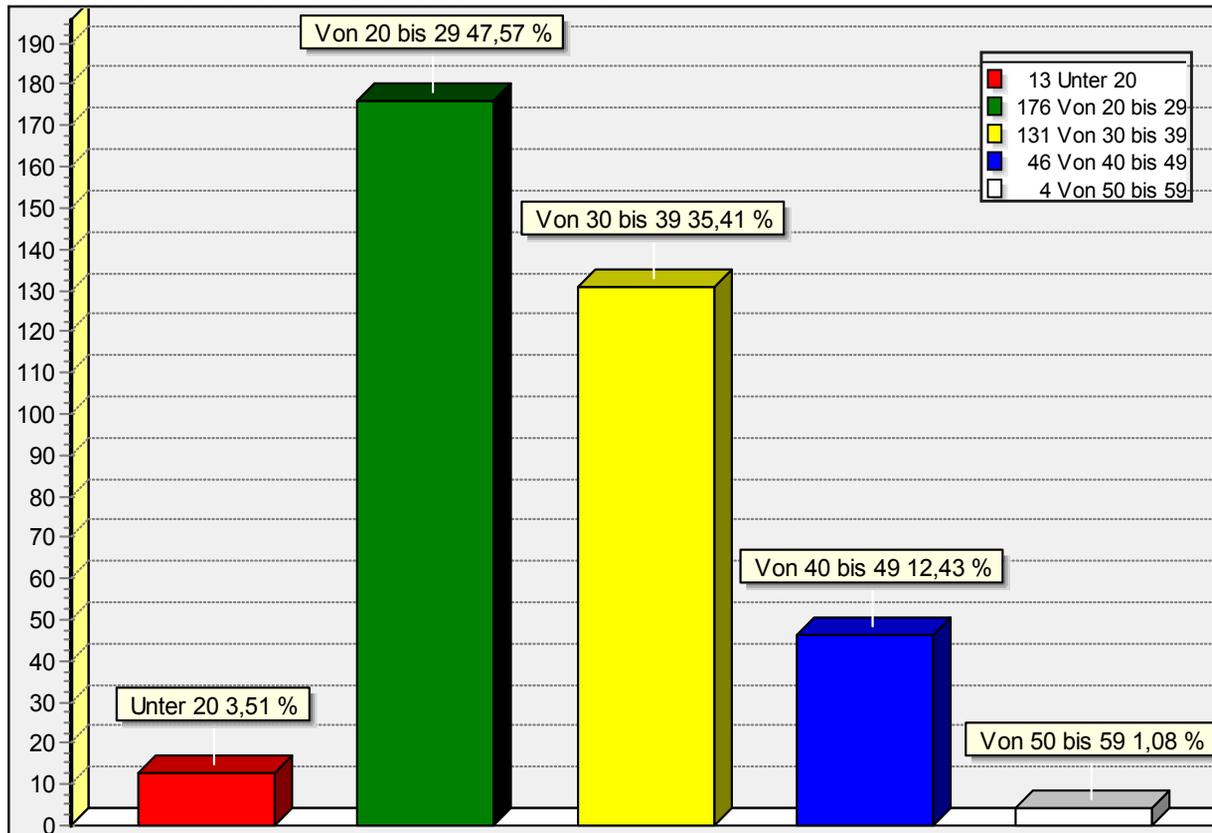


Abb. 8: Aufnahmen von 2007 bis 2012: Gesamt Aufnahmen 370



Probleme mit den Drogen:

- Durch eine langjährige Konsumgeschichte leiden die meisten älteren Konsumenten und Konsumentinnen nicht nur unter ihrer Abhängigkeit.
- Häufig kommen weitere körperliche und psychische Erkrankungen sowie soziale Probleme hinzu. Bei älteren Konsumenten und Konsumentinnen von Opioiden werden Erkrankungen und Gesundheitszustände festgestellt, die sonst typischerweise erst 20 Jahre später auftreten.
- Gerade durch den langjährigen Konsum von Opioiden sind die Gesundheitsprobleme sowie die sozialen Lebenslagen oftmals gravierend eingeschränkt.

Soziale Problemlagen:

- Szenetypische Verhaltensweisen verfestigen sich über die Jahre. Der permanente Beschaffungsdruck führt oft zu einer Gewöhnung an Verhaltensmuster der (illegalen) Geldbeschaffung für den Drogenerwerb.
- Nicht selten kommt es zum Verlust von Bezugs- und Vertrauenspersonen wie früheren Freunden und Freundinnen, der Familie, aber auch der eigenen Kinder. Vermehrt werden nur noch Kontakte zur Drogenszene gepflegt.
- Soziale Isolierung, Vereinsamung und finanzielle Schwierigkeiten können ebenfalls Folgen des jahrelangen Drogenkonsums sein.
- In Drogenszenen werden Ältere zuweilen von jüngeren Konsumenten und Konsumentinnen an den Rand gedrängt. Dadurch kommt es häufig auch zum Rückzug und zur verstärkten Isolation. Dies kann zur Folge haben, dass mit zunehmendem Alter die Beschaffung noch schwieriger wird. (Quelle DHS)

Häufige psychische Erkrankungen:

- Emotionale Störungen (Angstzustände oder Depressionen), PTBS sowie schizophrene Erkrankungen treten bei langjährig Konsumierenden mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen häufig auf. Auch Persönlichkeitsstörungen können Begleiterscheinungen des Drogenkonsums sein.
- Viele Drogenabhängige, insbesondere Konsumenten und Konsumentinnen von Opioiden, konsumieren verschiedene Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamente zugleich in abhängiger Weise.
- Bei vielen Drogenkonsumenten und Konsumentinnen verschlechtert sich die psychische Verfassung schon in jungen Jahren. Auch im Alter besteht dieser Zustand fort. (Quelle DHS)

Häufige körperliche Erkrankungen:

- Bei intravenös Konsumierenden (verwenden von Spritzen) treten Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C vermehrt auf. Das Risiko einer Neuinfektion steigt mit dem Alter. Gerade Hepatitis C ist eines der häufigsten gesundheitlichen Probleme älterer Opiatkonsumenten und Konsumentinnen. Bei 42,2 % liegt eine chronische Erkrankung vor.
- Experten/Expertinnen der Suchtkrankenhilfe berichten häufig von Organschädigungen wie Leber- und Lungenerkrankungen, Durchblutungsstörungen, Hypertonie und Nierenfunktionsstörungen. Außerdem treten Krebserkrankungen und Schädigungen der Blutgefäße sowie Abszesse und Thrombosen auf.
- Durch jahrelangen Drogenkonsum ist bei einigen Konsumenten und Konsumentinnen ein vorzeitig und plötzlich auftretender, beschleunigter Alterungsprozess festzustellen. Dadurch können altersbedingte Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose und Altersdemenzen früher auftreten. Schon ab 40 Jahren kann eine Pflegebedürftigkeit vorliegen.

- Durch mangelnde Zahnhygiene und falsche Ernährung treten oft Zahnerkrankungen auf. Bei einigen Abhängigen führt dies bereits im Alter zwischen 25 und 35 Jahren zum Verlust sämtlicher Zähne.
- Folgewirkungen von Suchterkrankungen können zudem Stürze, nachlassende körperliche Leistung, Hirnleistungsstörungen, Antriebs- und Interessenlosigkeit, Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug und nachlassende Körperhygiene bis zur Verwahrlosung sein. (Quelle DHS)

Verdeutlichung der Situation anhand von 4 Patienten, die bei Aufnahme über 50 Jahre alt waren:

- Alle haben eine mehr als 25 jährige Suchtgeschichte hinter sich.
- Alle 4 haben die medizinische Rehabilitation erfolgreich beendet (2011 und 2012) und sind ins ambulant betreute Wohnen gewechselt.
- Alle 4 haben einen Beruf erlernt.
- 3 von 4 sind heute arbeitslos.
- 2 von 4 sind nur eingeschränkt bei der Arbeit belastbar weniger als 6 Stunden.
- Ein Patient hatte jetzt aktuell einen Schlaganfall und die Berentung steht an.
- Alle haben große Brüche und keinerlei stabile Anbindung an Familie.
- Alle haben massive Schulden.
- Einer ist kaum in der Lage eigenständig zu wohnen.
- 3 von 4 haben eigene Kinder.
- Alle leben allein.
- 3 von 4 bekommen Psychopharmaka.
- 3 von 4 bekommen dauerhaft eine Medikation auf Grund somatischer Erkrankungen, Hepatitis, Bluthochdruck, Übergewicht, orthopädische Einschränkungen.

Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Vermittlungshemmnisse für den freien Arbeitsmarkt sind:

- Langzeitarbeitslos,
- körperliche und psychische Einschränkungen,
- Vorstrafen,
- kein Führerschein,
- Schulden,
- verpasste Entwicklung im gelernten Beruf,
- immer wieder instabile konsumierende Phasen.

Fragen, die im Arbeitskreis erörtert und diskutiert wurden:

1. Aktuelle Versorgungs- und Behandlungsansätze; sind diese auch noch in 10 Jahren gültig und durchführbar?
2. Was bringt die Zukunft? Brauchen wir spezielle Reha – Einrichtungen und entsprechend ausgerichtete Langzeitentwöhnungseinrichtungen, die auf ein Heim vorbereiten?
3. Benötigen unsere Patienten und Patientinnen spezialisierte soziotherapeutische Einrichtungen und Heime?
4. Sollte Substitution in Heimen möglich sein/werden?

Zusammenfassung der Ergebnisse:

- Abhängigkeitserkrankungen sind chronische Erkrankungen, die eine Dauerbehandlung notwendig machen: Stellt die Substitution die einzig mögliche Dauerbehandlung dar, so muss diese auch im Alter und somit auch in Heimen und Einrichtungen auf Dauer möglich sein.

- Die alternden Opiatabhängigen sollten in bestehende Einrichtungen integriert werden, damit keine Ausgrenzung oder Hochspezialisierung entsteht; dort sollten dann Indikationsgruppen angeboten und die Tagesstruktur angepasst werden.
- In der medizinischen Rehabilitation besteht der Auftrag der Leistungsträger, die „Arbeits- und Leistungsfähigkeit“ wiederherzustellen, dieser Auftrag müsste für die alternden Opiatabhängigen angepasst werden: Tagesstruktur und Beschäftigung ist für dieses Klientel genauso wichtig, aber eine Leistungsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherungsträger ist oft nicht erreichbar; Jobcenter und ARGE sind hier gefragt und sollten miteinbezogen werden.
- Auch Arbeitsmediziner sollten gefordert werden, Vorschläge zu Leistungs- und Erwerbsfähigkeit von alternden Suchtkranken zu machen.
- Kosten- und Leistungsträger müssen nicht nur einbezogen werden in zukünftig notwendige Planungen, sie müssen in die Pflicht genommen werden und gehören mit an den Verhandlungstisch.
- Das zukünftige neue Entgeltsystem in der Psychiatrie wird kritisch gesehen: Für Opiatabhängige in der Akutbehandlung bedeutet die Kürzung der Verweildauer z.B. die Entlassung in der vulnerabelsten und fragilsten Phase des Entzugs, was das Rückfallrisiko erhöht und Wiederaufnahmen notwendig macht, die durch eine längere Behandlungsmöglichkeit mit langsamerer Abdosierung, adäquater Entzugsbehandlung einschließlich der Behandlung aller Begleiterkrankungen und ausreichenden so genannten „Cleantagen“ (hier steigt noch mal der Suchtdruck und Entzugssymptome an) vermeidbar wären.

Fazit

Dr. med. Thomas Kuhlmann

„Suchtkrankheit und Alter - Altern mit der Sucht“ ist das Motto der heutigen Tagung. Dass diese Zielgruppe überhaupt Kernthema einer Fachtagung ist, an der sich eine solch große Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Bereichen des Drogenhilfesystems beteiligten (über 120 Anmeldungen!), macht zweierlei deutlich:

Zum einen den Erfolg der Weiterentwicklung des Hilfesystems in den letzten Jahrzehnten, die zu einer deutlich erhöhten Überlebenschance für Drogenkonsumenten und -konsumentinnen auch bei jahrzehntelanger Konsumdauer geführt hat und weiter führt, und dass damit Herausforderungen an das Hilfesystem verbunden sind, angemessene Behandlungs- und Betreuungsangebote zu entwickeln, um die Teilhabe auch dieser Zielgruppe zu ermöglichen.

Welch vielfältige Auswirkungen langjähriger Suchtmittelkonsum im Alter haben kann und wie sinnvoll fachkompetente Hilfe auch im hohen Lebensalter ist, hat Dirk Wolter eindrucksvoll skizziert unter differenzierter Darstellung der Auswirkungen insbesondere bei Opiatkonsum, Alkohol- und Benzodiazepinkonsum sowie Nikotin einschließlich deren Bedeutung für das Krankheitsbild der Demenz. Gerlinde Hauptmann hat anschaulich die Motivation für den Aufbau zielgruppenadäquater Hilfsangebote für ältere Drogenkonsumenten in Rotterdam skizziert von abstinenzbasierten Angeboten bis hin zu konsumbegleitenden Angeboten einschließlich betreuten Wohnmöglichkeiten, die einen Konsumraum vorhalten.

In meinem eigenen Referat habe ich versucht die Herausforderungen für den klinischen Alltag zu skizzieren, die mit der angemessenen Versorgung dieser Zielgruppe verbunden sind einschließlich der Integration in ein Hilfesystem und der Sicherstellung unseres Kernauftrages,

nämlich Unterstützung bei und Befähigung zu umfangreicher Teilhabe an allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens.

In allen Diskussionen, sei es im Plenum oder in den unterschiedlichen Workshops, ist deutlich geworden, dass die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger längst im Hilfesystem wahrgenommen wird, in allen Bereichen - jedoch mit sehr unterschiedlicher Ausprägung. Sowohl passende Hilfsangebote fehlen als auch die Schnittstelle Sucht- und Drogenhilfe einerseits und Altenhilfe inklusive Altenheim andererseits ist ungenügend bis gar nicht entwickelt. Allerdings gibt es auch Ausnahmen.

Die wachsende Zahl älterer Menschen, die ein selbständiges Leben weiterführen wollen und können, führt regional bereits jetzt dazu, dass in Altenheimen etliche Betten leer stehen und in diesen Regionen die Bereitschaft, auch bisher abgelehnte Zielgruppen versuchsweise zu integrieren, deutlich wächst. Dieses gilt es zu nutzen, jedoch nicht abzuwarten, bis sich diese Probleme in allen Regionen zeigen.

Was wir brauchen, sind konkrete Hilfsangebote, die den Betroffenen nutzen und die wir auch in der konkreten Arbeit mit den Betroffenen zur Verfügung stellen können. Das erfordert allerdings, dass wir in all unseren Arbeitsbereichen konkret aktiv werden, Kontakt mit den Hilfsangeboten der Altenhilfe aufzunehmen. Dort, wo Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beider Hilfesysteme bereits persönlichen Kontakt haben, ist die Bereitschaft deutlich höher, sich zumindest vorsichtig in Einzelfällen auf diese häufig als sehr schwierig erlebte Zielgruppe einzulassen.

Dabei ist entscheidend, dass von beiden Hilfesystemen diese Betroffenen nicht abgeschoben werden, sondern die Verantwortung für die angemessene Versorgung von beiden Hilfesystemen akzeptiert wird - unabhängig davon, ob der Klient / die Klientin sich jetzt in einer Altenhilfeeinrichtung, der Suchtpsychiatrie oder in einem Wohnheim der Drogenhilfe aufhält.

Je besser diese klientenbezogene Kooperation klappt, desto geringer wird die Sorge sein, mit einem solchen Klienten / einer solchen Klientin überfordert zu sein und ihn / sie dann nicht mehr loszuwerden.

Umgekehrt steigen dann die Chancen, sich gegenseitig um Rat zu fragen.

Diese Chance setzt aber voraus, dass überhaupt wechselseitige Arbeitsbeziehungen bestehen und diese von Respekt geprägt sind. Angesichts der offenen Diskussion auf der heutigen Tagung, den vielfältigen praxisorientierten Anregungen - einschließlich des Hinweises, dass auch für

Menschen ohne weitere komplexe Problemlagen, z. B. ohne Sucht oder andere psychische Erkrankungen die Vorstellung in ein Altenheim ziehen zu sollen von erheblichem inneren Widerstand begleitet ist - bin ich zuversichtlich, dass wir ebenso wie bei vielen anderen Herausforderungen fähig und ausreichend motiviert sind, die Behandlungs- und Versorgungssituation auch älterer Drogenabhängiger deutlich zu verbessern.

Die Teilnahme von Herrn Lesser aus dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW und Herrn Kitzig vom Landschaftsverband Rheinland an der heutigen Tagung einschließlich aller Plenumsvorträge und insbesondere die Ausführungen von Herrn Lesser zu den weiteren Zielen der Landesregierung im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe bestärken mich in dieser Zuversicht. In diesem Sinne bin ich optimistisch, dass wir nicht nur neue Wege suchen müssen, sondern auch finden und beschreiten werden. Und zwar gemeinsam.

Referentinnen und Referenten

Dr. Gerlinde Hauptmann
Wohn Einrichtung „Boumann GGZ“ Rotterdam
Postbus 8549
NL - 3009 AM Rotterdam

Roland Helsper
Nado e.V.
Wellinghoferstr. 103
44263 Dortmund

Klaus Hombach
SKM Köln e.V.
Haus Schmalbeinstraße
Schmalbeinstraße 32
50674 Köln

Friedhelm Kitzig
Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement
50663 Köln

Dr. Thomas Kuhlmann
Fachverband Qualifizierte stationäre
Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderricher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach

Dirk Lesser
Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Horionplatz 1
40213 Düsseldorf

Dr. Ralph Marggraf
LVR-Klinik Viersen
Johannisstr. 70
41749 Viersen

Ulrich Merle
Krisenhilfe e.V. Bochum
Viktoriastr. 67
44787 Bochum

Dr. Antje Niedersteberg
LVR-Klinik Düren
Meckerstr. 15
52353 Düren

Werner Terhaar
LWL-Klinik Lengerich
Parkallee 10
49525 Lengerich

Dr. Dirk K. Wolter
Gerontopsykiatrisch Afsnit P3G Haderslev
Skallebækvej 5
DK-6100 Haderslev

