



**SUCHT
IM
ALTER**

Suchtprobleme im Alter – es gibt Lösungen!

Eine Präventionsbroschüre für Pflege-,
Betreuungs- und Beratungsfachleute mit
Kontakt zu älteren Menschen

Sucht im Alter stellt ein unterschätztes Problem dar, dem es so früh wie möglich in angemessener Weise zu begegnen gilt. Aufgrund der demografischen Entwicklung gewinnt das Thema in unserer Gesellschaft zunehmend an Brisanz. Die Folgekosten von Suchterkrankungen bei älteren Menschen werden das Gesundheitssystem in Zukunft vor grosse Herausforderungen stellen. Die verminderte Lebensqualität der Betroffenen und die grosse Belastung für die Angehörigen sind weitere ernst zu nehmende Probleme. Altersspezifische Präventionsstrategien und -massnahmen können hier Abhilfe schaffen.

Sie als pflegende, betreuende und begleitende Personen sind hier sehr wichtig, denn Sie helfen, eine mögliche Sucht zu erkennen und die nötigen Interventionsmassnahmen dagegen einzuleiten. Die Forschungsarbeit, die dieser Broschüre zugrunde liegt (sie kann bei uns bezogen werden), zeigt auf, dass Interventionen auch bei älteren Suchtkranken erwiesenermassen Erfolg versprechend sind.

Wir von den Suchtpräventionsstellen des Kantons Zürich möchten die betroffenen und/oder beteiligten Organisationen und Fachleute (z. B. Spitex, Alters- und Pflegeheime, Ärztinnen und Ärzte) in ihrer Arbeit im Bereich Sucht im Alter unterstützen und bieten dazu unsere Erfahrung und unser Wissen (Entwicklung von Ablaufschemen in einer Organisation) sowie unsere praxiserprobten Arbeitsinstrumente an (Signale wahrnehmen, Frühintervention, Beobachtungsbogen etc.).

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann nehmen Sie doch bitte Kontakt mit uns oder direkt mit der zuständigen Suchtpräventionsstelle Ihrer Region auf (die Adresse finden Sie unter www.zuefam.ch).

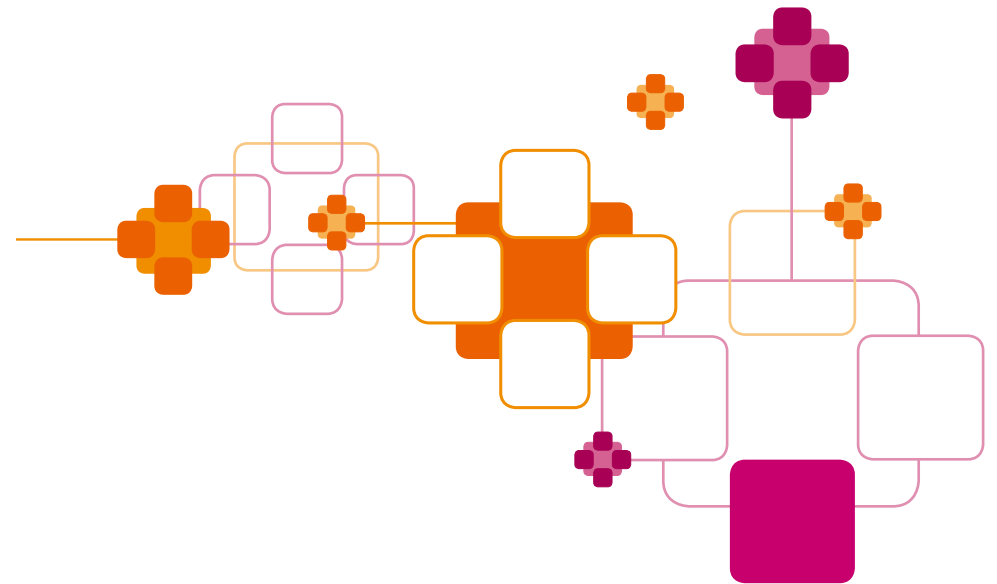
Ihr ZüFAM-Team

Unterschätztes Problem

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Auch ältere Menschen konsumieren Alkohol, Tabak oder Medikamente, und dies bisweilen in riskanten Mengen, die nicht selten zu Abhängigkeiten führen. Problematisch ist dabei nicht nur die Sucht an sich, sondern auch der verharmlosende Umgang damit in der Gesellschaft. Weil sich die Bevölkerungsstruktur ändert und der Anteil älterer Menschen steigt, ist der zweite Aspekt besonders brisant: Künftig werden immer mehr Seniorinnen und Senioren mit Süchten konfrontiert sein. Das heisst aber auch, dass wir uns immer mehr mit Seniorinnen und Senioren auseinanderzusetzen müssen, die ein Suchtproblem haben. Ältere Suchtmittelkonsumenten gehen mit diesem Thema ähnlich um wie jüngere: sie ignorieren es, verdrängen es oder spielen es herunter. Das Umfeld übernimmt nicht selten unkritisch die Sichtweise der direkt Betroffenen und lässt den Dingen ihren Lauf: «In diesem Alter spielt das keine Rolle mehr, lassen wir sie/ihn doch.» Dabei zeigen Forschungen, dass ältere Menschen auf Vorsorgemassnahmen und Entzugstherapien mindestens so gut ansprechen wie jüngere Altersgruppen.

Sucht im Alter ist ein wichtiges Thema und rückt immer mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Sowohl auf nationaler Ebene als auch international stehen erst wenig Daten betreffend Sucht im Alter zur Verfügung. Sicher ist aber, dass die Folgekosten sozialer und finanzieller Art, die durch Suchterkrankungen oder Substanzmissbrauch entstehen, schwer wiegen können. Unfälle – zum Beispiel Stürze aufgrund von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch – und die damit verbundene frühzeitige Einweisung in ein Pflegeheim belasten nicht nur das Gesundheitssystem, sondern beeinträchtigen vor allem auch Autonomie und Lebensqualität der Betroffenen stark.

Sucht wird mittlerweile als Krankheit, genauer als psychische Störung anerkannt. Typisch dafür ist eine Reihe von Symptomen. Dazu gehört vor allem ein starkes Verlangen nach einer bestimmten psychoaktiven Wirkung, das sehr schwer zu kontrollieren ist. In der Fachsprache wird dieses Verlangen «Craving» genannt. Weitere Merkmale der Sucht sind Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz, Kontrollverlust über den eigenen Konsum und die Unfähigkeit, längere Zeit abstinent zu bleiben. Zu den Begleiterscheinungen von Suchtverhalten gehören bei älteren Menschen ebenso wie bei jüngeren gesundheitliche Beeinträchtigungen und negative soziale Folgen.



Substanzen und betroffene Bevölkerungsgruppen

Alkohol, Medikamente und Tabak sind für die heutige ältere Generation die Substanzen mit dem höchsten Suchtpotenzial. Ob jemand in eine Abhängigkeit gerät, hängt von den unterschiedlichsten Faktoren ab, unter anderem vom Geschlecht, von der aktuellen Lebenssituation und der Biografie.

> ALKOHOL

Epidemiologische Daten zu älteren Menschen, die Suchtmittel konsumieren, sind im Vergleich zu Daten von anderen Bevölkerungsgruppen noch relativ dünn gesät und variieren je nach Definition von Abhängigkeit, Missbrauch und riskantem Konsum. Betrachtet man die Raten des problematischen Alkoholkonsums in der

Schweiz, gehörten im Jahr 2002 8% der über 65-jährigen Männer und 3% der gleichaltrigen Frauen in diese Gruppe. Gesundheitlich am stärksten durch Alkoholkonsum gefährdet ist die Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen. Problematischer Alkoholkonsum ist klar eine Männerdomäne.



Als problematischer Alkoholkonsum gelten:

- nicht altersgemässer, zu früher Konsum
- gesundheitsschädigender Konsum (Risikokonsum): ein Konsummuster, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche Störung, psychische Störung)
- Konsum in unangemessenen Situationen (Autofahren, Arbeitsplatz, Schule)
- abhängig machender Konsum (Institut Suchtprävention, Linz)

Die gesundheitlichen Gefahren des Alkoholkonsums beginnen schon bei relativ geringen Trinkmengen und bereits weit bevor eine Abhängigkeit vom Alkohol entsteht. Man spricht hier von riskantem Konsum. Dabei gilt, dass Frauen nicht

mehr als durchschnittlich 20 g Alkohol pro Tag trinken sollten, das entspricht etwa einem halben Liter Bier oder 0,2 l Wein. Bei Männern liegt die Grenze bei 30/40 g. Nach neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen wird eine Herabsetzung die-

ser Grenzen auf 10 g (Frauen) und 20 g (Männer) diskutiert. Bei Menschen, die mehr Alkohol konsumieren, steigt das Risiko für gesundheitliche Störungen, die durch den Alkohol hervorgerufen oder mitbedingt werden, an.

> MEDIKAMENTE

Beim problematischen Umgang mit Medikamenten hingegen sind die Frauen in der Mehrzahl: 2002 nahmen 18,2% der 70- bis 74-jährigen Frauen (10,3% der gleichaltrigen Männer) täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein. Bei den über 74-jährigen Frauen waren es 22,6% (Männer: 14,3%). Einer der Gründe dafür ist Schlaflosigkeit. Mit fortschreitendem Alter steigt der Konsum hypnotischer Substanzen unter älteren Erwachsenen an: 65-Jährige und ältere nehmen sie mindestens doppelt so häufig zu sich wie jüngere. Bei älteren Menschen, die medizinische Hilfe erfahren, erhöht sich der Konsum von Schlafmedikamenten, und zwar auf 26% bei den Frauen (Männer: 6%). Eine weitere Medikamentengruppe mit Abhängigkeitspotenzial verdient ebenfalls Erwähnung: die Psychopharmaka, von denen zwei Drittel der ärztlich verordneten an Personen verschrieben werden, die über 60 Jahre alt sind. Dabei handelt es sich zu 70 bis 80% um Benzodiazepine, Medikamente mit einem sehr hohen Suchtpo-

tenzial also. Bei den Gründen für die Verschreibung stehen Schlafstörungen und psychische Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen im Vordergrund. Medikamente spielen auch bei Alters- und Pflegeheimbewohnern eine wichtige Rolle: ein Fünftel bis ein Viertel von ihnen erhalten Beruhigungsmittel beziehungsweise Hypnotika. Es gibt Hinweise darauf, dass sie auch zur Ruhigstellung von Patienten eingesetzt werden.

> TABAK

2002 waren in der Schweiz 26,3% der 60- bis 74-jährigen und 15,1% der über 74-jährigen Männer Raucher. Die Raten der Raucherinnen betragen in den entsprechenden Altersgruppen 14,1% und 6,1%. Charakteristisch für ältere Raucherinnen und Raucher sind hoher Konsum und starke Abhängigkeit. Rauchen stellt die häufigste Ursache vermeidbarer Krankheiten – auch solcher mit Todesfolgen – dar. Gerade bei älteren Erwachsenen ist das mit dem Rauchen verbundene Risiko höher als bei jüngeren Rauchenden: Ab 60 Jahren ist Rauchen bei 7 der 14 häufigsten Todesursachen ein signifikanter Risikofaktor.

Künftige Herausforderungen

Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass in näherer Zukunft mit einer Zunahme sowohl des Alkoholmissbrauchs als auch des Missbrauchs illegaler Substanzen unter älteren Erwachsenen zu rechnen ist. Die zahlreichen Vertreter der alternden Baby-Boom-Generation (Jahrgänge 1946 bis 1964) werden das Gesundheitssystem auch aus diesen Gründen in Anspruch nehmen müssen und so für eine zusätzliche Mehrbelastung sorgen. Die Prognosen stützen sich unter anderem auf Zahlen aus den USA, wo der Anteil älterer Menschen bis 2020 um 50% zunehmen dürfte. Man erwartet dort, dass die Rate der älteren Erwachsenen, die wegen Substanzmissbrauchs eine Behandlung benötigen, um 70% ansteigen wird. Für die Schweiz existieren zwar keine vergleichbaren Prognosen; parallele demografische und allgemein gesellschaftliche Entwicklungen legen indes nahe, sich rechtzeitig auf ähnliche Veränderungen vorzubereiten.

Ursachen und Risikofaktoren

Suchterkrankungen lassen sich nicht mit einer typischen Persönlichkeitsstruktur oder eindeutigen auslösenden Faktoren pauschal erklären. Auch die altersspezifischen Ursachen von Suchtentwicklung sind vielfältig und zudem erst ansatzweise erforscht. Während die ältere Generation in früherer Zeit wichtige Aufgaben in der Gemeinschaft übernahm und meist Respekt aufgrund ihres Erfahrungsschatzes genoss, ist die europäische Gesellschaft des 21. Jahrhunderts mehrheitlich auf Jugendlichkeit ausgerichtet. Gesundheit, Attraktivität und Leistungsfähigkeit sind Werte, die viel Prestige geniessen. Älterwerden hingegen steht für den Abbau dieser Eigenschaften, was bei vielen alternden Menschen zu Selbstzweifeln und zu einem Gefühl der Wertlosigkeit führen kann. Sich nach der Pensionierung in der neuen Lebenssituation zurechtzufinden, fällt vielen Rentnern schwer. Oft fallen die beruflich bedingten Kontakte ganz weg, und häufig lichtet sich mit zunehmendem Alter auch das soziale Kontaktnetz. Weiter ist die persönliche Auseinandersetzung mit den direkten Folgen des Alterns zu bewältigen.

Risikofaktoren

Das Risiko, in eine Alkohol- oder Medikamentensucht zu geraten, wird durch folgende Faktoren erhöht:



Pensionierung

- neue Lebenssituation, berufliche Kontakte fallen weg, soziales Netz lichtet sich

Biologisches Älterwerden

- Abbau der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit, körperliche Gebrechen nehmen zu (Folge: Schmerzsyndrom), Schlafstörungen verschiedenster Ursachen

Misslungene Anpassungsprozesse ans Altern (oft aufgrund des heutigen «Jugendlichkeitswahns»)

- Gefühl von Nutzlosigkeit, Selbstzweifel, Identitätskrisen, Rückzug aus dem sozialen Leben (Funktions-, Aktivitäts- und Kontaktverluste)

Verlustsituationen

- Einsamkeit, Angst, Depression, Schlaflosigkeit

Fehlendes Problembewusstsein bzgl. Gefahren bei Langzeiteinnahme von Medikamenten

- eifertige Verschreibung von Medikamenten, unpersönliche Arzt-Patienten-Beziehung, eine Sucht wird nicht oder zu spät erkannt

Diese biopsychosozialen Faktoren können unter Umständen die Entwicklung einer Sucht begünstigen. Weil Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer und dadurch häufiger mit Verlustsituationen konfrontiert werden, sind besonders die älteren unter ihnen gefährdet, aufgrund der Risikofaktoren «Verlust des Lebenspartners» und «Einsamkeit» in Abhängigkeiten zu geraten. Kritische Lebensereignisse gehen bei 81% der Spätmanifestationen von Sucht – d. h. ab dem 60. Lebensjahr – der Erkrankung voraus, doppelt so häufig wie bei Frühmanifestationen (vor dem 60. Lebensjahr). Bei Medikamentensucht ist ferner zu beachten, dass Medikamente in erster Linie als Heilmittel angesehen werden. Eilfertige Verschreibungen, unpersönliche Arzt-Patienten-Beziehungen, mangelhafte Berücksichtigung von Persönlichkeit und Biografie der Patientinnen und Patienten sowie fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Gefahren beim Einnehmen von Medikamenten mit hohem Suchtpotenzial über längere Zeit oder in hohen Dosen spielen bei dieser Art von Sucht eine wichtige Rolle. Bei Beruhigungs- und Schlafmitteln (meist mit dem Wirkstoff Benzodiazepin) können bereits nach wenigen Wochen und selbst bei geringer Dosierung Abhängigkeiten entstehen. Älteren Menschen, die über längere Zeit geringe Dosen an Benzodiazepinen einnehmen, ist selten bewusst, dass sie sich in einer Abhängigkeit bewegen.

In körperlicher Hinsicht sind in diesem Zusammenhang der verlangsamte Stoffwechsel, der erhöhte Fettanteil und der geringere Wassergehalt des alternden menschlichen Organismus zu erwähnen. Einerseits zeigen die Substanzen deswegen auch in niedrigerer Dosis dieselbe Wirkung wie in einem jüngeren Körper, andererseits werden sie langsamer abgebaut und ihre Wirkungsdauer verlängert sich.

Abwärtsspirale

Bei Menschen mit psychischen Störungen, beispielsweise Depressionen, oder mit Wahrnehmungsstörungen, die starken Einfluss auf das tägliche Leben nehmen, kommt es im Alter oft zu Suchtmittelmissbrauch. Dieser kann je nach Substanz, konsumierter Menge und Konsumdauer eine Vielzahl organischer Schäden nach sich ziehen, zum Beispiel Gedächtnisstörungen, Leberschäden, Stürze als Folge von Koordinationsschwierigkeiten oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die mit dem Alter oft einhergehende Vereinsamung begünstigt das Suchtverhalten zusätzlich. Die Suchterkrankung selbst vermindert die Fähigkeit, mit Stress umzugehen, und erhöht die seelische Verletzlichkeit. Psychiatrische und psychosoziale Folgeprobleme der Abhängigkeit wie Depression, Suizidalität, Delirien, paranoide Entwicklung, Rückzugsverhalten, Verwahrlosung, Konflikte mit dem Umfeld usw. können die Abwärtsspirale der Suchtentwicklung zusätzlich ankurbeln. So erleben viele ältere Alkoholabhängige beim Fortschreiten ihrer Erkrankung einen sozialen Abstieg. Gerade der Alkoholkonsum kann zu familiären Konflikten und in deren Folge zur Trennung vom Lebenspartner führen. Der Verlust an sozialen Kontakten durch das Ende der Berufstätigkeit, der Abbau der geistigen und körperlichen Beweglichkeit sowie die hohe Sterberate im persönlichen gesellschaftlichen Umfeld vermindern die soziale Kontrolle so stark, dass Suchterkrankungen lange oft gar nicht bemerkt werden. Problematisch ist im Übrigen, dass betreuende Ärztinnen und Ärzte häufig nicht angemessen auf die Suchterkrankungen reagieren.

Was erschwert den Ausstieg aus der Sucht – und was begünstigt ihn?

Gerade bei älteren abhängigen Personen erkennt bisweilen gar niemand, wie risikoreich sie mit abhängig machenden Stoffen, insbesondere mit Heilmitteln, umgehen; die Verschreibung von Medikamenten erfolgt nicht selten quasi gewohnheitsmässig und mit zu wenig kritischer Distanz. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Menschen werden bei ärztlichen Untersuchungen als wichtiges gesundheitliches Problem oft übersehen. Geeignete Interventionen einzuleiten, wird in der Folge häufig versäumt. Dass diesbezüglich niemand die Initiative ergreift, hat auch damit zu tun, dass bei älteren und vor allem bei allein stehenden Menschen die soziale Kontrolle durch das Umfeld kontinuierlich verloren geht. So bleiben Abhängigkeitsverhältnisse im Verborgenen und können nicht therapiert werden. Schamgefühle über die eigene Abhängigkeit können das Rückzugsverhalten fördern und die Vereinsamung so weit verstärken, dass die Betroffenen Hilfsangebote wie ambulante und stationäre Beratungs- und Therapieangebote gar nicht erst in Anspruch nehmen. Ausserdem gibt es in der Fachliteratur ernst zu nehmende Hinweise darauf, dass ältere Suchtkranke aufgrund gesundheitlicher und wirtschaftlicher Barrieren erheblich seltener um Hilfe nachsuchen.

Die Stellung eines Suchtmittels in den verschiedenen Gruppen einer Gesellschaft ist nicht unbedingt abhängig von den Risiken, die es in sich birgt. Und über den Generationenverlauf hinweg kann sich die gesellschaftliche Wahrnehmung einer Substanz erheblich verändern. Die Risiken des Rauchens zum Beispiel wurden erst in jüngerer Zeit in einem breiten Teil der Öffentlichkeit bekannt. Für ältere Menschen kann dieser Umschwung schwer nachvollziehbar sein, weil sie mit anderen Vorstellungen über bestimmte Substanzen aufgewachsen sind. Beim Tabak kommt dazu, dass ältere Erwachsene mit dem Rauchen zu einem Zeitpunkt begannen, als nur Tabakprodukte mit hohem Nikotingehalt kursierten. Die Mehrheit unter ihnen blieb diesen Produkten treu, selbst als niedriger dosierte Erzeugnisse auf den

Markt gelangten. Raucherinnen und Raucher dieser Altersgruppe sind oft in hohem Grad nikotinabhängig und glauben im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen (Kohorten) weniger an die gesundheitsschädigende Wirkung von Tabakprodukten. Bei älteren Paaren sind ausserdem nicht selten beide Personen von derselben Substanz abhängig. Dies kann den Ausstieg zusätzlich erschweren, weil sich über das jahrelange Zusammenleben hinweg eine parallele Abhängigkeit entwickelt: Lassen nicht beide zusammen von ihrer Sucht ab, erschwert die ständige Präsenz des weiterhin konsumierenden Partners das Durchhalten der Abstinenz.

Schutzfaktoren

Zu den Umständen, die einen erfolgreichen Stopp des Substanzmissbrauchs begünstigen können, gehören verschiedene Faktoren:



Nicht direkt beeinflussbare Faktoren sind:

- hohes Bildungsniveau
- weibliches Geschlecht



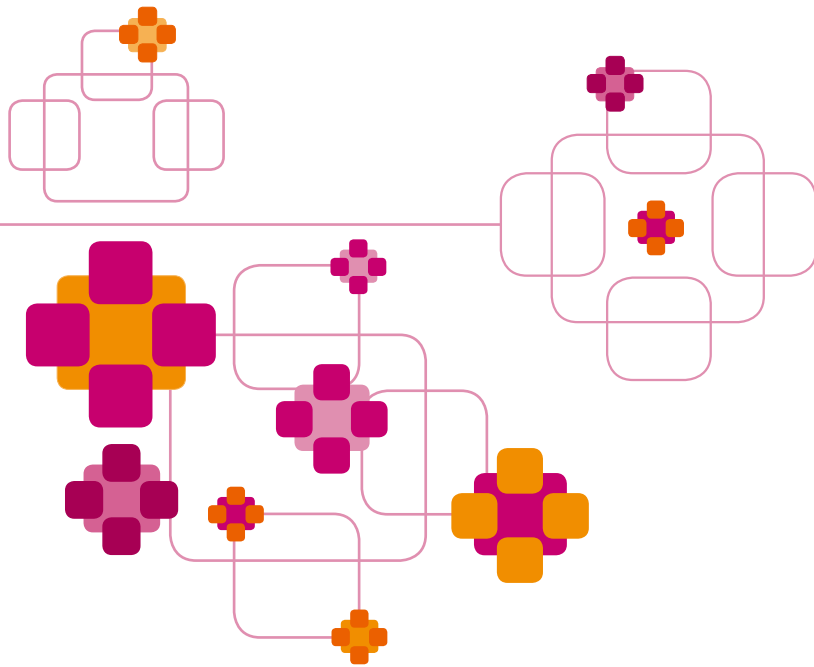
Zu den beeinflussbaren Faktoren zählen:

- Rückfallprävention
- Miteinbezug des sozialen Umfeldes
- altersspezifische Interventionsmethoden
- Wissensvermittlung: Aufklärung über Wirkungsweise und Gefahrenpotenzial verschiedener Substanzen

Detailliert ausgeführt werden sie im Forschungsbericht «Alter und Sucht», den das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, im Auftrag der ZüFAM erstellt hat (Schnoz et al., 2006).

Interventionsansätze

Noch bevor überhaupt eine Intervention eingeleitet werden kann, gilt es, gefährdete oder bereits unter einer Suchterkrankung leidende Personen zu identifizieren. Zu diesem Zweck wurden in der Vergangenheit eine Fülle verschiedener Screening-Instrumente entwickelt, um bestehende oder entstehende Suchterkrankungen zu erkennen. Wenige Instrumente (siehe Anhang) sind speziell auf die ältere Population ausgerichtet (z. B. Blows et al., «Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version», SMAST-G).



Wie können Sie eine mögliche Sucht erkennen?

Als Fachperson im Bereich Pflege, Betreuung und Beratung können Sie eine mögliche Sucht durch verschiedene Komplikationen im Rahmen eines chronisch schädlichen Konsums oder einer Abhängigkeit erkennen:



1. Körperliche Komplikationen

- Organschäden (substanzspezifisch, zum Beispiel Leber und Nervensystem bei Alkohol etc.)
- Ernährungsmangel
- verminderte Krankheitsresistenz
- Unfälle (Sturzverletzungen)
- Krampfanfälle

2. Psychische Komplikationen

- Verwirrungszustände
- Affektlabilität
- Enthemmung
- Suizidalität
- wahnhafte Entwicklung
- Demenz

3. Soziale Komplikationen

- riskantes Fahrverhalten
- Verwahrlosung
- Belastung der Angehörigen
- Nachbarschaftskonflikte

(aus: SuchtMagazin 4/03, Artikel «Sucht im Alter», Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich)

Bei Interventionsansätzen mit dem Ziel, Sucht oder Missbrauch zu verhindern bzw. zu beenden, werden Frühinterventionen und ausstiegsorientierte Interventionen (Interventionen bei bestehender Sucht) auseinandergehalten. Frühinterventionen verfolgen das Ziel, eine Sucht vor ihrer Entstehung und Manifestation zu verhindern. Dies geschieht meist durch Wissensvermittlung, Hilfestellung zur Selbstkontrolle und/oder Verstärkung ärztlicher bzw. pflegerischer und betreuender Hilfe und Kontrolle des Gesundheitszustandes sowie der Konsumgewohnheiten. Interventionen bei bestehender Sucht sollen eine Abhängigkeit durchbrechen und zielen auf den Ausstieg aus der Sucht ab. Der grösser werdende Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft und die sich verändernden Konsummuster erfordern innovative Präventions- und Interventionstechniken sowie Ansätze, die zum Beispiel speziell auf ältere Konsumenten mit Risikokonsum abzielen. Dabei müssen altersspezifische Eigenarten wie Symptome und Konsummuster, Alter beim Konsumbeginn sowie medizinische, psychische und soziale Themen berücksichtigt werden.

Die neuen Präventions- und Interventionsstrategien sollten drei Risikogruppen ins Auge fassen:



1. Minimal gefährdete Konsumenten, Abstinente

- Prävention, Wissensvermittlung

2. Konsumenten mit erhöhtem Suchtrisiko, sogenannte Risikotrinkende (siehe Definition auf S. 6)

- Kurzinterventionen durch Mitarbeitende in ambulanten und stationären Einrichtungen wie Spitex, Arztpraxis, Beratungsstellen, Alters- und Pflegeheimen, Spital; niederschwellige Beratung

3. Suchtkranke, Personen mit Substanzmissbrauch

- formale Behandlung, ambulant und/oder stationär

Frühinterventionen

Um Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch bei selbständig lebenden älteren Menschen vorzubeugen, eignet sich eine dem Alter entsprechende Wissensvermittlung. In Kombination dazu können zum Beispiel vertragliche Vereinbarungen mit betreuenden oder begleitenden Personen getroffen oder der eigene Konsum selbstständig protokolliert und mit dem Arzt/der Ärztin besprochen werden. In den USA erwies sich etwa das Aushändigen einer speziellen altersspezifischen Kurzinterventionsbroschüre bei Personen mit riskanten Trinkmustern als sehr erfolgreich. Diese Personen vermögen ihr Verhalten allenfalls noch anzupassen, sofern sie wissen, wie risikoreich es ist.

Ausstiegsorientierte Interventionen

Bei Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit sind Hausbesuche von Pflegefachkräften oder Sozialarbeitenden angezeigt, die speziell auf das Erkennen und Behandeln von Sucht und Substanzmissbrauch hin ausgebildet wurden. In Kombination mit Wissensvermittlung und ärztlicher Beratung lassen sich dabei gute Erfolge erzielen. Bei stationären Patientinnen und Patienten bewährten sich Therapiemethoden mit fortlaufender Dosisreduktion (teilweise unter Verwendung von Placebo) und zeitlich begrenzter Substitutionsabgabe (Suchtmittlersatzstoff). Im Fall von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit sind je nach Schweregrad ärztliche Kurzinterventionen oder formale Entzugstherapien nötig. Ähnliche Methoden erwiesen sich bei der Nikotinentwöhnung als erfolgreich – oft in Kombination mit Substitutionsprodukten. Eine detaillierte Analyse der verschiedenen Interventionsmethoden findet sich im bereits erwähnten Bericht «Alter und Sucht».

Fazit

Interventionsansätze



FRÜHINTERVENTION

Ziel:

Sucht vor ihrem Entstehen/ihrer Manifestation verhindern

- altersspezifische Wissensvermittlung, Hilfestellung zur Selbstkontrolle und/oder Verstärkung ärztlicher bzw. pflegerischer Kontrolle des Gesundheitszustandes und der Konsumgewohnheiten



INTERVENTIONEN BEI BESTEHENDER SUCHT

(ausstiegsorientierte Interventionen)

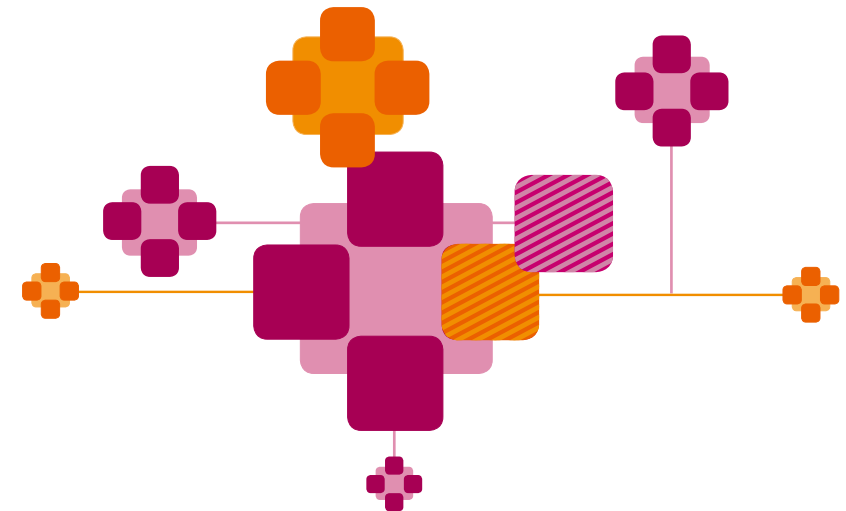
Ziel:

Ausstieg aus der Sucht

- formale Behandlung, ambulant und/oder stationär, ggf. Abgabe von Substitutionsprodukten

Sucht im Alter ist ein weitgehend unterschätztes Problem mit wachsender Brisanz, dem es so früh wie möglich in angemessener Weise zu begegnen gilt. Noch immer werden viele Suchterkrankungen bei älteren Menschen gar nicht erkannt oder leichtfertig als unerheblich abgetan. Bei der Entwicklung von Erfolg versprechenden Interventionen muss den Unterschieden zwischen älteren und jüngeren Altersgruppen sowie zwischen Männern und Frauen grosse Beachtung geschenkt werden.

Entscheidend im Bereich der Frühinterventionen sind Aufklärung über Wirkungsweise und Gefahrenpotenzial verschiedener Substanzen sowie die Motivierung älterer Menschen, ihren Konsum kritisch zu hinterfragen. Ausstieg aus der Sucht lohnt sich auch noch im hohen Alter – für eine verbesserte Lebensqualität der Betroffenen sowie im Hinblick auf die Gesundheitskosten, die Folgeschäden der Suchterkrankungen nach sich ziehen. Sind die Interventionen altersgerecht gestaltet, zeigen ältere Menschen mindestens ebenso hohe Erfolgsraten wie jüngere Altersgruppen, sowohl bei Früh- als auch bei ausstiegsorientierten Interventionen. Insbesondere Frauen sprechen auf die meisten Ansätze sehr gut an. Für die Interventionen bei gefährdeten oder abhängigen Personen sind Massnahmen zu entwickeln, die spezifisch auf die verschiedenen Teilgruppen der älteren Bevölkerung zugeschnitten sind. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere geschlechts- und migrationsspezifische Faktoren. Es sind lokale, auf den Kontext zugeschnittene Bedarfsabklärungen (z. B. Schweiz/Zürich) nötig, und die Massnahmen müssen auf die einzelnen Zielgruppen hin konkretisiert werden, um eine optimale Wirkung zu erzielen.



Anhang

Referenzen

Beutel M, Baumann M. 2000. *Rehabilitation suchtkranker älterer Patienten*. Suchttherapie; 1: 155–162.

Gesundheitsobservatorium 2002, *Monitoring des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums*. www.obsan.ch/monitoring/statistiken/3_2_2/d/, online seit 3.10.2006.

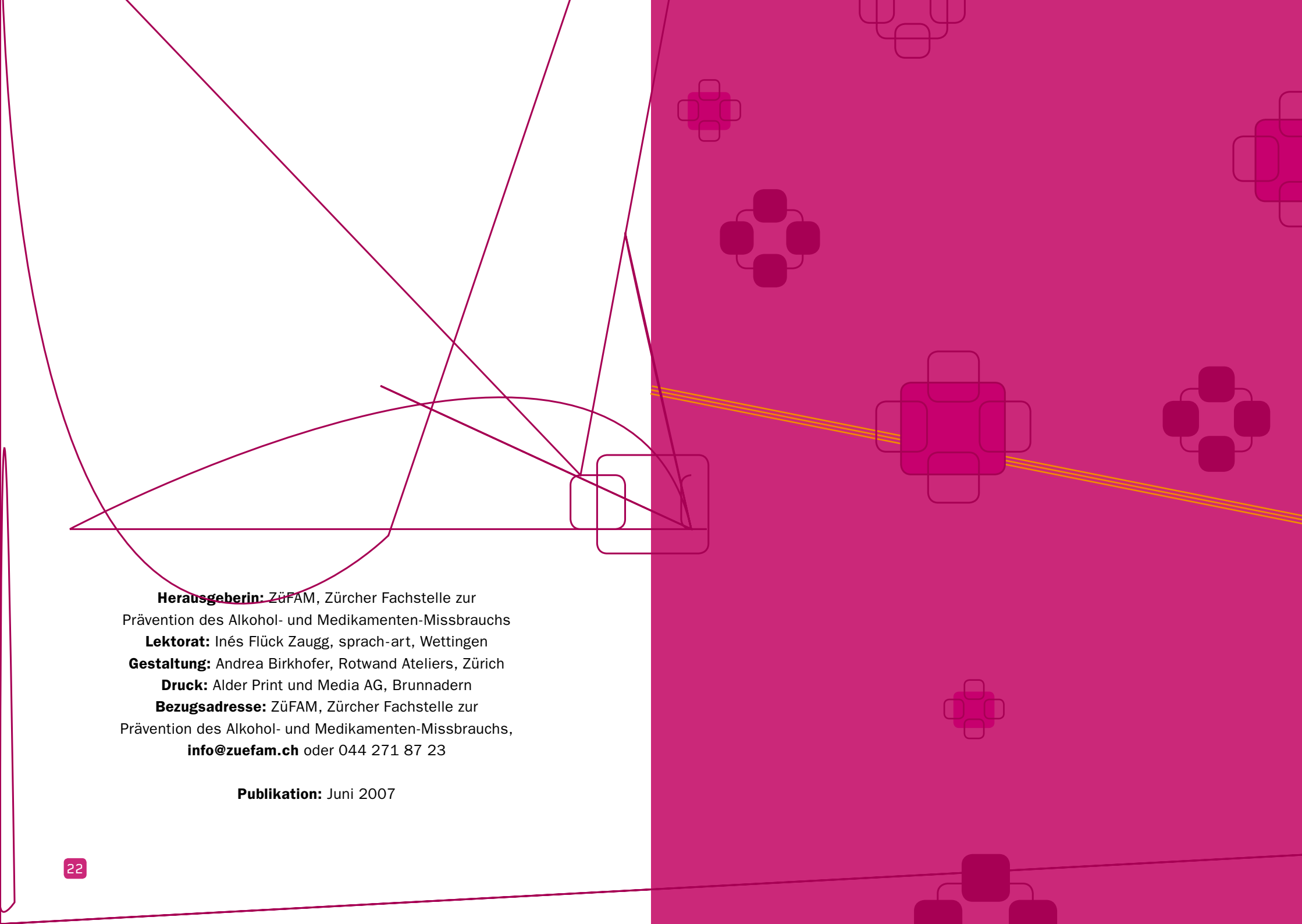
Pittrow D, Krappweis J, Kirch W. 2002. *Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf*. Dtsch Med Wochenschr; 127: 1995–2000.

Schnoz D, Salis Gross C, Grubenmann D, Uchtenhagen A. 2006. *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Forschungsbericht des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Forschungsbericht Nr. 221.

Wetterling T, Backhaus J, Junghanns K. 2002. *Sucht im Alter. Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen?* Nervenarzt; 73: 861–866.

Spezifische Screening-Instrumente für ältere Menschen

- > Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)
 - Blow FC, Brower KJ, Schulenberg JE et al. *The Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument*. Alcohol Clin Exp Res 1992; 19: 372.
- > Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (SMAST-G)
 - Blow FC, Gillespie BW, Barry KL et al. 1998. *Brief screening for alcohol problems in elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (SMAST-G)*. Alcohol Clin Exp Res; 22 (Suppl): 131A.
- > CAGE
 - Mayfield D, McLeod G, Hall P. 1974. *The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument*. Am J Psychiat; 131: 238–246.
 - Buchsbaum DG, Buchannan RG, Welsh J et al. 1992. *Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire*. J Am Geriatr Soc; 40: 662–665.
 - Clay SW. 1997. *Comparison of the AUDIT and CAGE questionnaires in screening for alcohol use disorders in elderly primary care out-patients*. J Am Osteopathic Assoc; 10: 588–592.



Herausgeberin: ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur
Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs

Lektorat: Inés Flück Zaugg, sprach-art, Wettingen

Gestaltung: Andrea Birkhofer, Rotwand Ateliers, Zürich

Druck: Alder Print und Media AG, Brunnadern

Bezugsadresse: ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur
Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs,
info@zuefam.ch oder 044 271 87 23

Publikation: Juni 2007



**Zürcher Fachstelle zur
Prävention des
Alkohol- und Medikamenten-
Missbrauchs**

Langstrasse 229, Postfach

CH-8031 Zürich

Telefon 044 271 87 23

Fax 044 271 85 74

info@zuefam.ch

www.zuefam.ch