

Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter

Recommendations for the Prevention, Diagnostics and Therapy of Addiction Disorders in the Elderly

Egemen Savaskan^{1,4}, Andreas Fuchs⁵, Ulrich Hemmeter^{1,5}, Bernd Ibach⁶, Esther Indermaur^{2,7,14}, Stefan Klöppel^{1,8}, Sabrina Laimbacher^{2,13,14}, Thomas Leyhe^{1,9}, Claudia Lötscher^{2,10,14}, Julius Popp⁴, Tilo Stauch⁸, Gerhard Wiesbeck^{3,10}, Alexander Wopfner^{3,11} und Daniele Zullino^{3,12}

¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP), Bern

² Schweizer Berufsverband für Pflegefachpersonal (SBK), Bern

³ Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), Bern

⁴ Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

⁵ Psychiatrie St. Gallen Nord, St. Gallen

⁶ Zentrum für Alterspsychiatrie und Privé, Clenia Littenheid AG, Littenheid

⁷ Spitex Zürich Limmat AG, Zürich

⁸ Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

⁹ Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel und Alterspsychiatrie, Universitäre Altersmedizin, Felix Platter, Basel

¹⁰ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

¹¹ Klinik Südhang, Kirchindach

¹² Service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genf

¹³ Berner Fachhochschule, Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege

¹⁴ Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege und Gerontologie

Zusammenfassung: Obwohl der chronische Konsum einzelner Substanzen wie z.B. Alkohol und Sedativa, sowie zunehmend auch Opiode, im Alter ein grosses Problem mit erheblichen Folgeschäden für die Betroffenen darstellt, ist den entsprechenden Störungsbildern bisher wenig Beachtung geschenkt worden. Die vorliegenden Empfehlungen sind unter der Federführung der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie- und Psychotherapie (SGAP) in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Berufsverband für Pflegefachpersonal (SBK) und der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) entstanden, mit dem Ziel, den aktuellen Stand des Wissens über die Abhängigkeitserkrankungen im Alter sowie über die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie zusammenzufassen und den interprofessionellen, klinischen Teams zur Verfügung zu stellen. Sie sollen helfen, die Prävention und Frühdiagnostik zu stärken, und stellen bewusst die Psychotherapie und pflegerischen Interventionsmöglichkeiten in den Vordergrund.

Schlüsselwörter: Abhängigkeitserkrankung, Alter, Sucht, Alkohol, Benzodiazepine, Opiode

Abstract: Although the chronic consumption of alcohol and sedatives, and increasingly opioids, represents a major problem in old age with consequential damage for those affected, little attention has been paid to the substance abuse disorders in old age. The aim of the present recommendations, a collaboration work of the Swiss Society for Geriatric Psychiatry and Psychotherapy (SGAP), Swiss Nurses Association (SBK) and Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM), is to summarize the current state of knowledge in prevention, diagnostics and therapy of substance abuse disorders in old age for an interprofessional clinical team. They are intended to help strengthen prevention and early diagnosis, and consciously emphasize psychotherapy and nursing intervention options.

Keywords: Addiction, age, alcohol, benzodiazepines, opioids

Résumé: La consommation chronique à l'âge avancé de substances comme l'alcool et les sédatifs, et plus récemment d'opioïdes, représente un important problème avec des conséquences à court et à long terme. Malgré cela, peu d'attention a été accordée aux troubles associés à la consommation de ces produits. Les présentes recommandations ont été formulées par la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA) en collaboration avec l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) et la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSMA). Elles ont comme objectif de mettre à la disposition des intervenants des connaissances au sujet des troubles addictifs à l'âge avancé et les options préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Elles sont sensées renforcer la prévention et le dépistage précoce et mettent en avant les interventions psychothérapeutiques et les soins.

Mots-clés: Dépendance, alcool, benzodiazépines, opioïdes, âge

Abhängigkeitserkrankungen bei älteren Personen sind bisher ein wenig beachtetes Gebiet der Altersmedizin, obwohl diese im Kontext der demographischen Alterung und dem medizintechnischen Fortschritt eine stetig wachsende Gruppe darstellen. Es gibt Menschen, die mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit altern (early onset oder Früheinsteiger) und Menschen, die im Alter eine Substanzabhängigkeit entwickeln (late onset oder Späteinsteiger). Substanzkonsum und Abhängigkeitserkrankungen im Alter sind mit verschiedenen Risiken und Herausforderungen verbunden, dies auch vor dem Hintergrund häufiger Komorbiditäten. Diese Ausgangslage erfordert eine multi-professionelle Zusammenarbeit. Dennoch wird das Störungsbild von Fachpersonen – aber auch von den Betroffenen selbst – oftmals unterschätzt, nicht erkannt oder falsch interpretiert. Auch wenn der Konsum von illegalen Drogen momentan in dieser Altersgruppe nicht im Vordergrund steht, stellt der chronische Konsum von Alkohol und Sedativa, sowie zunehmend auch von Opioiden, ein grosses gesundheitliches Problem mit schwerwiegenden Folgen in dieser vulnerablen Patientengruppe dar. Die Empfehlungen liegen als umfassendes Manual vor; die vorliegende Version ist eine Zusammenfassung. Da für die meisten Interventionsmöglichkeiten in dieser Altersgruppe die kontrollierten Studien oft fehlen, wird neben der aktuellen Evidenzlage die klinische Erfahrung der Experten mitberücksichtigt. Das Ziel der Empfehlungen ist es, die Prävention und Frühdiagnostik dieser Erkrankungen zu stärken, und für die Bedürfnisse älterer Menschen angemessene Therapieoptionen in den Vordergrund zu stellen.

Neurobiologische Grundlagen der Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen entstehen durch regelmäßiges Suchtverhalten, welches über das mesolimbische Verstärkungs- und Belohnungssystem zu belohnungsassoziiertem Lernen und Gedächtnisbildung führt [1]. Das zunächst willentlich gesteuerte Verhalten geht dabei mit der Zeit in automatisierte und schliesslich zwanghafte Schemata über. Auch wenn die einzelnen Substanzen unterschiedliche Wirkungsmechanismen haben, spielt das mesolimbische dopaminerge System eine entscheidende Rolle [2]. Ausgehend vom ventralen Tegmentum projizie-

ren diese dopaminergen Neuronen ins ventrale Striatum (Nucleus accumbens) und in den präfrontalen Kortex. Dopamin-Ausschüttung scheint dabei für die Kodierung verantwortlich zu sein. Andere Neurotransmitter, wie z.B. GABA, und andere Hirnareale wie Hippocampus und Amygdala, tragen ebenfalls zur Entstehung der Abhängigkeitserkrankung bei. Die Toleranzentwicklung für einzelne Substanzen ist primär auf Veränderungen der GABAergen und glutamatergen Systeme zurückzuführen. Die stressregulierende Wirkung einzelner Substanzen entsteht über GABAerge und serotonerge Projektionen, und Störungen dieser Neurotransmitter sind verantwortlich für die Entstehung affektiver Symptome.

Abhängigkeitserkrankungen und Komorbidität

Abhängigkeitserkrankungen können unmittelbare Folgen der akuten Intoxikation wie Atemstillstand, mittelbare Folgen wie Unfälle unter Substanzeinwirkung oder Leberzirrhose infolge des Alkoholkonsums, und indirekte Folgen wie Depression haben. Somatische Komorbiditäten, gerade bei einem chronischen Konsum, sind häufig, so etwa dermatologisch Hautabszesse, kardiovaskulär essenzielle Hypertension, Angina, Myokardinfarkte, Herzinsuffizienz, Arrhythmien, infektiöse Endokarditis und Kardiomyopathien, respiratorisch Septum-Perforation der Nase, COPD, Asthma, gastrointestinal virale Hepatitis, Hepatokarzinom, peptisches Ulkus, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Pankreatitis, Gastritis, Zirrhose, zirrhotische Varizen, hämatologisch Anämie, Thrombozytopenie und Koagulopathien, neurologisch Schlaganfall, Enzephalopathie, traumatische Hirnverletzung, Epilepsie, epidurale Abszesse, periphere Neuropathien und Wernicke-Korsakoff-Syndrom, endokrinologisch Hypo-/Hyperthyroidismus, Typ-2-Diabetes mellitus und Hypogonadismus, immunologisch HIV, Immunsuppression auf der Basis von opportunistischen Infektionen und nekrotisierende Vaskulitis sowie metabolisch Elektrolytstörungen, Hypoxie und Dehydratation [3]. Spezifische Folgeschäden werden unten separat bei der jeweiligen Substanz besprochen.

Als komorbide psychiatrische Erkrankungen treten am häufigsten Depression und Angststörungen auf, vor allem

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CAM	Confusion Assessment Method
CANE	Camberwell Assessment of Need for the Elderly
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease/chronische obstruktive Lungenerkrankung
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapien
DOS	Delirium Observation Screening Scale
epaPsyC	Ergebnisorientiertes Pflege Assessment für das psychiatrische Setting
GABA	Gamma-Aminobutyric acid oder γ -Aminobuttersäure
GAST-Fragebogen	Geriatrischer Alkoholabhängigkeits- und Missbrauch-Screening Test
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
MBS	Marchiafava-Bignami-Syndrom
MI	Motivational Interview; die motivierende Gesprächsführung
NOSGER	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SMASST-G	Short Michigan Alcoholism Screening Instrument – Geriatric Version
TTM	Das Transtheoretische Modell
WE	Wernicke-Enzephalopathie
WKS	Wernicke-Korsakoff-Syndrom

in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit [4]. Majore Depressionen, bipolare Störungen, kognitive Störungen und Demenz sind die häufigsten komorbiden psychiatrischen Störungsbilder, die bei Betroffenen mit einer Abhängigkeitserkrankung beobachtet werden. Sehr häufig sind auch Psychosen, Schlafstörungen, sexuelle Dysfunktion, Delir, Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung, Traumafolgestörungen sowie Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen.

Die psychosozialen Folgen der Abhängigkeitserkrankung

Folgen chronischen Substanzkonsums können gravierender sein, wenn eine Abhängigkeit in jüngeren Jahren beginnt und sich im späten Alter fortsetzt, im Unterschied zu einer Erkrankung, die erst spät im Alter beginnt [5]. Konsumenten, die erst spät eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, sind in der Regel eher stabil, sozial integriert und zeigen eine bessere Behandlungsbereitschaft. Die soziale Vulnerabilität erhöht sich im Alter, und Verlusterlebnisse sowie Einschränkungen durch Krankheiten können zum erhöhten Substanzkonsum führen. Substanzen wie Alkohol werden oft auch zur Linderung von Angst und Schmerzen eingesetzt.

Die Angst vor Stigmatisierung führt oft zur Verdrängung der Problematik und zu Schamgefühl [6]. Deswegen kann es zur Selbstvernachlässigung mit sozialer Einsam-

keit infolge von Vermeidungsverhalten und zu Gesundheitsproblemen kommen, weil die Betroffenen oft nicht rechtzeitig medizinische Hilfe suchen. Motive für den Substanzkonsum und gleichzeitig unmittelbare Folgen einer Substanzstörung können Trennungen, Versagen im Beruf oder Privatleben, Arbeitslosigkeit, finanzielle Engpässe, Schulden, strafrechtliche Komplikationen sowie Wohnungsverlust und Obdachlosigkeit sein. Vor allem der Alkoholkonsum kann das Risiko für Depressionen und Suizidalität erhöhen. Delir, Stürze, kognitive Störungen, eine paranoide Entwicklung, Rückzugsverhalten, Selbstvernachlässigung und Konflikte mit dem Umfeld können die Abwärtsspirale der Abhängigkeitserkrankung verstärken und einen Ausstieg vom Substanzkonsum erschweren. Gesundheitliche und soziale Risiken wie Infektionskrankheiten, Mangelernährung, Überdosen, erhöhte Mortalität, Kriminalität und Prostitution können die Lebensführung der Betroffenen erschweren.

Prävention

Präventionsmassnahmen können auf verschiedenen Ebenen eingesetzt werden: Während universelle Massnahmen ganze Populationen oder besondere Bevölkerungsgruppen wie z.B. ältere Personen im Fokus haben können, geht eine selektive Prävention auf die Bedürfnisse von Betroffenen mit erhöhtem Risiko ein. Eine Prävention kann auch indiziert sein, wenn Individuen mit bestehendem, schädlichem Konsum gezielt angegangen werden sollen. Wesentliche Massnahmen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wären Früherkennung und -interventionen mit Beratungs- und therapeutischen Massnahmen. Diese können in verschiedenen Settings wie Notaufnahmen, Arztpraxen, Alters- und Pflegeheimen, Gemeinde, Familie, Freizeit und im öffentlichen Raum eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang besonders zu erwähnen ist die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Partnern aus dem Suchtbereich 2018 ausgearbeitete «Nationale Strategie Sucht», die zu den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Therapie, Beratung, Schadenminderung, Risikominimierung, Regulierung und Vollzug Stellung nimmt und Massnahmen vorschlägt.

Alkoholabhängigkeit

Screening-Instrumente können die Früherkennung und Prävention bei älteren Personen deutlich verbessern, aber nur wenige dieser Verfahren sind in dieser Altersgruppe bisher evaluiert und validiert worden. Als geeignete Instrumente sind CAGE, AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption) und SMASST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Instrument – Geriatric Version) empfohlen worden [7]. Nach der Identifikation der Risikopatientinnen und -patienten kann eine «Kurzintervention» als wirksames Mittel zur Konsumreduktion eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um eine kurze

Frühintervention, die psychoedukative mit motivierenden Elementen in einem strukturierten Gespräch verbindet [8]. Diese Intervention kann 15 bis 60 Minuten dauern. Anschliessend kann der Betroffene für die weiterführende Abklärung, Behandlung und Beratung zu einem Spezialisten überwiesen werden.

Benzodiazepinabhängigkeit

Zur Vorbeugung werden folgende Massnahmen empfohlen:

- Benzodiazepine sollen grundsätzlich nicht als Schlafmedikation eingesetzt werden.
- Bei missbräuchlichem Konsum oder Abhängigkeitserkrankung in der Vorgeschichte ist von der Behandlung mit Benzodiazepinen abzusehen.
- Bei bekannter zerebraler Vorschädigung, bei leichten kognitiven Störungen und Demenzen sowie bei hohem Delir-Risiko sollten Benzodiazepine und Analoga nicht eingesetzt werden.

Wenn Benzodiazepine oder Analoga verschrieben werden, gilt Folgendes:

- Der Einsatz sollte nach sorgfältiger Indikationsstellung und als Teil eines Behandlungsplans erfolgen. Die Patientinnen und Patienten müssen über das Abhängigkeitspotenzial und die weiteren möglichen Nebenwirkungen sowie über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.
- Substanzen mit kurzer Halbwertszeit (Lorazepam, Oxazepam, bei Insomnien Zolpidem oder Zopiclon) sind zu bevorzugen.
- Die Dosis soll dem Schweregrad der Symptome angepasst und möglichst niedrig gehalten werden.
- Die regelmässige Einnahme sollte drei bis vier Wochen nicht überschreiten.
- Die Indikation soll regelmässig überprüft werden. Bei fehlender oder fraglicher Indikation sind Absetzversuche vorzunehmen.
- Pflegefachpersonen kommt beim Thema Medikamenten-Langzeitgebrauch im Alter eine zentrale Rolle zu. Am Anfang stehen dabei die sorgfältige Krankenbeobachtung und die Zuordnung unterschiedlicher Auffälligkeiten zum Störungsbild sowie die Weiterleitung dieser Beobachtungen an den behandelnden Arzt.
- In regelmässigen (Psychotherapie-)Gesprächen sollen die Erwartungen und Symptome der Patientinnen und Patienten überprüft, alternative Therapiemöglichkeiten besprochen und möglichst zur Reduktion oder zum Absetzen ermutigt werden.

Opiate

Generell wird empfohlen:

- Nicht-Opioid-Therapie und nicht-pharmakologische Ansätze sind bei chronischen Schmerzen die bevorzugte Behandlung. Der Einsatz von Opiaten ist grundsätz-

lich nur bei Schmerzen infolge von Tumorerkrankungen indiziert.

- Opiate sind bei primären Kopfschmerzen, funktionellen Störungen als Hauptursachen von Schmerzsyndromen, Fibromyalgiesyndrom, Schmerzen infolge von psychiatrischen Erkrankungen, affektiven Störungen/Suizidalität, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Pankreatitis nicht indiziert.
- Bei missbräuchlichem Konsum oder Abhängigkeitserkrankungen in der Vorgeschichte ist die Behandlung mit Opiaten kontraindiziert.

Wenn Opiate verschrieben werden gilt Folgendes:

- Der Einsatz sollte nach sorgfältiger Indikationsstellung und als Teil eines Behandlungsplans erfolgen. Die Patientinnen und Patienten müssen über das Abhängigkeitspotenzial und die weiteren möglichen Nebenwirkungen sowie über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.
- Die Dosis soll dem Schweregrad der Symptome angepasst und möglichst niedrig gehalten werden.
- Präparate mit retardierter Galenik bzw. langer Wirkdauer sollen eingesetzt werden
- Eine Tagesdosis von 120 mg Morphinäquivalent soll nur in Ausnahmefällen überschritten werden.
- Eine Behandlung länger als drei Monate kann bei Therapierespondern durchgeführt werden. Nach sechs Monaten soll mit der Patientin/dem Patienten die Möglichkeit einer Dosisreduktion und eines Auslassversuches besprochen werden.
- Die Indikation soll regelmässig unter Einbezug eines Fachspezialisten überprüft werden. Bei fehlender oder fraglicher Indikation sind Absetzversuche vorzunehmen.
- Eine Dosis von über 120 mg Morphinäquivalent soll nur in Ausnahmefällen überschritten werden.

Andere Substanzen

In der Prävention und zur Vermeidung der Folgeschäden der Nikotinabhängigkeit ist ein Rauchstopp auch bei älteren Personen wirksam. Hier kann auch die «Kurzintervention» wie oben beschrieben eingesetzt werden. Bei Medikamentenabhängigkeit können die Screening-Instrumente, die bei Alkoholstörungen eingesetzt werden, hilfreich sein und die Überführung zur Psychotherapie erleichtern. Obwohl illegale Drogen aktuell in der älteren Bevölkerung keine grosse Rolle spielen, ist mit steigender Akzeptanz dieser Substanzen mit einer Zunahme des Konsums zu rechnen. Rechtzeitig eingesetzte Aufklärung über die Folgen dieser Substanzen und Beratungsangebote können den Anstieg vermindern helfen.

Alkohol

Alkohol gehört neben Sedativa zu den am meisten konsumierten Substanzen in der Schweiz [9, 10]. Der Konsum

nimmt mit zunehmendem Alter zu, auf bis zu 26,2% Anteil bei den über 75-Jährigen. Der Pro-Kopf-Konsum hat zwar etwas abgenommen, aber der chronisch risikoreiche Konsum stellt bei über 65-Jährigen ein grosses Problem dar. Vor allem sind Männer betroffen, physiologische Veränderungen und Multimorbidität führen zu einer Abnahme der Toleranz im Alter [5, 11]. Hohe Konsummenge, kritische Lebensereignisse, soziodemografische Variablen (männlich, allein lebend), komorbide psychische Störungen (Angst, Depression, Persönlichkeitsstörung) und andere Suchterkrankungen sind allgemeine Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit [12].

Klinik

Klinische Zeichen wie Alkoholgeruch, gerötete Konjunktiven, Tremor, Hautveränderungen wie z.B. Gefässspinnen und Palmarerythem, Schweißneigung, Gangunsicherheit, Stürze, Schlafstörungen, Magen-Darm-Störungen, Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit, reduzierter Allgemeinzustand, Mangelernährung, Störungen der Potenz, Inkontinenz, Bluthochdruck, instabiler Diabetes mellitus, sozialer Rückzug, Vernachlässigung der Körperhygiene und emotionale Veränderungen wie Angst und Depression können auf eine Alkohol-bedingte Störung hinweisen [11, 13]. Beim plötzlichen Absetzen des Konsums kann es zu einer zentralnervösen Erregung kommen, weil die hemmende Wirkung des Alkohols über die GABA-Rezeptoren ausbleibt [11]. Typische Entzugssymptome sind gastrointestinale Beschwerden wie Nausea, Erbrechen, Diarrhö, Anorexie und Magenschmerzen, Herz-Kreislauf-Probleme wie Tachykardie, Hypertonie und orthostatische Hypotension, vegetative Symptome wie Schwitzen, Mundtrockenheit, Mydriasis, Gesichtsrötung, Tremor, Juckreiz, Koordinations- und Sehstörungen, Schlafstörungen, Kopf- und Muskelschmerzen und Schwäche sowie psychische Störungen wie Reizbarkeit, Unruhe, Angst, Depression, Konzentrations-, Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen. Schwere Alkoholentzüge können mit Delir und epileptischen Anfällen einhergehen. Deswegen wird generell empfohlen, Entzugsbehandlungen bei älteren Personen stationär durchzuführen.

Diagnostik

Eine ausführliche Anamneseerhebung einschliesslich der Fremdanamnese, eine klinische Untersuchung mit Neurostatus, Labor und die Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeit sind die Basis der Diagnostik. Labor-Befunde wie γ -Glutamyltransferase, Lebertransaminasen, mittleres Erythrozytenvolumen, Carbohydratdefizientes Transferrin und der Ethanolmetabolit Ethylglukoronid können Hinweise über das Konsumverhalten und Folgeschäden geben [5, 11]. Eine ausführliche neuropsychologische Testung wird oft notwendig. Wichtige Assessment-Instrumente, die auch bei Älteren für Screenings eingesetzt werden können, sind der CAGE-Frage-

bogen, der AUDIT und der SMAST-G. Die Kurzform des AUDIT kann bei älteren Personen gut eingesetzt werden, im deutschsprachigen Raum kommt oft der GAST-Fragebogen zum Einsatz.

Therapie

In der Therapie sollen die komorbiden Begleiterkrankungen und die sozialen Ressourcen der Betroffenen berücksichtigt werden. Oft ist eine völlige Abstinenz als Therapieziel nicht realistisch, und niederschwellige Angebote mit fließenden Übergängen zwischen stationärem, teilstationärem und ambulantes Setting sind zu empfehlen. Angehörige sollen wenn immer möglich miteinbezogen werden. Wenn schwere Entzugssymptome erwartet werden, ist die Therapie unbedingt stationär durchzuführen. Ko-Konsum von anderen Substanzen, Delir in der Vorgeschichte, Folgekrankheiten des Alkoholkonsums, kognitive Störungen und die Dauer des Konsums sind Risikofaktoren für einen schweren Entzug. In der Alkoholentzugsbehandlung braucht es neben der Überwachung der Vitalparameter und Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr beim Vorliegen von kognitiven Störungen eine Substitutionsbehandlung mit Thiamin. Magnesium, zusätzliche B- und C-Vitamine sowie Folsäure sollten bei Mangelernährung hinzugefügt werden. Um eine Sedierung zu erreichen und epileptischen Anfällen vorzubeugen, werden Entzugsbehandlungen in der Regel mit Benzodiazepinen durchgeführt. Um Kumulation zu vermeiden, werden Lorazepam und Oxazepam empfohlen, die eine kürzere bis mittlere Halbwertszeit haben. Beim Vorliegen von psychotischen Symptomen können auch Antipsychotika eingesetzt werden. Carbamazepin und Valproat zur Anfallsprophylaxe werden aufgrund ihres Nebenwirkungspotenzials bei älteren Personen eher nicht empfohlen. Sympathikolytische Substanzen wie β -Blocker und α 2-Antagonisten können zur Linderung der Entzugssymptome eingesetzt werden.

Die weitere Therapie nach dem Entzug soll psychotherapeutisch begleitet werden. Die Interventionsmöglichkeiten werden in einem anderen Kapitel diskutiert. Eine sichere Umgebung bei möglicher Selbst- und Fremdgefährdung, Orientierungshilfen, sichere Umgebung und Vermeidung von Reizüberflutung sind zusätzliche unterstützende Massnahmen der Therapie. In der Postakutbehandlung können als Rückfallprophylaxe Naltrexon und Acamprosat eingesetzt werden. Disulfiram wird bei älteren Betroffenen nicht empfohlen. Bei komorbiden psychiatrischen Erkrankungen wie Depression soll der Einsatz eines Antidepressivums erwogen und die Psychotherapie entsprechend angepasst werden.

Folgeschäden

Verletzungen, Unfälle, Leberzirrhose und Krebserkrankungen sind die häufigsten Folgen einer Alkoholabhängigkeit mit erhöhter Mortalität [10]. Das Störungsbild ist

ebenfalls mit hoher Suizidalität assoziiert. Gastrointestinale Störungen wie Gastritis und Magenulzera, akute und chronisch progressive Pankreatitis, alkoholische Kardiomyopathie, Thrombozytendepression und megaloblastische Anämie, Karzinome, Kleinhirnatrophie, Ataxie, Polyneuropathien und extrapyramidale Symptome sind häufig. Aufgrund des Thiaminmangels kann das Wernicke-Korsakoff-Syndrom auftreten und bleibende kognitive Schäden können entstehen. Eine Alkoholdemenz tritt in der Regel bei chronisch schädlichem Konsum in jüngeren Jahren auf als die Alzheimer-Demenz und äussert sich mit exekutiver Dysfunktion, Orientierungsstörungen, Enthemmung, Affektstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Gereiztheit, Depression und Verwahrlosung.

Sedativa

Unter Sedativa versteht man eine Reihe von Substanzen, die angstlösende, sedierende und Schlaf anstossende Wirkungen haben. In diesem Text sind mit Sedativa Benzodiazepine und Benzodiazepin-Analoga wie Zopiclon, Zaleplon und Zolpidem gemeint. Diese wirken auf die post-synaptischen GABA-Rezeptoren und verstärken die hemmende Wirkung des Neurotransmitters [15]. Laut Suchtmonitoring Schweiz beträgt der Anteil der Personen mit problematischer Einnahme dieser Substanzen 18,4 % bei den über 75-jährigen [10]. Hauptsächlich sind Frauen betroffen. Diese Medikamente werden hauptsächlich bei Schlaf- und Angststörungen eingesetzt. Der chronische Einsatz dieser Substanzen als Schlafmittel ist unverhältnismässig und soll vermieden werden.

Weibliches Geschlecht, chronische Schmerzen, Zugang zur unkontrollierten Verschreibung, Polypharmazie, Immobilität, sozialer Rückzug, Suizidalität, schwere Krankheiten und Multimorbidität sind Risikofaktoren für den Missbrauch von Sedativa. Prädiktive Faktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit sind hohe durchschnittliche Dosis (>15 mg Diazepam-Äquivalent), Einnahmedauer (länger als drei Monate), abhängige Persönlichkeitsstruktur, anamnestisch vorhandene Substanzabhängigkeit und Toleranzentwicklung [5]. Deswegen sollen, wenn der Einsatz dieser Medikamente notwendig ist, in erster Linie Substanzen wie Lorezepam und Oxazepam mit kürzerer Halbwertszeit, zeitlich beschränkt und nicht als regelmässige Einnahme, sondern als Bedarfsmedikation verordnet werden.

Klinik

Nach dem Absetzen von Sedativa können Rückfallsymptome wie Angst, Unruhe und Schlafstörungen auftreten, für deren Behandlung die Substanz ursprünglich eingesetzt wurde. Diese können nach Beendigung der Einnahme als Reboundssymptome sogar noch verstärkt werden. Bei der Intoxikation mit diesen Medikamenten sind Symptome wie Benommenheit, Tagesmüdigkeit, Apa-

thie, Affektverflachung, Depression, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, kognitive Beeinträchtigungen, Muskelschwäche, Ataxie, Koordinations- und Gangstörungen, Delir, Stürze und Atemdepression zu erwarten. Das Entzugssyndrom nach plötzlichem Absetzen verläuft mit Agitation, Angst, Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen und vegetativen Symptomen wie Palpitation und Schwitzen [5, 15]. Zusätzlich können Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Depression, Koordinations- und Konzentrationsstörungen, Tinnitus und Parästhesien auftreten. Schwere Entzugssyndrome können von einem Delir, psychotischen Symptomen, Myoklonien und epileptischen Anfällen geprägt sein.

Diagnostik

Eine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung unter Berücksichtigung einer Abhängigkeitserkrankung, der Symptome einer Intoxikation und eines Entzugs, sind die Basis der Diagnostik. Bei jeder stationären Aufnahme soll an einen chronischen Konsum gedacht werden, auch, um zu vermeiden, durch plötzliches Absetzen der Substanz ein Delir zu verursachen. In der Regel können einzelne Substanzen und deren Metaboliten im Urin nachgewiesen werden. Benzodiazepine Dependence Questionnaire-BDEPQ, Benzodiazepine Dependence Self Report Questionnaire-Bendep-SRQ, Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire-BWSQ, Benzodiazepine Craving Questionnaire-BCQ, The Severity of Dependence Scale-SDS, Physician Withdrawal Checklist-PWC, Clinical Institute Withdrawal Assessment-Benzodiazepines-CIWA-B, Lippstädter BenzoCheck, Hamburger Benzodiazepin-Entzugs-Skala und Benzodiazepin-Entzugsskala sind gängige Assessment-Instrumente, die eingesetzt werden können [5].

Therapie

Eine Dosisreduktion und eine Umstellung auf eine geeignetere Substanz sind in dieser Altersgruppe ein Behandlungserfolg; das Ziel einer völligen Abstinenz ist oft unrealistisch. Der Erfolg einer Entzugsbehandlung ist abhängig von der Adhärenz des Betroffenen, seinen sozialen Ressourcen und dem Fehlen einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung. Eine ausführliche Information ist notwendig, um Krankheitsverständnis und Motivation zu verbessern. Die Entzugsbehandlung wird mit Benzodiazepinen mittlerer Halbwertszeit (Oxazepam, Lorazepam) durchgeführt. Dabei kann eine semilogarithmische oder lineare Reduktion im Tages- oder Wochenrhythmus durchgeführt werden. Zur Reduktion der Entzugssymptome und bei affektiver Verschlechterung können Serotonin-Wiederhaufnahme-Hemmer, Trazodon, Valproat, Carbamazepin und Pregabalin eingesetzt werden. Mit Hilfe der «Benzodiazepin-Entzugsskala» können Betroffene den Verlauf der Entzugsbehandlung selbst verfolgen, wodurch das Coping verbessert wird [16]. Psychotherapeutische

Interventionen mit Fokus auf die begleitenden psychiatrischen Symptome erhöhen die Erfolgchancen und werden ausführlich unten beschrieben.

Folgeschäden

Sedation, Stürze (mit Knochenbrüchen) und Delir können bei älteren Personen schon bei kurzfristiger Einnahme auftreten. Die Mortalität ist bei chronischem Konsum deutlich erhöht. Benzodiazepine können kognitive Störungen verursachen, und es sind Hinweise vorhanden, dass sie die Entwicklung einer Demenz fördern können. Die Schlafarchitektur wird ungünstig beeinflusst, und das Immunsystem kann bei chronischer Einnahme beeinträchtigt werden.

Opiate und Opioide

Als Opiate werden Substanzen bezeichnet, die aus Opium gewonnen werden und zentrale euphorisierende, tranquilisierende und analgetische Wirkungen aufweisen. Unter diesem Kapitel werden nicht illegale Opium-Derivate wie Heroin besprochen, sondern Opiate und Opioide, die als Schmerzmittel eingesetzt werden, wie z.B. Tramadol, Codein, Buprenorphin, Fentanyl, Morphin und Oxycodon. Sie gehören zu den am meisten verordneten Medikamenten. Laut Suchtmonitoring Schweiz nehmen 9,5% der über 65-Jährigen regelmässig und fast die Hälfte (49%) dieser Personen täglich diese Medikamente ein [10]. Vor allem Frauen sind betroffen. Insgesamt nimmt der Konsum dieser Substanzen in den westlichen Ländern kontinuierlich zu. Opiate sind bei primären Kopfschmerzen, funktionellen Störungen als Hauptursachen von Schmerzsyndromen, Fibromyalgiesyndrom, Schmerzen infolge von psychiatrischen Erkrankungen, affektiven Störungen/Suizidalität, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Pankreatitis nicht indiziert. Die wichtigste Indikation für den Einsatz von Opiaten sind tumorbedingte Schmerzen. Indikationsfremde Verschreibungen sollen vermieden werden.

Opiate haben eine Reihe von Nebenwirkungen wie Sedation, Atemdepression, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Wahrnehmungsstörungen, Euphorie, Dysphorie, Appetitlosigkeit, Juckreiz, Harnverhalten, orthostatische Störungen, Obstipation und Ileus, die die Lebensführung der Betroffenen schwer beeinträchtigen können [17]. Bei Langzeitanwendung kann es zur Hyperalgesie kommen. Frakturen, Immunsuppression, Neuropathien und kognitive Beeinträchtigungen können weitere Folgen des chronischen Konsums sein.

Komorbide Suchterkrankungen, Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen, Psychosen und psychosozialer Stress sind die wichtigsten Risikofaktoren für eine Opioid-Abhängigkeit. Das Risiko für eine Abhängigkeit steigt, wenn die Substanz kurzwirksam ist, länger als 30 Tage verordnet wird und die tägliche Dosis 120 mg Morphinäquivalente übersteigt.

Hohes Alter ist grundsätzlich kein Risikofaktor, aber die Multimorbidität älterer Personen mit daraus resultierender Polypharmazie sowie die altersbedingten Stoffwechselveränderungen erhöhen das Risiko für Medikamenteninteraktionen und Nebenwirkungen. Opioide sollen bei älteren Personen in deutlich geringerer Dosis als bei jüngeren Erwachsenen eingesetzt und die Dosiserhöhung muss sehr langsam vorgenommen werden.

Klinik

Bei einer Abhängigkeitserkrankung zeigen die Betroffenen sozialen Rückzug, Craving, Depression, Angst, Apathie, Aufmerksamkeits-, Orientierungs- und Konzentrationsstörungen und Störungen der exekutiven Funktionen. Bei der Intoxikation mit diesen Substanzen kann initiale Euphorie gefolgt von Apathie, Dysphorie, psychomotorischer Unruhe oder Verlangsamung, sowie Beeinträchtigungen der Urteilsfähigkeit und der Alltagsfunktionen auftreten. Die Trias Koma, Miosis und Ateminsuffizienz ist lebensgefährlich und kann die Gabe eines Opiatantagonisten wie Naloxon notwendig machen [18].

Nach Absetzen der Opiate kann es schon nach wenigen Stunden zu Entzugssymptomen wie Muskelschmerzen, Bauchkrämpfen, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen, verstärkter Atmung, Tachykardie, Blutdruck- und Temperaturerhöhung und Dehydratation kommen. Depression, Angst, Unruhe und Dysphorie sind häufig. Niesen, Tränen, Gähnen, Schwitzen und akute Rhinitis können auftreten [19]. Auch wenn die Akutbeschwerden innerhalb von 5–10 Tagen abklingen, können Dysphorie und Schlafstörungen monatelang bestehen bleiben. Bei kardiovaskulären Vorerkrankungen und Epilepsie kann der Entzug schwerwiegender verlaufen.

Diagnostik

Grundsätzlich soll eine Opiatbehandlung alle drei Monate hinsichtlich Therapieziele, Nebenwirkungen und Fehlgebrauch überprüft, bei fehlender Indikation eine Dosisreduktion und Absetzversuche vorgenommen werden. Die Anamnese soll neben allgemeinen Aspekten sucht- und schmerzbezogene sowie psychosoziale Faktoren berücksichtigen. Für die Instrumente COMM (Current Opioid Misuse Measure) und SOAPP-R (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain – revised) wurde eine moderate positive und negative Voraussagekraft gezeigt [20]. Diese Screeningtests sind für den deutschsprachigen Raum nicht validiert. Die DIRE-Skala wird als nützlicher Leitfaden zur strukturierten Anamneseerhebung empfohlen [5].

Therapie

Opiatkarenz ist zwar das langfristige Ziel einer Therapie, aber der Schwerpunkt liegt bei der Vermeidung und Re-

duktion der Folgeschäden [19]. Es lohnt sich, klare Regeln für die weitere Behandlung festzulegen: Es muss ein organisches Schmerzsyndrom vorliegen, Opiatbezug gibt es nur von einem Arzt, reguläre Einnahme und keine andere Abhängigkeit. Die strukturierte Behandlung umfasst dann ein schrittweises Abdosieren, kurze Ausgabintervalle, regelmässiges Urin-Drogenscreening (1–4×/Monat), Kontrolle der Tablettenzahl, retardierte Präparate (ggf. mit Naloxon kombiniert), Einbezug des sozialen Umfelds und psychosoziale Betreuungsangebote.

Für gesunde Personen stellt ein Entzugssyndrom grundsätzlich kein Problem dar, aber die Symptome sind belastend. Bei älteren Personen soll von einem plötzlichen Absetzen abgesehen werden. Für den Entzug wird die eingenommene Substanz durch ein retardiertes Präparat (z.B. retardiertes Morphin) ersetzt und schrittweise abgebaut. Psychotherapie soll begleitend angeboten werden. Clonidin und Doxepin (inzwischen vom Markt genommen) können bei schweren Symptomen eingesetzt werden. Eine Substitutionsbehandlung kann nach Scheitern der strukturierten Therapie in Erwägung gezogen werden. Methadon und Buprenorphin reduzieren Craving, erhöhen die Therapieadhärenz und können als Rückfallprophylaxe und zur Unterstützung der Genesung einen Beitrag leisten. Eine multimodale Therapie beinhaltet zusätzliche psychosoziale Betreuung (Drogenberatung, Selbsthilfegruppen) und allgemeine Massnahmen der Schmerztherapie wie Physio- und Ergotherapie und Sport.

Nikotin

In der Schweiz rauchen ca. 18% der Bevölkerung täglich [10]. Auch wenn das Rauchen primär ein Problem der jüngeren Erwachsenen ist, treten die Folgeerkrankungen im späten Alter auf. Der Tabakkonsum ist die wichtigste vermeidbare Todesursache. Nikotin ist im Tabak die wichtigste Substanz, die durch Rauchen über die Alveolen aufgenommen wird und zur Abhängigkeit führt [21]. Nikotin wirkt auf die präsynaptischen nikotinergen Acetylcholin-Rezeptoren und hat dosisabhängig sedierende, anxiolytische, Kognition fördernde und antidepressive sowie eine Reihe von physiologischen Effekten. Das Zusammenleben mit einer rauchenden Person, Alkoholabhängigkeit, Arbeitslosigkeit, mangelnde Beschäftigung, wenige soziale Beziehungen und schlechte Lebensqualität gelten als Risikofaktoren [22].

Klinik

Häufige Nebenwirkungen des Nikotins sind Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit. Bei einer Überdosierung können zusätzlich Tachykardie und Kreislaufregulationsstörungen auftreten [21]. Eine Intoxikation kann zu Ateminsuffizienz, epileptischen Anfällen, bradykarder Arrhythmie, Koma und Herz-Kreislaufversagen führen. Entzugssymptome umfassen Reizbarkeit, Unruhe, starkes Verlangen, Kon-

zentrationstörungen, Angst, Schlafstörungen, Appetitsteigerung und Depression mit Suizidalität.

Diagnostik

In der Anamnese sollen das Rauchverhalten (Beginn, tägliche Menge, Frequenz und Art des Rauchens, Entzugssymptome, Passivrauchen), andere Suchtmittel, Motivation für das Absetzen und Symptome möglicher Folgeerkrankungen erfasst werden [22]. In der klinischen Untersuchung sind Symptome wie Husten, Auswurf, Dyspnoe, Keuchen, Brustschmerzen, Palpitationen, Schwindel, aktuell konsumierte Medikamente, Komorbiditäten, Allergien und Familiengeschichte zu erfassen. Nikotin kann im Urin, Speichel und Serum nachgewiesen werden. Zur Erfassung des Schweregrads der Abhängigkeit wird der Fagerström-Test empfohlen, oder dessen Kurzform «Heaviness Smoking Index».

Therapie

Die psychotherapeutischen Interventionen sollen darauf abzielen, die Betroffenen und deren Angehörige zu informieren, die Motivation aufzubauen und zu stärken, Bewältigungsressourcen zu aktivieren, Problemlösekompetenzen zu stärken und die Selbststeuerung zu verbessern. In der Pharmakotherapie können Nikotinersatztherapie, Vareniclin oder Bupropion angeboten werden [21, 22].

Folgeschäden

Die wichtigsten Folgeschäden mit hohem Mortalitätsrisiko sind Lungenkrebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und koronare Herzkrankheiten. Glaukom, Katarakt, Makuladegeneration, Typ-2-Diabetes, Atherosklerose, rheumatoide Arthritis, Asthma, Krampfanfälle, Psoriasis, Impotenz, entzündliche Darmerkrankungen, Magengeschwüre, Beeinträchtigung des Immunsystems und Karies können durch Tabakrauchen gefördert werden [21]. Es sind Hinweise vorhanden, dass starker Nikotinkonsum das Risiko für Alzheimer-Demenz, M. Parkinson und Multiple Sklerose erhöht.

Cannabis

In der Schweiz und in anderen westlichen Ländern ist der chronische Konsum von Cannabis vorwiegend ein Phänomen der Jugend [10]. Die 30-Tage- und 12-Monatsprävalenzen sinken bei über 65-Jährigen auf $\leq 0,5\%$ und erreichen bei den über 75-Jährigen 0%. Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale erste Droge. Die Cannabis-Pflanze enthält über 480 Wirkstoffe, in erster Linie Cannabinoide, Terpene und Terpenoide [23]. Trans- Δ^9 -

Tetrahydrocannabinol (THC) ist die hauptsächliche psychoaktive Substanz. Die psychoaktiven Wirkungen sind: gesteigertes Wohlbefinden, erhöhte Sensibilität, Euphorie, Entspannung und Veränderungen bei Emotionen, Zeitempfinden und Wahrnehmungen. Halluzinationen können auftreten. Wegen ihrer analgetischen, entzündungshemmenden, antioxidativen und antitumoralen Eigenschaften werden Cannabis-haltige Medikamente bei chronischen Schmerzen, als Antiemetika bei Chemotherapie und bei Spastizität eingesetzt.

Bei der Cannabis-Intoxikation können Tachykardie, erhöhte Herzrate, Mundtrockenheit, konjunktivale Injektionen und Angina pectoris auftreten. Typische Symptome eines Entzugs sind Schlafstörungen, Alpträume, Reizbarkeit, Aggressivität, Depression, Craving, Schmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwitzen, Tremor, Kältegefühl und Appetitstörungen [23]. Bei chronischem Konsum können kognitive Störungen bei Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit auftreten, die Schwierigkeiten beim Lernen und bei sozialen Interaktionen zur Folge haben. Verminderung des IQ, Schulabbruch und Arbeitslosigkeit sind mögliche Folgeerscheinungen. Das Risiko für Herzinfarkte, Bronchitiden, Pneumonien und schizophrene Erkrankungen ist erhöht. Ambulante psychosoziale Interventionen sind gefragt. Das CANDIS-Programm mit psychoedukativen und motivationalen Ansätzen ist für die Psychotherapie geeignet [24]. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder dual wirksame Antidepressiva oder Anxylolitika können bei entsprechender Symptomatik eingesetzt werden.

Illegale Drogen

Kokain

In der Schweiz liegt die Lebenszeitprävalenz für Kokainkonsum bei den 65–74-Jährigen bei 0,6% [10]. Kokain hemmt den Rücktransport von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin und hat eine anregende Wirkung, die zur Euphorie, Tachykardie, Bluthochdruck und Appetitminderung führt [5, 25]. Ein Gefühl von gesteigerter Leistungsfähigkeit und Glück wird hervorgerufen. Aktivitäts- und Reddrang sowie die Risikobereitschaft nehmen zu. Schon ein einmaliger Konsum kann problematisch sein, weil Risiken wie Reizbarkeit, gewalttätiges Verhalten, Angst, Panikattacken und Wahn bei jedem Konsum auftreten können. Die aktivierende Wirkung lässt schnell nach, und in der zweiten Phase können Dysphorie, Angst, Misstrauen, Wahn und Halluzinationen auftreten. In der dritten Phase der Wirkung kommt es dann zur Erschöpfung bis hin zur Depression. Die Anfälligkeit für Angst, Depression und Psychosen nimmt insgesamt zu.

Kokainintoxikationen verlaufen mit Erregung, Panikattacken und Psychosen mit Eigen- und Fremdgefährdung. Hier müssen oft Benzodiazepine und Antipsychotika eingesetzt werden. Bei anhaltender Depression sind Antide-

pressiva notwendig. Bis zu mittelschweren Störungen kann die Therapie ambulant angeboten werden. Es gibt bisher keine wirksame medikamentöse Therapie. Psychotherapeutische Verfahren sind wirksam in der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung.

Stimulanzien

Amphetamin und seine Derivate Methamphetamin und 3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin (Ecstasy) wirken über die Freisetzung von Katecholaminen und die Steigerung der Serotoninproduktion. Schlaf, Müdigkeit, Hunger und Durst werden unterdrückt und die Leistungsfähigkeit steigt. Blutdruck und Herzfrequenz werden erhöht. Nach Abklingen der Wirkung können Angst, Depression und Tetanie auftreten. Beim chronischen Konsum kann es zu Mangelernährung, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, kognitiven Störungen, Krampfanfällen, Hyperthermie und kardialen Störungen kommen. In der Therapie wird wie bei der Kokainabhängigkeit vorgegangen.

Halluzinogene

D-Lysergsäurediethylamid (LSD), Meskalin, Ketamin, Psilocybin und Psilocin gehören zu den Halluzinogenen, die zu Veränderungen in der sensorischen und zeitlich-räumlichen Wahrnehmung und im Bewusstsein führen [5, 26]. Psychotische Symptome sowie beim Abklingen der Wirkung Verwirrtheit, Angst und Panik können auftreten. Beim Konsum von Pilzen mit halluzinogenen Substanzen treten Entspannungsgefühl, Euphorie, Schwindel und Illusionen auf. Ketamin wirkt halluzinogen und dissoziativ mit veränderter Körperwahrnehmung und motorischen Koordinationsstörungen. Die Lebenszeitprävalenz für diese Substanzen beträgt bei 65–74-Jährigen 1,1% [10]. Eine Psychotherapie wird empfohlen.

Nicht-substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen

Das pathologische Spielen (Spielsucht), das exzessive Kaufen (Kaufsucht), die Internetabhängigkeit (Computersucht) und das exzessive sexuelle Verhalten (Sexsucht) zählen zu den sogenannten Verhaltenssüchten [27]. Diese Störungsbilder treten in der Regel im frühen und mittleren Lebensalter auf, und die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter ab. Bei älteren Menschen ist das pathologische Spielen am häufigsten, gefolgt von exzessivem Kaufen bei Frauen und exzessivem sexuellem Verhalten bei Männern. Wenn eine nicht-substanzgebundene Abhängigkeit im fortgeschrittenen Alter auftritt, soll immer ein symptomatisches Geschehen, also eine sekundäre Erkrankung, ausgeschlossen werden, weil neurologische und medikamentöse Faktoren bei der Entstehung eine Rolle spielen

können. Vor allem das exzessive sexuelle Verhalten kann bei neurologischen Erkrankungen wie z.B. Tourette-Syndrom, Kleine-Levin-Syndrom, Temporallappenepilepsien, Chorea Huntington, degenerativen Veränderungen und vaskulären Ereignissen im Frontalhirnbereich auftreten [28]. Bei Morbus Parkinson kann dieses Verhalten ein Symptom der Erkrankung sein oder aber auch eine enthemmende Nebenwirkung der Dopaminagonisten-Therapie. Impulskontrollstörungen sind eine häufig beobachtete Nebenwirkung bei der Morbus-Parkinson-Therapie. Auch zwanghaftes Glücksspiel und exzessives Ess- oder Kaufverhalten können bei Morbus Parkinson auftreten.

Die Abnahme der körperlichen Aktivität verbunden mit dem Verlust der sozialen Bindungen können im Alter zu Sedentarität führen, welches als Risikofaktor Verhaltenssüchte verursachen kann. Vor allem die zunehmende Internetabhängigkeit wird in diesem Zusammenhang gesehen. Die nicht-substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen treten auch häufig als komorbide Störungsbilder bei Angst, affektiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom und anderen Substanzabhängigkeiten, vor allem Alkohol, Nikotin, Cannabis und Kokain, auf.

Die motivierende Gesprächsführung (MI: Motivational Interview) [29] auf der Basis des transtheoretischen Modells ist bei der Therapie der Verhaltenssüchte sehr hilfreich, um die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. Substanzen wie Naltrexon, Nalmefen, Bupropion, Escitalopram und Topimarat wurden beim pathologischen Spielen off label eingesetzt. Es gibt Therapieversuche mit Citalopram und Bupropion bei exzessivem Sexualverhalten und mit Escitalopram bei der Internetabhängigkeit. Für die Kaufsucht kann keine medikamentöse Therapie empfohlen werden.

Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen bei Älteren

Psychotherapeutische Interventionen sind bei älteren Menschen in jedem Stadium der Abhängigkeitserkrankung ein fester Bestandteil der Therapie [30]. Die aktuellen S3-Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) empfehlen folgende psychotherapeutischen Interventionsverfahren mit hohem Evidenzgrad, die auch bei jüngeren Erwachsenen zum Einsatz kommen [31]: motivationale Interventionen [29] zur Förderung von Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, kognitive Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Paartherapie und Angehörigenarbeit. Für die psychodynamische Kurztherapie, angeleitete Patientengruppen und neurokognitives Training werden moderate Empfehlungen abgegeben. Selbstmanagement, soziales Kompetenztraining, Klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und Körpertherapie werden ebenfalls emp-

fohlen. Grundsätzlich wird ein nicht-bewertender Therapie-stil im multiprofessionellen Team als wirksamer erachtet.

Folgende Modalitäten und Faktoren sollen berücksichtigt werden [30]: Präferenz altersbezogener Settings und dyadischer Beziehungskonstellationen, empathisch-emotionale, supportive Grundhaltung, Förderung von sozialen Kompetenzen und Autonomie, Mitbehandlung kognitiver Defizite und somatischer Erkrankungen, Alltagsstrukturierung; Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens gewährleisten, Übernahme von neuen Rollen. Unbewältigte negative Lebensübergänge sollen bei den therapeutischen Interventionen im Fokus stehen: Verlust von Bezugspersonen, Einsamkeit, begrenzte Lebenserwartung, schwere körperliche Erkrankungen, Berentung, akute und länger zurückliegende traumatische Erlebnisse kombiniert mit Scham.

Alkoholabhängigkeit

Folgende Empfehlungen sind für ältere Menschen geeignet [30, 31]: empirisch begründete Interventionen, die bei jüngeren Erwachsenen wirksam sind, sollen grundsätzlich auch bei älteren Personen angeboten werden; auch in Langzeitinstitutionen sollen störungsspezifische Interventionen angeboten werden, die altersgerecht sind und Komorbiditäten beachten; Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung von kritischen Ereignissen und Aktivitäten des täglichen Lebens; Angebote zur Entwöhnung und Postakutbehandlung in Kombination mit Psychotherapie; altersadaptierte medikamentöse Therapien in der Entwöhnung; niederschwellige stationäre Behandlungsangebote und primärärztliche Versorgung.

Abhängigkeitserkrankungen aufgrund von Benzodiazepinen und analogen Substanzen

Folgende Interventionen sollen in der Therapie angeboten werden [30]: primärärztliche Versorgung soll gewährleistet sein; kombinierter Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen soll kombiniert angegangen werden; Überprüfung der aktuellen Medikation; Beratung; Ausarbeitung und Supervision eines Entzugsplans; Edukation; Augmentation mit Psychotherapie; störungsspezifische Angebote auch in den Langzeitinstitutionen; begleitende Psychotherapie; Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung von kritischen Ereignissen und Aktivitäten des täglichen Lebens; Behandlung somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten; Interventionen durch Versenden eines psychoedukativen Informationsbriefs und das Angebot einer niederschweligen stationären Entzugsbehandlung.

Tabakbezogene Störungen

Spezifische Beratung, verhaltenstherapeutisch orientierte Entwöhnungsverfahren und Kurzinterventionen werden

empfohlen. Grundsätzlich können alle Interventionen für jüngere Erwachsene auch in der älteren Altersgruppe eingesetzt werden. Die ideale Intervention ist die Kombination von Beratung, Verhaltenstherapie, medikamentöser Behandlung und langfristiger Betreuung.

Pflege von Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung im Alter

Wenn eine Abhängigkeitserkrankung im fortgeschrittenen Alter auftritt (late onset oder Späteinsteiger), ist sie sehr oft eine Reaktion auf kritische Lebensereignisse, und der Konsum kann als Emotionsregulations- und Bewältigungsstrategie verstanden werden. Die Pensionierung, der Verlust von Bezugspersonen, Einsamkeit, Schlafstörungen, Depression, Angst und Schmerzen können dabei als begünstigende Faktoren eine Rolle spielen. Bei Menschen, die mit einer vorbestehenden Abhängigkeitserkrankung das hohe Alter erreichen (early onset oder Früheinsteiger), werden die Alterungsprozesse durch den Konsum beschleunigt. Die Verträglichkeit nimmt ab und die Komorbiditäten nehmen zu. Da Substanzabhängigkeiten im Alter häufig unterschätzt oder nicht erkannt werden, kann ein regelmässiges Screening beim Eintritt in ein stationäres Setting unerwartete Entzugssymptome bei Betroffenen mit unerkannten Abhängigkeitserkrankungen verhindern. Pflegefachpersonen leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheit, da sie in der Versorgung in erster Linie mit den Betroffenen in Kontakt stehen und so Symptome beobachten, erkennen und den Störungsbildern zuordnen können. Die pflegerische Fachkompetenz soll hierfür laufend trainiert und erweitert werden, vor allem im Bereich des klinischen Assessments [32]. Durch die Multimorbidität werden dabei zusätzliche zeitliche und funktionelle Ressourcen notwendig. Dies gilt es in der Planung zu berücksichtigen, und die Kommunikation innerhalb des psychiatrischen und somatischen Helfernetzwerkes sollte ausreichend erfolgen.

Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Partnern aus dem Suchtbereich ausgearbeitete «Nationale Strategie Sucht» ist richtungsweisend auch in der Entwicklung spezifischer Angebote für ältere Menschen, wo noch sehr wenige spezielle Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Der Fachverband Sucht hat 2017 den Handlungsbedarf im Schweizer Gesundheitswesen für diese ältere Patientengruppe wie folgt definiert: unzureichende Angebotsausrichtung bei ausgeprägter Heterogenität der Population; zu wenig fortgeschrittene interdisziplinäre und interinstitutionelle Vernetzung; ungenügende Vorbereitung der Institutionen auf die Bedürfnisse der Betroffenen; unzureichender spezifischer Wissensstand und erschwerte Finanzierung der Angebote [34].

Die Herausforderungen in den Alters- und Pflegeheimen sind besonders gross, weil die Heimbewohner oft

mehr Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung aufweisen. Deswegen ist es notwendig, die Pflegenden in den Heimen zu sensibilisieren und bei jedem Eintritt die Risikofaktoren zu erfassen. Der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Fachverband Sucht und Infodrog haben eine gemeinsame Empfehlung zum Umgang mit Substanzkonsum und -abhängigkeiten in der professionellen Alterspflege erstellt und darin Ethikempfehlungen und Handlungsfragen für die Zusammenarbeit festgehalten [35]. Pflegefachpersonen stehen in der Zusammenarbeit mit Betroffenen häufig einer komplexen Lebenswelt gegenüber. Das Individuum sowie die Berücksichtigung dessen individueller Lebenssituation sollte stets im Fokus stehen. Die personenzentrierte und Recovery-orientierte Grundhaltung ist daher in der Beziehungsgestaltung ein wichtiger Pfeiler für die Zusammenarbeit [36]. Hier stehen die Berücksichtigung der Multidimensionalität des individuellen Genesungsprozesses, Ressourcenorientierung, Stärkung des Individuums und Entwicklung von Resilienz im Vordergrund. Die persönliche Expertise der betroffenen Person hinsichtlich des eigenen Krankheits- und Genesungsverständnisses ist entscheidend. Diese Haltung markiert auch ein Paradigmen-Wechsel von einer abstinenzorientierten zu einer zieloffenen Ausrichtung der Therapie. Ein sensibler, einfühlsamer Umgang ist unumgänglich, und grundsätzlich sollen Konfrontationen und abwertende Zuschreibungen vermieden und die Veränderungsbereitschaft gefördert werden. In der gemeinsamen Behandlungsplanung werden mit den Betroffenen die aktuellen Problemfelder und Ressourcen priorisiert, um mittels einer partnerschaftlichen Beziehungsgestaltung die individuellen Entwicklungsprozesse der betroffenen Person zu fördern.

Das Sechs-Phasen-Modell

Informationen sammeln

Das Sechs-Phasen-Modell des Pflege-Prozesses basiert auf folgenden Schritten [37]. Zu Beginn der Therapie ist es wichtig, eine systematische Einschätzung der relevanten Lebensbereiche, Symptome, Probleme und Ressourcen vorzunehmen. Der Substanzkonsum soll mit der Erfragung der eingenommenen Substanzen, der Konsumform und -menge, der Dauer und der erwarteten Wirkung der Substanz festgehalten werden. Skalen wie «Ergebnisorientiertes Pflege Assessment für das psychiatrische Setting (epaPsyC)», «Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)» und «Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)» können dabei behilflich sein.

Probleme und Ressourcen beschreiben

Pflegeprobleme können auf körperlicher, psychischer und zwischenmenschlicher Ebene entstehen. Beim aktuellen Substanzkonsum sind diese Probleme z.B. Sturzgefahr, Inkontinenz, Intoxikation, Unverträglichkeit, Verwahrlosung, Bewusstseinsveränderungen, Depression, Suizidalität

tät, Schlaflosigkeit, Stressreaktionen, Scham- und Schuldgefühle, Enthemmung, Aggressivität und sozialer Rückzug. Bei langdauerndem Substanzkonsum können Sensibilitätsstörungen, Ösophagusvarizen, Leberzirrhose, Atemnot, Delir, Mangelernährung, Abszesse, Demenz, Persönlichkeitsveränderungen und soziale Ausgrenzung ein Problem darstellen. Besondere Pflegeprobleme bei älteren Personen sind Einsamkeit, Sturzgefahr, Selbstvernachlässigung, Diabetes und Schlaflosigkeit. Unter Ressourcen kann man psychische, physische und soziale Fähigkeiten bzw. Hilfsmittel zusammenfassen. Ältere Menschen verfügen über umfassende Lebenserfahrungen, weswegen nicht immer neue Strategien entwickelt werden müssen, sondern alte Bewältigungsstrategien belebt werden können.

Ziele festlegen

In der Recovery-orientierten Arbeit geht man davon aus, dass betroffene Personen ihre individuelle Form der Genesung erreichen können. Gemeinsam gesteckte Ziele werden dabei besser verfolgt. Diese können z.B. sein: Kontrolle über die selbstdefinierte Konsummenge zu erhalten, täglich einmal mit einer Person zu sprechen, einmal pro Tag warm zu essen oder das Gefühl zu haben, von jemandem gebraucht zu werden.

Massnahmen planen und durchführen

Bezüglich der pflegerischen Massnahmen soll definiert werden, in welcher Art und Weise, zu welchem Zeitpunkt, unter welchen Bedingungen, mit welchen Hilfsmitteln und mit wem die Pflege durchgeführt wird.

Evaluieren

Die durchgeführten Massnahmen sollen laufend überprüft werden, um die Zielerreichung zu evaluieren.

Das Transtheoretische Modell (TTM) hat sich in der Therapie der Abhängigkeitserkrankungen gut bewährt und beschreibt die Verhaltensänderung im Laufe von sechs Stufen (Unentschiedenheit; Absichtsbildung; Vorbereitung; Handlung; Aufrechterhaltung; Stabilisierung) während des ganzen Prozesses [38]. Um die Verhaltensmuster nachhaltig verändern zu können, müssen alle Stufen durchlaufen werden.

Pflegetherapeutische und psychosoziale Interventionen

Die Bedürfnisse älterer Menschen müssen im Vordergrund stehen, und die Planung der Interventionen soll auf dieser Basis geschehen. Gruppentherapien sind altershomogen zu gestalten, und im Ablauf soll genügend Zeit mit Pausen eingeplant werden. Als Therapieziel soll mindestens Schadens- und Risikominderung angestrebt werden. Eine wertschätzende Haltung und eine optimale Symptomkontrolle sind die wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Begleitung einer Entwöhnungsbehandlung. Motivierende Gesprächsführung mit psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Interventionen sowie aktivierende,

achtsamkeitsbasierte und entspannungsfördernde Verfahren sind Schwerpunkte der pflegerischen Behandlung. In der Entwöhnungsphase sollen in kleinen Schritten die Substanzen durch Sinneserfahrungen ersetzt und Bewältigungsstrategien für den Alltag entwickelt werden.

Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

Die motivierende Gesprächsführung [29] und Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) haben sich in der Behandlung jüngerer Personen bewährt und können auch bei älteren Personen angewendet werden. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Basis von Empathie und positiver Wertschätzung sind wichtige Bestandteile dieser Interventionen. Bei der DBT ist das Fertigkeiten- und Skilltraining ein zentraler Baustein, wobei Problembereiche wie Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, Selbstwert und Umgang mit der Abhängigkeit trainiert werden können. Im Weiteren eignen sich Biografiearbeit oder Lebensrückblick, die für ältere Menschen mit einer Depression entwickelt wurden, auch für den Einsatz bei Abhängigkeitserkrankungen. Hier wird aktiv die Durchführung einer Lebensbilanz mit Sinnfindung auf der Basis prägender Lebenserfahrungen unterstützt. Auch die sogenannten Erzählcafés haben sich bewährt. In der Gruppe werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede entdeckt und Anstösse für die Gestaltung der Zukunft gefunden.

Milieutherapeutische Interventionen zielen darauf ab, mit partizipativen Umgangsformen und therapeutisch eingesetzten Veränderungen der Umgebungsaspekte eine Atmosphäre für einen optimalen Behandlungsverlauf zu schaffen. Für die Milieugestaltung braucht es Fachwissen über die Bedingungen der zu betreuenden Generation, eine angemessene Personalstruktur und Personaldichte, und die Bereitschaft der Mitarbeitenden, persönliche Erfahrungen und Reaktionen zu teilen. Für die Gestaltung der Räumlichkeiten bestehen auf Erfahrung basierte Richtwerte.

Betroffeneneinbezug und Zusammenarbeit mit Angehörigen

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Alter fehlen oft Personen als positive Vorbilder. Der Einsatz von «Peers» bietet die Chance, Betroffene basierend auf dem eigenen Erfahrungswissen zu begleiten [39]. Dies kann im Rahmen einer individuellen Sprechstunde oder in der Gruppe geschehen. In der Rolle eines Vorbilds kann Mut für Veränderungsprozesse zugesprochen werden. Wie die Betroffenen haben die Angehörigen häufig eine leidvolle Geschichte hinter sich. Es ist wichtig, ihre Anstrengungen zu würdigen und sie zu entlasten. Frauen sind öfters in der Angehörigenrolle als Männer, und sehr häufig kommt es zu Konflikten und Trennungen. In abhängigkeitsbelasteten Partnerschaften wird der Konsum eingesetzt, um Nähe und Distanz zu regulieren. Oft kommt es zur psychischen und physischen

Gewalt. Die Belastungen sind auf emotionaler, ökonomischer und Beziehungsebene. Die Angehörigen sollen in die Zusammenarbeit integriert werden, um einerseits die Bemühungen des Betroffenen zu unterstützen, andererseits, um Anerkennung und Respekt für beide Seiten zu erreichen.

Delir bei Abhängigkeits- erkrankungen

Delir ist bei Abhängigkeitserkrankungen die folgenschwerste Symptomatik eines Entzugs mit einer hohen Mortalitätsrate [5, 9, 16, 40, 41]. Da hohes Alter verbunden mit Multimorbidität, Polypharmazie und metabolischen Faktoren ein hohes Risiko für die Entwicklung eines Delirs in dieser Altersgruppe darstellt, soll in der Anamnese und Untersuchung bei Eintritt in eine Institution den Abhängigkeitserkrankungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dabei können Assessmentinstrumente wie z.B. «Delirium Observation Screening Scale (DOS)» und «Confusion Assessment Method (CAM)» eingesetzt werden.

Da ein Entzug-bedingtes Delir eine Notfallsituation darstellt, soll dessen Therapie immer stationär erfolgen. Bei der Aufnahme soll sofort ein Zugang gelegt, eine Laboruntersuchung durchgeführt und die Zufuhr ausreichender Flüssigkeit gewährleistet werden. Das Delir muss mit entsprechenden Assessment-Skalen regelmässig überwacht und die Vital-Zeichen müssen dokumentiert werden. Bei oft agitierten Patientinnen und Patienten werden Orientierungs- und Sturzpräventionsmassnahmen notwendig. Die Ernährung, Flüssigkeits- und Medikamenteneinnahme sollen überwacht werden. Reizüberflutung kann mit milieuthérapeutischen Massnahmen vermieden werden. Dekubitus-, Pneumonie- und Thromboseprophylaxe sind Teil der Basismassnahmen.

Zu den pharmakotherapeutischen Interventionen gehört neben ausreichender Flüssigkeit die Zufuhr von Thiamin, Magnesium und gegebenenfalls anderen Vitaminen und Folsäure. Psychopharmaka werden eingesetzt zur Symptomreduktion, Anfallsprophylaxe und Vermeidung von Selbst- und Fremdgefährdung. Öfters sind das antipsychotische Medikamente. Bei deren Einsatz sollen entsprechende Richtlinien des Einsatzes bei älteren Personen beachtet werden. Kurzwirksame Benzodiazepine können in Notfallsituationen verabreicht werden, aber da sie selber delirogen sind, müssen sie möglichst vermieden und dürfen nicht als Dauertherapie verordnet werden.

Kognitive Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen

Chronischer Substanzkonsum beeinflusst kognitive Funktionen in Abhängigkeit von der Dosis und Dauer. Alkohol kann exekutive Funktionen und das Arbeitsgedächtnis beeinträchtigen sowie perzeptuelle und visuelle Defizite ver-

ursachen. Ein Teil dieser Symptomatik ist bei längerer Abstinenz rückläufig. Neben dem Konsum spielt der Thiaminmangel bei Ernährungsdefiziten bei der Entstehung der kognitiven Störungen eine wichtige Rolle. Es sind Hinweise vorhanden, dass chronischer Konsum das Risiko für einen kognitiven Abbau erhöht und die Entwicklung einer Demenz-Erkrankung begünstigt [42]. Das Spektrum der alkoholbedingten Demenzen ist gross und schliesst Diagnosen wie Wernicke-Korsakoff-Syndrom (WKS), Marchiafava-Bignami-Syndrom (MBS) und die erworbene hepatozerebrale Degeneration ein. Die Wernicke-Enzephalopathie (WE) wird durch Thiamin-Mangel verursacht und geht mit verändertem psychischem Status, Ataxie und Ophthalmoplegie einher. Das Korsakoff-Syndrom (KS) ist ein anhaltendes neuropsychiatrisches Syndrom, bei dem die Amnesie und Desorientierung im Vordergrund stehen. MBS ist eine seltene neuropsychiatrische Erkrankung, die infolge Mangelernährung auftritt und eine Degeneration des Corpus callosum verursacht. Grundsätzlich gilt, dass alle Personen mit einem chronischen Konsumverhalten und Mangelernährung mit parenteralem Thiamin behandelt werden müssen.

Benzodiazepine führen zu akuten kognitiven Beeinträchtigungen, aber die Langzeiteffekte sind noch wenig untersucht. Wahrscheinlich beschleunigen sie den kognitiven Abbau. Deswegen sollen sie bei älteren Personen nur in akuten Krisensituationen als Bedarfsmedikation eingesetzt und nicht zur regelmässigen Einnahme verordnet werden. Starker Cannabiskonsum beeinträchtigt Aufmerksamkeit und verbales Lernen. Diese Defizite scheinen bei Abstinenz rückläufig zu sein. Bei Amphetamin und Metamphetamin können die Defizite bleibend sein und betreffen Lernen, Abruf, Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Kokain kann Störungen der Aufmerksamkeit, beim Lernen, im Gedächtnis, bei der Reaktionszeit und der kognitiven Flexibilität verursachen. Heroin hat eine negative Wirkung auf die Impulskontrolle und exekutive Funktionen.

Ethische Aspekte

Die gesellschaftliche Diskussion über das abhängige Verhalten wird seit jeher zwischen Willensschwäche und Krankheit geführt. Die Sichtweise, die Erkrankung als eine moralische Schwäche zu sehen, birgt die Gefahr einer abwertenden Haltung, aber adressiert zugleich die prinzipielle Fähigkeit zur Autonomie und Verantwortung. Die Abhängigkeitserkrankung als eine Krankheit zu sehen, kann eine solidarische Haltung verursachen, aber paternalistische Tendenzen stärken.

In der Medizinethik kommt der Wahrung der Autonomie des Betroffenen eine zentrale Rolle zu. Eine Person muss urteilsfähig, informiert und frei von äusserem Druck sein, um autonom entscheiden zu können. Bei der «Relationalen Autonomie» werden die Kompetenzen für selbstbestimmte Entscheide erweitert auf kritisches Reflexions-

Key messages

- Die häufigsten Abhängigkeitserkrankungen im Alter sind Alkoholabhängigkeit bei Männern und Sedativa-Abhängigkeit bei Frauen.
- Abhängigkeitserkrankungen von Opioiden nehmen seit einigen Jahren zu.
- Abhängigkeitserkrankungen von Cannabis und Kokain sind bei älteren Personen selten.
- Screening-Instrumente können die Früherkennung und Prävention bei Alkoholabhängigkeit deutlich verbessern. Als geeignete Instrumente sind CAGE, AUDIT-C und SMAST-G empfohlen worden.
- Zur Vorbeugung von Benzodiazepinabhängigkeit sollen Benzodiazepine grundsätzlich nicht als Schlafmedikation eingesetzt werden. Bei missbräuchlichem Konsum oder Abhängigkeitserkrankung in der Vorgeschichte, bei bekannter zerebraler Vorschädigung und bei leichten kognitiven Störungen ist von der Behandlung mit Benzodiazepinen abzusehen.
- Nicht-Opioid-Therapie und nicht-pharmakologische Ansätze sind bei chronischen Schmerzen die bevorzugte Behandlung. Der Einsatz von Opiaten ist grundsätzlich nur bei Schmerzen infolge von Tumorerkrankungen indiziert.
- Psychotherapeutische Interventionen sind bei älteren Menschen in jedem Stadium der Abhängigkeitserkrankung ein fester Bestandteil der Therapie.
- In der Pflege von älteren Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung sollen Komorbiditäten und Folgeerscheinungen berücksichtigt werden. Das Sechs-Phasen-Modell als Vorgehensweise hat sich gut bewährt.

vermögen, affektive, voluntative und kognitive Fähigkeiten sowie Selbstbewusstsein und -vertrauen. Ein hierarchisches moralpsychologisches Modell der Wünsche schlägt vor, zwischen einem Verlangen erster Ordnung (Craving) und zweiter Ordnung zu unterscheiden, wo gleichzeitig die Absicht bestehen kann, nüchtern zu bleiben und Verantwortung zu tragen [43]. Aus dem relational verstandenen Autonomiebegriff leitet sich unter Anwendung dieses Modells eine Fürsorgepflicht für Gesundheitsfachpersonen ab, im empathischen Dialog mit dem Betroffenen das Verlangen verschiedener Ordnungen zu klären und die autonome Willensbildung zu fördern. Diese individuelle Autonomie stösst aber an Grenzen, wenn die Autonomie anderer davon betroffen wird, weswegen in den Institutionen Regeln definiert werden, die sich an den Fragen der Autonomie des Einzelnen und den Auswirkungen für die Autonomie der Gruppe ausrichten. Zusätzlich können die Folgen der Abhängigkeitserkrankung die Autonomiefähigkeit kompromittieren und das Verlangen zweiter Ordnung verhindern.

Eine personenzentrierte, dialogische Grundhaltung zur Klärung der Ziele und möglicher therapeutischer Schritte ist ethisch in jedem Fall geboten. Eine genauere ethische

Betrachtung ist angezeigt, wo die Autonomie anderer kompromittiert wird oder der Schutz Dritter oder der süchtigen Person vordergründig wird. Dabei sind die starken zeitlichen Veränderungen je nach Phase der Erkrankungen (unkontrollierte Konsumphase vs. stabile Phase) entsprechend zu berücksichtigen.

Bibliografie

1. Hyman SE, Malenka RC, Nestler EJ. Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annu Rev Neurosci.* 2006;29:565–598.
2. Lüscher C. The Emergence of a circuit model for addiction. *Annu Rev Neurosci.* 2016;39:257–276.
3. Merrill JO, Duncan MH. Addiction disorders. *Med Clin North Am.* 2014;98(5):1097–1122.
4. Gabriels CM, Macharia M, Weich L. Psychiatric comorbidity and quality of life in South African alcohol use disorder patients. *Qual Life Res.* 2018;27(11):2975–2981.
5. Wolter DK. Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2011.
6. Neuner-Jehle S. Der Suchtpatient in der hausärztlichen Praxis – Frust oder Lust? *Ther Umsch.* 2014;71(10):585–591.
7. Han BH, Moore AA. Prevention and screening of unhealthy substance use by older adults. *Clin Geriatr Med.* 2018;34(1):117–129.
8. Kuerbis A, Sacco P. A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Subst Abuse.* 2013;7:13–37.
9. Savaskan E, Walter M. Sucht im Alter. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Mogggi F, Walter M, Hrsg. Suchtmedizin. München; Elsevier; 2019.
10. Suchtmonitoring Schweiz, 2013–2018. Bern; Bundesamt für Gesundheit; 2019.
11. Wolter DK. Alkohol im Alter. Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkoholbezogene Störungen. *Z Gerontol Geriatr.* 2015;6:557–570.
12. Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: a prospective general population study. *Addiction.* 2013;108(12) 2091–2099.
13. Seitz HK, Lesch OM, Spanagel R, Beutel M, Redecker T. Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Bd. 1. Hamm; Verlag Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.; 2013.
14. Oslin D, Pettinati H, Volpicelli J. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcome. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2002;10:740–749.
15. Savaskan E. Benzodiazepin-Abhängigkeit im Alter: Wie geht man damit um? *Praxis.* 2016;105(11):637–641.
16. Wolter DK. Benzodiazepine absetzen im Alter. Wann und wenn ja, wie? *Z Gerontol Geriatr.* 2017;50:115–122.
17. Katz N, Mazer NA. The impact of opioids on the endocrine system. *Clin J Pain.* 2009;25:170–175.
18. Berger M, Hrsg. Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 3. Aufl. München, Jena; Elsevier; 2009.
19. Just J, Mücke M, Bleckwenn M. Dependence on Prescription Opioids. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(13):213–220.
20. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miasowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain.* 2009;10(2):131–146.
21. Batra A, Düerkop M, Gertzen M, et al. Nikotin. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Mogggi F, Walter M, Hrsg. Suchtmedizin. München; Elsevier; 2019.

22. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines. *J Bras Pneumol.* 2008;34(10):845–880.
23. Hämig R, Preuss UW, Soyka M. Cannabis. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F, Walter M, Hrsg. *Suchtmedizin.* München; Elsevier: 2019.
24. Hoch E, Zimmermann P, Henker J, Rohrbacher H, Noack R, Bühringer G, et al. *Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS-Programm.* Göttingen; Hogrefe: 2011.
25. Quednow BB, Herdener M. Kokain. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F, Walter M (Hrsg.) *Suchtmedizin.* München; Elsevier: 2019.
26. Majić T, Gouzoulis-Mayfrank E, Schaub M. Halluzinogene. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F, Walter M, Hrsg. *Suchtmedizin.* München; Elsevier: 2019.
27. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.: Positionspapier Verhaltenssuchte und ihre Folgen: Prävention, Diagnostik und Therapie.* 2016. Berlin; DGPPN: 2015. <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/verhaltenssuchte.html>; letzter Zugriff: 19.10.2020.
28. Béreau M. Hypersexuality in Neurological Disorders: From Disinhibition to Impulsivity. *Front Neurol Neurosci.* 2018; 41:71–76.
29. Miller W, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung.* Freiburg i.Br.; Lambertus: 2015.
30. Ibach B. Abhängigkeitserkrankungen des alternden und alten Menschen. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychotherap.* 2019;170:w03041.
31. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.* 2016.
32. Holzbach R. Schlaf- und Beruhigungsmittel. Im Alter medikamentenabhängig. *Heilberufe.* 2018;70(3):29–32.
33. Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Massnahmeplan zur Nationalen Strategie Sucht 2016* [Internet]. Bern; BAG: 2016. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht/massnahmenplan-nationale-strategie-sucht.html>; letzter Zugriff: 19.10.2020.
34. *Fachverband Sucht. Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung alternder Abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz. Arbeitsergebnisse des Fachverbands Sucht 2017.* Zürich; Fachverband Sucht: 2017. <https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/sucht-im-alter>; letzter Zugriff: 19.10.2020.
35. *Fachverband Sucht. Sucht im Alter. Versorgung alternder Menschen mit Abhängigkeit 2019.* Zürich; Fachverband Sucht: 2019. <https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/sucht-im-alter>; letzter Zugriff: 19.10.2020.
36. Di Clemente CC, Norwood AEQ, Gregory WH, Travaglini L, Graydon MM, Corno CM. Consumer-centered, collaborative, and comprehensive care. The core essentials of Recovery-oriented system of care. *J Addic Nurs.* 2016;27(2):94–100.
37. Ammann A. *I care Pflege.* 1. Aufl. Stuttgart; Thieme: 2015.
38. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychol Psychother.* 1982;19(3):276–288.
39. Tracy K, Burton M, Miescher A, et al. Mentorship for alcohol problems (MSP): A peer to peer modular Intervention for outpatients. *Alcohol.* 2012;47(1):42–47.
40. Savaskan E. Entzugsdelir bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Savaskan E, Hasemann W. *Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter.* Bern; Hogrefe: 2017.
41. Savaskan E, Hasemann W. *Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter.* Bern; Hogrefe: 2017.
42. Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age Ageing.* 2008;37(5):505–512.
43. Frankfurt HG. Freedom of the will and the concept of a person. *J Philos.* 1971;68(1):5–20.

Historie

Manuskript eingereicht: 21.09.2020

Nach Revision angenommen: 12.10.2020

Interessenskonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Prof. Dr. Egemen Savaskan

Klinik für Alterspsychiatrie
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Minervastrasse 145
8032 Zürich

egemen.savaskan@puk.zh.ch