

Substanzbezogene Störungen im Alter

Informationen und Praxishilfen



Substanzbezogene Störungen im Alter

Informationen und Praxishilfen

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, dass Sie fünf Jahre nach Erscheinen der Erstauflage dieser Broschüre die aktualisierte 5. Auflage in den Händen halten.

Sucht und Suchtmittelmissbrauch im höheren Lebensalter waren lange Zeit ein Thema, das in der Öffentlichkeit und auch im professionellen Bereich zu wenig Beachtung fand. Erfreulicherweise ist, seit die DHS das Jahr 2006 zum Schwerpunktjahr „Alter und Sucht“ erklärte, vieles in Bewegung gekommen. Der altersspezifische Ausbau des Beratungs- und Behandlungsangebots hat begonnen und wird weiter fortgeführt. Die Suchtforschung hat sich verstärkt der Thematik angenommen und stellt in zunehmendem Maße verlässliche Daten und altersgerechte Diagnose- und Behandlungsansätze zur Verfügung. Ein weiteres zentrales Ziel ist die bessere Vernetzung von Altenhilfe, Suchthilfe, Medizin und weiteren relevanten Berufsfeldern. Auch hier sind Fortschritte zu verzeichnen. Der hohen Bedeutung des Themas entsprechend, hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Förderschwerpunkt „Sucht in der alternen Gesellschaft“ geschaffen und wird in nächster Zeit weitere Projekte fördern, um die Situation suchtkranker alter Menschen zu verbessern.

Alle diese Maßnahmen sind umso notwendiger, da infolge des demografischen Wandels die Zahl älterer Männer und Frauen mit Suchtproblemen in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen wird. Schon heute steigt die Nachfrage von Seiten älterer Betroffener nach psychosozialer Beratung und Behandlung spürbar an und noch immer ist es für Ältere oftmals schwer, ein geeignetes Hilfeangebot zu finden. Die DHS möchte deshalb mit der vorliegenden Broschüre alle Familienangehörige und Freunde sowie die Professionellen der verschiedenen Berufsfelder ermutigen: Sehen Sie überall dort, wo Sie durch Suchtmittel verursachte Probleme und Schwierigkeiten vermuten, nicht weg, sondern im Gegenteil, sehen Sie genauer hin, informieren Sie sich und bieten Sie Hilfe und Unterstützung an.

Die DHS freut sich über das nachhaltige Interesse an einer allzu lange wenig beachteten Thematik und hofft, dass diese Broschüre auch Ihnen hilfreiche Informationen und Anregungen für Ihre tägliche Arbeit bieten wird.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Inhalt

Einleitung	6
1 Die Vielfalt des Alters	9
Anhang Kapitel 1	15
2 Alkohol	19
2.1 Zahlen zum Konsum	20
2.2 Veränderungen des Alkoholstoffwechsels im höheren Lebensalter	21
2.3 Wie viel ist zu viel? Die Frage nach den Grenzwerten	21
2.4 Alkoholbezogene Störungen im höheren Lebensalter	23
2.5 Alkoholprobleme erkennen und ansprechen!	25
2.6 Beratung und Behandlung bei Alkoholproblemen	30
Anhang Kapitel 2	33
3 Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial	37
3.1 Zahlen zum Medikamentengebrauch	38
3.2 Zu Risiken und Nebenwirkungen im höheren Lebensalter	39
3.3 Nebenwirkung Sucht	42
3.4 Medikamentenprobleme erkennen und ansprechen!	47
3.5 Wo finden Betroffene Hilfe?	52
Anhang Kapitel 3	55

4 Tabak	59
4.1 Zahlen zum Konsum	60
4.2 Die Wirkstoffe des Tabakrauchs im Körper	61
4.3 Folgeschäden des Tabakkonsums	62
4.4 Tabakabhängigkeit	63
4.5 Aufhören oder Reduzieren?	65
4.6 Zum Aufhören ist es nie zu spät!	65
4.7 Den Rauchstopp zum Thema machen	68
4.8 Tabakentwöhnung – verschiedene Wege führen zum Erfolg	69
4.9 Passivrauchen und Nichtraucherschutz	73
Anhang Kapitel 4	74
5 Über Substanzprobleme sprechen	77
5.1 Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können	80
5.2 Motivierende Gesprächsführung	82
5.3 Motivierende Kurzintervention	87
Anhang Kapitel 5	89
6 Kopiervorlagen	91
Die DHS	101

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sind auch im höheren Erwachsenenalter keine Probleme von Randgruppen. Rund 15 % der Männer und 8 % der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren rauchen. Rund 28 % der über 65-jährigen Männer und 18 % der Frauen dieser Altersgruppe, die trinken, überschreiten die Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum und gehen dadurch erhebliche gesundheitliche Risiken ein. Rund 6 bzw. 7 % der 50- bis 64-Jährigen nehmen zumindest gelegentlich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein. Viele dieser Medikamente haben ein hohes Suchtpotenzial. Eine Befragung von Pflegekräften in stationären und ambulanten Einrichtungen ergab, dass sie bei 14 % der Pflegenden Alkohol- und/oder Medikamentenprobleme annehmen. Der Konsum illegaler Drogen, wie Kokain, Heroin oder Cannabis ist bei älteren Erwachsenen gegenwärtig noch wenig verbreitet. Diese Problematik hat deshalb in diese Broschüre keinen Eingang gefunden.

Alkohol, Medikamente mit Suchtpotenzial und Tabak gefährden damit die Gesundheit und das Wohlbefinden von Millionen älterer Frauen und Männer. Zugleich ist angesichts der demografischen Entwicklung als gegeben anzusehen, dass die Zahl der Betroffenen in den nächsten Jahren noch stark zunehmen wird.

In den Einrichtungen der Suchthilfe sind ältere Menschen deutlich unterrepräsentiert. Bei den Fachberatungsstellen für Suchtkranke und ihre Angehörigen waren

im Jahr 2009 nur 3,4 % der Betreuten zwischen 60 und 64 Jahre alt und nur 3,1 % älter als 65 Jahre. In den Fachkliniken für Suchtkranke lag der Anteil dieser Altersgruppen bei 3,0 bzw. 2,1 %. (Diese Angaben beziehen sich auf von Alkoholproblemen Betroffene, die drei Viertel aller Betreuungen in der Suchthilfe ausmachen.) Für das Missverhältnis zwischen Bedarf und Inanspruchnahme gibt es eine Reihe von Gründen.

Sucht im Alter wird noch zu selten wahrgenommen. Substanzbedingte Störungen bestehen gerade bei älteren Menschen oftmals lange Zeit im Verborgenen oder werden von Angehörigen und anderen Menschen im Umfeld der Betroffenen stillschweigend hingenommen. Die Einnahme von Medikamenten ist per se unauffällig. Beim Alkohol hat man sich an den erhöhten Konsum über die Zeit gewöhnt und Rauchen wird bei Älteren von vielen als etwas akzeptiert, das nun eben nicht mehr zu ändern ist.

Oft wird nicht erkannt, welche Folgen der fortgesetzte Substanzkonsum für den betroffenen Menschen hat. Folgeschäden des Konsums, wie die Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit, eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen, anhaltende Müdigkeit oder Schwindelanfälle, werden fälschlicherweise dem zunehmenden Alter angelastet. Da der Organismus anfälliger wird, kann im höheren Alter auch ein Substanzkonsum, der viele Jahre unproblematisch erschien, schwerwiegende Folgen haben.

Doch selbst wenn substanzbedingte Probleme wahrgenommen werden, werden sie bei älteren Menschen oft stillschweigend hingenommen. »Das lohnt sich nicht mehr« ist das vielleicht gängigste Vorurteil, das eine angemessene Beratung und Behandlung verhindert. Gelingt es jedoch, den Konsum einzuschränken bzw. aufzugeben, führt dies innerhalb kurzer Zeit zu einer deutlichen Steigerung des Wohlbefindens. Auch psychosoziale Beratung oder eine entsprechend konzipierte Psychotherapie führen nicht in einer fernen Zukunft, sondern ganz unmittelbar zu einer spürbaren psychischen Entlastung und zu mehr Lebensfreude. Wird das Argument »Das lohnt sich nicht mehr« mit Blick auf die Kosten einer Psychotherapie vorgebracht, ist es erstens unethisch und zweitens, angesichts der Kosten von so genannter Apparatedizin und Krankenhausaufenthalten, keineswegs stichhaltig.

Das wohl größte Hindernis für Angehörige und Freunde von Betroffenen, aber auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Berufsfeldern wie Sozialpädagogik und Sozialarbeit, Psychologie, Medizin, Kranken- und Altenpflege oder Ernährungsberatung ist die Scheu, das Thema anzusprechen und Betroffene auf Beratungs- und Hilfeangebote aufmerksam zu machen.

Tatsächlich ist die Bereitschaft der meisten älteren Menschen gering, aufgrund substanzbedingter Probleme Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Das Eingeständnis, abhängig zu sein, wird als beschämend oder kränkend erlebt. Die Ansicht, dass ein Verzicht auf das Rauchen oder eine Einschränkung des Alkoholkonsums »reine Willenssache« sei, dürfte gerade in dieser Altersgruppe weit verbreitet sein. Trotzdem wünschen sich viele insgeheim, dass man ihr Problem erkennt und ihnen Hilfe anbietet. Dem Thema, wie ein (vermutetes) Suchtproblem möglichst konstruktiv zur Sprache gebracht werden kann, ist in dieser Broschüre deshalb ein eigenes Kapitel gewidmet. (siehe Seite 75)

Glücklicherweise zeichnet sich bereits ab, dass die nachwachsenden älteren Generationen psychosoziale Hilfen selbstbewusster und selbstverständlicher einfordern und annehmen werden. In den letzten Jahren ist die Nachfrage nach Beratung und Therapie bereits spürbar gestiegen. Damit stellt sich die Frage, inwieweit das Beratungs- und Therapieangebot auf die Betreuung einer älteren Klientel eingestellt ist. Dabei zeigt sich schnell, dass auch auf Seiten der sucht- und psychotherapeutisch Tätigen Berührungsängste und Vorurteile bestanden und teilweise noch bestehen.

Ältere, die sich um eine ambulante Psychotherapie bemühen, machen u. U. immer noch die Erfahrung, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten es wegen ihres Alters ablehnen, sie zu behandeln. Auch in der Suchttherapie und -beratung wenden sich viele Angebote mehr oder weniger ausdrücklich an jüngere Erwachsene bzw. solche mittleren Alters.

In der Fachöffentlichkeit ist mittlerweile unbestritten, dass die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen möglich, sinnvoll und genauso erfolgreich ist wie die jüngerer. Ältere brauchen dabei keine besonderen Therapie- und Beratungskonzepte, aber es bedarf einer altersspezifischen Anpassung der bestehenden Angebote.

Einer längerfristigen – über die Klärung organisatorischer Fragen hinausgehenden – Beratung sprechen Fachleute dabei wachsende Bedeutung zu. Im höheren Lebensalter, so die Begründung, geht es eher um Bilanzierung und Aussöhnung mit dem gelebten Leben sowie um die Erarbeitung konkreter Perspektiven und noch erreichbarer Ziele als um die Umstrukturierung der Persönlichkeit. Eine unterstützende Beratung eignet sich hierfür besser als eine Psychotherapie.

Nicht zuletzt ist sicherlich ein gewisser Unwille, sich mit Fragen des Älterwerdens und Altseins zu befassen, mit dafür verantwortlich, dass es für ältere Betroffene oft noch schwierig ist, angemessene Hilfe zu finden. Doch das Angebot der Suchthilfe und darüber hinaus des gesamten psychosozialen Bereichs hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren auf neue Zielgruppen deutlich erweitert.



Die Vielfalt des Alters

1 Die Vielfalt des Alters

»Alt werden möchten alle, alt sein möchte niemand.« In diesem Satz lässt sich die Einstellung der meisten Menschen gegenüber dem höheren Lebensalter zusammenfassen. Das Alter wird als ein Lebensabschnitt gesehen, in dem es vor allem um Abschied, Krankheit und Tod geht, während Lebensfreude, Wachstum und Entwicklung keine Rolle mehr spielen. Doch die Vielfalt des Alters ist groß, und sie wird in den kommenden Jahrzehnten weiter wachsen. Erlebt wird das eigene Alter – so ein Ergebnis der Altersforschung – glücklicherweise bereits heute deutlich positiver: Die Lebenszufriedenheit älterer Menschen ist insgesamt nicht geringer als die jüngerer Menschen.

Altern – eine Zumutung der Natur

Genau genommen altern Menschen ihr Leben lang, auch wenn die ersten Jahrzehnte durch körperliches und geistiges Wachstum gekennzeichnet sind. Ihren Höhepunkt erreicht die Leistungsfähigkeit des menschlichen Organismus im dritten Lebensjahrzehnt. Danach beginnt die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Organsysteme allmählich abzunehmen, körperliche Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit gehen zurück. Das Herz schlägt langsamer und die Lunge kann nicht mehr so viel Luft aufnehmen wie in jüngeren Jahren. Ebenso nehmen die Muskelmasse und der Mineralgehalt der Knochen altersbedingt ab. Im Gehirn sinkt die Geschwindigkeit, mit der Impulse übertragen werden können. Man reagiert langsamer. Der Körper wird mit zunehmendem Alter anfälliger für Krankheiten und kann akute Krankheiten schwerer überwinden.

Dieser biologische Alterungsprozess ist ein natürlicher Vorgang und keine Krankheit. Nach heutigem Wissensstand ist er unlösbar mit dem menschlichen Leben verbunden. Das Versprechen »ewiger Jugend« so genannter Anti-Aging-Kampagnen wird von Fachleuten einhellig als unseriös abgelehnt. »Altern«, so eine griffige Formulierung, »ist eine unabdingbare Zumutung der Natur«.

Auf körperlicher Ebene sind gewisse Einschränkungen unvermeidbar. Dennoch kann eine sehr gute körperliche Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Das zeigt u. a. eine ständig wachsende Zahl sportlich aktiver Älterer bis hin zu 60-, 70- oder gar 80-jährigen Marathonläufern. Heute 70-Jährige sind durchschnittlich fünf Jahre »gesünder« als die 70-Jährigen eine Generation vor ihnen.

Auf geistiger und psychischer Ebene sind bis ins hohe Alter Wachstum und Entfaltung möglich. Vielfältige Erfahrungen und Erlebnisse begründen einen Überblick, der es erlaubt, Aufgaben und Probleme aus ganz unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und zu besonders ausgewogenen Lösungen zu gelangen. Viele künstlerisch, wissenschaftlich oder politisch tätige Menschen sind bis ins hohe Lebensalter produktiv und schaffen gegen Ende ihres Lebens noch Meisterwerke. Johann Wolfgang von Goethe vollendete sein Altershauptwerk „Faust II“ mit 81 Jahren und der Architekt Frank Lloyd Wright leitete zwischen seinem 87. und 90. Lebensjahr den Bau des Guggenheim Museums in New York. Die Schriftstellerin Doris Lessing publizierte ihr bislang letztes Werk im Jahr 2008 mit 89 Jahren.

Gesund altern

Durch einen gesunden Lebensstil kann jede/r Einzelne viel dazu beitragen, dass er/sie ein hohes Alter bei guter Gesundheit erreicht. Idealerweise üben Kinder bereits im Elternhaus einen gesunden Lebensstil ein und behalten diesen ihr Leben lang bei. Es ist jedoch (fast) nie zu spät, damit zu beginnen. Ein Beispiel: Nach einem Ausdauertraining von zwölf Wochen erreichten vorher inaktive 60-jährige Männer ein Leistungsniveau, das dem untrainierter 40-Jähriger entsprach.

Die Chancen von Prävention und Gesundheitsförderung bis in höhere Lebensalter hinein sind noch zu wenig bekannt und werden nur teilweise ausgeschöpft. Gegenwärtig konzentrieren sich die durchgeführten Maßnahmen fast ausschließlich auf Kinder und Jugendliche. Das gilt auch und gerade für den Bereich der Suchtprävention bzw. der Prävention substanzbedingter Folgeprobleme. Dabei gewinnt die persönliche Gesundheit mit zunehmendem Alter einen immer höheren Stellenwert. So steigt bei den Raucherinnen und Rauchern die Ausstiegsquote vom mittleren Lebensalter kontinuierlich an. Ebenso erhalten die Risiken eines langfristig überhöhten Alkoholkonsums oder das Risiko von Arzneimittelnebenwirkungen für ältere Erwachsene eine neue, unmittelbare Bedeutung. Informationen über diese Risiken und darüber, wie sehr sie bis ins höhere Alter zu beeinflussen sind, könnten als Ansatzpunkte für Verhaltensänderungen genutzt werden.

Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol und Medikamenten sowie das Nichtrauchen sind wichtige Bestandteile einer gesunden Lebensführung in jedem

Lebensalter. Auch die weiteren Bausteine eines gesunden Lebensstils sind im höheren Alter dieselben wie in jüngeren und mittleren Jahren: eine gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Bewegung, eine interessierte, teilnehmende geistige Haltung sowie Aktivität in der Gestaltung des Alltags und Teilnahme am sozialen Leben.

Trotz der Chancen, die in einer gesunden Lebensführung liegen, darf natürlich nicht übersehen werden, dass auch Umwelt und Lebensbedingungen auf die Gesundheit einwirken, die durch den Einzelnen nicht zu beeinflussen sind.

Wer ist alt?

Der Beginn der Lebensphase »Alter« wird in unserer Gesellschaft im Allgemeinen mit dem Beginn des Rentenbezugs bzw. dem Austritt aus dem Berufsleben in Verbindung gebracht. Ein Einschnitt, der gegenwärtig meist um das 63. Lebensjahr vollzogen wird. Den Jahren nach Ältere, die noch aktiv im Berufsleben stehen, insbesondere wenn sie in Politik oder Wirtschaft leitende Positionen innehaben, werden nicht als alt, sondern allenfalls als »älter« wahrgenommen. Bei Frauen, die nicht selbst erwerbstätig sind, markiert in der Regel das Ausscheiden des Partners aus dem Berufsleben den Beginn des Alters.

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung umfasst der Lebensabschnitt »Alter« mittlerweile einen Zeitraum von zwei bis drei Jahrzehnten. Gegenwärtig findet jedoch eine Flexibilisierung und erneute Verschiebung der Altersgrenze statt. Die Politik hat mittlerweile Maßnahmen ergriffen, um dem frühen Ausscheiden aus

dem Berufsleben entgegenzuwirken und den Beginn des Rentenalters schrittweise auf 67 Jahre anzuheben. Denn weder rechtfertigen Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit der bis 65-Jährigen ihr Ausscheiden aus dem Berufsleben, noch ist das soziale Sicherungssystem auf Renten- bzw. Ruhegeldzahlungen für eine derart lange Zeit eingerichtet. Befragungen zeigen, dass auch in der Bevölkerung ein Umdenken stattfindet. Die Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters sind dabei, sich auf eine längere Lebensarbeitszeit einzustellen.

In der subjektiven Wahrnehmung beginnt

das Alter bereits deutlich später. Erst ab etwa Mitte des siebten Lebensjahrzehnts sind die Menschen bereit, sich selbst als alt zu bezeichnen.

Drittes und Viertes Lebensalter

Ältere Menschen unterscheiden sich – wie jüngere – hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, ihrer Leistungsfähigkeit, ihrer Interessen usw. Dabei werden die Unterschiede mit zunehmendem Alter sogar noch größer, denn die bereits in jüngeren Jahren bestehenden Unterschiede, seien es Benachteiligungen oder Privilegien, kumulieren im Laufe eines Lebens.

Trotz der extremen Bandbreite individuel-

len Alterns lassen sich für das höhere Erwachsenenalter zwei Phasen beschreiben:

Das »Dritte Lebensalter« umfasst näherungsweise die Altersspanne von 60 bis 75 Jahren. Die Angehörigen dieser Altersklasse werden oft als »junge Alte« oder »junge Senioren« bezeichnet. Sie sind meist noch sehr aktiv, sozial gut eingebunden und materiell gut versorgt. Gerade die Menschen aus dieser Altersgruppe engagieren sich ehrenamtlich für andere, betreuen hilfs- und pflegebedürftige Familienangehörige oder unterstützen ihre Kinder und deren Familien materiell sowie bei der Kinderbetreuung. Die körperliche Leistungsfähigkeit geht in diesem Alter erkennbar zurück und das Risiko schwerer Erkrankungen steigt. Der Gesundheitszustand der meisten Frauen und Männer im Dritten Lebensalter ist jedoch gut. Hilfe- oder Pflegebedarf ist die Ausnahme.

Für ein positives Lebensgefühl in diesem Lebensalter ist es von großer Bedeutung, ob es gelingt, nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben neue Interessen und Aufgaben zu finden. Diese Neuorientierung gelingt leichter, wenn schon vorher außerberufliche Interessen gepflegt wurden. Wichtig ist außerdem, dass das eigene, nun vergangene Berufsleben als gelungen betrachtet wird. Ebenso trägt die rechtzeitige gedankliche Beschäftigung und Vorbereitung auf diesen Lebensabschnitt dazu bei, dass die »späte Freiheit« als erfüllt erlebt werden kann.

Das »Vierte Lebensalter«, auch »hohes Alter« oder »Hochaltrigkeit« genannt, beginnt etwa mit dem 75. Lebensjahr. Die Angehörigen dieser Altersklasse werden

auch »alte Alte« oder »Hochbetagte« genannt. Das Risiko für chronische Erkrankungen, die häufig mit Schmerzen verbunden sind, und das Auftreten mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) steigen nun sehr deutlich an. Funktionale Einschränkungen, wie Schwerhörigkeit, Abnahme des Sehvermögens oder der Beweglichkeit, sind möglicherweise so weit fortgeschritten, dass eine selbstständige Alltagsbewältigung schwierig wird. Viele Menschen sind im hohen Alter vor die Aufgabe gestellt, die Hilfe anderer anzunehmen. Dieser Verlust an Selbstständigkeit erschüttert Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Die Belastung ist besonders groß, wenn körperliche Pflege notwendig wird. Damit verbunden sind tiefe Schamgefühle und die Sorge, anderen zur Last zu fallen. Wer dieses Alter erreicht, muss zudem mit großer Wahrscheinlichkeit den Tod nahestehender Menschen bis hin zum Verlust des Lebenspartners bzw. der Lebenspartnerin erleben.

Im Vierten Lebensalter nehmen die sozialen, gesundheitlichen und psychischen Belastungen zu. Dennoch wäre es falsch, das hohe Alter mit Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie Einsamkeit und Trauer gleichzusetzen. Jeder zweite hochaltrige Mensch, so die Prognose, wird künftig das eigene Leben ohne pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfe führen können; heute schon besteht bei 45 % der 85-Jährigen weder Pflege- noch Hilfebedürftigkeit.

Einige Daten zur Lebenssituation älterer Männer und Frauen in Deutschland

Weitere Lebenserwartung in Jahren

heutiges Alter 60	Frauen 24,8	Männer 21,0
heutiges Alter 80	Frauen 9,0	Männer 7,7

Erwerbstätigkeit

Etwa 64 % der 55- bis 60-Jährigen und 30 % der 60- bis 65-Jährigen stehen im Berufsleben. Diese Anteile sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

Familiäre und freundschaftliche Beziehungen

Zwischen 80 und 90 % aller Älteren bewerten ihre familiären und freundschaftlichen Beziehungen und ihre Partnerschaft als „gut“ oder „sehr gut“ und erwarten, dass dies in den nächsten Jahren so bleiben wird.

Lebensstandard

Knapp drei Viertel der über 55-Jährigen bewerten ihren Lebensstandard als „gut“ oder „sehr gut“.

Engagement

20 % der 55- bis 69-Jährigen sind ehrenamtlich tätig, bei den 70- bis 85-Jährigen sind es noch 9 %, 24 bzw. 16 % betreuen Kinder von Verwandten oder Freunden und 12 bzw. 9 % sind in der Pflege aktiv.

Freizeitgestaltung

Etwa drei Viertel der 55- bis 69-Jährigen und über 70 % der über 70-Jährigen bewerten ihre Freizeitgestaltung als „gut“ oder „sehr gut“.

Quelle: Gerostat, www.gerostat.de, Stand 12/2010

Das »Paradoxon der Lebenszufriedenheit im hohen Alter«

Die Fähigkeit, in schwierigen Situationen und trotz erlittener Verluste persönliche Zufriedenheit und eine positive Einstellung zu bewahren bzw. wiederzuerlangen, ist eine der menschlichen Fähigkeiten, die bis ins hohe Alter erhalten bleiben und sogar noch zunehmen können. So fällt auf, dass die Lebenszufriedenheit alter und sehr alter Menschen trotz zunehmender Belastungen stabil bleibt. Insgesamt ist in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren die Lebenszufriedenheit nicht geringer als bei Jüngeren. Für dieses Phänomen wurde der Begriff »Paradoxon der Lebenszufriedenheit im hohen Alter« geprägt.

Fragt man, wie es Älteren konkret gelingt, ihre Lebenszufriedenheit zu bewahren bzw. nach Verlusten wiederherzustellen, lassen sich verschiedene Bewältigungsstrategien unterscheiden. Dazu gehören der Vergleich mit anderen, die noch stärker belastet sind, die Aufgabe nicht mehr erreichbarer Ziele sowie eine eventuelle Abwertung dieser Ziele und die Konzentration auf Pläne und Vorhaben, deren Verwirklichung in der aktuellen Lebenssituation als realistisch erscheint.

Das bedeutet jedoch nicht, dass ältere Menschen generell zufriedener sind. Die großen Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen einzelnen Menschen, selbst bei objektiv ähnlichen Lebensbedingungen, bleiben über die Lebenszeit bestehen. Nicht das Lebensalter, sondern altersunabhängige Persönlichkeitsmerk-

male, wie ein gutes Selbstwertgefühl und tragfähige menschliche Beziehungen, sind dafür entscheidend, ob Menschen zufrieden leben können oder nicht.

Altersbilder – Sein und Schein

Ein »Altersbild« ist eine umfassende Vorstellung davon, wie ältere Menschen sind oder sein sollten. Solche Bilder entstehen immer im Wechselspiel zwischen den Angehörigen einer Gruppe, hier der älteren Menschen, und der Gesellschaft. So hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten das Altersbild der »jungen Alten« herausgebildet, als unübersehbar wurde, dass das überkommene Altersbild nicht mehr auf die immer jünger werdenden Ruheständler zutraf.

Problematisch werden Altersbilder – genauso wie andere gesellschaftliche Rollenbilder –, wenn sie verallgemeinert werden und für die Wahrnehmung und Anerkennung der vorhandenen Vielfalt kein Raum mehr bleibt. So kann das erwähnte optimistische Altersbild der »jungen Alten« problematisch werden, wenn es zum Maßstab für alle erhoben wird und denjenigen, die diesem Bild nicht entsprechen, offen oder verdeckt Versagen unterstellt wird.

Für alle, die sich mit Fragen des Alters und des Alterns befassen oder die mit der Beratung und Behandlung älterer Frauen und Männer betraut sind, ist es wichtig, die eigenen Altersbilder zu kennen und kritisch zu hinterfragen.

Hinweise auf Informations- und Beratungsangebote zum Themenkreis Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im höheren Lebensalter sind jeweils im Anhang der folgenden Kapitel zu Alkohol, Medikamenten und Tabak zusammengestellt. An dieser Stelle finden Sie einige wenige Hinweise auf Informationen zur Thematik des Alterns im Allgemeinen sowie Gesundheit und Psychotherapie im Alter.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
11018 Berlin, www.bmfsfj.de

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) informiert auf seiner Internetseite über verschiedene Aspekte des Alterns sowie die aktuelle Seniorenpolitik. Das BMFSFJ hält zahlreiche Broschüren und Berichtsbände zum Thema Altern und zur Lage älterer Menschen in Deutschland bereit. Das Publikationsverzeichnis steht als PDF-File zum Download bereit oder kann online bestellt werden.

Eine telefonische Bestellung ist unter 0180 1907050 möglich (Mo.-Do. von 9.00 bis 18.00 Uhr, kostenpflichtig – 3,9 Cent/Min. a. d. dt. Festnetz, max. 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen).

Eine umfassende Darstellung bieten die vom BMFSFJ herausgegebenen »Altenberichte«, die unter www.bmfsfj.de/Publikationen als PDF-Files zum kostenlosen Download bereitstehen:

Dritter Bericht
zur Lage der älteren Generation*
Alter und Gesellschaft

Vierter Bericht
zur Lage der älteren Generation*
Risiken, Lebensqualität und Versorgung
Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen

Fünfter Bericht
zur Lage der älteren Generation in der
Bundesrepublik Deutschland. Potenziale
des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft.
Der Beitrag älterer Menschen zum
Zusammenhalt der Generationen

Sechster Bericht
zur Lage der älteren Generation*
Altersbilder in der Gesellschaft

Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V.
(DZA)
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Tel. 030 260740-0
www.dza.de

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat die Aufgabe, Erkenntnisse über die Lebenslage alternder und alter Menschen zu sammeln und für Politik und Gesellschaft nutzbar zu machen. Die Internetpräsenz des DZA verlinkt mit zahlreichen weiteren Institutionen und Organisationen aus dem Themenspektrum Altern.

1

DZA-Diskussionspapier Nr. 37 (Juli 2002)*

Zur Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Ausgewählte Daten und Kurzinformationen. Zusammengestellt und bearbeitet von Holger Adolph und Heike Heinemann

www.bvpraevention.de

Auf der Internetseite der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. finden Sie Fachinformationen und konkrete Tipps zum Thema „Gesund Altern“.

Informationsbroschüre

Gesund altern. Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter*
Hg.: Bundesministerium für Gesundheit
Bestellnummer A300

Die Broschüre kann z. B. im Internet unter www.erfahrung-ist-zukunft.de bestellt werden.

Literatur zur Psychotherapie Älterer

Heuft, Gereon; Kruse, Andreas; Radebold, Hartmut

Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie
Stuttgart, UTB Uni Taschenbücher Verlag, 2. überarb. und erweiterte Auflage, 2006

Meinolf, Peters*

Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004

Schmidbauer, Wolfgang

Psychotherapie im Alter.

Eine praktische Orientierungshilfe
Stuttgart: Kreuz Verlag, 2006

***Materialien, die als Quellen für den vorliegenden Text genutzt wurden.**



Alkohol

2 Alkohol

2.1 Zahlen zum Konsum

Der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol liegt in Deutschland seit mehreren Jahren relativ konstant bei etwa 10 Litern. Er ist damit seit Beginn der 1990er Jahre um mehr als 15 % zurückgegangen. Im weltweiten Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich des Alkoholkonsums aber weiterhin in der Spitzengruppe.

Repräsentative Daten zum Alkoholkonsum speziell älterer Menschen liegen kaum vor. Die diesbezüglich in Deutschland regelmäßig durchgeführten Befragungen gelten schwerpunktmäßig jüngeren Zielgruppen. Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfasst den Konsum der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre. Auch in der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen („Epidemiologischer Suchtsurvey“) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sind jüngere Altersgruppen überrepräsentiert. Bis zum Jahr 2003 wurden die Altersgruppen bis 59 Jahren befragt. Erst seit 2006 wird auch die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen in die Befragung einbezogen. Aktuelle Daten für die gesamte erwachsene Bevölkerung liefert die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“.

Die in einigen älteren Studien festgestellte deutliche Abnahme des Alkoholkonsums in den Altersgruppen ab 60 Jahren bestätigen diese Studien nur sehr bedingt. So nimmt zwar das Rauschtrinken (mehr als fünf Gläser Alkohol bei einem Trinkanlass) ab, aber der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum liegt in diesen Altersklassen kaum unter dem der Altersgruppen ab 30 Jahren. Lediglich die 18- bis 29-Jährigen trinken deutlich mehr Alkohol. (siehe auch S. 23)



2.2 Veränderungen des Alkoholstoffwechsels im höheren Lebensalter

Alkohol dringt über die Schleimhäute von Magen und Dünndarm rasch in die Blutbahn und wird mit dem Blutstrom sowie durch Diffusion gleichmäßig im gesamten Organismus verteilt. Er löst sich in allen wasserhaltigen Geweben und Körperflüssigkeiten. Nach etwa 30 bis 60 Minuten ist die Aufnahme des Alkohols im Körper abgeschlossen.

Um den Grad der Alkoholisierung zu bezeichnen, wird der Alkoholgehalt des Blutes angegeben. Er wird in Promille (= Tausendstel) gemessen. Bei Frauen erreicht das Blut bei gleicher getrunkenen Menge und gleichem Körpergewicht einen um etwa ein Fünftel höheren Wert. Grund hierfür ist der geringere Wasser- bzw. höhere Fettanteil des weiblichen Körpers.

Eine ähnliche Ursache hat die Abnahme der Alkoholverträglichkeit im höheren Lebensalter. Da die Körperzellen Wasser nicht mehr so gut speichern können, sinkt der Flüssigkeitsgehalt des Körpers. Hinzu kommt, dass ältere Menschen oftmals

nicht ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, da sie kaum Durst verspüren. Dieselbe Menge getrunkenen Alkohols führt deshalb im höheren Lebensalter zu einer höheren Alkoholkonzentration im Blut mit entsprechend stärkerer Wirkung als im jungen oder mittleren Erwachsenenalter.

Die »Abbauarbeit« im Körper übernimmt zu 90–95 % die Leber, der Rest wird direkt ausgeschieden, z. B. durch die Haut. Dabei baut der männliche Körper pro Kilogramm Körpergewicht stündlich rund 0,1 g Alkohol ab, der weibliche dagegen nur rund 0,085 g, da die weibliche Leber weniger des für den Alkoholabbau benötigten Enzyms enthält. Auch der Abbau des Alkohols verlangsamt sich – wie der Stoffwechsel insgesamt – im höheren Erwachsenenalter. Pro Stunde und Kilogramm Körpergewicht wird weniger Alkohol abgebaut und es dauert länger, bis man wieder nüchtern ist. Diese Verlangsamung des Alkoholabbaus scheint aus noch unbekannten Gründen Männer stärker zu betreffen als Frauen.

2.3 Wie viel ist zu viel? Die Frage nach den Grenzwerten

Der Konsum von Alkohol ist – in geringen Maßen – für gesunde Erwachsene kaum gesundheitsschädlich. Zugleich ist allgemein bekannt: Im Übermaß getrunken, kann Alkohol abhängig machen und die

Gesundheit, ja das Leben, eines Menschen zerstören. In Deutschland sterben jährlich zwischen 42.000 und 74.000 Menschen direkt oder indirekt an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums.

Auf die Frage »Wie viel kann ein Mann, wie viel kann eine Frau trinken, ohne dadurch sich selbst oder anderen zu schaden?« gibt es aus unterschiedlichen Gründen keine eindeutige Antwort.

So lehnt es ein Teil der Fachleute ab, überhaupt konkrete Zahlen zu nennen, und verweist auf die ganz unterschiedliche persönliche Anfälligkeit. Alkoholmengen, die der eine über Jahrzehnte trinken kann, ohne psychischen und physischen Schaden zu nehmen, können bei einem anderen eine Krebserkrankung (mit-) verursachen oder eine Abhängigkeitsentwicklung auslösen. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Alkohol nur einer von mehreren Risikofaktoren für die Gesundheit ist. Übergewicht, Veranlagung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, regelmäßige Medikamenteneinnahme und insbesondere Rauchen erhöhen das gesundheitliche Risiko.

Risikoarmer Konsum

Grundsätzlich ist jeder Konsum von Alkohol riskant. Trotzdem steht natürlich das Risiko alkoholbedingter Schäden in engem Zusammenhang mit der Höhe des Alkoholkonsums. Mit dem Begriff „risikoarm“ wird heute ein Alkoholkonsum bezeichnet, bei dem gesundheitliche Schäden eher unwahrscheinlich sind. Die

Grenzen hierfür sieht das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) heute für Frauen bei 10 bis 12 g Alkohol täglich und für Männer bei 20 bis 24 g Alkohol täglich. Frauen sollten damit pro Tag nicht mehr als ca. 0,3 l Bier oder 0,15 l Wein/Sekt oder ca. 4 cl einer Spirituose (Likör, Korn, Wermut etc.) trinken. Männer sollten entsprechend pro Tag nicht mehr als ca. 0,6 l Bier oder 0,3 l Wein/Sekt oder ca. 8 cl einer Spirituose (Likör, Korn, Wermut etc.) trinken. Ergänzend gilt die Empfehlung, an wenigstens zwei Tagen in der Woche keinen Alkohol zu trinken, um eine Gewöhnung zu vermeiden.

Für ältere Männer und Frauen ist die Angabe eines Grenzwertes für den risikoarmen Konsum besonders schwierig. Erstens ist der Gesundheitszustand bei älteren Menschen noch unterschiedlicher als bei jüngeren. Zweitens wird es immer wahrscheinlicher, dass weitere Risikofaktoren auftreten, die berücksichtigt werden müssen. Die Frage »Kann ich aus gesundheitlicher Sicht Alkohol trinken und in welchen Mengen?« sollte deshalb am besten mit Hausärztin bzw. Hausarzt besprochen werden. Das amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) empfiehlt, dass 65-Jährige

und Ältere nicht mehr als ca. 10 g Alkohol täglich trinken sollten, also z. B. 0,25 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein.

Ist Alkohol gesund?

Immer wieder ist zu hören, Alkohol habe auch eine gesundheitsfördernde Wirkung. Doch nur ein sehr geringer Alkoholkonsum, wie etwa jeden zweiten Tag ein klei-

nes Glas Bier oder Wein, senkt unter Umständen für Menschen im mittleren oder höheren Alter das Risiko, bestimmte Herzerkrankungen, insbesondere einen Herzinfarkt, zu erleiden. Weit zuverlässiger und ohne schädliche »Nebenwirkungen« kann das Herzinfarkttrisiko durch körperliche Aktivitäten und eine fettarme Ernährung gesenkt werden.

2.4 Alkoholbezogene Störungen im höheren Lebensalter

Verbreitung

Aktuelle und genaue Daten über die Verbreitung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im höheren Lebensalter liegen nicht vor. Die vorliegenden älteren und internationalen Studien weisen aber darauf hin, dass alkoholbedingte Störungen bei älteren Menschen deutlich seltener sind als bei jüngeren. Der Epidemiologische Suchtsurvey 2009 ergab für 12,8 Prozent der 60- bis 64-Jährigen einen problematischen Alkoholkonsum. Bei den 18- bis 24-Jährigen lag der Anteil bei rund 40 Prozent. Einen schädlichen Alkoholkonsum vom mehr als 40 g (Frauen) bzw. mehr als 60 g (Männer) reinen Alkohols wiesen in einer Studie 1,2 Prozent der befragten Männer und 0,5 Prozent der befragten Frauen im Alter von 75 Jahren und älter auf.

Sehr hoch ist der Anteil derjenigen, die so viel Alkohol trinken, dass ihr Risiko für zahlreiche Erkrankungen deutlich erhöht ist. Rund 28 % der Männer und 18 % der Frauen im Alter ab 65 Jahren trinken mehr als 24 bzw. 12 g Alkohol täglich und überschreiten damit selbst die Richtwerte für einen risikoarmen Konsum im mittleren Lebensalter.

Bei Menschen, die in Kliniken oder Einrichtungen der stationären Altenhilfe leben, sind Alkoholprobleme überdurchschnittlich häufig. Eine repräsentative Studie ergab, dass knapp sechs Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen im Laufe ihres Lebens an einer alkoholbezogenen Störung litten.

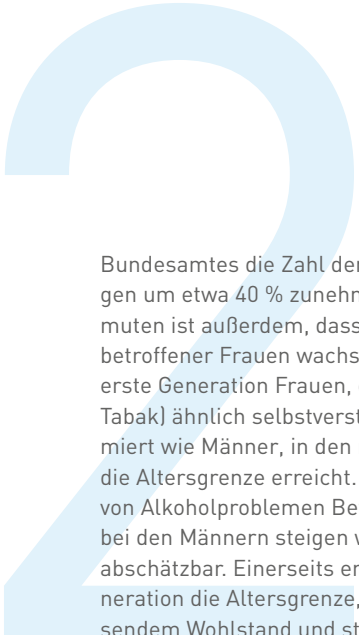
Für die geringere Verbreitung von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch im höheren Lebensalter gibt es im Wesentlichen zwei Gründe. Zum einen steigt mit höherem Alter die Zahl derjenigen, denen es – mit oder ohne professionelle Unterstützung – gelungen ist, einen Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit zu überwinden. Die abnehmende Alkoholverträglichkeit führt dazu, dass selbst viele starke Trinker und Trinkerinnen ihren Alkoholkonsum reduzieren. Zum anderen sterben schwer Alkoholabhängige häufig bereits vor Erreichen des 60. bzw. 65. Lebensjahres.

Prognose: Vermutlich wird aufgrund der demografischen Entwicklung die absolute Zahl älterer Erwachsener mit Alkoholproblemen deutlich steigen. So wird bis zum Jahr 2030 nach einer Bevölkerungsvor- ausberechnung des Statistischen

Tabelle 2.1: Alkoholkonsumklassen nach Alter und Geschlecht

	Abstinenter Lebende in %	Risikoarm Konsumierende in %	Risikant Konsumierende in %
Insgesamt	19	53,5	27,5
Frauen gesamt	24,8	53,7	21,5
45-64 Jahre	20,5	57,6	21,9
Ab 65 Jahre	34,5	47,7	17,8
Männer gesamt	12,9	53,3	33,8
45-64 Jahre	12,7	54,9	32,5
Ab 65 Jahre	15,7	55,9	28,4

Quelle: GEDA 2009



Bundesamtes die Zahl der über 60-Jährigen um etwa 40 % zunehmen. Zu vermuten ist außerdem, dass der Anteil betroffener Frauen wachsen wird, da die erste Generation Frauen, die Alkohol (und Tabak) ähnlich selbstverständlich konsumiert wie Männer, in den nächsten Jahren die Altersgrenze erreicht. Ob der Anteil von Alkoholproblemen Betroffener auch bei den Männern steigen wird, ist schwer abschätzbar. Einerseits erreicht eine Generation die Altersgrenze, die mit wachsendem Wohlstand und steigendem Alkoholkonsum aufgewachsen ist (Jahrgang 1945 und jünger); andererseits haben sich das Gesundheitsbewusstsein und der Umgang mit Alkohol in den letzten dreißig Jahren deutlich verändert.

»Late onset« und »Early onset«

In der Gruppe der Älteren mit Alkoholproblemen werden im Allgemeinen zwei Gruppen unterschieden: »Late onset« und »Early onset«.

»Late onset« bezeichnet diejenigen, die erst im höheren Alter ein Alkoholproblem entwickeln. Dabei kann das Alkoholproblem dadurch entstehen, dass der Alkoholkonsum gesteigert wird. Aber auch ohne dass mehr Alkohol getrunken wird, kann Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter zu Problemen führen. Zum Beispiel aufgrund der altersbedingten Abnahme der Alkoholverträglichkeit oder wenn Krankheiten auftreten, die eine Dauermedikation erfordern. Zu fragen ist dann, warum es der betroffenen Person nicht gelingt, ihren Alkoholkonsum den veränderten Gegebenheiten anzupassen.

Warum ältere Menschen ein Alkoholproblem entwickeln, lässt sich ebenso wenig pauschal erklären wie bei jüngeren. Immer bedarf es der Auseinandersetzung mit der konkreten Lebenssituation und den aktuellen Konflikten des betroffenen Menschen. Tatsächlich wird in der Auseinandersetzung mit der individuellen Vorgeschichte meist deutlich, dass Alkohol auch früher schon gezielt seiner Wirkung wegen getrunken wurde. Beispielsweise um Stress, schwierige Situationen und schmerzhaftes Gefühle besser ertragen zu können.

Die weitaus meisten Betroffenen zählen zur Gruppe der »Early onset«. Bei ihnen besteht ein schädlicher Alkoholkonsum meist schon seit Jahrzehnten. Möglich, dass sich die Folgen mit der Zeit kumuliert haben und jetzt zu massiven Problemen führen.

Ältere trinken anders

Die Konsummuster Älterer sind insgesamt weniger auffällig als die jüngerer Menschen mit Alkoholproblemen. Ältere trinken in der Regel insgesamt weniger exzessiv und ihre Rauschzustände sind weniger ausufernd. Sie trinken eher über den Tag verteilt und halten dabei einen gewissen Alkoholpegel konstant. Auch die Trinkorte sind andere: Ältere trinken eher zuhause und allein, also unbemerkt. In diesem Zusammenhang ist auch auf den verdeckten Alkoholkonsum hinzuweisen. Stärkungsmittel und Hustensäfte enthalten bis zu 80 % Alkohol. In Kombination mit weiteren Medikamenten, weiterem Alkoholkonsum oder bei Alkoholproble-

men in der Vergangenheit kann dies sehr problematische Nebenwirkungen nach sich ziehen.

Folgeschäden bei Älteren

Schließlich stehen bei Männern und Frauen im höheren Erwachsenenalter andere Alkoholfolgeschäden im Vordergrund als in jüngeren Jahren. Neben häuslichen Unfällen, wie Stürzen, sind dies vor allem eine – nicht durch Altersabbau verursachte – verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und Voralterung der Organe sowie alkoholassoziierte Krankheiten wie Lebererkrankungen bis hin zur Leberzirrhose, hirnorganische Schädigungen und Krebserkrankungen, z. B. der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, des Enddarms und der weiblichen Brust.

2.5 Alkoholprobleme erkennen und ansprechen!

Manchmal sind Alkoholprobleme nicht zu übersehen: Eine große Zahl leerer Flaschen, häufig eine »Fahne«, Torkeln und Lallen sind eindeutige Hinweise. Viele andere Anzeichen eines riskanten Alkoholkonsums bzw. einer Alkoholabhängigkeit sind dagegen unspezifisch, das heißt, sie können, müssen aber nicht durch Alkohol verursacht sein. Gerade die Alkoholprobleme älterer Menschen bleiben aufgrund weniger auffälliger Konsumgewohnheiten oft lange unbemerkt. Bei älteren Menschen kann das Erkennen eines Alkoholproblems zusätzlich dadurch erschwert werden, dass es nicht gelingt, zwischen altersbedingten Veränderungen und alkoholbedingten Folgeschäden zu unterscheiden.

Die folgenden Symptome können auf ein Alkoholproblem hindeuten, aber auch andere Gründe haben:

- Sturz, insbesondere wiederholte Stürze
- kognitive Defizite: mangelnde Konzentration, nachlassende geistige Leistungsfähigkeit, mangelnde Aufmerksamkeit
- Interesselosigkeit/Interessenverlust
- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- Durchfälle
- Schwindel
- Gesichtsröte
- Tremor (Zittern)
- Appetitverlust
- Fehlernährung
- Voralterung
- Stimmungsschwankungen

Doch selbst wenn Alkoholprobleme wahrgenommen oder vermutet werden, verhindern Vorurteile oft, dass Älteren Hilfe angeboten wird. Ein Vorurteil lautet, Ältere seien nicht mehr zu Verhaltensänderungen zu motivieren bzw. fähig. Dass dies nicht den Tatsachen entspricht, belegen all die älteren Männer und Frauen, die bereits Beratung und Behandlung annehmen, und ihre guten Erfolgsquoten.

Falsch ist auch die Auffassung, eine Änderung der Trinkgewohnheiten lohne sich im höheren Lebensalter nicht mehr. Gelingt es den Betroffenen, weniger zu trinken bzw. ganz auf Alkohol zu verzichten, verbessern sich das Wohlbefinden sowie die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit meist innerhalb kurzer Zeit deutlich. Beginnen Ältere eine Behandlung, sind ihre Erfolgsaussichten mindestens ebenso gut wie die jüngerer Patientinnen und Patienten. In Berichten wird immer wieder auf den großen Gruppenzusammenhalt, die gute Compliance (Bereitschaft, ärztliche bzw. therapeutische Anweisungen zu befolgen) und die geringen Abbrecherquoten hingewiesen. Eigenschaften wie Pflichtgefühl und Loyalität, die bei älteren Menschen oft stark ausgeprägt sind, erweisen sich als hilfreich auf dem Weg zur Abstinenz.

Vielen Menschen fällt es schwer, einen anderen Menschen auf ein (vermutetes) Alkohol- oder Medikamentenproblem oder die Problematik des Rauchens anzusprechen. Informationen dazu, wie Sie ein (vermutetes) Suchtmittelproblem konstruktiv ansprechen können, finden Sie in Kapitel 5. (siehe S. 77)

Früherkennung in Arztpraxis und Krankenhaus

Menschen mit Alkoholproblemen suchen überdurchschnittlich häufig eine Arztpraxis auf. Auch unter den Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern sind Alkoholprobleme deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Fachleute plädieren deshalb seit langem dafür, dass in Arztpraxen und bei Krankenhausaufenthalten Patientinnen und Patienten routinemäßig nach ihrem Alkoholkonsum befragt werden. Dies sollte am besten im Rahmen eines Gesprächs über den Gesundheitszustand und den Lebensstil im Allgemeinen erfolgen. Dabei sollte zunächst nach Trinkhäufigkeit und Trinkmenge gefragt werden. Hierfür kann der Fragebogen auf der folgenden Seite genutzt werden. Er ist so gestaltet, dass er bei Bedarf kopiert und an die befragte Person ausgehändigt werden kann. Die Kopiervorlage finden Sie auf Seite 92.

Gefährdet Alkohol meine Gesundheit?

Mit der Trinkmenge steigt auch das Risiko für zahlreiche Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Deshalb ist es sinnvoll, sich einmal bewusst zu machen, wie die eigenen Trinkgewohnheiten aussehen.

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? An Tagen

Wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise? Gläser.
(1 Glas = 0,3 l Bier, 0,1 l Wein oder Sekt, 0,04 l Branntwein ≈ 12 g Alkohol)

Pro Woche trinken Sie danach: Tage x Gläser = Gläser.

Pro Tag sind das durchschnittlich: Gläser Alkohol/7 = Gläser Alkohol.

Spätestens ab einem durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum von zwei Gläsern bei Frauen und ab drei Gläsern bei Männern ist das Risiko für zahlreiche Krankheiten erhöht. Diese Richtwerte gelten nur für gesunde Erwachsene mittleren Alters. Da mit zunehmendem Alter die Alkoholverträglichkeit abnimmt, sollten Sie als älterer Mensch diese Richtwerte deutlich unterschreiten!

Inwieweit Sie regelmäßig Alkohol trinken können, ohne Ihre Gesundheit zu belasten, hängt zudem stark von Ihrem persönlichen Gesundheitszustand ab. Deshalb ist es auf jeden Fall ratsam, diese Frage einmal mit Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin zu besprechen. Besonders wichtig ist, dass Sie dabei auch klären, ob Sie Medikamente einnehmen, die mit Alkohol unverträglich sind.

Kopiervorlage 2.1 siehe Seite 92

Die/der Befragte sollte im Rahmen einer Rückmeldung darüber informiert werden, wo die Grenzwerte für den Alkoholkonsum bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter liegen. Darüber hinaus sollte er / sie darauf hingewiesen werden, dass für ältere Menschen dieser Wert deutlich niedriger anzusetzen ist. Letztlich wird die Beurteilung des Alkoholkonsums bzw. der

Dringlichkeit einer Veränderung stark vom allgemeinen Gesundheitszustand der/des Befragten und dem Vorliegen weiterer Risikofaktoren abhängig sein. Besonders wichtig ist es in diesem Zusammenhang zu klären, ob Medikamente eingenommen werden, die mit Alkohol unverträglich sind.

Fragebogen zur Erfassung von Alkoholproblemen älterer Menschen

Speziell für die Erfassung von Alkoholproblemen älterer Menschen wurden der MAST-G (Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric) mit 24 Fragen und der S(Short)MAST-G mit zehn Fragen entwickelt. Mit ihrer Hilfe kann erfasst werden, ob der Konsum von Alkohol zu Problemen für die befragte Person führt. Der S(Short)MAST-G ist auf der folgenden Seite abgedruckt; auch er ist so gestaltet, dass er bei Bedarf kopiert und an die befragte Person ausgehändigt werden kann. Wenn

man mehr als zwei der zehn Fragen des S(Short)MAST-G mit JA beantwortet, ist von einem Alkoholproblem auszugehen. S(Short)MAST unterscheidet nicht zwischen riskantem Alkoholkonsum und Abhängigkeit, und tatsächlich ist die Grenzziehung zwischen beidem nicht einfach. Da in beiden Fällen ein Gesprächs- und Hilfeangebot erfolgen sollte, ist eine Unterscheidung zunächst auch nicht erforderlich. Die genaue Diagnosestellung ist eine ärztliche Aufgabe bzw. Aufgabe einer Fachberatungsstelle.

Welche Rolle spielt Alkohol in Ihrem Leben?

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

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 2 Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 3 Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihr Zittern zu verhindern? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 4 Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 5 Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 6 Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 7 Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 8 Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 9 Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klarzukommen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| 10 Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen? | Ja ☐ | Nein ☐ |

Haben Sie zwei oder mehr dieser Fragen mit JA beantwortet? Dann haben Sie vermutlich ein ernstzunehmendes Alkoholproblem entwickelt und sollten Hilfe und Beratung annehmen.

Bundesweite Sucht und Drogen Hotline 01805 313031
(Kostenpflichtig – 0,14 € /Min. a. d. Festnetz, Mobilfunkpreise max. 0,42 € /Min.,
unterstützt von NEXT ID) täglich von 0 bis 24 Uhr verfügbar

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung 0221 892031
(Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das
Kölner Ortsnetz)
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Quelle: S(Short)MAST-Geriatric Version; ©The Regents of the University of Michigan, 1991
Kopiervorlage 2.2 siehe Seite 93

Diagnostische Kriterien

Nach dem Diagnosehandbuch DSM-IV ist Alkoholabhängigkeit analog der Abhängigkeit von Nikotin, verschiedenen Medikamenten und anderen Suchtmitteln durch folgende sieben Symptome gekennzeichnet:

- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome
- Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als eigentlich beabsichtigt (Kontrollminderung)
- Vergebliche Versuche, den Gebrauch einzuschränken bzw. aufzugeben
- Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung oder um die Folgen des Konsums zu überwinden (»Hangover«)
- Einschränkung anderer Tätigkeiten aufgrund des Alkoholkonsums (Interessenverlust)
- Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um schädliche Folgen

Eine Abhängigkeit wird diagnostiziert, wenn mindestens drei der sieben Symptome für denselben 12-Monats-Zeitraum zutreffen.

2.6 Beratung und Behandlung bei Alkoholproblemen

Je nach Schwere des Alkoholmissbrauchs bzw. der Alkoholabhängigkeit ist der Weg zur Überwindung des Problems sehr unterschiedlich. Im ersten Schritt geht es deshalb darum, das Ausmaß der alkoholbezogenen Störung und den Hilfebedarf genauer zu klären und einen Behandlungsplan aufzustellen.

In Deutschland gibt es über 1.000 Beratungseinrichtungen, die auf die Beratung von Menschen mit Alkohol- und anderen Abhängigkeitsproblemen und deren Ange-

Die genauen diagnostischen Kriterien sind in den beiden internationalen Diagnosehandbüchern nachzulesen: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Saß, Henning, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe, 2003

ICD-10 (International Classification of Diseases) <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/gf10.htm#s05f10> (Stand: 12/2010)

hörigen spezialisiert sind. Sie werden als Psychosoziale Beratungsstellen, Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen, Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige o. ä. bezeichnet. Die Beratung ist kostenlos und die Beratungsstellen unterliegen der Schweigepflicht. Ein erster Beratungstermin kann meist kurzfristig telefonisch vereinbart werden.

Zu bedenken ist dabei, dass ältere Männer und – in noch stärkerem Maße – ältere Frauen in diesen Einrichtungen bislang

eine Minderheit sind und nicht alle Einrichtungen gleichermaßen auf sie eingestellt sind. Da gerade der erste Schritt, die Kontaktaufnahme zum Hilfesystem, älteren wie jüngeren Betroffenen meist sehr schwer fällt, kann eine Enttäuschung dazu führen, dass es sehr lange dauert, bis Betroffene zu einem weiteren Anlauf bereit sind. Hier ist es hilfreich, wenn eine dritte Person bereits im Vorfeld klärt, ob bei der entsprechenden Anlaufstelle auch ältere Betroffene betreut werden.

Adressen in Wohnortnähe können bei den Informations- und Beratungstelefonen (siehe Seite 33) erfragt werden. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) hält auf ihren Internetseiten unter www.dhs.de eine Adressdatenbank mit allen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und den Trägern und Gruppen der Suchtselbsthilfe in Deutschland u. a. auch mit Angeboten für die Zielgruppe „Ältere Menschen“ bereit.

Eine andere Möglichkeit, das Problem Alkohol in Angriff zu nehmen, ist ein offenes Gespräch mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin. Welche längerfristige Begleitung bei der Lösung von Alkoholproblemen angeboten wird, ist von Arztpraxis zu Arztpraxis verschieden. Möglich sind beispielsweise eine Reihe von Gesprächen zur Unterstützung der Änderungsbemühungen sowie die Begleitung während eines ambulanten Entzugs. Andere Arztpraxen setzen eher auf die Zusammenarbeit mit spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und vermitteln ihre Patientinnen und Patienten an diese.

Die Phase der Klärung und Therapieplanung wird als Kontakt- und Motivationsphase bezeichnet. Die eigentliche Behandlung der Alkoholabhängigkeit wird modellhaft in drei Phasen gegliedert. Tatsächlich sind die Wege zur Bewältigung von Alkoholproblemen jedoch individuell sehr unterschiedlich.

Entzug

Ob ein medizinisch begleiteter Entzug notwendig ist, wird im Rahmen der ersten Kontakte geklärt. Die Entzugsbehandlung dauert meist zwischen zwei und drei Wochen. Sie kann stationär in einem Krankenhaus oder ambulant mit ärztlicher Begleitung erfolgen. Die Entzugserscheinungen werden dabei mit Medikamenten behandelt. Die Kosten der Entzugsbehandlung trägt die Krankenkasse und in Einzelfällen das Sozialamt.

Entwöhnung

Eine anschließende psychotherapeutische Behandlung hilft, die Abstinenz abzusichern. Angeboten werden suchtspezifische ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen von den bereits erwähnten spezialisierten Beratungseinrichtungen beziehungsweise in Fachkrankenhäusern. Die Entwöhnungsbehandlung dauert mehrere Wochen bis mehrere Monate und ist versicherungstechnisch als Rehabilitationsmaßnahme anzusehen. Die Kosten dafür übernehmen die Rentenversicherungsträger und in Einzelfällen das Sozialamt. Die Frage der Kostenübernahme ist unbedingt vor Therapiebeginn zu klären! Hierbei helfen wiederum die Suchtberatungsstellen.

Nachsorge

Im Anschluss an die Behandlung oder bereits begleitend dazu sind Selbsthilfegruppen von Betroffenen und ihren Angehörigen besonders hilfreich. Derzeit gibt es in Deutschland etwa 8.700 Selbsthilfegruppen für Menschen mit Suchtproblemen. Ansprechpartner vor Ort können über die Beratungsstellen erfragt werden.

Spezielle Angebote für ältere Erwachsene

Bundesweit gibt es bereits zahlreiche spezielle Beratungs- und Behandlungsangebote für ältere Erwachsene mit Alkoholproblemen. Einige Fachkliniken bieten – teils schon seit vielen Jahren – altershomogene Gruppen an, auch in Fachberatungsstellen gibt es vereinzelt Gruppen für Ältere. In diesen Gruppen können die Schwierigkeiten und Konflikte älterer Menschen offener thematisiert werden

und finden mehr Raum, als das in altersgemischten Gruppen möglich ist. Denn obwohl sich die Themen älterer Menschen nicht grundsätzlich von denen jüngerer Menschen unterscheiden, so erhalten sie durch das Lebensalter doch eine andere Ausprägung.

Die Erfahrungsberichte über altersspezifische Angebote sind durchweg positiv. Neben dem besonderen Gruppenzusammenhalt und dem guten Gruppenklima ist auch die Erfolgsquote in diesen Gruppen höher als in altersgemischten Gruppen. In Anbetracht des wachsenden Bewusstseins für die Problematik von Alkoholproblemen im höheren Lebensalter ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren das altersspezifische Angebot in der Behandlung weiter ausgebaut wird.

Wichtige Themen in altershomogenen Gruppen sind u. a.:

- Lebensbilanzierung, in der auch die Leistungen der Person gewürdigt werden.
- Erarbeitung von Perspektiven für den weiteren Lebensweg. Dazu gehört auch die Frage: Wie werde ich in Zukunft wohnen? Unter Umständen ist bei Alleinlebenden zu überlegen, ob ein Seniorenwohnheim oder betreutes Wohnen eine Alternative darstellt.
- Vermittlung der Grundzüge einer gesunden Lebensführung im Alter, die den Erhalt der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit unterstützt.
- Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen nach Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität bzw. Klärung der Frage, wie diese im Alter gelebt werden können.
- Planung einer sinnvollen Freizeitgestaltung, Entwicklung von Interessen bzw. Hobbyfindung.
- Auseinandersetzung mit Krankheiten, Älterwerden und Tod.

Anhang Kapitel 2

Beratung und telefonische Information

Informationen und Adressen von Hilfeangeboten, z. B. Auskünfte über spezielle Angebote für ältere Frauen und Männer, können Sie erfragen bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm Tel. 02381 9015-0 www.dhs.de

Über stationäre Behandlungseinrichtungen informieren:

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.
Wilhelmshöher Allee 273, 34131 Kassel
Tel. 0561 779351
www.suchthilfe.de

Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn
Tel. 0228 261555
www.sucht.de

Diese Verbände bzw. die ihnen angeschlossenen Einrichtungen weisen Behandlungsangebote für Ältere teilweise aus. Ob zu bestimmten Behandlungszeiträumen ein spezielles Angebot für ältere Patientinnen und Patienten besteht, muss jedoch im Einzelfall geklärt werden.

Bundesweite Sucht und Drogen Hotline
01805 313031, täglich 0 bis 24 Uhr
(kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min., unterstützt von NEXT ID).

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung
0221 892031 (Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Das BZgA-Infotelefon bietet eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Telefonseelsorge
0800 1110111 oder 0800 1110222
(gebührenfrei)
täglich 0 bis 24 Uhr
Die Telefonseelsorge bietet auch einen Austausch per E-Mail und Chat an:
www.telefonseelsorge.de.

Internetseiten

www.unabhaengig-im-alter.de
Internetseite der DHS zum Themenkreis Sucht und Alter mit aktuellen Informationen, Berichten von Betroffenen, weiteren Links und vielem mehr.

<http://www.suchtimalter.ch>
Internetseite der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZÜFAM) zum Thema Sucht im Alter.

Informationsmaterialien

Folgende Materialien sind kostenlos über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhältlich. Bestellungen sind schriftlich oder über das Internet möglich. Die meisten Materialien stehen auch als PDF-Files zum kostenlosen Download zur Verfügung.

- DHS, PF 1369, 59003 Hamm
www.dhs.de
- BZgA, 51101 Köln
www.bzga.de

Faltblätter, Broschüren und Selbsthilfe-handbücher

Alkohol. Weniger ist besser. Informationen und Hilfen für ältere Menschen
Hg.: DHS (nur zu beziehen über die DHS)
Dieses Faltblatt informiert gezielt über den Umgang mit Alkohol und über Alkoholprobleme im höheren Lebensalter und ist zur Weitergabe an ältere Frauen und Männer geeignet.

Alkohol Basisinformationen
Hg.: DHS, Bestellnr. 33230000

Die Sucht und ihre Stoffe – Alkohol
Hg.: DHS, Bestellnr. 34001002

Umgang mit Alkohol – Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen
Hg.: DHS (nur über die DHS zu beziehen)

Alles klar? Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Mit Selbst-Test.
Hg.: BZgA, Bestellnr. 32010000

Alkoholfrei leben.
Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen
Hg.: BZgA, Bestellnr. 32011000

Beratungsleitfäden

Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen
Hg.: DHS (nur über die DHS zu beziehen)

Alkoholabhängigkeit.
Suchtmedizinische Reihe Band 1
Hg.: DHS, Bestellnr. 33221201

Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Leitfaden für Ärzte
Hg.: BZgA, Bestellnr. 32021000

Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Leitfaden für Ärzte (Kurzfassung)
Hg.: BZgA, Bestellnr. 32022000

Literatur

Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrgang 55(5), Oktober 2009.
Themenschwerpunkt: Riskanter Alkoholkonsum im Alter.

Lützenkirchen, Anne
Sucht im Alter: Soziale Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ab 60 Jahren
Lage: Jacobs, 2010

Soyka, Michael; Heinrich Küfner
Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen, Therapie.
Begründet von Wilhelm Feuerlein.
Unter Mitarbeit von Volker Dittmann und Reinhard Haller
6., vollständig überarb. Auflage
Stuttgart; New York: Thieme, 2008

Wolter, Dirk K.
Sucht im Alter – Altern und Sucht: Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie
Stuttgart: Kohlhammer, 2011



Medikamente mit
Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

3 Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Vorbemerkung: Bei keiner anderen Substanz ist es so schwer, Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit voneinander abzugrenzen. Denn zunächst sind Medikamente ja keine Genuss- oder gar Suchtmittel, sondern Heilmittel zur Behandlung und Linderung von Krankheiten und Beschwerden. Und als solche werden sie von den Betroffenen meist auch eingenommen. Vielen ist nicht bewusst, dass sie sich durch ihren Medikamentengebrauch schädigen oder dass sie von ihrem Medikament abhängig geworden sind. Schließlich nehmen sie ein ärztlich verordnetes Medikament in einer therapeutisch üblichen oder leicht erhöhten Dosierung ein. Ein hochdosierter, süchtiger Konsum, z. B. von Schlaf- und Beruhigungsmitteln,

wie ihn manche Heroinabhängige zur Vermeidung von Entzugserscheinungen betreiben, oder von Aufputschmitteln zur Leistungssteigerung, kommt bei älteren Erwachsenen praktisch nicht vor. Er bleibt im Folgenden deshalb unberücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund – und weil viele ältere Menschen unter Arzneimittelnebenwirkungen leiden – ist es sinnvoll, beim Thema »Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch« zunächst die Thematik eines sinnvollen Medikamentengebrauchs insgesamt anzusprechen und erst im zweiten Schritt auf die Problematik von Missbrauch und Abhängigkeit einzugehen.

3.1 Zahlen zum Medikamentengebrauch

Der Pro-Kopf-Umsatz für Arzneimittel liegt in Deutschland bei rund 500 Euro im Jahr, davon entfallen ca. 450 Euro auf verordnete Mittel und 50 Euro auf Mittel, die im Rahmen der Selbstmedikation aus eigener Tasche bezahlt wurden. Umgerechnet sind das etwa 1.200 Tabletten, Kapseln, Zäpfchen etc. pro Kopf der Bevölkerung.

Die Arzneimittelverordnungen aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten (das sind etwa 90 % der bundesdeutschen Bevölkerung) werden für den jährlich erscheinenden Arzneiverordnungsreport ausgewertet. Die im Folgenden beschriebene Tendenz ist dabei seit Beginn der Auswertungen im Jahr 1985 unverändert:

Der Medikamentengebrauch nimmt vom mittleren Lebensalter an kontinuierlich zu. Von durchschnittlich etwa einer halben Tagesdosis pro versicherter Person und Tag um das 40. Lebensjahr auf rund zwei Tagesdosen bis zum 60. und rund drei Tagesdosen bis zum 70. Lebensjahr. Mit rund vier Tagesdosen erreichen die Verordnungszahlen bei den 80- bis 89-Jährigen ihren höchsten Wert. Insgesamt sind zwei Drittel aller verordneten Tagesdosen für Patientinnen und Patienten über 60 Jahre bestimmt; der Anteil an der Gesamtbevölkerung dieser Gruppe beträgt 27 Prozent. Eine Tagesdosis (DDD = Defined Daily Doses) ist die Menge eines Wirkstoffes bzw. Arzneimittels, die typischerweise bei Erwachsenen im Rahmen einer Behandlung pro Tag verordnet wird.

Im Trend haben sich damit die Unterschiede bei den Verordnungen zwischen Männern und Frauen in den vergangenen Jahren verringert. Insgesamt bekamen 2009 Frauen 13 Prozent mehr Verordnungen als Männer; in den Altersgruppen ab 50 Jahren erhalten Männer jedoch mehr Verordnungen als Frauen.

In einzelnen Arzneimittelgruppen erhalten Frauen weiterhin deutlich mehr Verordnungen, bei Psychopharmaka etwa 60 Prozent, bei Schmerzmitteln etwa 50 Prozent. Gründe hierfür sind vermutlich u. a. die häufigeren Arztbesuche von Frauen und die Art, ihr Befinden wahrzunehmen und darüber zu sprechen. Sie heben psychische Aspekte ihres Befindens stärker

hervor und erwarten häufiger als Männer die Verordnung eines Arzneimittels.

Männer und Frauen, die in Alten- und Pflegeheimen wohnen, erhalten deutlich mehr Medikamente als Männer und Frauen in Privathaushalten. Die Hälfte von ihnen erhält regelmäßig mehr als sechs Medikamente.

Für den Bereich der frei verkäuflichen Mittel liegen ähnlich detaillierte Daten nicht vor. Es scheint so zu sein, dass auch die Selbstmedikation mit dem Alter zunimmt, jedoch nicht in gleichem Ausmaß wie die Einnahme verordnungspflichtiger Medikamente.

3.2 Zu Risiken und Nebenwirkungen im höheren Lebensalter

Keine Wirkung ohne Nebenwirkung

Viele Medikamente sind hochwirksam. Zahlreiche Krankheiten, die vor einigen Jahrzehnten lebensbedrohlich waren, sind mit ihrer Hilfe gut behandelbar. Eine ganze Reihe chronischer Krankheiten, wie Diabetes oder Herzinsuffizienz, können heute so weit beherrscht werden, dass sie im Alltag der Erkrankten nur eine kleine Rolle spielen.

Neben erwünschten haben Medikamente jedoch auch unerwünschte Wirkungen, sog. Nebenwirkungen. Sie machen schläfrig, belasten den Magen oder

können Symptome wie Schwindel, Schwitzen oder Verstopfung hervorrufen. Neben lediglich unangenehmen kann es zu sehr belastenden Nebenwirkungen wie Inkontinenz und Depressionen kommen. Im Extremfall können bleibende Gesundheitsschäden, z. B. an Leber und Nieren, und sogar Todesfälle als Nebenwirkung von Medikamenten auftreten. Schwere Arzneimittelnebenwirkungen sind vor allem bei älteren Menschen kein Einzelfall. Bei geschätzten 10-20 % der Patientinnen und Patienten auf geriatrischen Stationen sind sie der Grund für den Krankenhausaufenthalt.

Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, zwischen therapeutischem Nutzen und dem Risiko von Nebenwirkungen abzuwägen und die Patientinnen und Patienten entsprechend aufzuklären. Frei verkäufliche Medikamente sind ebenfalls nicht frei von Nebenwirkungen; auf diese sollte in der Apotheke beim Verkauf hingewiesen werden.

Über mögliche Nebenwirkungen informiert auch der Beipackzettel. Entgegen seinem ursprünglichen Zweck ist er jedoch nur bedingt zur Patienteninformation geeignet. Erstens ist die Liste der möglichen Nebenwirkungen fast immer beängstigend lang, da die Hersteller aus gesetzlichen Gründen auf alle denkbaren und auch extrem seltenen Nebenwirkungen hinweisen müssen. Zweitens sind Beipackzettel meist in einer für Laien unverständlichen Sprache verfasst und von der Schriftgröße her gerade für ältere Personen kaum zu lesen.

Werden mehrere Medikamente gleichzeitig eingenommen, kann es zu Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Wirkstoffen kommen. Damit steigt zugleich das Risiko von Nebenwirkungen. Bei jeder neuen Verordnung sollte deshalb geklärt werden, welche anderen Medikamente bereits eingenommen werden. Das schließt auch frei verkäufliche Mittel mit ein.

Alkohol und Medikamente – Zwei wie Katz und Maus

Sowohl Alkohol als auch die in einem Medikament enthaltenen Wirkstoffe werden über die Blutbahn im gesamten Organismus verteilt und beeinflussen unterschiedlichste körperliche und seelische Vorgänge. Zwischen Alkohol und vielen Medikamenten kommt es

dabei zu Wechselwirkungen. So kann Alkohol die Aufnahme und den Abbau von Medikamenten verlangsamen oder beschleunigen oder die Verarbeitung des Wirkstoffs durch den Organismus überhaupt verändern. Die Wirksamkeit des Medikaments wird dadurch beeinflusst, im Extremfall aufgehoben. Umgekehrt können Medikamente die Wirkung des Alkohols verstärken bzw. den Alkoholabbau verzögern. Die geringere Alkoholverträglichkeit im Alter verschärft das Problem weiter. (siehe Seite 21)

Medikamentengruppen, bei denen das Auftreten von Wechselwirkungen mit Alkohol bekannt ist, sind u. a. Mittel zur Behandlung von Bluthochdruck, Allergien, Magenbeschwerden oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Antibiotika. Besonders gefährlich ist der gleichzeitige Gebrauch von Alkohol und Psychopharmaka bzw. von Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Bei dämpfenden Mitteln wird die beruhigende, bei anregenden Mitteln die aktivierende Wirkung durch Alkohol oft gefährlich verstärkt. So steigt die Unfallgefahr. Darüber hinaus kann es zu Herz-Kreislauf-Problemen oder bedrohlichen Vergiftungen kommen. Ebenso wird die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung deutlich gesteigert, vor allem bei der Kombination zwischen Benzodiazepinen und Alkohol. (siehe Seite 42)

Es gilt daher der dringende Rat: Sobald ein Medikament eingenommen wird, sollte – durch Rückfrage bei Arzt bzw. Ärztin – geklärt werden, ob dennoch Alkohol getrunken werden kann. Das gilt auch für frei verkäufliche Mittel.

Medikamente wirken bei älteren Menschen anders

Eine Reihe von Veränderungen im Organismus führt dazu, dass Medikamente bei älteren Menschen verzögert wirken und länger im Körper bleiben als bei Menschen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Die Wirkstoffe werden von Magen und Darm langsamer aufgenommen und aufgrund der verringerten Pumpleistung des Herzens langsamer im Körper verteilt. Der geringere Wassergehalt des Körpers macht das Gewebe dichter und für Wirkstoffe weniger durchlässig. Das trägt ebenfalls dazu bei, dass die Aufnahme der Wirkstoffe länger dauert. Schließlich erfolgen auch der Abbau durch die Leber und die Ausscheidung durch die Nieren langsamer.

Die Dosierung von Medikamenten muss deshalb an das Lebensalter angepasst werden. Eine Faustregel sagt, ab dem 65. Lebensjahr sollte die Dosis um etwa 10 %, ab dem 75. Lebensjahr um 20 % und für jede weitere Dekade um weitere 10 % gesenkt werden. Neben dem Alter spielen bei der Dosisanpassung Faktoren wie Körpergewicht, allgemeiner Gesundheitszustand und die Einnahme weiterer Medikamente eine Rolle.

Eine Dosisanpassung ist immer Aufgabe des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin! Wird ein Medikament bereits über viele Jahre in gleich bleibender Dosierung eingenommen oder treten bislang unbekannte Nebenwirkungen auf, sollte das Thema »Dosisanpassung« bei einem Praxisbesuch angesprochen werden.

Das Problem der Fehlmedikation älterer Menschen

Nicht alle Nebenwirkungen lassen sich vermeiden. Manchmal müssen sie in Kauf genommen werden, um wichtigere Behandlungsziele erreichen zu können. Alle Fachleute sind sich jedoch einig, dass die Medikamententherapie gerade älterer Erwachsener deutlich verbessert werden könnte und dass viele Medikamentenverordnungen unnötig oder gefährlich sind. Dies betrifft vor allem die lange Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Herz-Kreislauf-Mitteln und harntreibenden Mitteln (Diuretika).

Studien, die in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt wurden, zeigen, dass allein durch das Absetzen bestimmter Medikamente der Gesundheitszustand vieler Patientinnen und Patienten deutlich verbessert werden konnte.

Die Beers-Kriterien – eine Negativliste

Um die medikamentöse Behandlung älterer Menschen zu verbessern, wurden 1991 in den USA von dem Pharmakologen Mark H. Beers erstmals eine Liste von Medikamenten veröffentlicht, die zum einen Medikamente benennt, die im höheren Lebensalter (ab 65 Jahren) gar nicht verordnet werden sollten, sowie eine Liste, die angab, welche Medikamente bei welchen Krankheiten bzw. unter welchen Umständen nicht verordnet werden sollten. Diese erste Liste bezog sich auf ältere

3.3 Nebenwirkung Sucht

Etwa 4 bis 5 % aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial, das heißt, man kann von ihnen abhängig werden. Dieses Suchtpotenzial sollte – wie das Risiko anderer Nebenwirkungen auch – bei jeder Verordnung mit bedacht werden. Das geschieht noch nicht in ausreichendem Maße. Schätzungsweise rund ein Drittel bis die Hälfte dieser Medikamente werden langfristig zur Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet.

Zu den Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial gehören vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Tranquillantien mit einem Wirkstoff aus der Gruppe der Benzodiazepine, opiathaltige Schmerzmittel und sog. Stimulanzien (Aufputschmittel sowie Appetitzügler, die ebenfalls aufputschende Substanzen enthalten, und andere Psychopharmaka). Bei einer Reihe weiterer Medikamente besteht ein Missbrauchspotenzial, ohne dass es zur Entwicklung einer Abhängigkeit vom Wirkstoff kommt.

Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen leben. Mittlerweile wurden die »Beers-Kriterien« durch Expertenteams erweitert und mehrfach aktualisiert. Sie beziehen sich jetzt auf alle Erwachsenen der Altersklassen über 65 Jahre und haben weite Verbreitung gefunden. Die aktuelle Fassung (Stand 2003) kann im Internet eingesehen werden, z. B. auf den Internetseiten des Archives of internal Medicine (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/163/22/2716>) (Stand 12/10).

Benzodiazepine

Die meisten der abhängigkeits erzeugenden Medikamente gehören in die Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel und enthalten einen Wirkstoff aus der Gruppe der Benzodiazepine. Angewandt werden Benzodiazepine vor allem als Beruhigungs- und Schlafmittel sowie z. B. bei durch Muskelverkrampfungen verursachten Rückenschmerzen. Seitdem das hohe Abhängigkeitspotenzial der Mittel bekannt wurde, weichen Ärztinnen und Ärzte zunehmend auf andere Medikamente aus. Zwar hat sich die Zahl der Benzodiazepin-Verordnungen seit 1990 mehr als halbiert, dennoch sind Benzodiazepine weiterhin die meist verordneten und verwendeten psychoaktiven Medikamente.

Benzodiazepine vermindern die Empfindlichkeit bestimmter Rezeptoren des Gehirns und wirken darüber hinaus zugleich angstlösend, ermüdend, schlafanstoßend, muskelentspannend und krampflösend. Die verschiedenen Benzodiazepin-Derivate unterscheiden sich vor allem in ihrer Wirkdauer. Präparate mit langer Wirkdauer, die meist als Schlafmittel

eingesetzt werden, sind besonders gefährlich. Sie können noch am nächsten Tag zu erhöhter Unfallgefahr durch Müdigkeit, Gleichgewichtsstörungen und verminderter Bewegungskontrolle (Ataxie) führen. Weitere »Hang-over-Effekte« sind eine verminderte Reaktionsfähigkeit, Benommenheit und Konzentrationsstörungen. Nach den »Beers-Kriterien« zählen lang wirkende Benzodiazepine zu den Mitteln, die bei über 65-Jährigen gar nicht zum Einsatz kommen sollten.

Die Abhängigkeitsentwicklung kann bereits wenige Wochen nach Einnahmebeginn einsetzen. Hat sich eine Abhängigkeit entwickelt, treten als Entzugserscheinungen wiederum die Beschwerden auf, gegen die das Mittel ursprünglich helfen sollte. Oft werden sie nicht als Entzugserscheinungen erkannt, sondern führen zur weiteren Verordnung des Medikaments.

Die überwiegende Mehrheit der meist älteren Benzodiazepinabhängigen weist eine so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit auf. Bei dieser Form der Abhängigkeit kommt es nicht zu einer Dosissteigerung, sondern es wird über viele Jahre eine im therapeutischen Bereich liegende Dosis eingenommen. Gerade bei den lang wirkenden Benzodiazepinen kann es trotzdem zu einer Kumulation (Anhäufung) des Wirkstoffs im Körper kommen.

Nach längerer, regelmäßiger Einnahme können nach dem Absetzen quälende Entzugserscheinungen wie Zittern, starke Ängste, depressive Verstimmungen und Krampfanfälle auftreten. Die Stärke und Dauer der Entzugserscheinungen ist nicht genau vorherzusehen und nicht direkt

dosisabhängig. Wurden Wirkstoffe im Fettgewebe des Körpers abgelagert, treten Entzugserscheinungen nur verzögert auf. Benzodiazepinhaltige Arzneimittel werden in der Regel ausgeschlichen, das heißt schrittweise abgesetzt. Dies sollte niemals ohne ärztliche Betreuung erfolgen.

„Z-Drugs“

Schlaf- und Beruhigungsmittel mit den benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen Zolpidem, Zopiclon und Zalephon werden immer häufiger verordnet. Ihr Abhängigkeitspotenzial wurde erst als gering eingestuft. Mittlerweile gilt es jedoch als ähnlich hoch wie das der Benzodiazepine.

Handelsnamen

häufig verordneter Benzodiazepine:

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Radedorm rp, Noctamid rp, Lendormin rp, Flunitrazepam ratio rp, Remestan, Planum, Dalmadorm, Rohypnol

Tranquilizer

Diazepam-ratiopharm, Adumbran, Tavor, Oxazepam-ratiopharm, Bromazanyl-hexal, Normoc, Lexotanil 6, Faustan

Muskelrelaxans

Musaril

2008 wurden insgesamt 29 Mio. Schlaf- und Beruhigungsmittel verkauft, 20,4 Mio. davon enthielten Mittel mit Benzodiazepin- oder benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen.

Aus diesem Grund sollten sie vor allem nicht bei bekannter Benzodiazepinabhängigkeit ersatzweise verordnet werden. Darüber hinaus gelten hinsichtlich Verordnungsdauer und Dosis bei älteren Menschen ähnliche Empfehlungen wie bei Benzodiazepinen.

Opioide

Opiathaltige Mittel, sog. Opioide, haben ein hohes Suchtpotenzial. Opiate, zu denen beispielsweise auch die illegale Droge Heroin sowie das Substitutionsmittel Methadon gehören, unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Ihre Abgabe wird staatlich kontrolliert. Angewendet werden opiathaltige Schmerzmittel bei sehr starken Schmerzen, z. B. bei Tumorerkrankungen. Die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung wird dann durch die Art der Dosierung gering gehalten und tritt hinter das Ziel der Schmerzlinderung zurück. Problematisch ist dagegen die Verordnung von opiathaltigen Schmerzmitteln in anderen Fällen, z. B. gegen chronische Rückenschmerzen. Hier warnen Fachleute vor der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Diese ist vor allem gegeben, wenn gleichzeitig gewohnheitsmäßig Alkohol getrunken wird oder ein Alkoholproblem besteht.

Weitere Medikamente mit Missbrauchspotenzial

Bei verschiedenen weiteren Medikamenten besteht ein Missbrauchspotenzial, ohne dass es zur Entwicklung einer Abhängigkeit vom Wirkstoff kommt. Zu diesen Medikamenten gehören verschiedene neuere, anregende Psychopharmaka, Antidepressiva und Antidementiva, die z. B. zur kognitiven Leistungssteigerung und Behandlung von Demenzerkrankungen entwickelt wurden.

Auch die Medikamente zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms („Ritalin“) sind dieser Gruppe zuzurechnen. Die Verordnung bzw. der Verkauf dieser aktivierenden oder „atypischen“ Psychopharmaka hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Die Erfahrung, trotz psychischer Probleme den Alltag meistern zu können, kann dazu führen, dass Medikamente länger und häufiger eingenommen werden als vorgesehen. Bei einem Teil dieser Psychopharmaka ist es zudem schwierig, ein Suchtpotenzial festzustellen bzw. auszuschließen. Absetzphänomene wie Unruhe, Ängstlichkeit, Schwitzen, Zittern und Schlafstörungen, evtl. auch Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen, erschweren beispielsweise das Absetzen mancher Mittel.

Psychopharmaka sind bei der Behandlung verschiedener psychischer und psychiatrischer Krankheiten unverzichtbar. Auch kritische Ratgeber sehen ihre Anwendung heute als adäquate Form der Therapie. Alle Psychopharmaka können jedoch schwere Nebenwirkungen haben. Deshalb sollte – wie bei allen Medikamenten – immer eine genaue Abwägung zwischen Nutzen und Risiken und eine angemessene Aufklärung der Patientinnen und Patienten erfolgen.

Im Bereich der frei verkäuflichen Mittel ist es die Gruppe der Kombinationsanalgetika, die zum Teil missbräuchlich verwendet werden. Bei diesen Medikamenten ist ein schmerzstillender Wirkstoff, Acetylsalicylsäure (ASS) oder Paracetamol, mit anregendem Koffein kombiniert. Die Dauereinnahme kann über die Gewöhnung an das Koffein zu extremer Dosissteigerung und so genanntem »Kopfschmerzmittel-Kopf-

schmerz« (durch Schmerzmitteleinnahme hervorgerufene Kopfschmerzen) führen. Die langjährige Einnahme größerer Dosen solcher Kombinationsanalgetika kann das »Analgetika-Syndrom« mit unterschiedlichen Organschädigungen und Nierenversagen als gefährlichster Folge verursachen. Grundsätzlich ist von jeglicher dauerhaften Selbstmedikation abzuraten.

Anhaltende Schmerzen sollten immer sorgfältig diagnostiziert und ärztlich behandelt werden.

Ein Sonderfall sind alkoholhaltige Medikamente. Stärkungsmittel und Hustensäfte z. B. enthalten bis zu 80 Prozent Alkohol. In Kombination mit weiteren Medikamenten, weiterem Alkoholkonsum oder bei Alkoholproblemen in der Vergangenheit kann dies sehr problematisch sein.

Verordnungsempfehlungen an Ärztinnen und Ärzte

Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten sind Nebenwirkungen, die durch ihre richtige Anwendung möglichst vermieden werden sollten. Da fast alle Medikamente mit Suchtpotenzial verschreibungspflichtig sind, kommt Ärzten und Ärztinnen hier eine besondere Verantwortung zu. Dazu existieren folgende Empfehlungen:

- Strenge Indikationsstellungen, i. d. R. keine Verschreibung an Patienten mit Abhängigkeitsanamnese
- Kleinste Packung verschreiben, in niedriger Dosierung; Rezept persönlich aushändigen
- Therapiedauer vorher vereinbaren; Notwendigkeit der Weiterbehandlung jedes Mal sorgfältig prüfen
- »Ausschleichen« nach längerer Behandlung begleiten, nicht nur bei Benzodiazepinen, sondern vor allem auch bei neueren Antidepressiva
- Aufklärung der Patienten und Patientinnen, z. B. die Mittel nicht an Dritte weiterzugeben
- Unabhängige Informationen über die jeweiligen Arzneimittel beachten, Abhängigkeitsgefälle melden, z. B. der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

zitiert nach Jahrbuch Sucht 2005

Die entsprechenden Empfehlungen, zusammengefasst in der 4K-Regel, sollten daher immer beachtet werden:

- klare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)
- kleinste notwendige Dosis
- kurze Anwendung (maximal 14 Tage)
- kein abruptes Absetzen

Dieser Hinweis sollte in allen Arztpraxen und Apotheken aushängen und in die Beipackzettel aufgenommen werden, damit Fachleute, Patientinnen und Patienten die Gefährdung durch das Abhängigkeitspotenzial von Arzneimitteln immer vor Augen haben.

zitiert nach Jahrbuch Sucht 2010, S. 93

3

Daten zur Verordnung von Medikamenten mit Sucht- bzw. Missbrauchspotenzial

Der Arzneiverordnungsreport der gesetzlichen Krankenversicherung weist für die verschiedenen Medikamentengruppen mit Missbrauchs- bzw. Suchtpotenzial über die Lebensspanne eine Zunahme der Verordnungen auf.

Tabelle 3.1: Verordnungen verschiedener Medikamentengruppen in Tagesdosen pro versicherter Person (ausgewählte Altersgruppen)

Analgetika*

Alter	20-24	40-44	60-64	70-74	80-84	90+
Tagesdosis/Person	0,8	4,5	12,0	17,2	31,1	46,8

Psychoanaleptika

(psychisch anregende Arzneimittel, z. B. Antidepressiva und Psychostimulanzien)

Alter	20-24	40-44	60-64	70-74	80-84	90+
Tagesdosis/Person	4,2	15,5	23,9	27,3	45,2	46,4

Psycholeptika

(psychisch hemmende Arzneimittel, z. B. Muskelrelaxantien, Schlaf- und Beruhigungsmittel)

Alter	20-24	40-44	60-64	70-74	80-84	90+
Tagesdosis/Person	1,9	8,0	11,5	13,5	20,5	32,9

Quelle: Arzneiverordnungsreport 2010 [Auszug aus Tabelle 46.2]

*Für die Gruppe der Schmerzmittel (Analgetika/Antirheumatika) decken diese Zahlen nur den geringeren Teil des tatsächlichen Gebrauchs ab, da viele Schmerzmittel frei verkäuflich sind. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 156 Mio. Schmerzmittel verkauft, davon 126 Mio. ohne Rezept. (Quelle: Jahrbuch Sucht 2010, S. 74)

Verbreitung problematischer Konsummuster bei Medikamenten

Die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ wird im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums seit 1980 im Abstand von zwei bis fünf Jahren durchgeführt. Befragt werden Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren, seit 2006 bis 64 Jahre. Seit dem Jahr 2000 wird dabei mittels eines Kurzfragebogens (siehe Seite 50) auch nach problematischen Konsummustern im Umgang mit Medikamenten gefragt. Erhoben werden Daten zur Einnahme von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern. Ein problematischer Medikamentenkonsum kommt danach in den Altersgruppen ab 40 Jahren häufiger vor. Insgesamt lag er bei der letzten Befragung 2009 bei rund 4 %. Rund 6 bis 7 % der Befragten gaben an, zumindest gelegentlich Schlaf- oder Beruhigungsmittel einzunehmen. Viele dieser Arzneimittel besitzen ein hohes Suchtpotenzial.

Da die Verordnungszahlen in den Altersgruppen ab 65 Jahren, was in etwa 2 Mio. 60-Jährigen und Älteren entspricht, zum Teil noch deutlich nach oben gehen, dürfte der problematische und darüber hinaus abhängige und schädliche Gebrauch in diesen Altersgruppen eher noch höher liegen. Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine Zunahme der Zahl der Betroffenen als gegeben anzunehmen. Bei den Medikamentenabhängigen sind Frauen in der Überzahl. Möglich ist, dass infolge einer weiteren Auflösung starrer Rollenbilder der Männeranteil unter den Betroffenen steigen wird.

Bei den Medikamentenabhängigen sind Frauen in der Überzahl. Möglich ist, dass infolge einer weiteren Auflösung starrer Rollenbilder der Männeranteil unter den Betroffenen steigen wird.

3.4 Medikamentenprobleme erkennen und ansprechen!

Medikamentenabhängige werden – wenn überhaupt – erst nach langer Zeit auffällig. Schlaf- und Beruhigungsmittel oder auch Schmerzmittel werden ja nicht eingenommen, um starke Gefühle oder gar einen Rausch zu erleben, sondern um Beschwerden zu begegnen und weiter den Alltag meistern zu können. Hinzu kommt: Medikamente können schnell und unauffällig eingenommen werden und sie machen keine »Fahne«. Kommt es, z. B. bei Überdosierung, doch zu Verhaltensauffälligkeiten, werden diese bei Älteren oftmals als Alterserscheinungen missgedeutet.

Für viele Betroffene ist es kaum vorstellbar, dass ihr Verhalten etwas mit Abhängigkeit oder gar Sucht zu tun haben könnte. Schließlich nehmen sie ein ärztlich verordnetes Medikament in einer üblichen therapeutischen oder leicht erhöhten Dosierung ein. Kommt es nach dem Absetzen dieses Medikaments zu Absetzphänomenen, beweist ihnen das lediglich, dass sie das Mittel wirklich brauchen – und zwar nicht aufgrund einer Abhängigkeit, sondern um die gesundheitlichen Beschwerden zu therapieren.

Vielen Menschen fällt es schwer, einen anderen Menschen auf ein (vermutetes) Alkohol- oder Medikamentenproblem oder die Problematik des Rauchens anzusprechen. Informationen dazu, wie Sie ein (vermutetes) Suchtmittelproblem konstruktiv ansprechen können, finden Sie in Kapitel 5.

Vor diesem Hintergrund – und weil viele ältere Menschen unter Arzneimittelnebenwirkungen leiden – ist es sinnvoll, sich dem Thema Medikamentengebrauch zunächst unter dem Blickwinkel einer routinemäßigen Bestandsaufnahme zu nähern.

Übersicht der eingenommenen Arzneimittel

Name des Medikaments	Grund der Verordnung bzw. Grund der Einnahme	Verordnet durch	Dosierung bzw. Häufigkeit der Einnahme	Einnahme seit	Beobachtete Nebenwirkungen

Kopiervorlage 3.1 siehe Seite 94

Der 1. Schritt: eine Bestandsaufnahme
Das Erstellen einer einfachen Übersicht über die eingenommenen Arzneimittel kann viel dazu beitragen, dass Über- und Untermedikationen vermieden und eventuell auftretende Nebenwirkungen (einschließlich einer Abhängigkeitsentwicklung) erkannt werden. Dazu werden alle – egal ob verordnet oder frei verkäuflich – regelmäßig eingenommenen Medikamente und ihre Dosierung in eine Übersichtstabelle eingetragen (siehe Kopiervorlage Seite 94). Neben dem Namen des Medikaments wird vermerkt, gegen welche Beschwerden es eingenommen und wie seine Wirkung bewertet wird. Sofern Nebenwirkungen bekannt sind, werden sie ebenfalls eingetragen.

Liegt dieser Plan vor, sollten folgende Punkte geklärt werden:

- Gibt es eine Ärztin/einen Arzt, die/der den gesamten Umfang der Medikation kennt? Wenn nicht, sollte der Plan beim nächsten Arztbesuch mit der Bitte um Begutachtung vorgelegt werden.
- Werden mehr als drei Medikamente nebeneinander eingenommen, sollte in der ärztlichen Praxis nachgefragt werden, ob tatsächlich alle Präparate derzeit eingenommen werden müssen.
- Zu den verordneten Medikamenten sollten – ohne ärztliche Rücksprache – keine weiteren Arzneimittel genommen werden. Werden gelegentlich frei verkäufliche Schmerzmittel, Erkältungsmittel o. Ä. benötigt, ist zu klären, welche Medikamente eingenommen werden können.
- Ist der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin über eventuelle Nebenwirkungen informiert? Treten neue Nebenwirkungen auf oder verändert sich die Wirkung des Medikaments, sollte diese Information unverzüglich weitergegeben werden.

Zeigt die Übersicht, dass Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial seit längerem eingenommen werden, kann das auf eine Medikamentenabhängigkeit hinweisen. Die betreffende Person sollte dann auf die Problematik angesprochen werden, verbunden mit dem Rat, sich zunächst um einen Termin in der hausärztlichen Praxis zu bemühen. Die Übergabe einer Informationsbroschüre kann helfen, das Problembewusstsein zu fördern.

Die Abwägung zwischen Nutzen und Risiken eines Medikaments und die Festlegung der Einnahmedauer sowie der Dosis ist eine ärztliche Aufgabe. Jede Veränderung der Einnahme muss vorher mit Arzt bzw. Ärztin abgestimmt werden!

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch
Eine andere Möglichkeit ist es, über einen Kurzfragebogen direkt nach Problemen infolge des häufiger und länger anhaltenden Gebrauchs psychoaktiver Medikamente zu fragen. Dieser Kurzfragebogen ist auf der folgenden Seite abgedruckt; eine entsprechende Kopiervorlage finden Sie auf Seite 95.

Welche Rolle spielen Medikamente in Ihrem Leben?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die infolge einer häufigen Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln sowie von Medikamenten zur Behandlung von Depressionen und Stimmungstiefs auftreten können.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht, und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Ich habe mir zur Sicherheit schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang der Einnahme.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Medikamente ich an einem Tag eingenommen habe.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	trifft zu ☐	trifft nicht zu ☐

Treffen zwei oder mehr dieser Aussagen auf Sie zu? Dann kann es sein, dass Sie aufgrund einer längerfristigen Medikamenteneinnahme eine Gewöhnung entwickelt haben, die zu einer Abhängigkeit werden kann.

Informieren Sie sich. Fragen zu problematischem Medikamentenkonsum und Medikamentenabhängigkeit beantworten:

Bundesweite Sucht und Drogen Hotline 01805 313031
(Kostenpflichtig – 0,14 €/Min. a. d. Festnetz, Mobilfunkpreise max. 0,42 €/Min.,
unterstützt von NEXT ID) täglich von 0 bis 24 Uhr verfügbar

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung 0221 892031
(Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das
Kölner Ortsnetz)
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Kopiervorlage 3.2 siehe Seite 95

Das Auswertungsschema zu diesem Kurzfragebogen (Watzl, Rist, Höcker & Miehe, 1991) sieht einen problematischen Gebrauch bei vier und mehr zutreffenden Aussagen als gegeben an und empfiehlt in diesem Fall, ärztlichen Rat einzuholen. Für Betroffene mit einer Niedrig-Dosis-Abhängigkeit erscheint dieser Wert recht hoch. Deshalb erhalten die Befragten den Rat, bereits bei einer Zustimmung zu zwei oder mehr der Aussagen ihren Medikamentengebrauch mit ärztlicher Hilfe zu überprüfen.

Dieser Kurzfragebogen erfasst einen Medikamentengebrauch, der einzelne Kriterien eines schädlichen oder abhängigen Gebrauchs erfüllt. Er ist aber kein Diagnoseinstrument und unterscheidet nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit. Da in beiden Fällen ein Gesprächs- und Hilfeangebot erfolgen sollte, ist eine Unterscheidung zunächst auch nicht notwendig. Die genaue Diagnosestellung ist eine ärztliche Aufgabe bzw. Aufgabe einer Fachberatungsstelle.

Die Diagnosehandbücher DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD-10 (International Classification of Diseases) unterscheiden die Abhängigkeit von stimulierenden Mitteln (Aufputschmittel, Appetitzügler) und Sedativa bzw. Sedativa und Hypnotika.

Die genauen diagnostischen Kriterien sind in den beiden internationalen Diagnosehandbüchern nachzulesen:

Diagnostische Kriterien

Nach dem Diagnosehandbuch DSM-IV ist eine Medikamentenabhängigkeit analog der Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin und anderen Suchtmitteln durch folgende sieben Symptome gekennzeichnet:

- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome
- Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als eigentlich beabsichtigt (Kontrollminderung)
- Vergebliche Versuche, den Gebrauch einzuschränken bzw. aufzugeben
- Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung oder um die Folgen des Konsums zu überwinden (»Hangover«)
- Einschränkung anderer Tätigkeiten aufgrund der Medikamenteneinnahme (Interessenverlust)
- Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um schädliche Folgen

Eine Abhängigkeit wird diagnostiziert, wenn mindestens drei der sieben Symptome für denselben 12-Monats-Zeitraum zutreffen.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
Saß, Henning, Hans-Ulrich Wittchen u. Michael Zaudig, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – (DSM-IV-TR).
Göttingen: Hogrefe, 2003

ICD-10 (International Classification of Diseases) <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/gf10.htm#s05f10> (Stand: 12/2010)

Symptome eines schädlichen Medikamentenkonsums

Nicht immer ist eine direkte Befragung der Betroffenen möglich. Die folgenden Symptome können auf einen schädlichen oder abhängigen Konsum von benzodiazepinhaltigen Medikamenten hinweisen:

- Sturz, insbesondere wiederholte Stürze
- kognitive Defizite: mangelnde Konzentration, nachlassende Leistungsfähigkeit, mangelnde Aufmerksamkeit
- Interesselosigkeit/-verlust
- Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen
- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- Schwindel
- Ataxie, motorische Unsicherheit, Gleichgewichtsstörungen
- Sprechstörungen
- Tremor
- Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Ängste
- als paradoxe Reaktionen: gesteigerte Unruhe, Verwirrung, Erregungszustände

Treten diese Symptome auf, sollte an einen schädlichen Medikamentengebrauch oder auch an einen Alkoholmissbrauch gedacht werden. (siehe Seite 25) Dabei gilt, dass ein Alkoholmissbrauch in der Regel eher auffällt, da Alkoholkonsum unweigerlich zu einer Fahne führt. Viele der genannten Symptome können auch altersbedingt sein. Aber weder die älteren Menschen selbst noch die Menschen in ihrer Umgebung sollten sich zu schnell damit abfinden, wenn derartige Symptome die Lebensqualität beeinträchtigen oder zu untergraben drohen.

3.5 Wo finden Betroffene Hilfe?

Mehr noch als bei anderen Substanzen geht es für von Medikamentenproblemen Betroffene darum, engagierte persönliche Begleitung und einen individuellen Weg zu finden, um Missbrauch oder Abhängigkeit zu überwinden.

Ärztliche Betreuung

Idealerweise besteht zur Hausärztin oder zum Hausarzt ein Vertrauensverhältnis, so dass die Frage, ob ein problematischer Medikamentengebrauch oder eine Medikamentenabhängigkeit besteht, dort besprochen werden kann. Für dieses Gespräch sollte ausdrücklich ein Termin vereinbart werden. Empfindet die/der Betroffene es als Unterstützung, ist die Begleitung durch einen vertrauten Menschen empfehlenswert.

Manchmal bestehen gegen ein solches Gespräch Widerstände, z. B. weil der/die Betroffene sich Medikamente in verschiedenen Arztpraxen besorgt hat. Oder das Gespräch führt nicht zur gewünschten Klarheit, z. B. weil sich die Ärztin bzw. der Arzt nicht ausreichend Zeit genommen hat oder ablehnend reagiert hat. Dann sollten weitere Beratungsmöglichkeiten genutzt werden.

Eine anonyme telefonische Beratung ist eine gute Möglichkeit, mehr Klarheit zu gewinnen und sich einer Lösung des Problems anzunähern. (siehe Seite 55)

Eine wichtige Anlaufstelle bei medizinischen Fragen ist die eigene Krankenkasse und deren medizinischer Dienst. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. An ihn wenden sich die Krankenkassen bei schwierigen medizinischen Fragen und vermuteten Behandlungsfehlern mit der Bitte um Begutachtung.

Zudem besteht immer die Möglichkeit, einen zweiten Arzt bzw. eine zweite Ärztin zu befragen. Befürchtet man, von einem Medikament abhängig geworden zu sein, kann man sich bei den Fachberatungsstellen für Abhängige und ihre Angehörigen, bei Ärztekammern, Krankenkasse oder dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes informieren, welche Ärztinnen und Ärzte vor Ort über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.

Stationärer oder ambulanter Entzug?

Die Entscheidung, ob das Absetzen eines Medikaments stationär oder ambulant erfolgen soll, ist zum einen davon abhängig, welches Medikament in welcher Dosis und über welchen Zeitraum eingenommen wird. Zum anderen spielen die Lebensumstände und der allgemeine Gesundheitszustand der betroffenen Person eine Rolle. Nicht zuletzt ist von Bedeutung, ob sich die/der Betroffene einen ambulanten Entzug zutraut oder ob damit so große Ängste verbunden sind, dass der geschützte Rahmen einer stationären Einrichtung vorzuziehen ist.

Ein stationärer Entzug kann z. B. in einer psychosomatischen Klinik oder der psychosomatischen Abteilung eines Krankenhauses, in einer psychiatrischen Klinik bzw. Fachabteilung oder bei Schmerzmittelmissbrauch in einer Schmerzklinik durchgeführt werden. Die Fachkrankenhäuser für Abhängigkeitskranke bieten ebenfalls Entzugs- sowie Entwöhnungsbehandlungen an.

Psychosoziale Beratung und Behandlung

Die klassische Suchtbehandlung sieht im Anschluss an den Entzug eine Entwöhnungsbehandlung vor, um dem (medikamenten-)abhängigen Menschen langfristig ein suchtmittelfreies, zufriedenes Leben zu ermöglichen. Diese Entwöhnungstherapien werden in Fachkliniken durchgeführt. Sie dauern einige Wochen bis Monate und umfassen psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlungselemente. Eine so intensive Therapie bietet sich in der Regel eher für Hochdosisabhängige an.

Daneben bieten viele Fachberatungsstellen auch ambulante Suchttherapien an. Über eine längere Zeit finden dabei ein- bis zweimal wöchentlich therapeutische Einzel- oder Gruppengespräche statt. Eine ambulante Psychotherapie in einer psychotherapeutischen Praxis ist eine weitere Möglichkeit, wenn drängende persönliche Konflikte oder Persönlichkeitsstörungen eine grundlegende Bearbeitung sinnvoll erscheinen lassen.

Kommt eine längerfristige Therapie nicht in Frage, muss auf psychosoziale Begleitung trotzdem nicht verzichtet werden. Viele Beratungsstellen für Abhängige und ihre Angehörigen bieten auch längerfristige begleitende Beratung an. Andere Möglichkeiten sind stützende Gespräche in der ärztlichen Praxis oder in den Lebens-, Ehe- und Konfliktberatungsstellen der großen Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonisches Werk

und Der PARITÄTische Wohlfahrtsverband). Welche Beratungsangebote es vor Ort gibt, kann z. B. bei Krankenkasse, örtlichem Gesundheitsamt oder sozialpsychiatrischem Dienst erfragt werden.

Nicht zuletzt ist die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe – entweder zu Medikamentenabhängigkeit selbst oder zu mit ihr in Verbindung stehenden Problemen (Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Trauer) – ein Weg, Medikamentenprobleme zu überwinden und Alternativen zum Medikamentengebrauch zu entwickeln.

Wer trägt die Kosten einer Behandlung?

Medikamentenabhängigkeit ist als Krankheit anerkannt. Bei entsprechender Diagnose trägt die Kosten für die Behandlung in einer Klinik, einem Fachkrankenhaus oder einer ambulanten Beratungseinrichtung die Kranken- oder Rentenversicherung, manchmal auch das Sozialamt. Die Kostenübernahme für eine längerfristige Entwöhnungsbehandlung muss immer vor Behandlungsbeginn beantragt werden!

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können ihre Leistungen direkt mit der Krankenkasse abrechnen, so dass über die Praxisgebühr hinaus keine Kosten entstehen.

Für die Inanspruchnahme von Beratung und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen entstehen in der Regel keine Kosten.

Anhang Kapitel 3

Beratung und telefonische Information

Informationen und Adressen von Hilfeangeboten, z. B. Auskünfte über spezielle Angebote für ältere Frauen und Männer, können Sie erfragen bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm Tel. 02381 9015-0
www.dhs.de

Über stationäre Behandlungseinrichtungen informieren:

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.
Wilhelmshöher Allee 273, 34131 Kassel
Tel. 0561 779351
www.suchthilfe.de

Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn
Tel. 0228 261555
www.sucht.de

Diese Verbände bzw. die ihnen angeschlossenen Einrichtungen weisen Behandlungsangebote für Ältere teilweise aus. Ob zu bestimmten Behandlungszeiträumen ein spezielles Angebot für ältere Patientinnen und Patienten besteht, muss jedoch im Einzelfall geklärt werden.

Bundesweite Sucht und Drogen Hotline
01805 313031, täglich 0 bis 24 Uhr
(kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min., unterstützt von NEXT ID).

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung
0221 892031 (Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Das BZgA-Infotelefon bietet eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Telefonseelsorge
0800 1110111 oder 0800 1110222
(gebührenfrei)
täglich 0 bis 24 Uhr
Die Telefonseelsorge bietet auch einen Austausch per E-Mail und Chat an:
www.telefonseelsorge.de

Internetseiten

www.unabhaengig-im-alter.de
Internetseite der DHS zum Themenkreis Sucht und Alter mit aktuellen Informationen, Berichten von Betroffenen, weiteren Links und vielem mehr.

<http://www.suchtimalter.ch>
Internetseite der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZÜFAM) zum Thema Sucht im Alter

Informationsmaterialien

Folgende Materialien sind kostenlos über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhältlich. Bestellungen sind schriftlich oder über das Internet möglich. Die meisten Materialien stehen auch als PDF-Files zum kostenlosen Download zur Verfügung.

- DHS, PF 1369, 59003 Hamm
www.dhs.de
- BZgA, 51101 Köln
www.bzga.de

Medikamente. Sicher und sinnvoll
gebrauchen. Informationen und Hilfen
für ältere Menschen
Hg.: DHS (nur zu beziehen über die DHS)
Dieses Faltblatt informiert gezielt über
den sicheren und sinnvollen Umgang mit
Medikamenten und über Medikamenten-
probleme im höheren Lebensalter und ist
zur Weitergabe an ältere Frauen und
Männer geeignet.

Medikamente Basisinformationen
Hg.: DHS, Bestellnr. 33230003

Die Sucht und ihre Stoffe (Faltblattreihe)
Benzodiazepine
Hg.: DHS, Bestellnr. 34006002

Schmerzmittel
Hg.: DHS, Bestellnr. 34007002

Amphetamine
Hg.: DHS, Bestellnr. 34002002

Nicht mehr alles schlucken ...! Frauen.
Medikamente. Selbsthilfe. Ein Handbuch.
Hg.: DHS (nur zu beziehen über die DHS)

Immer mit der Ruhe.
Nutzen und Risiken von Schlaf- und
Beruhigungsmitteln
Hg.: DHS und BKK (nur zu beziehen über
die DHS)

Statt Risiken und Nebenwirkungen.
Wie Frauen ihren Umgang mit
Psychopharmaka überprüfen können
Hg.: DHS
(nur noch als PDF-File erhältlich)

Literatur

Langbein, Kurt; Martin, Hans-Peter;
Weis, Hans
Bittere Pillen. Nutzen und Risiken der
Arzneimittel
Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2008-2010,
überarb. Neuauflage.
Online unter www.bittere-pillen.de.

Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.)
Der Arzneiverordnungs-Report 2004
Berlin, Heidelberg, New York: Springer-
Verlag, 2010
Der Arzneiverordnungsreport erscheint
jährlich.

Links

www.test.de/Medikamente
Das Internetangebot der Stiftung Waren-
test bietet umfangreiche Informationen
über zahlreiche Krankheiten und Befind-
lichkeitsstörungen sowie deren medi-
kamentöse Behandlung. Dabei werden
sowohl Medikamente zur Selbstmedika-
tion als auch verordnete Medikamente
berücksichtigt. Das Angebot ist zum Teil
kostenpflichtig. Die Kosten pro Test und
Medikamentengruppe betragen 3 €.
Informationen über Einzelmedikamente
sind für 1 € erhältlich (Stand 01/2011).
Die Stiftung Warentest gibt außerdem das
Handbuch Medikamente und das Hand-
buch Selbstmedikation heraus. Sie kön-
nen online bestellt oder über den Buch-
handel bezogen werden.

4

Tabak

4 Tabak

4.1 Zahlen zum Konsum

Das Statistische Bundesamt befragt regelmäßig 1 % der Bevölkerung ab 15 Jahren zu verschiedenen Lebensbereichen, u. a. zu den Rauchgewohnheiten. Das letzte Mal wurden die Daten zum Rauchverhalten im Rahmen der Mikrozensusbefragung 2009 erhoben.

Rund 81 % der Befragten machten Angaben zu ihren Rauchgewohnheiten. 26 % von ihnen gaben an zu rauchen, 3 % davon gelegentlich, das heißt nicht täglich. Der Raucheranteil bei den Männern ist dabei deutlich höher als bei den Frauen. Umgekehrt bedeutet das: Drei Viertel der Bevölkerung rauchen nicht oder nicht mehr. 36 % bzw. 18 % der heutigen Nichtraucher/-innen haben früher einmal geraucht. Diese Ausstiegsquoten sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Damit sind deutlich über 11 Mio. Männer und Frauen in Deutschland Ex-Raucher bzw. Ex-Raucherinnen. Geraucht werden fast ausschließlich Zigaretten. Etwa 80 % der Raucherinnen und Raucher rauchen zwischen 5 und 20 Zigaretten am Tag; rund 13 % rauchen sogar mehr als 20 Zigaretten täglich.

Vom mittleren Erwachsenenalter an gehen die Raucheranteile kontinuierlich zurück und nehmen im höheren Alter stark ab, von ca. 34 % bei den 40- bis unter 45-Jährigen auf etwa 5 % bei den über 75-Jährigen. Trotzdem ist Rauchen im höheren Lebensalter keinesfalls selten: Bei den 60- bis 65-Jährigen raucht jeder vierte Mann und jede sechste Frau, im Alter von 70-75 Jahren immerhin noch jeder siebte Mann und jede fünfzehnte Frau.

Tabelle 4.1: Raucheranteile in Prozent nach Alter und Geschlecht

Alter von ... bis	Frauen	Männer
40-45	30	38
45-50	31	39
50-55	28	37
55-60	22	31
60-65	17	25
65-70	11	17
70-75	7	12
75+	4	8

Quelle: Mikrozensus 2009 (Statistisches Bundesamt)

Neben den Raucheranteilen geht auch die Zahl der durchschnittlich gerauchten Zigaretten zurück. Der Anteil starker Raucher liegt bei den 40- bis unter 45-Jährigen bei 6,6 %, bei den über 65-Jährigen sind es noch 1,4 %. Starke Raucherinnen gibt es deutlich weniger. Nur 2,8 % der 40- bis unter 45-Jährigen und weit unter 1 % der 65-Jährigen und älteren Raucherinnen rauchen mehr als 20 Zigaretten täglich.

Dass die Raucheranteile vom mittleren Lebensalter an zurückgehen, liegt einerseits daran, dass die Ausstiegsquote steigt, vor allem bei den Männern. Bei den Frauen haben vergleichsweise wenige überhaupt mit dem Rauchen angefangen. Als sie jung waren, war das Rauchen bei Frauen gesellschaftlich noch nicht allgemein akzeptiert. Andererseits führt das jahrzehntelange Rauchen bei den Rauchern und Raucherinnen in diesen Altersgruppen zu einer deutlich erhöhten Sterblichkeit.

Prognose: Setzt sich der langjährige Trend fort, ist für die Zukunft zumindest bei den Männern mit einer leichten Abnahme der Raucherquote zu rechnen. Bei den älter werdenden Frauen zeichnet sich dagegen ein Anstieg der Raucherquote ab, da die erste Generation von Frauen, die ähnlich selbstverständlich zur Zigarette griff wie Männer, das siebte Lebensjahrzehnt erreicht. Insgesamt wird entsprechend der demographischen Entwicklung

die absolute Zahl älterer Raucherinnen und Raucher wahrscheinlich deutlich steigen. Nach einer Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird bis zum Jahr 2030 die Zahl der über 60-Jährigen um etwa 40 % zunehmen.

Die Daten der Mikrozensus-Befragung veröffentlicht das Statistische Bundesamt auf seinen Internetseiten: www.destatis.de/Mikrozensus

4.2 Die Wirkstoffe des Tabakrauchs im Körper

Chemisch betrachtet ist Tabakrauch ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen (Gasphase), in dem 0,1 bis 1 mm große Teilchen (Partikelphase; auch: Kondensat oder Teer) gelöst sind. Zu den mehr als 3.500 verschiedenen Rauchinhaltsstoffen gehören gesundheitlich unbedenkliche Gase wie Kohlendioxid und Stickstoff, aber auch Gifte wie Kohlenmonoxid, Kohlenwasserstoffe, Phenole, Benzole, Sterine, Nitrosamine und verschiedene Schwermetalle (Cadmium, Blei, Nickel).

Das Kohlenmonoxid aus dem Tabakrauch verbindet sich mit den für den Sauerstofftransport zuständigen roten Blutkörperchen und führt so zu einem Sauerstoffmangel im Körper. Dieser macht älteren Menschen in der Regel mehr zu schaffen als jüngeren, da dem älteren Organismus ohnehin nur eine geringere Menge Sauerstoff zur Verfügung steht. Lungenvolumen, Auswurfleistung des Herzens und maximale Sauerstoffaufnahme des Blutes gehen altersbedingt deutlich zurück.

Der für die psychische bzw. psychotrope Wirkung entscheidende Inhaltsstoff des Tabakrauchs ist das Nikotin, das Hauptalkaloid der Tabakpflanze. Es wird über Mundschleimhaut und Lunge in den Blutkreislauf aufgenommen. Im Gehirn lagert sich Nikotin an verschiedenen Nervenzellen an und setzt eine Vielzahl von Neurotransmittern (Botenstoffe zum Austausch von Nervenimpulsen zwischen den Zellen) mit unterschiedlichen Wirkungen frei. Zu nennen sind beispielsweise das anregende und appetithemmende Noradrenalin sowie das angst-, stress- und schmerzmindernde β -Endorphin.

Zu den Wirkungen des Nikotins gehören

- Steigerung der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie des Kurzzeitgedächtnisses
- Leichter Umgang mit Gefühlen, insbesondere Dämpfung von Angst, Wut und Aggressionen
- Entspannung bei Stress und Nervosität
- Minderung der Schmerzempfindlichkeit
- Dämpfung von Hungergefühlen
- Entspannung der Muskulatur
- Abbau von Müdigkeit

Welche Wirkungen eine Raucherin bzw. ein Raucher jeweils erlebt, ist nicht nur von der Menge des aufgenommenen Nikotins abhängig, sondern ebenso von Erwartungen, Ausgangsstimmung und -situation.

Nikotin wird in der Leber abgebaut und mit dem Urin ausgeschieden. Nach etwa zwei Stunden ist der Nikotinspiegel auf die Hälfte des Wertes gesunken, der unmittelbar nach dem Rauchen erreicht wird, bei vorliegender Gewöhnung bereits nach 30-60 Minuten. Die äußerst schweren, langfristigen Schädigungen durch das Rauchen werden jedoch nicht durch das Nikotin, sondern durch zahlreiche andere der zum Teil hochgiftigen Rauchinhaltsstoffe ausgelöst.

4.3 Folgeschäden des Tabakkonsums

Durch langjähriges Rauchen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu gesundheitlichen Problemen und tabakbedingten Krankheiten kommt.

Gesundheitliche Folgeprobleme des Rauchens können beispielsweise unspezifische Herz- und Kreislaufrunktionsstörungen, eine erhöhte Infektanfälligkeit sowie vorzeitige Hautalterung und Faltenbildung sein. Des Weiteren zu nennen sind Rückenschmerzen, ein deutlich erhöhtes Risiko für Potenzprobleme bei Männern sowie bei Frauen ein vorgezogener Eintritt der Wechseljahre und erhöhtes Osteoporose-Risiko. Auch die Gedächtnisleistung, das Gehör und der Sehsinn können durch das Rauchen Schaden nehmen.

Das Krebsrisiko von Raucherinnen und Rauchern ist insgesamt etwa verdoppelt, durch starkes Rauchen steigt es bis auf das Vierfache. Besonders eng ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Tumoren der Bronchien bzw. Lunge, des Kehlkopfes, der Mundhöhle sowie der Speiseröhre. Circa 80-90 % aller an diesen Krebsarten Gestorbenen rauchten.

Rauchen ist außerdem einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Arteriosklerose, eine der drei häufigsten Erkrankungen des höheren Erwachsenenalters. Arteriosklerose ist die Verengung der Blutgefäße durch Ablagerungen. Mögliche Folgen sind Herzinfarkt, Schlaganfall sowie Durchblutungsstörungen der Arme und Beine (»Raucherbein«).

Fast immer durch langjähriges Rauchen verursacht sind chronische Bronchitis (zum Teil mit bleibender Verhärtung der Bronchien und Atemnot) und Lungenemphysem (viele Lungenbläschen sind geplatzt, andere übermäßig erweitert, so dass die Lunge nicht mehr genug Sauerstoff aufnehmen kann).

Kommen weitere Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel oder hoher Alkoholkonsum hinzu, wächst die Gefahr für die Gesundheit weiter. In Deutschland sterben jährlich etwa 140.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Es ist statistisch nicht erfasst, wie oft Rauchen ursächlich für Brände oder Unfälle infolge von Unachtsamkeit ist.

4.4 Tabakabhängigkeit

Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet:

- 1 Abhängigkeit von Nikotin
- 2 Gewöhnung an das Rauchen

Das Suchtpotenzial von Nikotin wurde lange Zeit unterschätzt. Doch gerade die Unauffälligkeit und die Vielfalt seiner Wirkungen in Verbindung mit einer extrem schnellen Wirksamkeit (bereits zehn Sekunden nach dem ersten Lungenzug erreicht Nikotin das Gehirn) führen zu einem Abhängigkeitspotenzial, das mittlerweile mit dem von Opiaten verglichen wird. Entzugserscheinungen des Nikotins sind z. B. Schlafstörungen, Nervosität, Hunger, Angst und Konzentrationsstörungen. Sie können allerdings ohne spezielle Entzugsbehandlung überwunden werden. Schätzungen gehen davon aus, dass 70-80 % der Raucherinnen und Raucher nikotinabhängig sind.

Die Sucht zu rauchen ist aber mehr als der Wunsch, Nikotin zu konsumieren. Kennzeichnend für das Rauchen sind seine Alltäglichkeit und eine sehr hohe Zahl von Wiederholungen. Dadurch werden immer wiederkehrende Situationen, Gefühle und Bedürfnisse zu Schlüsselreizen. Solange die Rauchgewohnheit besteht, ist der Griff zur Zigarette in diesen Situationen oft kaum bewusst. Soll jedoch das Rauchen aufgegeben werden, lösen diese Reize (das Aufschlagen der Morgenzeitung, das Starten des Autos, die Tasse Kaffee am Nachmittag, der Beginn der Abendnachrichten etc.) das starke, für die psychische Abhängigkeit typische Rauchverlangen (»craving«) aus. Es kann noch Monate nach einem Rauchstopp auftreten und zum Rückfall führen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Tabakabhängigkeit als Krankheit in die 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) aufgenommen. Sind drei der folgenden Merkmale erfüllt, besteht eine Abhängigkeit:

- zwanghaftes Rauchverlangen
- verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Tabakkonsums
- Entzugserscheinungen bei Wegfall bzw. Einschränkung des Konsums
- Toleranzentwicklung (Erhöhung der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten)
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens
- fortgesetztes Rauchen trotz des Wissens um seine gesundheitsschädigenden Wirkungen

Die genauen diagnostischen Kriterien sind in den beiden internationalen Diagnosehandbüchern nachzulesen: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Saß, Henning, Hans-Ulrich Wittchen u. Michael Zaudig, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe, 2003

ICD-10 (International Classification of Diseases) <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt/gf10.htm#s05f10> (Stand: 12/2010)

4.5 Aufhören oder Reduzieren?

Viele Raucherinnen und Raucher können sich (noch) nicht entschließen, ganz mit dem Rauchen aufzuhören. Sie versuchen stattdessen, möglichst wenig zu rauchen, um ihr gesundheitliches Risiko zu verringern. Fachleute empfehlen jedoch einhellig, den Nullkonsum anzustreben.

Zwar ist das Krebsrisiko von der Menge des aufgenommenen Kondensats abhängig, die Risiken für das Herz-Kreislauf-System sind aber auch bei geringer Dosis gegeben. Auch der Umstieg auf die so genannten leichten Zigaretten senkt die gesundheitlichen Risiken nicht.

Eine Möglichkeit der Risikominderung (»harm reduction«) wird in der verstärkten Verwendung von Nikotinkaugummis, -pflastern etc. gesehen. Diese Produkte sind mit Ausnahme des hochwirksamen Sprays in Apotheken frei verkäuflich. Neben ihrer Verwendung als Ausstiegshilfe wird über eine langfristige Anwendung diskutiert. Bislang liegen keine Untersuchungen dazu vor, ob und wenn ja, welche gesundheitlichen Folgen eine solche langfristige Anwendung hat. Bei einer bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankung sollten Nikotinpräparate in jedem Fall nur nach ärztlicher Rücksprache verwendet werden.

4.6 Zum Aufhören ist es nie zu spät!

Ältere Raucherinnen und Raucher, die sich für einen Rauchstopp entscheiden, haben gute Aussichten auf Erfolg. Allerdings haben Ältere, der Beobachtung von Fachleuten zufolge, vergleichsweise selten die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. sind schwerer zu motivieren, einen Rauchstopp zu planen. »Das lohnt sich nicht mehr«, ist das ebenso gängige wie falsche Argument, das man oftmals zu hören bekommt. Richtig ist, dass durch jahrzehntelanges Rauchen verursachte

Organschädigungen unumkehrbar sein können und dass es einige Jahre dauert, bis das erhöhte Krebsrisiko deutlich zurückgeht. Viele andere Vorteile des Nichtrauchens erleben Ältere aber ebenso wie Jüngere.

Auf den folgenden Seiten finden Sie zwei Übersichten zu den Vorteilen eines Rauchstopps auch für ältere Männer und Frauen; die entsprechenden Kopiervorlagen finden Sie auf den Seite 96 und 97.

Die Vorteile eines Rauchstopps

Ein Rauchstopp lohnt sich, auch wenn Sie bereits seit vielen Jahren rauchen:

- Der Körper erhält praktisch sofort mehr Sauerstoff und Sie fühlen sich entsprechend besser.
- Das Atmen fällt leichter.
- Die körperliche Leistungsfähigkeit steigt.
- Das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, geht zurück.
- Sie haben mehr Geld zur Verfügung.
- Das Essen schmeckt besser.
- Die Durchblutung, vor allem von Armen und Beinen, verbessert sich.
- Sie belasten nicht länger die Gesundheit anderer Familienmitglieder, z. B. der Enkelkinder, durch Passivrauchen.
- Sie geben ein gutes Beispiel (anstelle eines schlechten).
- Haare und Kleidung riechen nicht mehr nach Rauch.
- Ihr Geschmacks- und Geruchssinn verfeinern sich.
- Der Raucherhusten hört allmählich auf.
- Das Risiko für Gefäßerkrankungen bzw. deren Fortschreiten sinkt stark.
- Das Krebsrisiko sinkt innerhalb von fünf Jahren um die Hälfte.

Kopiervorlage 4.1 siehe Seite 96

Die Vorteile eines Rauchstopps

Ein Rauchstopp lohnt sich, selbst wenn Sie bereits seit vielen Jahren rauchen. Die amerikanische Krebsgesellschaft hat die kurz- und langfristigen Vorteile eines Rauchstopps untersucht und folgende Übersicht zusammengestellt:

- Nach 20 Minuten:
Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.
- Nach 8 Stunden:
Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt, der Sauerstoffpegel steigt auf normale Höhe.
- Nach 24 Stunden:
Das Herzinfarktrisiko geht bereits leicht zurück.
- Nach 48 Stunden:
Die Nervenenden beginnen mit der Regeneration, Geruchs- und Geschmackssinn verbessern sich.
- Nach 2 Wochen bis 3 Monaten:
Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.
- Nach 1 bis 9 Monaten:
Die Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit gehen zurück. Die Lunge wird allmählich gereinigt, indem Schleim abgebaut wird.
- Nach einem Jahr:
Das Risiko, dass der Herzmuskel zu wenig Sauerstoff erhält, ist nur noch halb so groß wie bei einem Raucher.
- Nach 5 Jahren:
Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, ist um 50 % gesunken. Ebenso ist das Risiko für Krebserkrankungen von Mundhöhle, Luft- und Speiseröhre um die Hälfte zurückgegangen.
- Nach 10 Jahren:
Das Lungenkrebsrisiko ist weiter gesunken bis auf normales Niveau. Zellen mit Gewebeveränderungen, die als Vorstufe eines Krebses aufzufassen sind, werden ausgeschieden und ersetzt. Auch das Risiko für weitere Krebsarten sinkt.
- Nach 15 Jahren:
Das Risiko eines Herzinfarkts ist nicht höher als das eines Nichtraucherers.

Kopiervorlage 4.2 siehe Seite 97

4.7 Den Rauchstopp zum Thema machen

Rauchen ist, anders als die Einnahme von Medikamenten oder ein überhöhter Alkoholkonsum, kein Verhalten, das im Verborgenen stattfindet. Dennoch werden Raucherinnen und Raucher zu selten in geeigneter Form auf ihren Tabakkonsum angesprochen und zu einem Ausstiegsversuch ermutigt.

Das ist auch deshalb bedauerlich, weil ein Gespräch durchaus den Anstoß dafür geben kann, (erneut) einen Aufhörversuch zu starten. Immerhin gibt rund die Hälfte der Raucherinnen und Raucher in Umfragen an, im Grunde genommen mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Ständiges Nörgeln oder ein gebetsmühlenartiges Wiederholen von gesundheitlichen Argumenten, wie es gelegentlich praktiziert wird, führen allerdings in aller Regel nicht zum Ziel.

Vielen Menschen fällt es schwer, einen anderen Menschen auf ein (vermutetes) Alkohol- oder Medikamentenproblem oder die Problematik des Rauchens anzusprechen. Informationen dazu, wie Sie ein (vermutetes) Suchtmittelproblem konstruktiv ansprechen können, finden Sie in Kapitel 5.

Rauchen Sie selbst auch?

Die Raucheranteile in den helfenden Berufen sind überdurchschnittlich hoch. Die großen psychischen und oft auch physischen Belastungen macht die Zigarette für viele zur scheinbar unentbehrlichen Helferin im Alltag.

Rauchen Sie selbst auch? Dann wäre es natürlich am schönsten, Sie nutzten die Hinweise in dieser Broschüre, um selbst einen (weiteren) Ausstiegsversuch zu starten. Doch auch als Raucherin bzw. Raucher können Sie die Anregung für einen Rauchstopp glaubwürdig thematisieren.

Weist die angesprochene Person darauf hin, dass Sie selbst ebenfalls rauchen, sollten Sie:

- den Einwand als berechtigt akzeptieren;
- einen Hinweis geben, weshalb Sie selbst im Moment keinen Aufhörversuch starten bzw. zu welchem Zeitpunkt Sie selbst einen Rauchstopp planen;
- darauf verweisen, dass Ihnen die Gesundheit des anderen Menschen am Herzen liegt und Sie ihn deshalb auf sein Rauchverhalten ansprechen. Die Tatsache, dass Sie selbst das gleiche gesundheitsschädliche Verhalten (noch) nicht aufgeben können, ändert daran nichts.

4.8 Tabakentwöhnung – verschiedene Wege führen zum Erfolg

Rauchstopp in Eigenregie

Die meisten Ex-Raucherinnen und Ex-Raucher haben es nach eigenen Angaben ohne fachliche Hilfe und »von heute auf morgen« geschafft. Der schließlich erfolgreiche Versuch war aber nur selten der erste, fast immer gehen eine lange Zeit der Unzufriedenheit und mehrere Aufhörversuche dem endgültigen Rauchstopp voraus. Gescheiterte Versuche in der Vergangenheit sind also kein Grund, es nicht noch einmal zu versuchen. Im Gegenteil: Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs.

Auch ohne an einer intensiven bzw. organisierten Entwöhnungsbehandlung teilzunehmen, können aufhörwillige Raucherinnen und Raucher auf Hilfen zurückgreifen, die ihre Aussicht auf einen dauerhaften Erfolg erhöhen.

Die fünf »A«s – Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

Die Darstellung des Beratungskonzepts der fünf »A«s wurde weitgehend von der Online-Plattform des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle beim Deutschen Krebsforschungszentrum <http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Kurzinterventionen.html> übernommen. Wir bedanken uns für die Abdruckgenehmigung.

Ärztinnen und Ärzten, und darüber hinaus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus anderen Berufsfeldern wie Sozialpädagogik und Sozialarbeit, Psychologie, Kranken- und Altenpflege und Ernährungsberatung sowie verschiedener Einrichtungen des Gesundheitswesens,

Zu nennen sind dabei vor allem

- Die Rauchertelefone
Sie bieten eine erste persönliche Beratung und geben bei Bedarf weiterführende Tipps.
- Selbsthilfehandbücher
Sie enthalten neben Informationen vor allem Arbeitshilfen, mit denen das eigene Rauchverhalten analysiert und Verhaltensalternativen entwickelt werden können.
- Nikotinkaugummis oder Nikotinpflaster
(bei bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen nur nach ärztlicher Rücksprache) Sie führen dem Körper das gewohnte Nikotin zu, so dass man sich zunächst auf das Durchbrechen der Rauchgewohnheit konzentrieren kann.

etwa Gesundheitsamt oder Krankenkasse, kommt bei der Initiierung von Aufhörversuchen eine große Bedeutung zu.

Zielvorstellung der im Kampf gegen das Rauchen Engagierten ist es, dass bei allen Erstkontakten der Rauchstatus erfragt wird. Im zweiten Schritt sollen alle Raucherinnen und Raucher eine kurze Beratung erhalten. Ziel der Beratung ist es, einen Aufhörversuch einzuleiten. Die Beratung erhöht dabei nicht die Erfolgsaussichten des einzelnen Ausstiegsversuchs. Da aber die Aussicht auf einen dauerhaften Erfolg mit der Zahl der Ausstiegsversuche steigt, wird dieses Vorgehen als effektiv angesehen.

Diese routinemäßige Beratung kann nach dem Konzept der fünf »A«s durchgeführt werden:

- Abfragen des Rauchstatus (Ask)
Ziel: Feststellen der Rauchgewohnheiten bei allen Patientinnen und Patienten bei allen Konsultationen. Das Interesse an einer Entwöhnung kann durch eine offene Frage festgestellt werden. »Haben Sie je versucht, aufzuhören?«, eventuell gefolgt von einer weiteren Frage: »Wären Sie eventuell daran interessiert, jetzt aufzuhören?« Die Reaktion der befragten Person sollte aufgezeichnet und aktualisiert werden.
- Anraten des Rauchverzichts (Advise)
Ziel: Empfehlung eines Rauchstopps. Alle Raucherinnen und Raucher sollten über die Vorteile eines Rauchstopps und die gesundheitlichen Risiken des Weiterr Rauchens beraten werden. Die Ratschläge sollten nachdrücklich und unmissverständlich sein und sich direkt auf die Person beziehen.
- Ansprechen der Aufhörmotivation (Assess)
Ziel: Erkennen der Bereitschaft, unmittelbar einen Rauchstopp zu vereinbaren. Es sollte geklärt werden, ob die Raucherin bzw. der Raucher bei diesem Kontakt bereit ist, einen Termin für einen Rauchstopp zu vereinbaren. Ist dies der Fall, sollte passende Hilfe angeboten werden.
- Assistieren beim Rauchverzicht (Assist)
Ziel: Aktive Unterstützung beim Rauchstopp. Wenn die beratene Person das Rauchen aufgeben möchte, sollte Hilfe angeboten werden. Dazu gehören das Festlegen des Ausstiegsdatums, das Erstellen eines Ausstiegsplans, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und zusätzliche Hilfen wie Selbsthilfe-Broschüren. Im Anhang zu diesem Kapitel ist eine Reihe von Materialien zusammengestellt, die meist kostenlos und auch in größerer Stückzahl bezogen werden können.
- Arrangieren der Nachbetreuung (Arrange)
Ziel: Vereinbarung von Nachfolgeterminen zur Rückfallprophylaxe.

Quelle: <http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Kurzinterventionen.html> (Stand: 12/2010)

Raucherentwöhnungsbehandlung

Einerseits gelingt es vielen Raucherinnen und Rauchern, das Rauchen in Eigenregie aufzugeben. Auf der anderen Seite machen jedoch viele die Erfahrung, dass es ihnen trotz bester Vorsätze nicht gelingt, vom Rauchen loszukommen. Eine stark ausgeprägte (Nikotin-)Abhängigkeit, fehlende soziale Unterstützung, psychische und soziale Probleme wie Depressivität oder ständiger Stress können Gründe hierfür sein. Leider führt dies meist eher zu Resignation als zu dem Entschluss, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Tabakabhängigkeit wird noch zu selten als (chronische) Krankheit verstanden, für deren Überwindung es wirksame Hilfe gibt.

Bewährt hat sich in der Raucherentwöhnungsbehandlung eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotinersatztherapie.

Die Nikotinsubstitution erspart Entwöhnungswilligen in der ersten Zeit die Entzugserscheinungen des Nikotins. Nikotinersatz wird als Kaugummi, Pflaster oder Lutschtablette bei leichter bis mittelschwerer Nikotinabhängigkeit und als Spray oder Inhalat bei schwerer Nikotinabhängigkeit angeboten. Gelingt es, die Gewohnheit des Rauchens zu überwinden, fällt es in der Regel nicht schwer, auch auf den Nikotinersatz zu verzichten.

Bupropion ist ein Medikament, das die Entzugserscheinungen mildert und bewirkt, dass die Zigaretten nicht mehr schmecken. Es ist verschreibungspflichtig und sollte wegen möglicher sehr starker Nebenwirkungen nur in Ausnahmefällen und nur unter ständiger ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden. Mit der Einnahme des Medikaments wird bereits vor dem Rauchstopp begonnen.

Ältere Raucherinnen und Raucher sollten sich vor der Verwendung von Nikotinpräparaten in jedem Fall ärztlich untersuchen und beraten lassen. Zum einen, um zu klären, welches Produkt in welcher Dosis am besten geeignet erscheint. Zum anderen, um zu klären, ob Gegenanzeigen für die Anwendung von Nikotinprodukten vorliegen. Solche Gegenanzeigen sind erhebliche Herzrhythmusstörungen, eine instabile Angina Pectoris sowie ein eben erst überstandener Herzinfarkt oder Schlaganfall. Besondere Vorsicht ist geboten u. a. bei einer Überfunktion der

Die Verhaltenstherapie zielt auf die Überwindung der Rauchgewohnheit und umfasst Elemente wie:

- Selbstbeobachtung (Protokollierung der Rauchgewohnheiten)
- Einüben von Verhaltensalternativen
- Suche nach Unterstützung in Familie und Freundeskreis
- Selbstbelohnung

Schilddrüse, bei Diabetes, Magenschleimhautentzündung, Herzmuskelschwäche oder zu hohem Blutdruck. Erscheint ein Rauchstopp anders nicht möglich, kann es aber sinnvoll sein, dennoch Nikotinpräparate einzusetzen, weil das gesundheitliche Risiko durch das Weiterrauchen deutlich schwerer wiegt.

Durchgeführt werden Raucherentwöhnungsbehandlungen meist in Gruppen, manchmal auch in Form von Einzelsitzungen bei Verhaltenstherapeuten. In Deutschland werden über Krankenkassen und Volkshochschulen sowie an einigen Kliniken verschiedene Programme in Kursform angeboten. Die Kurse umfassen jeweils etwa zehn Gruppensitzungen über einen Zeitraum von 6 bis 16 Wochen (inklusive Nachbetreuung).

Die bekanntesten und auf ihre Wirksamkeit hin getesteten Programme sind

- Eine Chance für Raucher. Rauchfrei in 10 Schritten
- Freiburger Raucher-Entwöhnungs-Programm
- Wir gewöhnen uns das Rauchen ab: wieder frei und selbstbestimmt leben
- Nürnberger Raucherentwöhnungsprogramm
- Nichtraucher in 6 Wochen – ein verhaltenstherapeutisches Programm

Über Kursangebote in Wohnortnähe informieren die Rauchertelefone. (siehe Seite 74)

4.9 Passivrauchen und Nichtraucherenschutz

Drei Viertel des beim Abbrennen einer Zigarette entstehenden Rauches ziehen von der Spitze der Zigarette in die Umgebung. Besonders in geschlossenen Räumen ist das Einatmen von Tabakrauch (Passivrauchen) unausweichlich. Unmittelbare Folgen eines Aufenthalts in verrauchten Räumen können sein: Reizungen der Schleimhäute, z. B. Brennen in Augen und Nase, Kratzen im Hals, Heiserkeit, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Husten, Schwindelgefühle.

Darüber hinaus kann ständiges, lang anhaltendes Passivrauchen, wie es z. B. am Arbeitsplatz oder im Zusammenleben vorkommen kann, die Gesundheit dauerhaft schädigen und schwerste Krankheiten wie chronische Bronchitis und Lungenemphysem auslösen. Passivrauchen fördert wie das Aktivrauchen, wenn auch in geringerem Maße, die Verengung der Arterien und erhöht damit z. B. deutlich das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden. Auch das Lungenkrebsrisiko steigt. Das deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg schätzt, dass in Deutschland jährlich etwa 3.300 Menschen durch das Passivrauchen sterben.

Ältere Menschen gehören zu den Personengruppen, die besonders empfindlich gegenüber Tabakrauch sind, vor allem bei bestehenden Atemwegserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Das Aktionsbündnis Nichtraucher und andere in der Gesundheitspolitik engagierte Gruppen und Verbände fordern seit langem eine umfassende gesetzliche

Regelung zum Nichtraucherenschutz. Sie verweisen neben der Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens darauf, dass sich die große Mehrheit derjenigen, die passiv rauchen (müssen), dadurch gestört fühlt.

Rechtlich verankert ist der Nichtraucher-schutz mittlerweile am Arbeitsplatz. Der Arbeitgeber hat lt. Arbeitsstättenverordnung dafür zu sorgen, dass »nichtrauchende Beschäftigte wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind«. In Gaststätten steht eine bundesweit einheitliche Regelung zum Schutz der Nichtraucher und der dort Beschäftigten weiterhin aus. Zahlreiche Ausnahmeregelungen in den gesetzlichen Regelungen verschiedener Bundesländer führen dazu, dass von einem generellen Rauchverbot bislang nicht gesprochen werden kann.

Viel diskutiert wird auch die Frage der Rauchfreiheit in öffentlichen Gebäuden. Bislang hängt der Nichtraucher-schutz in Krankenhäusern, Altenwohn- und Altenpflegeheimen, Behörden, Schulen, Ausbildungsstätten und dgl. von Engagement und Einstellung der Verantwortlichen vor Ort ab. Mindeststandard sollte es sein, dass niemand – weder auf Personal- noch auf Bewohner- bzw. Patientenseite – zum Passivrauchen gezwungen ist. Ausführliche Informationen und viele Arbeitsmaterialien, Vortragsfolien etc., die teilweise ohne großen Aufwand auch in anderen Einrichtungen und Institutionen angewandt werden können, enthält das Arbeitsmanual »Rauchfreies Krankenhaus«. (siehe Seite 75)

Anhang Kapitel 4

Beratung und telefonische Information

www.dhs.de/Einrichtungssuche
Die Adressdatenbank ermöglicht die Onlinesuche aller Einrichtungen der Suchthilfe und der Träger und Gruppen der Suchtselbsthilfe in Deutschland.

BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung
01805 313031 (kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min., unterstützt von NEXT ID).
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums
06221 424200 (Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Heidelberger Ortsnetz.)
Montag bis Freitag 14 bis 17 Uhr

Bei den Beratungstelefonen können sich Raucherinnen und Raucher, die mit dem Rauchen aufhören möchten, telefonisch beraten lassen. Die Nichtraucher-Hotlines informieren über Behandlungsangebote und vermitteln die Adressen von Beratungsstellen vor Ort.

Onlineberatung

www.anbieter-raucherberatung.de
Gemeinsame Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Krebsforschungszentrums mit den Adressen von Raucherberatungsangeboten und Tabakentwöhnung in Deutschland sowie kurzen Beschreibungen der häufigsten Programme und Methoden.

Informationsmaterialien

Folgende Materialien sind kostenlos über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhältlich. Bestellungen sind schriftlich oder über das Internet möglich.

- DHS, PF 1369, 59003 Hamm
www.dhs.de
- BZgA, 51101 Köln
www.bzga.de

Broschüren und Selbsthilfehandbücher

Tabak. Zum Aufhören ist es nie zu spät. Informationen und Hilfen für ältere Menschen
Hg.: DHS (nur zu beziehen über die DHS)
Dieses Faltblatt informiert gezielt über die Vorteile eines Rauchstopps auch im höheren Lebensalter und gibt Tipps für den Ausstieg.

Tabak Basisinformationen
Hg.: DHS, Bestellnr. 33230002

Die Sucht und ihre Stoffe – Nikotin
Hg.: DHS, Bestellnr. 34008002

Ja, ich werde rauchfrei. Praktische Anleitung für ein rauchfreies Leben.
Hg.: BZgA, Bestellnr. 31350000

Nichtraucherkalender für die ersten 100 Tage
Hg.: BZgA, Bestellnr. 31350003

Aufatmen. Erfolgreich zum Nichtraucher
kostenlos erhältlich bei der Deutschen Krebshilfe,
Buschstr. 32, 53113 Bonn
Tel. 0228 72990-0
www.krebshilfe.de

Handbücher für Gesundheitsberufe und fachlich Interessierte

Raucherentwöhnung in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht
Hg.: BZgA, Bestellnr. 60642000

Tabakabhängigkeit
Hg.: DHS, Bestellnr. 33221202

Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe
Hg.: Deutsches Krebsforschungszentrum, Bestellnr. 31810000
(nur noch als PDF-File erhältlich)

Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern
Hg.: BZgA, Bestellnr. 31192000

Manual für die Projektleitung
»Rauchfreies Krankenhaus«
Hg.: BZgA, Bestellnr. 31190000

Links

www.rauchfrei-info.de
Über diese Internetplattform der BZgA erhält man u. a. Zugriff auf ein interaktives Programm für ausstiegswillige Raucherinnen und Raucher, umfassende Informationen und News rund um das Thema Tabakentwöhnung sowie weitere Informationsmaterialien.

www.weltnichtrauchertag.de
Die Website des bei der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, angesiedelten Projekts bietet eine Übersicht über alle Welt-Nichtrauchertage der letzten Jahre mit vielfältigen Informationsmaterialien.

www.tabakkontrolle.de
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle
Auch die Website des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle beim Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, informiert ausführlich über zahlreiche Aspekte des Rauchens, bietet Materialien an und verlinkt mit weiteren Initiativen und Anbietern im Themenfeld.

www.aktionsbuenndnis-nichtrauchen.de
Das Aktionsbündnis Nichtraucher agiert als Zusammenschluss von zehn großen nichtstaatlichen Gesundheitsorganisationen, die ihre politischen Aktivitäten im Bereich „Förderung des Nichtrauchens/Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens“ bündeln.





Über Substanzprobleme sprechen

5 Über Substanzprobleme sprechen

Viele Untersuchungen belegen, dass es hilfreich ist, wenn Betroffene auf ein (vermutetes) Substanzproblem angesprochen und auf Hilfeangebote hingewiesen werden. Das bestätigen auch die Statistiken der Hilfeeinrichtungen im Suchtbereich: Zwei von drei Hilfesuchenden kommen über die Vermittlung von Freunden und Angehörigen, über Arztpraxen, Sozialverwaltungen oder Justiz in die Einrichtungen.

Andererseits fällt es vielen Menschen schwer, einen anderen – egal ob dieser jung oder alt ist – auf ein (vermutetes) Alkohol- oder Medikamentenproblem oder das Thema Rauchen anzusprechen. Das gilt für Angehörige und Freunde, aber auch für die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe. Sie befürchten Auseinandersetzungen sowie eine dauerhafte Belastung der Beziehung und schlimmstenfalls den Abbruch des Kontakts.

Unbegründet sind solche Bedenken nicht, vor allem wenn das Problem bislang verleugnet und verdrängt wurde. Schuld- und Schamgefühle, das Gefühl, bloßgestellt zu werden, und natürlich die Angst, auf das gewohnte Suchtmittel verzichten zu müssen, können zu heftiger Abwehr führen. Manchmal verstricken sich die betroffene Person und die Menschen, die ihr helfen wollen, in einen kräftezehrenden Kampf um das Suchtmittel, ohne dass sich etwas zum Besseren wendet. Das passiert vor allem zwischen nahen Verwandten, kann jedoch auch in anderen Verhältnissen geschehen. In diesem Fall ist es wichtig, wieder etwas Abstand zu finden und eventuell selbst Beratung anzunehmen. Ein Anruf bei einem der Informations- und Beratungstelefone kann ein erster Schritt sein.

Die Hinweise und Informationen auf den folgenden Seiten sollen dazu beitragen, dass die Chancen eines solchen Gesprächs bestmöglich genutzt werden.

1 Das Arbeitsblatt »Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können« hilft, sich auf ein offenes, konstruktives Gespräch vorzubereiten. Es ist vor allem für Menschen gedacht, die im alltäglichen Umgang als Familienangehörige, Kollegin oder Kollege, Nachbarin bzw. Nachbar etc. auf ein Substanzproblem aufmerksam geworden sind. Dieses Gespräch muss von Verbindlichkeit und Wertschätzung geprägt sein. Ziel des Gesprächs ist es nicht, der angesprochenen Person Missbrauch oder Abhängigkeit nachzuweisen, sondern ihr Unterstützung anzubieten und ihre Bereitschaft zur Veränderung zu fördern.

2 Ein Beratungskonzept, das in den letzten Jahren weite Verbreitung gefunden hat, ist die Technik der Motivierenden Gesprächsführung. Eine kurze Darstellung ihrer Grundlagen soll eine Vorstellung davon vermitteln, wie ein Veränderungsprozess bei den Betroffenen angeregt und unterstützt werden kann. Diese Hinweise können dazu beitragen, im Umgang mit den Betroffenen den richtigen Ton zu finden und Geduld zu haben. Sie ersetzen natürlich nicht eine Schulung bzw. intensive Beschäftigung mit dem Thema, wenn derartige Gespräche professionell geführt werden sollen.

3 Auf Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung wurde das Konzept der Motivierenden Kurzintervention entwickelt. Diese Gesprächstechnik ist leicht zu erlernen und eignet sich z. B. zum Einsatz in der ärztlichen Sprechstunde. Darüber hinaus kann diese Gesprächstechnik von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus anderen Berufsfeldern wie Sozialpädagogik und Sozialarbeit, Psychologie, Kranken- und Altenpflege und Ernährungsberatung sowie verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, etwa Gesundheitsamt oder Krankenkasse, angewandt werden.

Die Darstellung der Technik der Motivierenden Gesprächsführung beruht auf dem Buch »Motivierende Gesprächsführung« von William R. Miller und Stephen Rollnick. Trainer, die selbst eine entsprechende Ausbildung absolviert haben und Motivierende Gesprächsführung unterrichten, sind im Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) zusammengeschlossen. (siehe Seite 89)

Weitere Auskünfte und Kontaktadressen vermittelt auch die DHS. (siehe Seite 101)

Hinweise auf verschiedene empfehlenswerte substanzspezifische Gesprächsleitfäden für Ärztinnen und Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, enthalten die Kapitel 2 bis 4. Titel und Bezugsadressen sind in den Anhängen dieser Kapitel vermerkt.

5.1 Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können

Wie Sie über Suchtprobleme sprechen können

Verbindlicher Einstieg

»Frau/Herr ..., wir kennen uns jetzt schon so lange, und ich komme gerne zu Ihnen. Darf ich Sie heute einmal auf etwas Persönliches ansprechen?«

»Frau/Herr ..., vor einigen Tagen haben wir zusammen Ihren Arzneimittelvorrat gesichtet. Mir ist dabei etwas aufgefallen, über das ich heute mit Ihnen sprechen möchte.«

»Elisabeth, seit 15 Jahren gehen wir jetzt schon zusammen kegneln. Seit einiger Zeit mache ich mir Sorgen um dich.«

Wie könnte Ihr persönlicher Gesprächseinstieg aussehen?

Was fällt Ihnen auf? Worüber sind Sie besorgt? Welchen Grund vermuten Sie?

»Du hast immer seltener Lust, mit mir spazieren zu gehen. Das finde ich schade. Ich frage mich, ob das mit deinem Alkoholkonsum in Zusammenhang steht.«

»Ich mache mir Sorgen um Ihre Gesundheit. Ich sehe so viele Flaschen.«

»Sie sind in der letzten Zeit zweimal gestürzt. Zum Glück haben Sie sich nicht verletzt. Ich frage mich aber, ob das mit Ihren Schlaftabletten in Zusammenhang steht.«

»Das Treppensteigen scheint Sie sehr anzustrengen. Ich denke, dass das Rauchen dafür zumindest teilweise verantwortlich ist.«

Was schlagen Sie vor? Welche Informationen können Sie anbieten?

Auf welche Anlaufstelle können Sie verweisen?

Informationsbroschüren und Tests können den Betroffenen helfen, mehr Klarheit über ihren u. U. problematischen Konsum und seine möglichen Folgen zu erlangen. Selbsthilfefeitfäden haben sich als wirksame Unterstützung bei der Veränderung problematischer Konsummuster bewährt.

Hinweise auf kostenlos erhältliche Medien, die Sie an die Betroffenen weitergeben können, finden Sie in den Anhängen der Kapitel 2 bis 4.

Kurzfragebögen zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bzw. zum problematischen Medikamentengebrauch, die Sie bei Bedarf kopieren können, finden Sie auf Seite 96, 97 bzw. 99 dieser Broschüre.

Zudem ist es empfehlenswert, wenn Sie auf eine Anlaufstelle vor Ort verweisen. In jedem Fall sollten Sie die Nummer eines Informations- und Beratungstelefons auf einer Karte notieren und diese Karte der angesprochenen Person übergeben.

Gesprächsabschluss

Vielleicht wird die von Ihnen angesprochene Person mit Ablehnung, Ärger, Ausflüchten oder Aggressivität reagieren. Nicht hilfreich ist es, über Trinkmengen, Zahl der gerauchten Zigaretten, die Gefährlichkeit oder angebliche Unbedenklichkeit bestimmter Medikamente etc. zu diskutieren. Auch der Versuch, ihm/ihr die Abhängigkeit durch die Aufzählung von Diagnosekriterien o. Ä. zu beweisen, führt in eine Sackgasse. Suchen Sie einen versöhnlichen Gesprächsabschluss.

»Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie darüber erst einmal in Ruhe nachdenken möchten. Ich würde mich freuen, wenn wir in einigen Wochen nochmals auf das Thema zurückkommen könnten.«

»Vielleicht irre ich mich ja. Und letztlich ist es ja sowieso deine Entscheidung. Mir war es aber als dein Sohn wichtig, das Thema einmal anzusprechen. Solltest du Kontakt zu einer Beratungsstelle aufnehmen wollen, bin ich gerne bereit, dich zu begleiten.«

5.2 Motivierende Gesprächsführung

Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung wurde von den Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick entwickelt und 1991 erstmals als Gesamtkonzept unter dem Titel »Motivational Interviewing« veröffentlicht. Entwickelt für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, wird diese Gesprächstechnik mittlerweile auch bei anderen gesundheitlichen Problemen wie Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung bei Diabetes etc. angewandt.

Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung basiert zum einen auf der Annahme, dass sich Menschen nicht von heute auf morgen verändern, sondern dass Veränderung bzw. die Bereitschaft zur Veränderung ein Prozess ist, in dem verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft unterschieden werden können. Das zweite wesentliche Merkmal ist der Verzicht auf jede Konfrontation. Der/die Betroffene soll dazu angeregt werden, über den eigenen Suchtmittelgebrauch nachzudenken, und ggf. selbst die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung erkennen und formulieren.

Veränderung als Prozess

Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung basiert auf einem Modell, das im Prozess der Veränderung folgende Stadien unterscheidet: Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Rückfall. Der Eintritt in den Prozess der Veränderung erfolgt aus dem Stadium

der Absichtslosigkeit heraus und endet mit dem dauerhaften Ausstieg. Kommt es zu einem Rückfall, geht es darum, diesen Prozess erneut anzustoßen, damit die betroffene Person wieder über die Phasen der Absichtsbildung und Vorbereitung zur Handlung gelangt.

Ziel jeder Intervention bzw. jedes Gesprächs ist es nach diesem Modell, die Veränderungsbereitschaft einer Person zu fördern und dazu beizutragen, dass sie das nächste Stadium der Veränderungsbereitschaft erreicht. Dabei hat es sich als sinnvoll erwiesen, jeweils zu erkunden, in welcher Phase sich der/die Angesprochene befindet, und entsprechende Informationen anzubieten. Denn je besser die angebotenen Informationen und Veränderungsbereitschaft bzw. Motivation zusammenpassen, desto eher wird dieses Ziel erreicht.

Zwei Beispiele:

Eine Frau, die seit Jahren regelmäßig ein ärztlich verordnetes Schlafmittel einnimmt, benötigt zunächst Informationen über mögliche nachteilige Wirkungen des Konsums bzw. über die Vorteile, die ein Absetzen des Medikaments für sie haben könnte, um in das Stadium der Absichtsbildung zu gelangen.
Ein Raucher, der einen Rauchstopp bereits konkret ins Auge gefasst hat, braucht z. B. Informationen über ein entsprechendes Selbsthilfemanual sowie die Nummern der Rauchertelefone.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die verschiedenen Stadien der Veränderung, Beispiele für typische Aussagen von Menschen in den jeweiligen

Stadien und welche Informationen dazu beitragen könnten, die Veränderungsbereitschaft zu erhöhen.

Tabelle 5.1: Veränderung als Prozess – Stadien der Veränderungsbereitschaft

Stadium	Typische Aussagen	Hilfreiche Informationen Therapeutische Aufgabe
Absichtslosigkeit Es besteht kein Problembewusstsein hinsichtlich des Substanzkonsums und der Substanzkonsum ist stabil.	»Mein Alkoholkonsum ist kein Thema für mich.« »Ich habe nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.« »Ich sehe keine Notwendigkeit, meinen Medikamentengebrauch zu überprüfen.«	• Vermittlung von Informationen über Grenzwerte bzw. Regeln eines verantwortungsvollen Umgangs sowie die Risiken des Substanzkonsums. • Informationen über den durchschnittlichen Konsum in der Bevölkerung, um die Selbstreflexion zu fördern.
Absichtsbildung Es bestehen Zweifel, ob der Substanzkonsum in bisheriger Weise fortgeführt werden soll.	»Ich habe mir vorgenommen, weniger zu trinken« »Ich habe vor, in nächster Zeit mit dem Rauchen aufzuhören / weniger zu rauchen.« »Ich denke darüber nach, meinen Medikamentengebrauch zu überprüfen.«	• Diese Phase ist von Ambivalenz gekennzeichnet. Der Wunsch nach Veränderung und der Wunsch, alles beim Alten zu lassen, halten sich die Waage. • Vermittlung von Informationen, die geeignet sind, den Veränderungswunsch zu verstärken. • Vermittlung von Informationen, die eine Veränderung machbar erscheinen lassen. (Hinweis auf Hilfangebote und Menschen, die es bereits geschafft haben, ihr Verhalten dauerhaft zu ändern).

Stadium	Typische Aussagen	Hilfreiche Informationen Therapeutische Aufgabe
Vorbereitung Eine Veränderung des Konsums erscheint eindeutig erstrebenswert und wird konkret geplant.	»Ich werde vom nächsten Monat an weniger trinken.« »Ich habe vor, das nächste Mal, wenn mein Enkelkind zu Besuch kommt, Nichtraucher zu sein.« »Ich werde beim nächsten Arzttermin meinen Medikamentenkonsum ansprechen.«	▪ Ausführliche Informationen über Wege der Veränderung und Unterstützungsangebote (Selbsthilfe, Beratungs- und Therapieangebote). ▪ Hilfe bei der Entscheidung für das individuell angemessene Hilfeangebot.
Handlung Der Suchtmittelkonsum wird reduziert bzw. eingestellt. Der Medikamentengebrauch wird mit ärztlicher Unterstützung verändert.		▪ Äußern von Lob und Anerkennung für das Erreichte. ▪ Bestärkung der getroffenen Entscheidung, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit. ▪ Anbieten von Unterstützung bei Rückfallgefahr.
Aufrechterhaltung Das veränderte Konsumverhalten wird beibehalten.		s. oben
Rückfall Der Substanzkonsum wird wieder aufgenommen bzw. man fällt in alte Konsummuster zurück.	»Ich habe einige Monate nicht mehr / deutlich weniger getrunken / geraucht, aber jetzt ist alles wieder wie vorher.« »Ich bin ohne mein Medikament auf Dauer nicht zurechtgekommen, deshalb habe ich es mir wieder verschreiben lassen.«	▪ Aufarbeitung der Gründe für den Rückfall. ▪ Entwicklung von alternativen Verhaltensideen. ▪ Vermittlung der Erkenntnis, dass man an bereits Erreichtes wieder anknüpfen kann. ▪ Eventuell Informationen über andere, evtl. intensivere Hilfeangebote und Unterstützung bei der Auswahl.

Prinzipien Motivierender Gesprächsführung

Das Herzstück Motivierender Gesprächsführung ist eine einführende, akzeptierende Grundhaltung und der Verzicht auf Konfrontation, Beweisführung und Etikettierung. Motivierende Gesprächsführung ist jedoch nicht absichtslos. Sie möchte die weitere Beschäftigung mit der Problematik des Substanzmissbrauchs erreichen und die Motivation zur Veränderung stärken. Die Argumente für eine Veränderung soll dabei die Klientin / der Klient selbst liefern. Die Anwendung der fünf Grundprinzipien Motivierender Gesprächsführung schafft eine positive Gesprächsatmosphäre, die einer Veränderung dienlich ist.

Die fünf Prinzipien Motivierender Gesprächsführung

- Empathie ausdrücken
Das Verhalten wird nicht kritisiert und die Person wird mit ihrem Verhalten angenommen. Einfühlsamkeit und aktives Zuhören prägen das Gespräch.
- Diskrepanzen entwickeln
Diskrepanz bedeutet Widerspruch. Wird offensichtlich, dass das derzeitige Verhalten (der gegenwärtige Alkohol-, Medikamenten- oder Tabakkonsum) mit wichtigen persönlichen Zielen unvereinbar ist, wird dadurch die Bereitschaft zur Veränderung gestärkt.
Ansatzpunkte für Diskrepanzen:
Welches sind die persönlichen Ziele der Person, der die Intervention gilt?
Welche Vor- und welche Nachteile hat der Konsum für die Person?
Biografieorientierte Fragen:
Welche Interessen hatte die Person früher und welche Interessen hat sie heute? Stimmt das gegenwärtige Selbstbild mit dem Bild überein, das sich die Person früher von sich selbst machte?
- Beweisführungen vermeiden
Beweisführungen sind kontraproduktiv und erzeugen Abwehr.
Die Annahme eines Etiketts, z. B. des Etiketts »süchtig«, ist unnötig.
- Den Widerstand aufnehmen
Widerstand wird nicht als etwas Negatives verstanden, sondern als eine Chance, die es aufzugreifen und in positiver Weise zu nutzen gilt.
- Selbstwirksamkeit fördern
Der Glaube, sich wirklich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle.

Im Beratungsgespräch kommen dabei fünf Strategien zum Einsatz.
Diese Strategien sind:

- Offene Fragen
Offene Fragen sind Fragen, die nicht durch Ja oder Nein zu beantworten sind, sondern zum Erzählen anregen, z. B.: »Worüber machen Sie sich in Bezug auf Ihren Medikamentengebrauch Gedanken?«
- Aktives Zuhören
Aktiv zuhören bedeutet, das zum Ausdruck zu bringen, was man verstanden hat. Dadurch werden Missverständnisse im Gespräch vermieden und die erzählende Person wird ermutigt, die Thematik zu vertiefen und eventuellen Widersprüchen auf den Grund zu gehen.
- Bestätigen
Bestätigung beinhaltet Lob und Anerkennung der Leistungen der anderen Person und Verständnis für ihre Lage.
- Zusammenfassen
Das Zusammenfassen der wesentlichen Aussagen und insbesondere von Aussagen, die auf eine Veränderungsbereitschaft hindeuten, verstärkt die Veränderungsbereitschaft.
- Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen
Als selbstmotivierende Aussagen werden alle Äußerungen verstanden,
 - in denen Problembewusstsein zum Ausdruck kommt:
»Das Rauchen belastet meine Gesundheit stärker als ich bisher dachte.«
»Bisher war mir gar nicht so bewusst, wie viel ich trinke.«
 - in denen Besorgnis geäußert wird:
»So wie bisher kann es nicht weitergehen.«
 - in denen eine Veränderungsabsicht zum Ausdruck kommt:
»Ich glaube, es wird höchste Zeit, über das Aufhören nachzudenken.«
»Damit bin ich ganz und gar nicht zufrieden. Da muss ich etwas unternehmen.«
 - in denen Zuversicht im Hinblick auf eine Veränderung zum Ausdruck kommt:
»Ich glaube, ich kann das schaffen.«
»Ich sehe, dass es schwierig ist, aber so viele andere haben es auch geschafft.«

Für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung ist der Klient bzw. die Klientin letztlich immer selbst zuständig. Am Ende eines Gespräches ist es immer wichtig, weitere Gesprächsbereit-

schaft zu signalisieren und möglichst eine Vereinbarung über den weiteren Fortgang zu treffen.

5.3 Kurze Motivierende Intervention

Grundlagen und Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung sind leicht nachvollziehbar. Ihre konsequente praktische Umsetzung verlangt jedoch intensive Schulung und Übung. Dennoch können die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung auch für Nicht-Spezialisten auf dem Gebiet der Gesprächsführung hilfreich sein.

Vielen Menschen ist durchaus bewusst, dass ihr Alkohol-, Medikamenten- oder Tabakkonsum zu Problemen in ihrem Leben führt. Dann kann ein Anstoß von außen genügen, um den Prozess der Veränderung in Gang zu setzen. Eine Kurzintervention, die nach dem Umfang des Substanzkonsums fragt, Informationen bereitstellt und die Notwendigkeit einer Verhaltensveränderung unterstreicht, kann unter diesen Umständen sehr wirksam sein. Andererseits kann der direkte Ratschlag auch als Konfrontation verstanden werden. Die Empfehlungen für eine kurze Motivierende Intervention verbinden das Prinzip der Kurzintervention mit den Prinzipien Motivierender Gesprächsführung. Zwei grundlegende Prinzipien Motivierender Gesprächsführung sollten dabei vor allem berücksichtigt werden: das der Nichtkonfrontation sowie das Herausarbeiten von Besorgnis und Bedenken auf Seiten der angesprochenen Person.

Eröffnungsphase

Die Eröffnungsphase des Gesprächs dient dem Beziehungsaufbau. Dazu ist es empfehlenswert, ein Thema anzusprechen, das für die angesprochene Person von Interesse ist und zugleich mit dem Suchtmittelkonsum in Verbindung steht: gesundheitliche Probleme, körperliche

und geistige Leistungsfähigkeit, Gestaltung des Alltags nach dem Austritt aus dem Berufsleben, Alltagsbewältigung, Kontakte zu den erwachsenen Kindern und Enkelkindern usw.

Die Eröffnungsphase endet mit der Frage nach dem Substanzkonsum:

»Sie haben mir erzählt, dass Sie viel alleine sind. Darf ich Sie fragen, welche Bedeutung Alkohol für Sie in dieser Situation hat?«

»Sie haben mir gerade erzählt, dass es Ihnen zunehmend schwerfällt, Ihre Einkäufe zu erledigen, vor allem wegen des Treppensteigens. Was, meinen Sie, hat Ihr Rauchen damit zu tun?«

»Sie sagen, dass es morgens immer sehr lange dauert, bis Sie sich einigermaßen wach fühlen. Was, meinen Sie, hat die Einnahme von Schlafmitteln damit zu tun?«

Erkundung von Sorgen und Veränderungswünschen hinsichtlich des Substanzkonsums

Im Hauptteil des Gesprächs geht es darum, herauszufinden, ob ein Problembewusstsein und der Wunsch nach Veränderung bestehen. Die betroffene Person soll angeregt werden, selbst ihre Bedenken zu äußern und über die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen nachzudenken. Dazu werden Fragen gestellt, die mehr oder weniger direkt auf die Erkundung der Sorgen bezüglich des Substanzkonsums zielen. Besonders wichtig ist es, offene Fragen zu stellen, die zum Erzählen anregen.

Es sind dies Fragen nach

- Menge und Art des Substanzkonsums
»Was trinken Sie am liebsten?«
»Welche Marke rauchen Sie?«
»Rauchen Sie täglich?«
- typischen Konsumsituationen
»Sie haben gesagt, Sie trinken gerne Bier. Gibt es dabei feste Gewohnheiten? Wie sehen diese aus?«
- der Funktion des Substanzkonsums im Zusammenhang mit Lebensstil und Belastungen
»Sie haben mir erzählt, dass Sie sich manchmal langweilen. Was passiert, wenn Sie dann Alkohol trinken?«
»Sie haben mir erzählt, dass Sie sich Sorgen machen, was im weiteren Alter auf Sie zukommen wird. Wie hilft Ihnen Ihr Medikament in dieser Situation?«
- Auswirkungen des Substanzkonsums auf die Stimmung
»Wie verändert sich Ihre Stimmung, wenn Sie ein Glas Wein trinken?«
- Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und allgemeinem Gesundheitszustand, Wohlbefinden
»Sie haben häufig Magenprobleme. Ich frage mich, wie Ihr Alkoholkonsum damit zusammenhängen könnte.«
- nach den erlebten Vor- und Nachteilen des Substanzkonsums
»Ich kann mir gut vorstellen, dass es entspannend ist, nach dem Essen eine Zigarette zu rauchen. Gibt es dabei auch etwas, das Sie als unangenehm erleben?«
- Veränderungen des Substanzkonsums im Laufe der Zeit
»Hat sich Ihr Trinkverhalten in den letzten 20 Jahren verändert?«
»Wie hat sich Ihr Medikamentenverbrauch in den letzten Jahren entwickelt?«
- Sorgen hinsichtlich des Substanzkonsums
»Welche Sorgen machen Sie sich aufgrund Ihres Rauchens?«
»Welche negativen Folgen hat Ihr Medikamentengebrauch für Sie?«

Zeigt die angesprochene Person ein gewisses Maß an Veränderungsbereitschaft, endet diese Gesprächsphase mit der Frage nach dem nächsten Schritt.

Gesprächsabschluss

Im Sinne des Konzepts der Motivierenden Gesprächsführung misst sich der Erfolg nicht daran, ob sich die angesprochene Person dazu entschlossen hat, jetzt konkret etwas zu verändern. Vielmehr sind jede Äußerung von Sorge und jedes Nachdenken über eine Veränderung als Erfolg zu werten. Am Ende des Gesprächs ist es hilfreich, noch einmal die wesentlichen Punkte zusammenzufassen und insbesondere die geäußerten Sorgen und Veränderungsabsichten herauszustellen. Zum anderen sollte die Bereitschaft zu weiterer Unterstützung betont werden. Werden konkrete Schritte geplant, sollten Sie – soweit erforderlich – bei der Organisation behilflich sein. Andernfalls kann die Frage, ob Sie z. B. in drei oder sechs Monaten noch einmal auf das Thema zurückkommen dürfen, am Ende des Gesprächs stehen.

Anhang Kapitel 5

Beratung und telefonische Information

Informationen und Adressen von Hilfeangeboten, z. B. Auskünfte über spezielle Angebote für ältere Frauen und Männer, können Sie erfragen bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm Tel. 02381 9015-0
www.dhs.de

Bundesweite Sucht und Drogen Hotline
01805 313031, täglich 0 bis 24 Uhr
(kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min., unterstützt von NEXT ID)

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung
0221 892031 (Preise entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr
Das BZgA-Info-Telefon bietet eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Telefonseelsorge
0800 1110111 oder 0800 1110222
(gebührenfrei)
täglich 0 bis 24 Uhr
Die Telefonseelsorge bietet auch einen Austausch per E-Mail und Chat an:
www.telefonseelsorge.de

Broschüre für Angehörige

Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Nikotin, süchtiges Verhalten? Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen wollen
Hg.: DHS, Bestellnr. 33220002
Diese Broschüre ist kostenlos über die

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhältlich.
Bestellungen sind schriftlich oder über das Internet möglich:

- DHS, PF 1369, 59003 Hamm
www.dhs.de
- BZgA, 51101 Köln
www.bzga.de

Beratungsleitfäden

Die Titel und Bezugshinweise auf verschiedene empfehlenswerte substanzspezifische Gesprächsleitfäden für Ärztinnen und Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sind in den Anhängen der Kapitel 2 bis 4 zu finden.

Literatur

Miller, William R.; Rollnick, Stephen
Motivierende Gesprächsführung
Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag, 2009, 3., unveränderte Auflage

Link

Trainer und Trainerinnen, die Motivierende Gesprächsführung unterrichten, sind im Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) zusammengeschlossen. Eine Trainerliste sowie Hinweise auf aktuelle Seminare sind im Internet unter www.motivationalinterview.org/training/trainers.html zu finden. (Stand: 12/2010)



Kopiervorlagen