

Suchtarbeitskreis Regensburg Plenum am 6. Dezember 2018: Sucht im Alter

Sucht im Alter

– neue Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen.

Was ist beim Umgang mit Alkohol und Medikamenten im Alltag zu beachten?

Dr. med. Heribert Fleischmann

Vorsitzender der DHS

Vorsitzender des Suchtarbeitskreises Opf.

Stv. Vorsitzender der PSAG Opf.

70 Jahre
1947-2017
DHS

Deutsche Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.



Was wissen/vermuten wir über die Zahl der Konsumenten und Abhängigkeitserkrankungen sowie zum Abhängigkeitsrisiko einzelner Substanzen

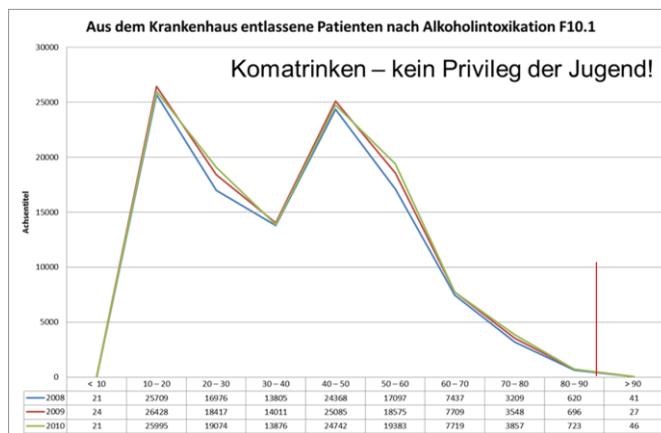
	Konsumenten		Abhängige		Abhängigkeit Risiko	Todesfälle	Geschlecht Mann/Frau	Relevanz fürs höhere Lebensalter
	%	absolut (Mill.) ¹	%	absolut (Mill.)				
Tabak	28,7	14,8	10,8	5,6 Mill.	ca. 38%	121 Tsd.	12,5%/9,0%	Nachkriegsgenerationen waren starke Raucher
Alkohol	90	46,5	3,5	1,8 Mill. 1,6 - 1,9 Mill.	ca. 4%	74 Tsd.	4,8%/0%	Alterskohorten der "Babyboomer" /Hochdosiskonsumphase sozialisiert
Medikamente	?	?	?		?	?	0,7%/2,9%	2 Drittel > 60 Jahre, überwiegend Frauen
–Benzodiazepine/ Z-Drugs (chronisch)	4,5	4,0	2,3	1,2 (-1,5) Mill.	5%-80% ²	?	?	in 47% bei alten Menschen
–Opiode	7,2	3,7	0,6	0,2-0,3 Mill.	8,1	25 Tsd.	?	Multimorbidität, Schmerzen eher weniger
–Stimulanzien	?	?	?	?	?	?	?	
–Sonstige	?	?	?	?	?	?	?	
Illegale Drogen	7,1	3,7	0,5	0,2-0,5 Mill. ?	ca. 14%	1,2 Tsd.	0,8%/0,2%	steigend?
Quelle : DHS Jahrbuch Sucht 17 ¹ Bezugsgröße: 18-64-Jährige (51,7 Mill.) ² Wolter Sucht 2017 63 81-97 ³ Schubert et al. Dtsch Ärzteblatt 2013								

Die Zahl der Alkoholabhängigen über 60 Jahre
wird (konservativ) auf mindestens 400 000 geschätzt!
Bühringer et al. 2000



Was wissen wir über das Konsumverhalten älterer Menschen

„Komatrinken“ auch im Erwachsenenalter – im höheren Alter jedoch eher selten



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013:

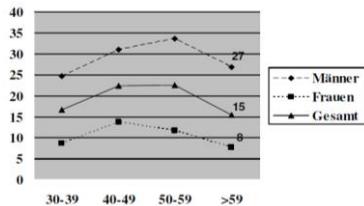
Konsumformen von Alkohol im höheren Lebensalter

Alkoholkonsum im höheren Alter (Allgemeinbevölkerung)

Bei über 60-Jährigen:

- **Regelmäßiger Alkoholkonsum:** mindestens 50% (Mann et al. 2003)
- **Riskanter Alkoholkonsum** (Bühringer et al. 2000):
 - 15,4% (gesamt)
 - 26,9% (Männer)
 - 7,7% (Frauen)
- **Alkoholmissbrauch:** 10-20% (Männer)
1-10% (Frauen)
- **Alkoholabhängigkeit:** 2-3% (Männer)
0,5-1% (Frauen)

Häufigkeit (%) riskanten Alkoholkonsums (Frauen: >20g, >0,5 l Bier; Männer: >30g) in Deutschland (Bühringer et al. 2000)



Abnahme des Alkoholkonsums (Nordström & Berglund 1987; Whelan 1995), vermutlich in Folge physiologischer Veränderungen, z.B. Toleranzverlust, oder krankheitsbedingte Abstinenz (Seitz et al. 1995) „sick quitter effect“

Quelle: Weyerer S. Ältere Menschen und Alkohol. 50. FK der DHS, Essen 2010
Nach AgeCoDe-Studie, Weyerer et al. 2009, N=3.224



Ausmaß des Alkoholkonsums bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten

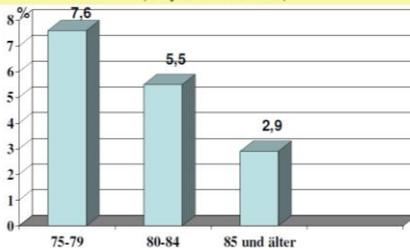
AgeCoDe-Studie: Alkoholkonsum bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten in Deutschland nach Geschlecht (Weyerer et al. 2009)

Alkoholkonsum	Gesamt %	Männer %	Frauen %
Abstinent	50,1	26,6	62,4
Mäßig	43,5	61,3	34,0
Risikant (>20/30g pro Tag)	6,5	12,1	3,6
Untersuchte Hausarztpatienten	3.224	1.107	2.117

Frauen trinken auch im Alter seltener riskant und leben häufiger abstinent

Mit zunehmendem Alter nimmt das riskante Trinkverhalten ab

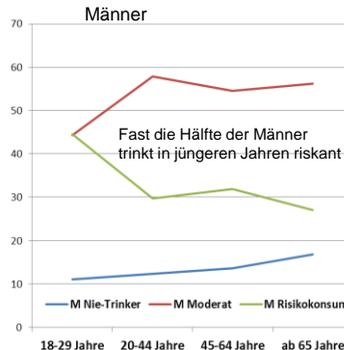
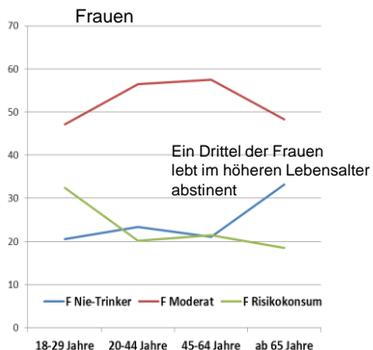
Riskanter Alkoholkonsum (Männer: >30g; Frauen: >20g) bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten in Deutschland nach Alter (Weyerer et al. 2009)



Quelle: Weyerer S. Ältere Menschen und Alkohol. 50. FK der DHS, Essen 2010
Nach AgeCoDe-Studie, Weyerer et al. 2009, N=3.224



Der Risikokonsum nimmt bei Männern und Frauen mit zunehmendem Alter ab

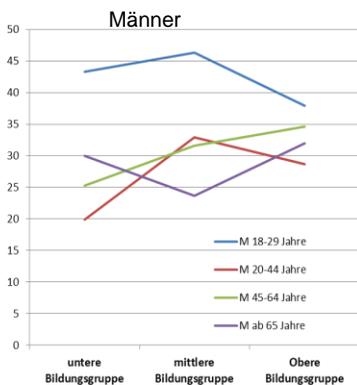


Moderater Konsum ist bei Männern und Frauen das häufigste Konsumverhalten und etwa gleich häufig Risikokonsum ist vor allem bei Männern insbesondere im Jugendalter häufig und nimmt insbesondere bei Männern ab dem 65. LJ deutlich ab

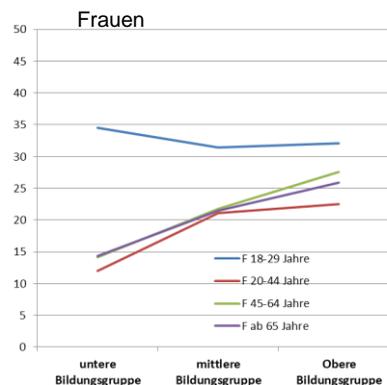


Aber - Risikokonsum nimmt mit höherem Bildungsgrad im Alter zu

Risikantes Konsumverhalten ist bei Frauen geringer ausgeprägt



Risikokonsum ist bei jüngeren Männern sehr häufig, nimmt jedoch mit höherer Bildung ab Risikokonsum nimmt bei älteren Männern mit zunehmender Bildung zu



Risikokonsum nimmt bei Frauen in allen Altersgruppen mit zunehmender Bildung erheblich zu und erreicht fast das Ausgangsniveau der jungen Frauen

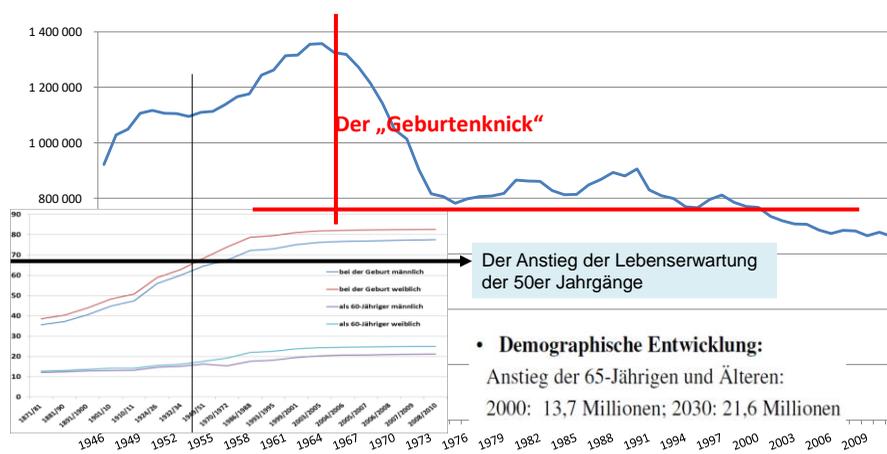


Wird es zukünftig mehr Abhängigkeitserkrankungen bei älteren Menschen geben?

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Zum Alterungsrisiko „Steigende Lebenserwartung bei abnehmenden Geburtenzahlen“

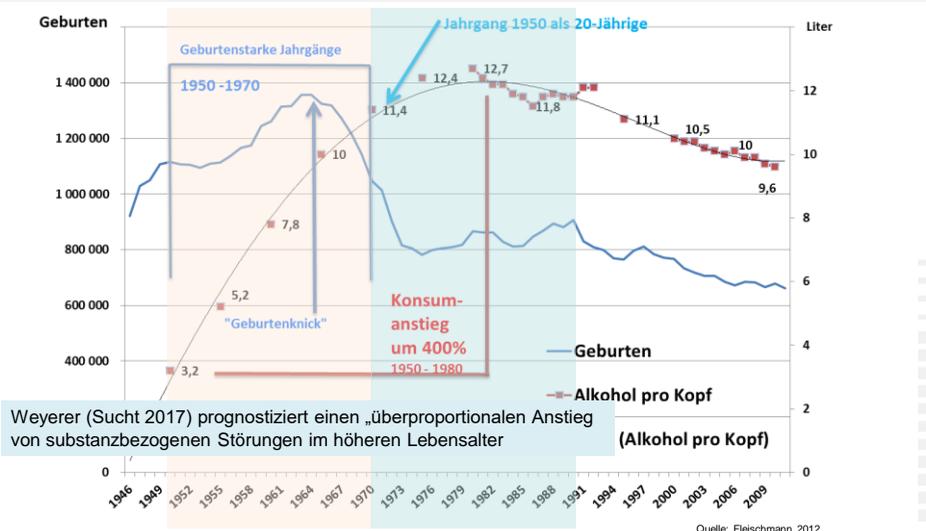
— Geburten



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013:

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Hoher Alkoholkonsum der „Babyboom-Generationen“ nach 1950 im jungen Erwachsenenalter – werden seit 2015 sukzessive 65 Jahre alt



In welchen Institutionen werden ältere Abhängige versorgt? Behandlungsprävalenzen in der Übersicht

Bevölkerung	0,7% der 65+; 1,1% der 70+	Berliner Altersstudie 1996
Pflegeheime	7,5%	Weyerer et al. 1999
Hausarztpraxis	4,5%	Hill et al. 1998
Allgemeinkrankenhaus	7,2% (65-69 J); 3,8% (70-79 J); 1,7% (80+ J)	Rumpf et al. 1998
Konsilpatienten	11,7%	Wetterling et al. 2002
Psychiatrisches Krankenhaus	21,9%	Wetterling et al. 2002
PIA-Patienten	16,6%	BIDAQ 2012 Bayern
Ambulante Suchthilfe	< 5%	Welch & Sonntag 2003
Stationäre Suchthilfe (EWT)	5,2%	Welch & Sonntag 2003

Erhebliche Varianzen je nach Stichprobe
Geringe Repräsentanz in der Suchthilfe
Höherer Anteil in der stationären Versorgung
Große regionale Unterschiede

Versorgungsverpflichtung (Bevölkerung)	250.000	%
davon ≥ 65 Jahre alt	32.000	12,8
Vivantesklinikum Berlin		
stationäre Aufnahmen ≥ 65 Jahre	941	2,9
davon Substanzmissbrauch	226	24,0
früherer Substanzmissbrauch	42	4,5
aktueller Substanzmissbrauch	182	19,3
Alkohol	88	9,4
Benzodiazepine	63	6,7
Z-Substanzen (Zopiclon, Zolpidem)	11	1,2
Raucher	66	7,0
Polyvalenter Missbrauch	56	30,8
psychische Komorbidität	151	83,0
Entzugssyndrome	57	31,3
Somatische Multimorbidität	125	68,7

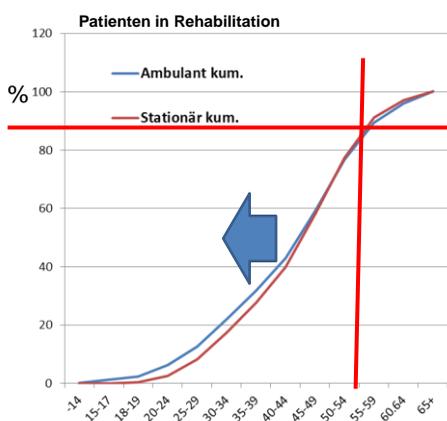
Quelle: Wetterling & Jungghans Sucht 2017



Wie können wir uns älteren Suchtkranken begrifflich annähern - zwei Verläufe lassen sich differenzieren

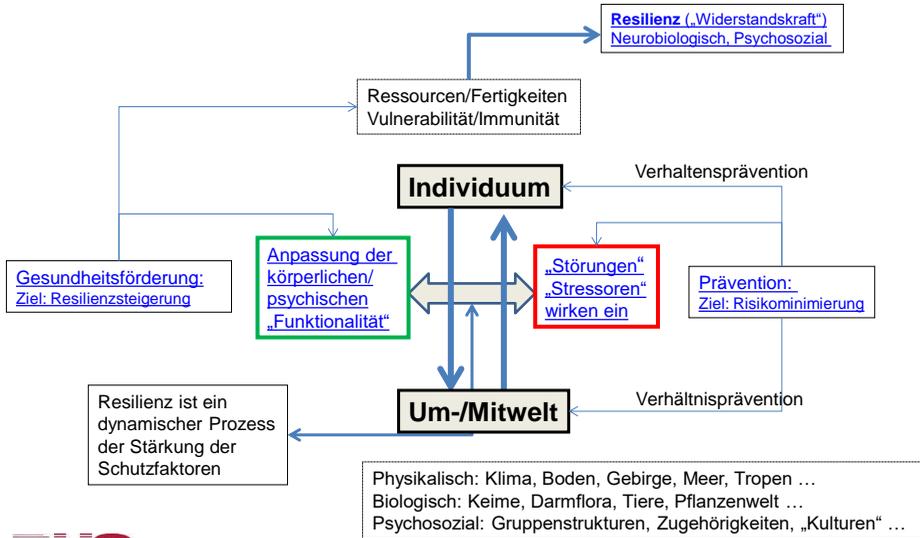
- **Süchtig alt werden**
„Early onset“ (EOA)
 - Wie hoch ist die „Übersterblichkeit“
 - Was hilft zum Überleben (Therapie?)
- **Formen/Beispiele**
 - Altgewordene Alkoholabhängige mit durchgängigen Konsum
- **Sucht im Alter**
 - Wie damit zurechtkommen
 - Spezielle Behandlung?
- **Im Alter süchtig werden**
„Late onset“ (LOA)
 - Was sind Risiken des Alters
 - Wie können Risiken minimiert werden (Prävention?)
- **Formen/Beispiele**
 - „Trockene“ Alkoholiker mit Rückfall nach langer Abstinenz
 - Alkoholmissbrauch im Alter bei wiederholten Missbrauchsepisoden in der Vorgeschichte
 - Beginn des Missbrauchs im Alter als Reaktion auf alterstypische Belastungen
 - Beginn des Missbrauchs nach Wegfall sozialer Kontrolle (Vereinsamung)
- **Genuss im Alter**
 - Was ist Genuss
 - Wie konsumiere ich risikoarm

Mit zunehmendem Alter ist das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln zunehmend geringer – jedoch nicht ausgeschlossen!

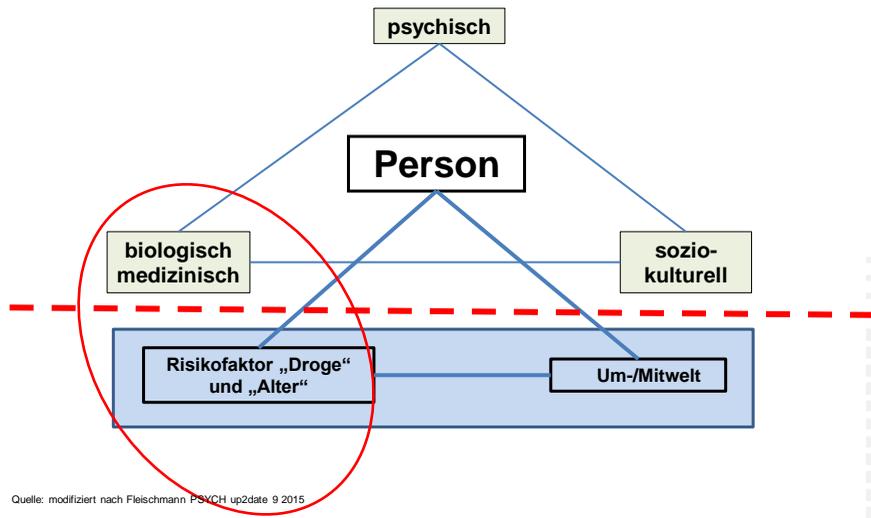


- Der Gipfel der Inanspruchnahme von REHA liegt um das 45. Lebensjahr
- Das Erkrankungsalter liegt im Schnitt 10-15 Jahre vor dem Antritt einer REHA-Maßnahme
- Die meisten Personen, die abhängig-krank werden, werden dies im mittleren Lebensalter
- **Ältere Personen sind eher selten wegen Abhängigkeit in Therapie (ca. 10%)**
- Cave: mit der absoluten Zunahme älterer Menschen in unserer Gesellschaft werden Suchtprobleme bei Älteren häufiger zu beobachten sein

Allgemeines Modell der Pathogenese und Salutogenese



bio-psycho-SOZIAL – was ist anders im Alter: Biologische Risiken des Alterns und des Konsums treffen ungünstig aufeinander



Quelle: modifiziert nach Fleischmann PSYCH up2date 9 2015



Was ist anders im Alter? Allgemeine physiologische (d.h. nicht krankhafte) Veränderungen

Abnahme von/Verlust an:

- Hören, Sehen, Geruch, Geschmack
- Speichelsekretion, Schluckfähigkeit
- Durstempfinden, Ernährungszustand
- Magenschleimhaut, Säuresekretion
- Muskelmasse mit Zunahme des Fettanteils
- Nierenfunktion, Natriumrückresorption, Harnkonzentrierung
- Lebermasse und Blutfluss
- Körperwasser
- Blut-Hirn-Schranke



Was ist anders im Alter neurobiologische Veränderungen

- Rückgang der Faserverbindungen und der Myelinisierung, speziell in den frontalen Assoziationskortex, d.h. der evolutionsgeschichtlich jüngsten Areale zuerst (genetisch bedingt!): das Gehirn altert also „von vorne nach hinten“ (struktureller anterior-posterior Gradient des Alterns)
- Veränderungen der zerebralen Durchblutung, insbesondere der Mikrozirkulation:
 - Dysfunktion des zerebralen Endothels
 - zunehmende Unfähigkeit des zerebralen Gefäßsystems, die aktivitätsbezogenen metabolischen Anforderungen der neuronalen Netze zu erfüllen.

Quelle: Fellgiebel: Resilienz gegenüber psychischen Störungen. Nervenarzt 2018



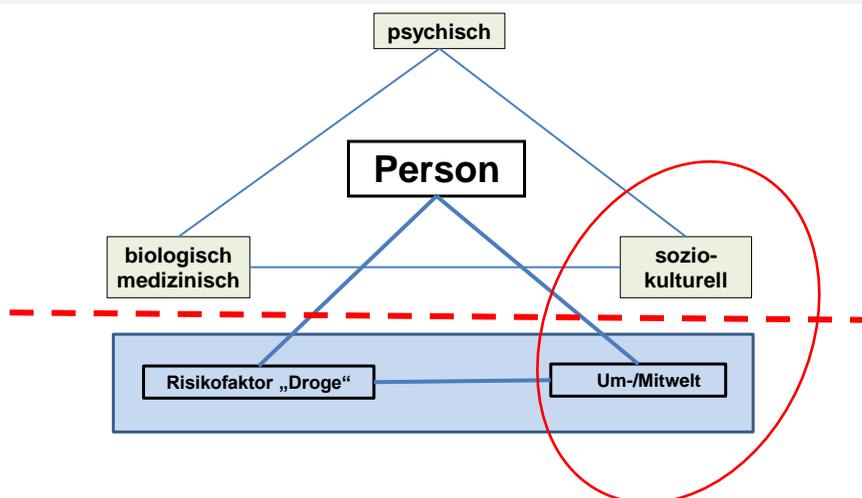
Biologischen Risiken im Alter, die sich ungünstig auf Alkoholkonsum auswirken

- Körperwasser und Verteilungsvolumen ↓
- Plasma und Proteinbildung ↓
- Plasmaspiegel bei gleicher Dosis ↑
- Kreatininclearance ↓
- Eliminationshalbwertszeit ↑
- Bioverfügbarkeit ↑
- ADH-Aktivität im Magen ↓
- hepatische Elimination ↓
- MEOS-System ↓
- First-Pass-Metabolismus ↓
- Mitochondriale Transportstörung für NAD⁺

Fleischmann In: Gastpar, Mann, Rommelpacher
Lehrbuch der Suchterkrankungen Thieme 1999

Fazit: wenn der Konsum im Alter nicht angepasst, d.h. reduziert wird, entsteht aufgrund physiologischer Veränderungen ein höheres Schädigungspotenzial ähnlich wie bei Kindern und Jugendlichen d.h. **Verhaltensprävention** durch Konsumreduktion, denn die Körperveränderungen sind irreversibel

bio-psycho-SOZIAL – was ist anders im Alter: soziokulturelle Interaktion



Quelle: modifiziert nach Fleischmann PSYCH up2date 9 2015

Allgemein: Mit zunehmendem Alter steigendes Risiko durch

- chronische Erkrankungen
- grundlegende Veränderung der psychosozialen Lebenssituation,
- Verlust zahlreicher Verstärker des Selbstwertes (Ende der Erwerbstätigkeit, Auszug der Kinder, körperliches Altern in einer „Anti-aging“-Gesellschaft),
- zunehmende Entwicklungsgeschwindigkeit technischer, digitaler Neuerungen und rapide Veränderung der Kommunikationswege
- Reduktion kognitiver Fähigkeiten (insbesondere exekutive und psychomotorische), welche die Flexibilität, Offenheit für Neues und Problemlösungsfähigkeiten eher einschränken,

Quelle: Fellgiebel: Resilienz gegenüber psychischen Störungen. Nervenarzt 2018



Spezielle situative und psychosoziale Veränderungen, die das Risiko für Alkoholkonsum/ Sucht im Alter erhöhen („Verlustsituationen“)

- Nachlassen der körperlichen Kräfte
- Einbuße an geistiger Leistungsfähigkeit
- Verlust an sozialer Kompetenz
- Verlust an professioneller Kompetenz
- zunehmende Immobilität
- Krankheit (nachlassende Gesundheit)
- Verlust von Bezugspersonen
- Abnahme des Selbstwertgefühls

Fleischmann In: Gastpar, Mann, Rommelpacher Lehrbuch der Suchterkrankungen Thieme 1999

Fazit: wenn diese „normalen“ Einbußen nicht durch soziokulturelle Kompetenzen kompensiert werden, entsteht ein hohes Risiko für Fehlanpassungen z.B. durch Suchtmittel



Faktoren, die mit riskanten Alkoholkonsum im Alter korrelieren

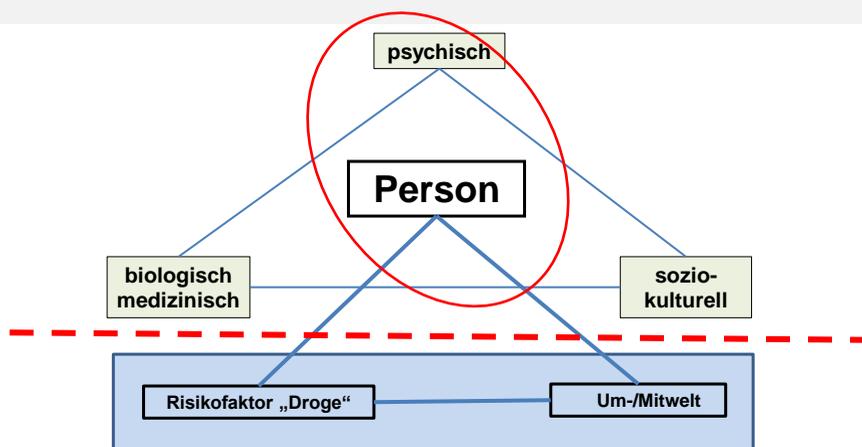
- Höheres Einkommen
- Höhere Bildung
- Höherer sozialer Status
- Bessere soziale Integration
- Stärkere Aktivität
- Bessere Gesundheit
- Tabakkonsum

Weyerer & Schäufele (Sucht 2017)

Themenbereiche für
Selektive Primärprävention im Alter



bio-psycho-SOZIAL – was ist anders im Alter: intrapersonale Faktoren



Quelle: modifiziert nach Fleischmann PSYCH up2date 9 2015



Was ist im Alter anders

Allgemein: grundlegende Unterschiede in der Verarbeitung von Umweltstimuli

Kindheit, Jugend, jüngere Erwachsene

- beschäftigen sich intensiver mit negativen Stimuli
- bilden komplexere Repräsentationen von negativen als von positiven Stimuli (**Negativitäts-Bias**)
- negative Informationen haben einen größeren Bedeutungsgehalt

Ältere

- tendieren dazu, ihre Aufmerksamkeit eher positiven Stimuli zuzuwenden
- das Gedächtnis für positive Stimuli oder positiv bewertete Ereignisse ist besser als das für negative (**Positivitätseffekt**)
 - Der Positivitätseffekt ist eine Strategie für zielgeleitete kognitive Verarbeitung (kognitive Prozessierungsstrategie)
 - Er dient auch zur aktiven Emotionsregulation

Quelle: Fellgiebel: Resilienz gegenüber psychischen Störungen. Nervenarzt 2018



Was ist im Alter anders

Allgemein: subjektives Erleben und Lebenszufriedenheit

jenseits des 50. Lebensjahres zeigt sich bis ins hohe Alter ein

- deutlicher Anstieg von Wohlbefinden, Freude und Fröhlichkeit, Lebenszufriedenheit
- ein rückläufiges Empfinden für Stress, Sorgen, Ärger und Wut

Warum ist das so: die **sozioemotionale Selektivitätstheorie** als Erklärung für das steigende Wohlbefinden

- Positivitätseffekt: Ältere präferieren emotionale Ziele, die auf das momentane Wohlbefinden fokussieren.
- Veränderte Zielorientierung bei begrenztem Zeithorizont: Die mehr auf Wohlbefinden gerichtete Lebensziele werden nach der zur Verfügung stehenden zeitlichen Perspektive gewählt

Quelle: Fellgiebel: Resilienz gegenüber psychischen Störungen. Nervenarzt 2018



Speziell gelten bei älteren Menschen als „Schutzfaktoren“ vor einer Alkoholabhängigkeit

- „Reife“ Persönlichkeit, positive Lebenserfahrung
- Strenges Gewissen
- Hoher Perfektionsanspruch
- Große Leistungsfähigkeit und –bereitschaft
- Höhere Frustrationstoleranz
- Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz, Zugehörigkeit und Integration
- Rückhalt in der Familie
- Geringe psychische Komorbidität

Hinz 2011



Phänotypen des kognitiven Alters: Zusammenfassung – im Rahmen des gesunden ! Alterns

Primär betroffen:

- Verlangsamung der Denkprozesse (reduzierte **Performance**).

Mit zunehmendem Alter: zusätzlich reduzierte **Leistung**

- des Arbeitsgedächtnisses,
- der exekutiven Funktionen
- der komplexeren Aufmerksamkeitsprozesse
- des episodischen Gedächtnisses

Bis ins hohe Lebensalter gut erhalten, bzw. wenig beeinträchtigt:

- Funktionen der kristallinen Intelligenz (z.B. Wortwissen)

Quelle: Fellgiebel: Resilienz gegenüber psychischen Störungen. Nervenarzt 2018



Zusammenfassung: Differenzierung der Alkoholismus-Muster bei älteren Menschen, hier später Beginn (LOA)

Alter bei Beginn der Erkrankung
Geschlechtsverteilung
familiäre Situation
Verteilung/Häufigkeit
Persönlichkeit
Wohnsituation
Erwerbstätigkeit
familiäre Vorbelastung
Entstehung/Auslöser
geistige Fitness
Komorbiditätsbelastung
Konsumcharakteristik
Behandlungsmöglichkeiten
Behandlungssetting
Verlaufsprognose

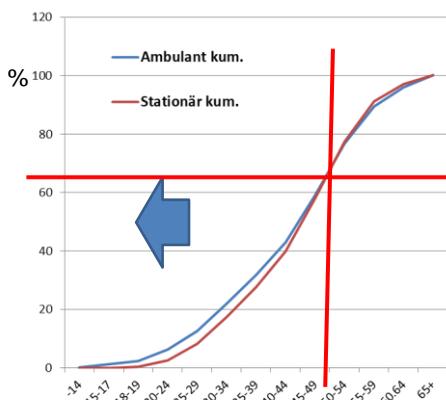
"Late onset" (LOA)
"im Alter süchtig werdend"
≥ 60 Jahre
eher weiblich
verheiratet, verwitwet
ca. 1 Drittel
eher stabil
eher geordnet
in der Regel erwerbsfähig/-tätig
eher Einzelfälle
psychosoz. Belastungen, "life events"
eher ohne Beeinträchtigung bzw. gute Restitution
moderat, eher psychische Begleiterkrankungen
eher wenig spektakulärer Konsum
rehabfähig
ambulant in PSB, PIA, Gerontopsychiatrie
eher günstig

Süchtig alt werden? Wie schaffe ich das

- **Süchtig alt werden**
„Early onset“ (EOA)
 - Wie hoch ist die „Übersterblichkeit“
 - Was hilft zum Überleben (Therapie?)
- **Formen/Beispiele**
 - Altgewordene Alkoholabhängige mit durchgängigen Konsum
- **Sucht im Alter**
 - Wie damit zurechtkommen
 - Spezielle Behandlung?

- **Im Alter süchtig werden**
„Late onset“ (LOA)
 - Was sind Risiken des Alters
 - Wie können Risiken minimiert werden (Prävention?)
- **Formen/Beispiele**
 - „Trockene Alkoholiker mit Rückfall ins Suchtverhalten im Alter
 - Alkoholmissbrauch im Alter bei wiederholten Missbrauchsepisoden in der Vorgeschichte
 - Beginn des Missbrauchs im Alter als Reaktion auf alterstypische Belastungen
 - Beginn des Missbrauchs nach Wegfall sozialer Kontrolle (Vereinsamung)
- **Genuss im Alter**
 - Was ist Genuss
 - Wie konsumiere ich risikoarm

2 Drittel der Abhängigkeitsentwicklungen passieren vorm 55. Lebensjahr



- Der Gipfel der Inanspruchnahme von REHA liegt um das 45. Lebensjahr
- Das Erkrankungsalter liegt im Schnitt 10-15 Jahre vor dem Antritt einer REHA-Maßnahme
- Die meisten Personen, die abhängigkrank werden, werden dies im mittleren Lebensalter
- **Ältere Personen werden eher selten noch abhängig**
- **Aber 1 Drittel der Abhängigen sind älter als 55 Jahre, d.h. Abhängige werden immer älter**

Wie viele „chronifizieren“ trotz Therapie? - Chronifizierungsfaktor Dynamik der Behandlung im 7-Jahreszeitraum 2002-2008

Patienten bezogene Analyse	Jahrgang 2002 im Jahr 2002	Jahrgang 2002 nach 7 Jahren	Differenz Anzahl	Differenz Anzahl in %
Anzahl der Pat. mit 1 BE	408	275	-133	-32,6
Anzahl der Pat. mit 2-3 BE	141	180	39	27,7
Anzahl der Pat. mit ≥ 4 BE (4-8 vs. 4-50)	26	120	94	361,5
Anzahl der Patienten gesamt	575	575	0	0
Pat. mit 1 BE in % von Pat. gesamt	71,0	47,8	-23,1	-32,6
Pat. mit ≥ 4 BE in % von Pat. gesamt	4,5	20,9	16,3	361,5

Patientenperspektive („Chronifizierungsrisiko“)

Anzahl der Patienten, die nur 1-mal in Behandlung sind, nehmen um 1/3 ab, d.h. 2/3 der Patienten werden zu „Wiederholern“. 29% waren bereits Wiederholer, davon 4,5% mit > 4 BE („CMA“);
Patienten mit mehr als 4 BE nehmen **um 16% zu** (von 4,5% auf 20,9%, d.h. um das Vierfache!)

Behandlungsepisoden (BE) bezogene Analyse	Jahrgang 2002 im Jahr 2002	Jahrgang 2002 nach 7 Jahren	Differenz Anzahl	Differenz Anzahl in %
Anzahl der BE: 1 = Pat. mit 1 BE	408	275	-133	-32,6
Anzahl der BE: 2-3	312	277	-35	-11,2
Anzahl der BE: ≥ 4	120	288	168	140,0
Anzahl der BE: gesamt	840	840	0	0
Anzahl der BE: 1 in % Anzahl der BE: gesamt	48,6	32,7	-15,8	-32,6
Anzahl der BE: ≥ 4 in % Anzahl der BE: gesamt	14,3	34,3	20,0	140,0

Behandler- bzw. Einrichtungsperspektive: („Belastungsrisiko“)

Behandlungen von Patienten mit 2-3 Wiederaufnahmen (günstige Risiken!) nehmen um 11,2% ab,
Behandlungen von Patienten mit 4 oder mehr Wiederaufnahmen nehmen **um 20% zu** (von 14,3% auf 34,3%)

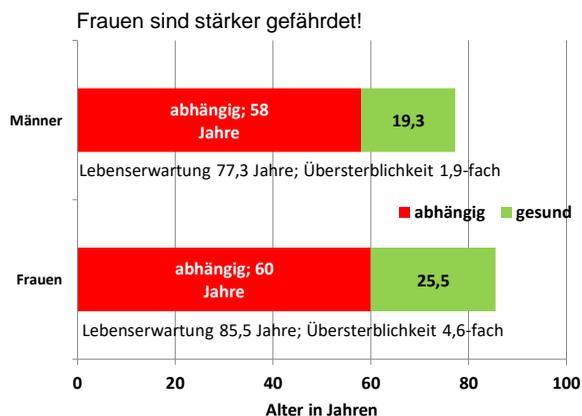
Was beeinflusst die Lebenserwartung in Deutschland

Einflussfaktor	Frauen	Männer
Starker Alkoholkonsum	-23,1	-16,2
Starker Tabakkonsum	-22,0	-18,2
Diabetes mellitus	-20,8	-21,4
Unzufrieden mit eigener Gesundheit	-17,7	-16,2
Arbeitslos	-12,6	-14,3
Bluthochdruck	-12,4	-7,4
Geschieden	-9,8	-9,3
Niedrige Bildung	-9,1	-7,2
Allein lebend	-4,9	0
Wohnort Mecklenburg-Vorpommern	-0,6	-2,7
Wohnort Baden-Württemberg	+1,9	+3,1

Quelle: Weyerer S. Ältere Menschen und Alkohol. 50. FK der DHS, Essen 2010; nach Daten der „Demographischen Forschung aus erster Hand 03/2008



Lebenserwartung Alkoholkranker – es sind 20 Jahre weniger!



Übersterblichkeit

Feuerlein 1996: 2,5 – 4,7-fach
Finney & Moos 1994;
Jährliche Mortalitätsrate 1,6 -3,7%
Egbert 1993; Vaillant 1996:
„sich selbst begrenzende Erkrankung“

Aber: auch Suchtkranke
überleben zunehmend länger:
Durchschnittliches Sterbealter
stieg in 25 Jahren (1980-2005)
bei Männern
von 52,7 auf 58,1 Jahre
bei Frauen
von 54,2 auf 59,5 Jahre

Quelle: John et al. Sucht 2012
Stichprobe: N=4070 davon abhängig N=153 (3,8%) Männer N=119 (77,8%) Frauen
N=30 (19,6%) Beobachtungszeitraum 14 Jahre (1996-2010)

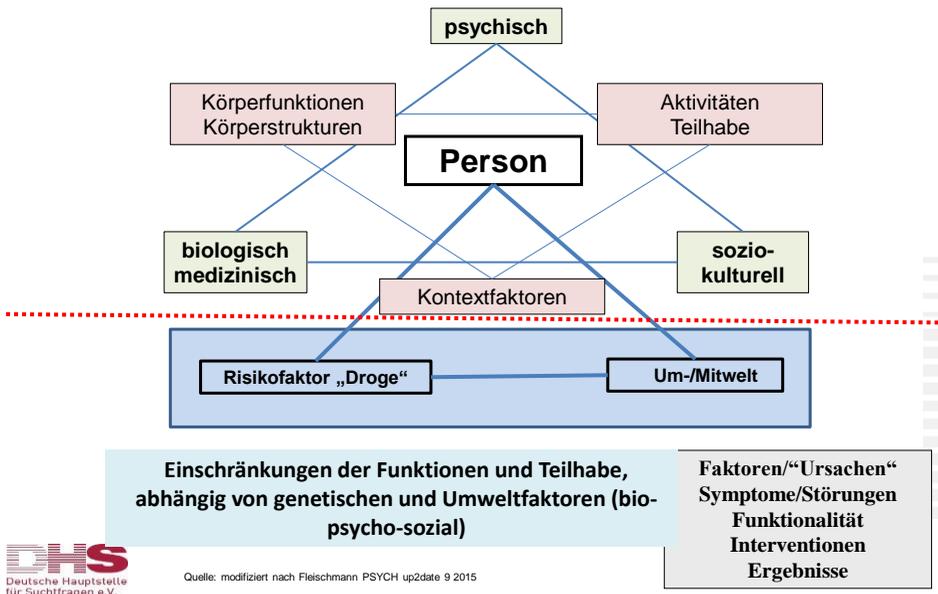


Zusammenfassung: Differenzierung der Alkoholismus-Muster bei älteren Menschen

	"Early onset" (EOA) "süchtig alt werdend"	"Late onset" (LOA) "im Alter süchtig werdend"
Alter bei Beginn der Erkrankung	< 60 Jahre, oft schon vor dem 30. LJ	≥ 60 Jahre
Geschlechtsverteilung	eher männlich	eher weiblich
familiäre Situation	oft ledig, geschieden	verheiratet, verwitwet
Verteilung/Häufigkeit	ca. 2 Drittel der älteren Alkoholkranken	ca. 1 Drittel
Persönlichkeit	eher instabil, z.T. manifeste Störungen	eher stabil
Wohnsituation	meist prekär, beschützende Formen	eher geordnet
Erwerbstätigkeit	meist langzeitarbeitslos, früh berentet	in der Regel erwerbsfähig/-tätig
familiäre Vorbelastung	oft über mehrere Generationen	eher Einzelfälle
Entstehung/Auslöser	ungünstiges Milieu, frühe Schädigungen	psychosoz. Belastungen, "life events"
geistige Fitness	oft hirnorganische Veränderungen (F10.7-Spektrum)	eher ohne Beeinträchtigung bzw. gute Restitution
Komorbiditätsbelastung	hoch mit typ. Organischen Begleit- und Folgeschäden	moderat, eher psychische Begleiterkrankungen
Konsumcharakteristik	meist exzessives Kontrollverlusttrinken	eher wenig spektakulärer Konsum
Behandlungsmöglichkeiten	in der Regel nicht rehafähig	rehafähig
Behandlungsetting	eher "CMA-Settings" in der Suchtpsychiatrie	ambulant in PSB, PIA, Gerontopsychiatrie
Verlaufsprognose	chronisch rezidivierender Behandlungsbedarf	eher günstig



Was sind die Folgen (im höheren Alter)?



Erhöhter Alkoholkonsum, ob früh begonnen oder spät erworben hat im Alter Folgen – nicht nur Sucht

Erhöhter Alkoholkonsum: > 20g bei Frauen (7,7%), > 30g bei Männern (26,9%) pro Tag

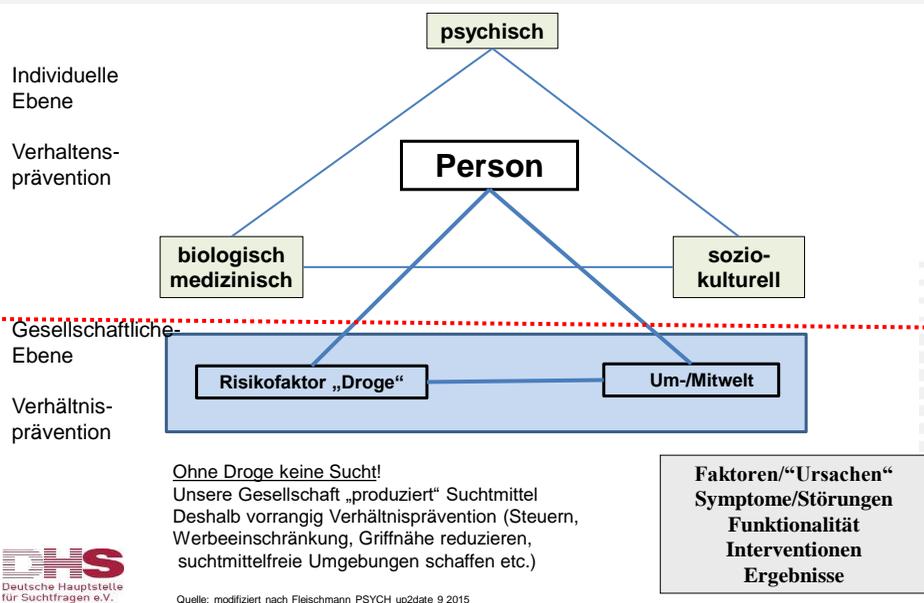
- korreliert mit mehr als 40 ICD-10 Diagnosen
- senkt das durchschnittliche Sterbealter in D (2005) auf 58,4 Jahre gegenüber 76,4 Jahren bei allen Todesfällen (Rehm & Frick 2011)
- verschlechtert Krankheitsverläufe (Bluthochdruck, Diabetes mellitus, gastrointestinale Erkrankungen, Gicht, Schlafstörungen, Depression, kognitive Beeinträchtigungen (Moore, Whiteman & Ward 2007)
- verstärkt die Wirkung von Medikamenten oder vermindert sie oder verursacht gefährliche Interaktionen (O'Connell et al. 2003; Moore et al. 2007)
- korreliert vermehrt mit Stürzen, Frakturen, Verwirrheitszuständen, Mangelernährung, Inkontinenz (Blow & Barry 2000, Lynskey et al. 2003) und Suizidalität (Waern et al. 2002)
- erhöht das Demenzrisiko um 12% (Neafsey & Collins 2011)



Was können wir tun?



Prävention auch im höheren Alter? - Wie schütze ich mich



Vermeidung der speziellen Trinkanlässe im Alter

- Aus Gewohnheit: Beibehaltung eines riskanten Trinkstils
- Zur Linderung von
 - körperlichen Beschwerden insbesondere
 - **Schmerzen** („Leid“)
- Zum besseren Ertragen von negativen Gefühlen wie
 - Trauer, häufig sind Verluste zu bewältigen (Partner, Freunde)
 - **Einsamkeit**, Vereinsamung (korreliert mit vielen Krankheiten und erhöhter Mortalität: Spitzer 2018)
 - Langeweile, Aktivitätseinbußen bzw. fürs Alter ungeeignete Vorlieben
 - Angst vor Krankheit, Pflegebedürftigkeit,
 - Sinnkrisen: „Zukunft“, Tod, Sterben,

Prävention auf der Verhaltensebene (individuelle Verantwortung) Wie vermeide ich einen risikoreichen Alkoholkonsum bzw. einen LOA?

Faktoren sind

- Menge-Frequenz-Index
 - Häufigkeit des Alkoholkonsums in einer bestimmten Zeiteinheit (z.B. 3-4 Mal in einer Woche)
 - durchschnittlich konsumierte Menge pro typischer Trinkgelegenheit ist $\leq 12\text{g}$ für Frauen, $\leq 24\text{g}$ für Männer;
 - bei älteren Menschen für beide Geschlechter $\leq 12\text{g/Tag}$
- Besondere Vorsicht bei speziellen Gebrauchsmustern wie Schnapstrinken, Melissengeist etc.
- Keine Häufung von Konsumexzessen (Rauschtrinken z.B. ≥ 5 Getränke a 12g pro Trinkanlass) im Monat
- Punktabstinenz in speziellen Situationen (z.B. bei indizierter Medikamenteneinnahme, bei bestimmten Erkrankungen, im Straßenverkehr etc.)

Merke: **einen risikolosen Konsum gibt es nicht!**

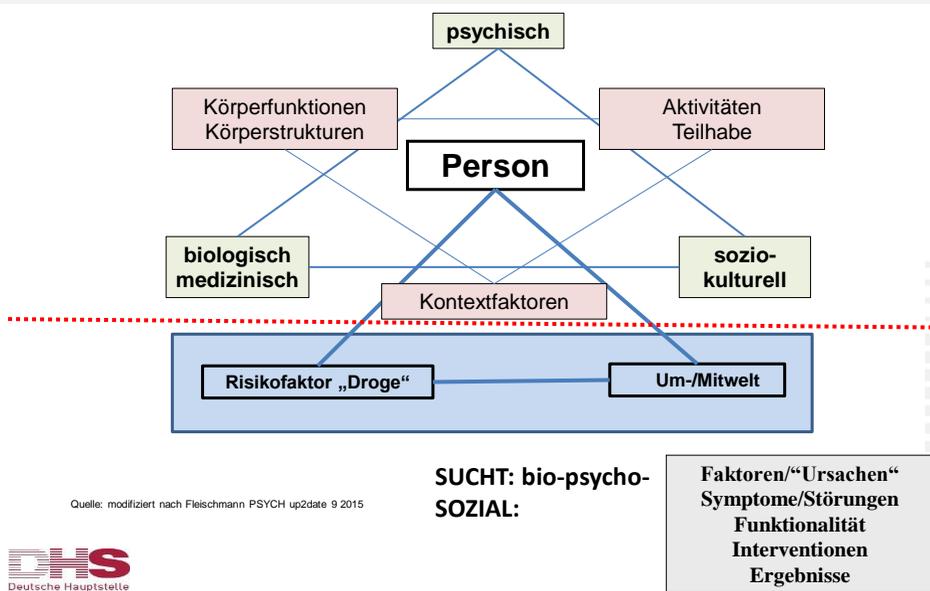


Grenzwerte für moderaten Alkoholkonsum sind schwierig

- Schwanken in der Literatur zwischen 10 und 40g reiner Alkohol/Tag (Weyerer 2017)
- Das geringste Mortalitätsrisiko liegt bei ca. 6g/Tag, aber es besteht weiterhin ein Risiko!
- Risiko ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Status
- Moderater Alkoholkonsum
 - ist möglicherweise, nein war ein Wunschdenken [Schutzfaktor für kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, (J- oder U-Kurve)] siehe John et al. Dtsch Ärzteblatt 2018
 - korreliert mit einem niedrigeren Risiko für demenzielle Erkrankung vom Alzheimerstypus, nicht dagegen mit einer vaskulären Demenz
 - erhöht das Risiko von Krebserkrankungen (z.B. Mundhöhle, Kehlkopf Speiseröhre, Darm, Leber Brustkrebs bei Frauen) um das 30-fache



Symptomatik im höheren Alter?



SUCHT: bio-psycho-SOZIAL:

**Faktoren/„Ursachen“
Symptome/Störungen
Funktionalität
Interventionen
Ergebnisse**

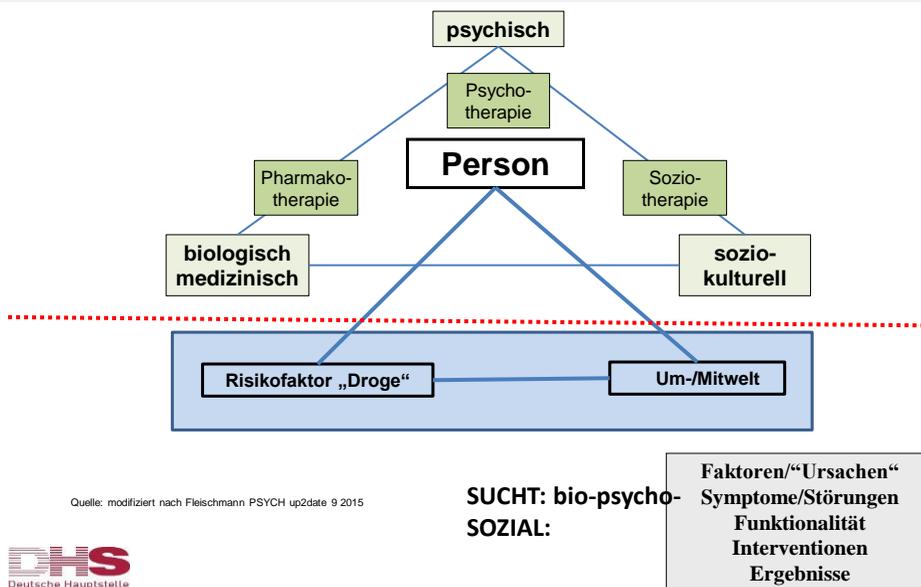
Der ältere Suchtpatient – eine wenig „typische“ Symptomatik leicht zu übersehen oder fehlzudeuten

- Motorische Störungen: z.B. häufige Stürze
- geistige Leistungsfähigkeit: kognitive Defizite, Konzentration, Aufmerksamkeit
- Antriebs- und Interessenverarmung
- Vegetative Symptome: Durchfälle, Schwindel, Tremor, Gesichtsröte, Appetitverlust
- Stimmungsschwankungen
- nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit, Voralterung, Fehlernährung
- Soziale Störungen: z.B. sozialer Rückzug, nachlassende Körperhygiene, Verwahrlosung

Was beeinträchtigt die Wahrnehmung („Awareness“) einer Suchterkrankung noch

- Soziale Indikatoren sind weniger hilfreich
- Somatische Befunde sind weniger spezifisch
- Das Hilfesystem resigniert (falsche „Rücksichtnahmen“)
- Schwere körperliche Erkrankungen können Alkoholabhängigkeit verdecken. Dadurch wird die Diagnose erschwert
- Diagnostische Instrumente sind an Jüngeren validiert!
- Erkennungsrate bei älteren Alkoholkranken 37% vs. 60% bei Jüngeren (Curtis et al. 1989)
- Medikamentenabhängigkeit wird selten diagnostiziert – man müsste sich als Arzt möglicherweise einen Fehler eingestehen

Behandlung auch im höheren Alter?



Was heißt „alter Mensch“? – ist anders zu sehen als vor 50 Jahren! Nicht das kalendarische Alter entscheidet sondern die Funktionalität

Ältere haben andere medizinische Bedürfnisse als jüngere Menschen, da oft

- viele Erkrankungen (Multimorbidität statt einzelne Erkrankungen)
- chronisch verlaufende Erkrankungen (statt akut)
- Polypharmazie (da jede Erkrankung einzeln behandelt wird, was ein eigenständiges Gesundheitsrisiko darstellt; bei einer Neuverordnung das Absetzen nicht vergessen!)
- geringere geistige und körperliche Fitness
- andere Behandlungsziele und andere Indikationskriterien für eine Intervention (Symptomlinderung statt Heilung, kurz- statt langfristige Prognose, LQ trotz Beschwerden, Erhalt der Selbständigkeit, Partizipation, Erhalt der Aktivitäten des tgl. Lebens (ADL) statt Arbeitsfähigkeit)
- erhebliche interindividuelle Unterschiede (sozioökonomisch, ethisch-kulturell, lebensbiographische Hintergründe mit life events und den dazugehörigen epigenetischen Programmierungen)



Auch Psychotherapie ist möglich, allerdings mit anderen Schwerpunkten

Folgende Komponenten sind für eine erfolgreiche Anpassung an Lebensveränderungen, Belastungen und Älterwerden zu beachten:

- **Selektion** bezieht sich auf die Auswahl bzw. Veränderung von Zielen und Verhaltensbereichen;
- **Optimierung** bezieht sich auf Stärkung und Nutzung vorhandener, zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen;
- **Kompensation** zielt auf die Schaffung, das Training und die Nutzung vorhandener bzw. neuer Handlungsmittel.

Hautzinger et al. Nervenarzt 2017



Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung im höheren Lebensalter

- Erwartungen, Ansprüche, Wünsche den Lebensbedingungen (körperlicher Verfassung, Behinderung) anpassen und realistisch gestalten;
- Bearbeiten und Aufgeben alter Enttäuschungen, Hoffnungen, Verletzungen;
- negative, behindernde Bedingungen in der Lebens- und Alltagswelt der älteren Menschen (wie z. B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen) beseitigen;
- Sozialpartner, die Familie mit in die Behandlung einbeziehen;
- Patienten kontingent auf aktives, funktionales, problemlösendes Verhalten verstärken, um so Verhaltensweisen der Patienten im Sinne von Verhaltens- und Ressourcendefiziten zu korrigieren und durch situationsangemesseneres Verhalten zu ersetzen;
- Verhaltensübungen, Realitätstesten durchführen; aktives, die Umwelt (wieder) kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. wieder freilegen;
- dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen (Einstellungen, Annahmen, Haltungen) abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen;
- Verstärkung von passivem, vermeidendem Verhalten abbauen.

Hautzinger et al. Nervenarzt 2017



Entzugsentscheidung ist nicht eine Entscheidung des Alters sondern der Lebenssituation und des sozialen Kontextes

- **Setting**
 - Alten-/Pflegeheim, häusliche Pflege (Pflegefähigkeit)
 - Palliativstation, begrenzte/absehbare Lebenserwartung
 - Intensivmedizin (Behandlung der lebensgefährdenden Erkrankung hat Vorrang)
- **Konsumbezogene Faktoren**
 - Konsumanamnese: Langzeitgebrauch, chronisch, akut
 - Hoch-/Niedrigdosiskonsum (stabiler low dose Konsum)
 - Abhängigkeitszeichen, (akute, rezidivierend auftretende) Entzugssymptomatik
- **Gesundheitliche Verfassung**
 - Allgemeinzustand, Körperliche Verfassung
 - Ko- /Multimorbidität: z.B. Chronische Schmerzproblematik, psychische Erkrankung, Tumorerkrankung, chron. Abhängigkeitsanamnese (Polypharmazie)
 - Geistige Verfassung (Kognitive Einschränkungen, Demenz)
- **Soziale Integration**
 - Freizeitverhalten (Sport, Kultur, Hobby)
 - Bekanntenkreis (Inklusion, Alleinsein)
 - Teilhabeaktivitäten
- **Subjektive Überzeugungen (partizipative Entscheidungsfindung)**
 - Angehörigenmeinung/Betreuer
 - Patienteneinstellung



Welche Versorgungsstrukturen brauchen wir?

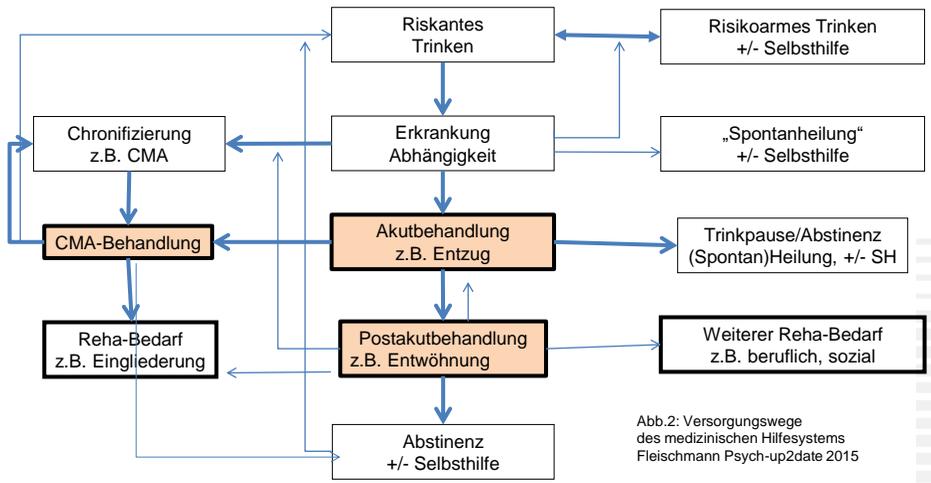
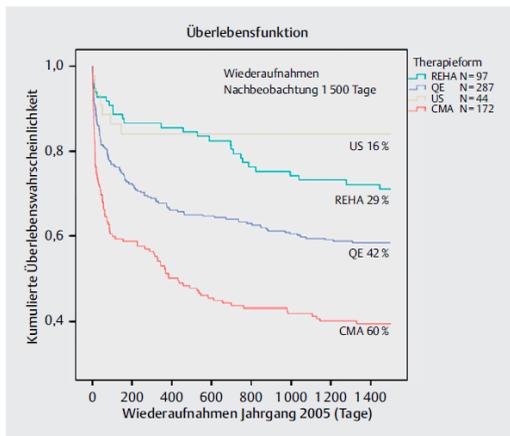


Abb.2: Versorgungswege des medizinischen Hilfesystems
Fleischmann Psych-up2date 2015

Quelle: modifiziert nach Fleischmann PSYCH up2date 9 2015



Erfolge müssen auf die Ausgangssituation bezogen gemessen werden: Was ist ein Erfolg (Rehospitalisierungsrate) bei CMA-Verlauf (in der Regel EOA)



Quelle: Fleischmann: Wiederaufnahmen nach Akut- und Entwöhnungstherapie: Stationäre Behandlung drei Jahre vor und nach der Indexbehandlung Sucht Thieme 2017

Rehabilitanden sind erfolgreicher!

Aber:
Nicht alle sind Reha-fähig
Viele sind nicht Reha-willig
Manche brauchen keine Reha

Für chronisch Suchtkranke (bezogen auf den Behandlungsverlauf) sind spezielle Behandlungssettings erforderlich (Probleme der Komorbidität, harm reduction als Ziel etc.)



Suchtpsychiatrische Behandlungsziele – auch für Ältere

In Abhängigkeit vom Behandlungsstadium und Umweltfaktoren

- Befähigung zum Umgang mit dem Abhängigkeitssyndrom
 - Abstinenzbefähigung, (ggf. über Management von Konsumpausen, Trinkmengenreduktion)
 - Rückfall-/Trinkbeginn-Management
- Inklusion/Teilhabefähigkeit: weniger Arbeitsfähigkeit
- Fähigkeit zur Inanspruchnahme weiterer Behandlung (Prognose!)
 - Ambulante Behandlung
 - Anbindung an das Suchthilfesystem
 - Befähigung zur Selbsthilfe
- Ggf. Reha-Fähigkeit – hier ggf. Pflegefähigkeit ? - herstellen (= Systemübergang!)
 - Teilhabefähigkeit (setzt nachhaltige Einstellungs- und Handlungsänderung dem Suchtmittel gegenüber voraus)



Beispielhaft: Spezifische Themen in der Behandlung/Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger (= „Gründe“ für Konsumanlässe im Alter)

- Einsamkeit (z.B. Verlust des Partners)
- Trauerbewältigung
- Angst vor Siechtum und Tod
- Nachlassen körperlicher Fähigkeiten
- Verlust des beruflichen Status
- Verlust des bisherigen Freizeitverhaltens
- Kriegs- und Nachkriegserlebnisse

Fachkonferenz der DHS: „Sucht und Lebensalter“, Dresden 13-15.11.2006
 Forum 304 „Sucht und Alter“, Moderation: Weyerer; Schäufele; Wolter



Bringt die Behandlung was?

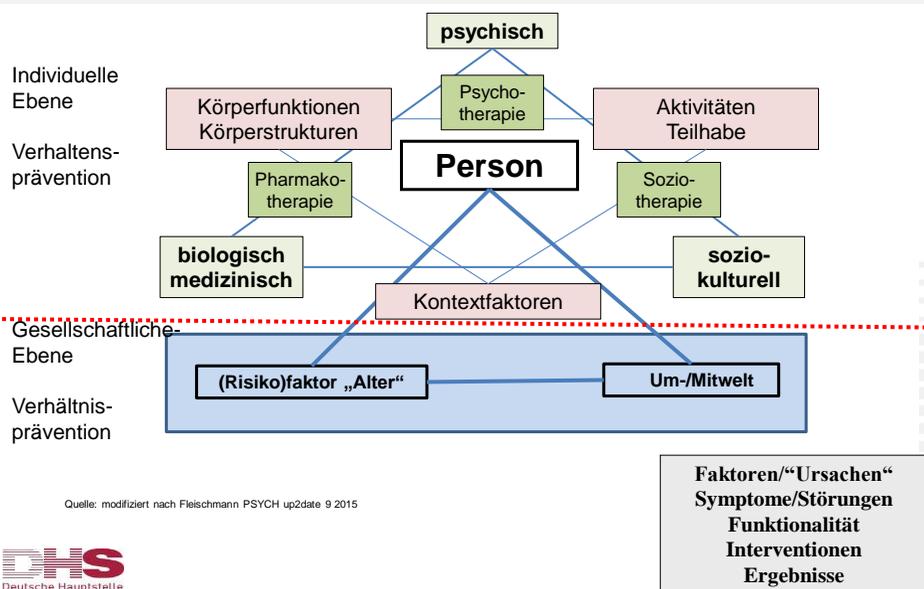


Lohnt sich Therapie der Alkoholabhängigkeit: ja, Therapie ist hilfreich fürs Überleben und für die Lebensqualität

- Köhler DRV-Bund: Der Erfolg ist von der Dauer der Behandlung abhängig
- **Unbehandelte Remission („Spontanheilung“) ist häufig**
- 53,1% der remittierten Alkoholabhängigen (DSM-IV) haben keine Hilfen in Anspruch genommen (Rumpf et al. 2006 „TACOS-Studie“)
- 92,3% der unbehandelt Remittierten sind nach 2 Jahren noch stabil (Rumpf et al. 2006)
- 73% waren in einer Stichprobe von 51-65-Jährigen im Längsschnitt nach 4 und 10 Jahren ohne Behandlung remittiert (Schutte, Moos & Brennan 2006)
- Nordström & Berglund 1987; Vaillant 1996: Hohe Rate an Spontanremissionen nach 20-jährigen Verlauf in 30-40%
- **Behandlung/Rehabilitation ist erfolgreich**
- Mit zunehmendem Alter steigt die Erfolgsquote der EWB. Sie beträgt 29% bei Rehabilitanden bis zum Alter von 40 Jahren und 44% im Alter von über 40 Jahren (DSHS 4, d.h. konservative Berechnung!)



Abschließende Anmerkungen zum Altern im gesellschaftlichen Kontext



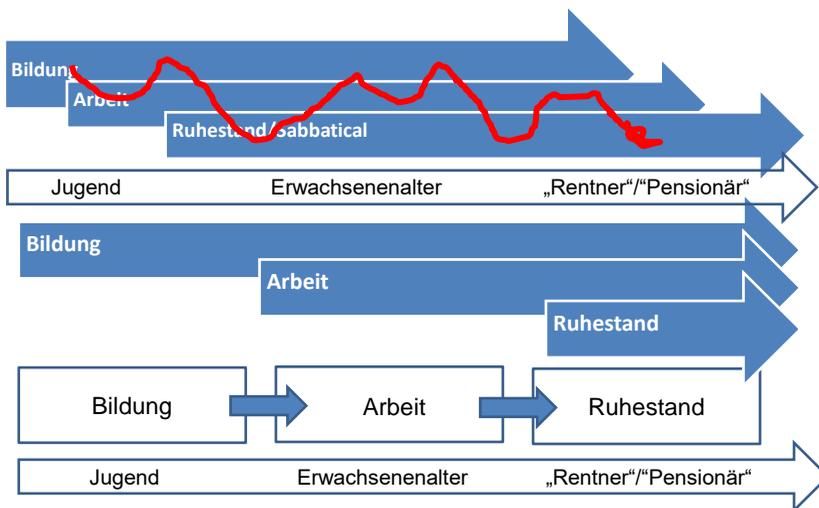
Das Altern ist veränderbar, wenn wir die Potenziale nutzen, d.h. alles tun, was

- die Lebenserwartung erhöht
- die gesunden Jahre im Alter vermehrt
- die geistige Leistungsfähigkeit verbessert
- die Persönlichkeit im Alter festigt und stärkt
- zu einem positiven Altersbild beiträgt, denn ein negatives Altersbild hat negative Effekte (Teufelskreis)

Suchtmittel, insbesondere Alkohol und Nikotin

- (zer)stören die Potenziale eines erfüllten Alterungsprozesses
- begünstigen ein dysfunktionales Altern

Was wir brauchen: Ein neues Bild des Alterns, nämlich paralleles statt sequenzielles Durchlaufen der wichtigen Lebensdimensionen



DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Wo finde ich weitere Informationen
Kampagne der DHS

www.unabhaengig-im-alter.de

**Unabhängig im Alter:
Hilfe ist möglich.
Für mehr Gesundheit, Lebensqualität
und Lebensfreude ist niemand zu alt!**



DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.